



**Experiencias y significados del cuidado materno intercultural en el pueblo
yanaona en el marco del sistema indígena de salud propio e intercultural-SISPI.**

GUACA GARCIA JURLY

MANRIQUE ZUÑIGA KAREN YULIETH

OMEN TINTINAGO ANA MARIA

Universidad Ean

Facultad de Administración, Finanzas y Ciencias Económicas

Maestría en administración de empresas– MBA-SALUD-PRESENCIAL

Popayán, Colombia

20/mayo/2026

**Experiencias y significados del cuidado materno intercultural en el pueblo yanaona
en el marco del sistema indígena de salud propio e intercultural-SISPI.**

Guaca Garcia Jurly

Manrique Zuñiga Karen Yulieth

Omen Tintinago Ana Maria

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

Magister en administración de empresas en salud

Director (a):

Diaz Garzon 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

Dedicatoria

A nuestras familias, por su apoyo
incondicional y por acompañarnos en
cada paso de este camino, por
enseñarnos que cada esfuerzo tendrá su
recompensa.

A nuestros seres queridos que partieron
del plano terrenal, pero cuyo legado vive
siempre en nosotros

Agradecimientos

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a las mujeres que, con valentía, fortaleza y resiliencia son dadoras de vida y compartieron sus experiencias, haciendo posible el desarrollo de este proyecto.

Agradecemos también 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

Resumen

La presente investigación aborda las experiencias y percepciones de las mujeres gestantes del resguardo indígena Yanaona de Rioblanco (Sotará, Cauca) frente a la implementación del modelo de cuidado en los momentos de vida Muyu Tarpuy (preñez) y Pakarina (posparto), en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI). Surge ante la persistencia de barreras socioculturales, geográficas e institucionales que pueden limitar la aceptación y participación en dicho modelo, pese a los esfuerzos por integrar la medicina tradicional y occidental. El objetivo fue analizar los significados del cuidado a partir de sus experiencias y percepciones con el fin de comprender la articulación de saberes. Metodológicamente, se desarrolló una investigación cualitativa con enfoque fenomenológico-interpretativo y elementos etnográficos, mediante entrevistas semiestructuradas dirigidas a mujeres del resguardo indígena Yanaona de Rioblanco, con el propósito de comprender sus experiencias, significados y prácticas de cuidado materno durante los momentos de vida Muyu Tarpuy y Pakarina. Los resultados evidencian que las gestantes desarrollan una “interculturalidad táctica”, combinando el uso de servicios hospitalarios por seguridad clínica con prácticas ancestrales para el equilibrio espiritual y la recuperación. Se identificaron barreras relacionadas con el acceso, la calidad técnica y la limitada articulación intercultural. Se concluye que el fortalecimiento del modelo requiere integrar de manera efectiva los saberes tradicionales en los espacios institucionales, garantizando un acompañamiento continuo, culturalmente pertinente y centrado en la identidad del pueblo Yanaona.

Palabras clave: salud materna intercultural, mujeres gestantes indígenas, Pueblo Yanaona, Sistema Indígena De Salud Propio E Intercultural (SISPI), atención del parto intercultural.

Abstract

This research addresses the experiences and perceptions of pregnant women from the Yanaona indigenous reservation of Rioblanco (Sotará, Cauca) regarding the implementation of the care model in the life stages of *Muyu Tarpuy* (pregnancy) and *Pakarina* (postpartum), within the framework of the Indigenous Intercultural Health System (SISPI). It arises from the persistence of sociocultural, geographic, and institutional barriers that may limit acceptance and participation in this model, despite efforts to integrate traditional and Western medicine.

The objective was to analyze the meanings of care based on women's experiences and perceptions in order to understand the articulation of different knowledge systems. Methodologically, a qualitative study with a phenomenological-interpretative approach and ethnographic elements was conducted through semi-structured interviews with women from the Yanaona reservation of Rioblanco, aiming to understand their experiences, meanings, and maternal care practices during the life stages of *Muyu Tarpuy* and *Pakarina*.

The findings show that pregnant women develop a form of "tactical interculturality," combining the use of hospital services for clinical safety with ancestral practices for spiritual balance and recovery. Barriers were identified related to access, technical quality, and limited intercultural articulation.

It is concluded that strengthening the model requires the effective integration of traditional knowledge into institutional settings, ensuring continuous, culturally appropriate care centered on the identity of the Yanaona people.

Keywords: Intercultural maternal health, Indigenous pregnant women, Yanaona people, Indigenous Intercultural Health System (SISPI), Intercultural childbirth care

Contenido

Lista de Tablas	11
Introducción	12
Objetivos	16
<i>Objetivo general.....</i>	<i>16</i>
<i>Objetivos específicos</i>	<i>16</i>
Justificación	17
Marco teórico.....	20
Modelos de Sistemas de Salud e Interculturalidad . ¡Error! Marcador no definido.	
Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI)	28
Interculturalidad Crítica vs. Interculturalidad Táctica	¡Error! Marcador no definido.
Gestión, Calidad y Pertinencia Cultural en la Atención en Salud. ¡Error! Marcador no definido.	
Parámetros de Calidad Colectiva y Buen Vivir (Sumak Kawsay) ¡Error! Marcador no definido.	
Barreras Estructurales, Socioculturales e Institucionales de Acceso	¡Error! Marcador no definido.
Marco Legal y Normativo (Enfoque de Derechos y Diferencial)	33
Instrumentos Internacionales: El Bloque de Constitucionalidad	33
Marco Constitucional y Leyes Estatutarias en Salud	34

Decretos de Articulación Intercultural y la Evolución del SISPI ...	¡Error! Marcador no definido.
Normativa de Articulación Étnica en el Cauca	¡Error! Marcador no definido.
Supuesto de Investigación	¡Error! Marcador no definido.
Variables.....	¡Error! Marcador no definido.
Metodología.....	46
<i>Enfoque y alcance de la investigación</i>	<i>46</i>
<i>Diseño de investigación</i>	<i>47</i>
<i>Población y Muestra</i>	<i>47</i>
Población:	¡Error! Marcador no definido.
<i>Instrumentos.....</i>	<i>49</i>
<i>Técnicas para el análisis de la información.....</i>	<i>52</i>
Trabajo en campo.....	55
<i>Procesamiento de los datos</i>	<i>56</i>
Caracterización de la población	57
<i>Análisis de los resultados.....</i>	<i>58</i>
Historias de vida.....	59
<i>Propuesta de solución a la problemática</i>	<i>73</i>
Oportunidades identificadas	74
Propuesta de solución al problema planteado	76
Discusión.....	78

Conclusiones.....	80
Trabajo Futuro.....	82
Referencias.....	83
Anexos.....	90
<i>Anexo A.....</i>	<i>90</i>
<i>Anexo B.....</i>	<i>97</i>
<i>Anexo C.....</i>	<i>102</i>
<i>Anexo D.....</i>	<i>103</i>
<i>Anexo E.....</i>	<i>104</i>

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1.	58
Tabla 2.	69
Tabla 3.	¡Error! Marcador no definido.

Introducción

La salud materna en comunidades indígenas constituye un campo importante para la salud pública debido a la persistencia de inequidades en el acceso, la calidad de la atención y la pertinencia cultural de los servicios. En estos contextos, la gestación, el parto y el puerperio están atravesados por sistemas de significados que integran la cosmovisión, la espiritualidad, la relación con la familia, la comunidad y el territorio, lo que lleva más allá la comprensión exclusivamente biomédica del proceso reproductivo (Puerta, 2018). En ese sentido, la Organización Panamericana de la Salud ha señalado la importancia de incorporar enfoques interculturales y participativos que respondan a las necesidades diferenciadas de los pueblos indígenas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

Esta comprensión integral del bienestar contrasta con el enfoque biomédico convencional, lo que genera tensiones institucionales que impactan de forma directa la experiencia de las mujeres gestantes (Ricaurte-Cepeda y Guerrero-Luna, 2024).

La Constitución Política de 1991 reconoció a Colombia como una nación pluriétnica y multicultural, garantizando la protección de la diversidad étnica y cultural (Constitución Política de Colombia, 1991). En este marco, el Decreto 1953 de 2014 constituye un referente fundamental para la consolidación de sistemas propios de salud y el desarrollo del SISPI. Según el decreto ley 0968 de 2024 el SISPI es un sistema de salud de carácter público especial que se desarrolla en el marco del gobierno propio de los pueblos indígenas y en coordinación con el Estado, con el propósito de garantizar el derecho fundamental a la salud desde sus saberes, prácticas ancestrales y concepciones de buen vivir. Y de acuerdo con el Ministerio de salud y Protección social, el SISPI, integra políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos

fundamentales en la vida colectiva y la sabiduría ancestral de los pueblos indígenas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

La implementación del SISPI adquiere especial relevancia en la salud materna, dado que la reducción de la morbilidad y mortalidad materna en mujeres indígenas requiere intervenciones culturalmente pertinentes, articuladas con los sistemas de conocimiento propios, las prácticas tradicionales y las redes comunitarias de cuidado. Diversos estudios han evidenciado que la razón de muerte materna en mujeres indígenas es 3,3 veces mayor que la población no indígena, configurándose las inequidades en el acceso y la falta de adecuación cultural de los servicios de salud como factores que incrementan el riesgo de mortalidad materna en esta población (García Bedoya et al., 2023). En esta línea, el plan de aceleración para la reducción de mortalidad materna plantea la necesidad de fortalecer acciones individuales y colectivas en la ruta integral de atención en salud materno perinatal, así como promover respuestas institucionales orientadas a la protección de las gestantes. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Sin embargo, la implementación de esta política enfrenta severas limitaciones en los ámbitos geográfico, institucional y sociocultural, las cuales restringen su operatividad y aceptación en los distintos contextos locales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

En el departamento del Cauca, específicamente en el resguardo Yanaona de Rioblanco (municipio de Sotará), se han adelantado procesos para robustecer el cuidado propio en los momentos de vida Muyu Tarpuy (preñez) y Pakarina (posparto). Dichas acciones buscan salvaguardar la armonía de la mujer, la familia y el territorio, en consonancia con la herencia cultural propia (Ministerio del Interior, 2012; Ministerio de

Salud y Protección Social, 2024). No obstante, la persistencia de asimetrías relacionales dificulta una coordinación efectiva entre la red hospitalaria institucional y los cuidadores tradicionales, condicionando la participación y percepción de las usuarias (Ricaurte-Cepeda y Guerrero-Luna, 2024).

Frente a esta realidad, la presente investigación plantea como pregunta orientadora: ¿Cuáles son los significados, experiencias del cuidado materno intercultural en mujeres del resguardo indígena Yanaona de Rioblanco durante los momentos de vida Muyu Tarpuy y Pakarina, el marco de la implementación del SISPI en el año 2026, y cómo se articulan las prácticas tradicionales y la medicina occidental en la atención materna dentro del territorio?

Para responder a este interrogante, se desarrolla un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico-interpretativo y elementos etnográficos. Esta perspectiva permite comprender las experiencias, percepciones, prácticas y significados atribuidos por las mujeres Yanaona al cuidado materno, reconociendo su contexto sociocultural, territorial y comunitario. En coherencia con este enfoque, la información se obtuvo mediante entrevistas semiestructuradas y se analiza a partir de categorías temáticas relacionadas con el cuidado propio, la atención institucional, medicina tradicional, barreras de acceso y la articulación intercultural (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2020).

Comprender estas dinámicas es fundamental para adecuar el modelo de cuidado en la comunidad Yanaona y generar insumos que permitan diseñar estrategias respetuosas y eficientes. De este modo, el estudio pretende contribuir al reconocimiento del conocimiento ancestral, la autonomía de los pueblos originarios y la consolidación de del modelo de cuidado, plan de salud y los cuidados que se deben brindar a las mujeres

que conlleven al buen vivir (Sumak Kawsay), la equidad en salud y respeten la identidad cultural (Consejo Regional Indígena del Cauca [CRIC], 2024).

Finalmente, el texto se estructura en diferentes apartados consecutivos que guían el desarrollo de la investigación. Tras esta introducción, se exponen los objetivos (general y específicos), seguidos de la justificación y el marco teórico, secciones que sustentan la relevancia académica del problema y compilan los referentes conceptuales y normativos del SISPI. Posteriormente, se detallan la hipótesis, la ruta metodológica, que describe la población, la muestra y la validación del instrumento mediante el coeficiente V de Aiken. El documento concluye con el análisis del trabajo de campo, una propuesta de solución orientada a la gestión en salud, la discusión de los hallazgos y las conclusiones finales del estudio.

Objetivos

Objetivo general

Analizar los significados y experiencias del cuidado materno intercultural en mujeres del resguardo indígena Yanaona de Rioblanco, en el marco del Sistema indígena de salud propio e intercultural (SISPI) en el año 2026, con el fin comprender la articulación de los saberes ancestrales y contribuir al fortalecimiento de la atención materna en el territorio.

Objetivos específicos

Caracterizar las condiciones sociodemográficas, familiares, territoriales y obstétricas de las mujeres participantes del resguardo indígena Yanaona de Rioblanco.

Describir las experiencias y significados atribuidos al embarazo, parto y puerperio por las mujeres del resguardo indígena Yanaona de Rioblanco identificando el papel del acompañamiento familiar, comunitario y espiritual.

Interpretar las relaciones de complementariedad, tensión y articulación entre la medicina occidental y las prácticas tradicionales de cuidado materno en el marco del Sistema de Salud Propio e Intercultural (SISPI).

Proponer recomendaciones orientadas a fortalecer la atención materna intercultural y a la consolidación del modelo de cuidado en el marco del SISPI en el territorio

Justificación

La salud materna en población indígena en Colombia constituye un campo prioritario para la salud pública debido a la persistencia de profundas inequidades en los indicadores de salud. La evidencia muestra que las mujeres indígenas presentan un riesgo entre dos y seis veces mayor de mortalidad materna en comparación con la población no indígena, con razones significativamente superiores en territorios rurales y dispersos, lo que refleja desigualdades estructurales en el acceso y la calidad de los servicios de salud (Contreras Moncada, 2024).

Asimismo, según Profamilia y el UNFPA, la fecundidad en población indígena se caracteriza por tasas más altas y estructuras poblacionales más jóvenes, lo que incrementa la demanda de servicios de salud materna en contextos donde persisten barreras geográficas, culturales y administrativas.

En relación con la calidad de la atención, diversos estudios han evidenciado la presencia de violencia obstétrica y trato deshumanizado durante el embarazo, parto y puerperio, particularmente en mujeres indígenas. Estas experiencias incluyen prácticas de abuso verbal, intervenciones médicas sin consentimiento, discriminación cultural y desconocimiento de los saberes ancestrales, lo cual afecta negativamente la autonomía de las mujeres y su experiencia del parto (Gaffney Gleason et al., 2021; Bohren et al., 2015).

Por otro lado, la satisfacción con la atención en salud materna en mujeres indígenas se encuentra estrechamente influenciada por la pertinencia cultural de los servicios, la articulación con los sistemas de cuidado propio y el reconocimiento de los saberes ancestrales. En este sentido, algunos estudios han evidenciado que la atención institucional que desconoce las prácticas culturales y los significados del cuidado

materno genera experiencias percibidas como poco respetuosas, afectando la confianza en los servicios de salud y la continuidad en el control prenatal (Castillo-Santana et al., 2017). Por el contrario, cuando la atención incorpora elementos culturales como el acompañamiento familiar, la posición del parto y el respeto por los saberes tradicionales, se incrementan los niveles de satisfacción materna (Freire Ávila et al., 2023).

Asimismo, el presente estudio es relevante en el contexto colombiano, dado que la reducción de la morbilidad y mortalidad materna exige la implementación de intervenciones integrales, oportunas y culturalmente pertinentes. En este sentido, el Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna plantea la necesidad de fortalecer acciones orientadas a la protección de las gestantes y a la mejora de la respuesta del sistema de salud frente a los riesgos maternos, con énfasis en la articulación y el abordaje diferencial de las poblaciones en mayor condición de vulnerabilidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

En este marco, la presente investigación responde a la necesidad de comprender las experiencias y significados que las mujeres del resguardo indígena Yanaona de Rioblanco, en el municipio de Sotará (Cauca), atribuyen al cuidado materno intercultural durante los momentos de vida Muyu Tarpuy (preñez) y Pakarina (puerperio).

Asimismo, la investigación posee pertinencia social y comunitaria, en tanto reconoce a las mujeres, familias, parteras, sabedores ancestrales y autoridades indígenas como actores fundamentales en la construcción del cuidado materno. Este reconocimiento permite una comprensión más amplia de las prácticas de cuidado durante la gestación, el parto y el posparto, así como de las barreras geográficas, económicas, institucionales y culturales que influyen en la aceptación y continuidad del modelo. En consecuencia, el estudio contribuye a la formulación de recomendaciones orientadas al

fortalecimiento de la atención materna intercultural en el resguardo indígena Yanacona de Rioblanco.

Desde una perspectiva académica, esta investigación aporta al análisis de la salud intercultural y la gestión en salud con enfoque diferencial, al visibilizar las experiencias de las mujeres Yanacona y las desigualdades que enfrentan en la atención materna, contribuyendo así al fortalecimiento del cuidado materno intercultural y a la mejora de la equidad y pertinencia en los servicios de salud en el marco de la Maestría en Administración de Empresas de Salud de la Universidad EAN la cual busca formar líderes capaces de mejorar la eficiencia y equidad en los sistemas de salud y de aplicar enfoques pertinentes en la gestión de servicios dirigidos a poblaciones específicas..

Finalmente, es importante señalar que los estudios sobre la población Yanacona son aún limitados y, en su mayoría, son abordados desde enfoques cuantitativos centrados en indicadores epidemiológicos, lo que ha reducido la comprensión de los significados culturales del cuidado materno y resta importancia a las voces de la maternidad. Esta situación evidencia la necesidad de investigaciones cualitativas que permitan profundizar en las experiencias, saberes y prácticas propias del cuidado materno desde la cosmovisión Yanacona, contribuyendo así a una comprensión más integral e intercultural de la salud materna.

Marco teórico

La salud materna en los pueblos indígenas se comprende como un fenómeno complejo que trasciende el enfoque biomédico, al estar atravesado por dimensiones culturales, espirituales, territoriales y comunitarias que configuran las formas de cuidado durante el embarazo, el parto y el puerperio. En este sentido, la maternidad se inserta en sistemas de conocimiento propios donde la salud se entiende como equilibrio entre el ser humano, la naturaleza y el mundo espiritual, lo que implica una relación directa con el territorio y la comunidad (Portilla Rodríguez et al., 2016). En este sentido, la comprensión de la salud materna requiere un abordaje intercultural que reconozca la coexistencia de sistemas médicos diversos y la importancia de los saberes propios en la construcción del cuidado. Desde esta perspectiva, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) destaca la necesidad de fortalecer modelos de atención intercultural y participativa que garanticen el acceso efectivo y culturalmente pertinente de los pueblos indígenas a los servicios de salud.

En coherencia con lo anterior, este apartado presenta los principales antecedentes teóricos y empíricos que sustentan la investigación, organizados desde una perspectiva progresiva que abarca aportes en el contexto latinoamericano, nacional y regional, hasta llegar a los estudios desarrollados en el departamento del Cauca.

En el escenario latinoamericano, la salud materna de las mujeres indígenas constituye uno de los desafíos más persistentes en salud pública, fuertemente condicionado por determinantes sociales estructurales e inequidades acumuladas a lo largo del tiempo. De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), las mujeres pertenecientes a pueblos indígenas presentan mayores niveles de morbilidad y mortalidad materna en comparación con la población general, lo que

evidencia brechas persistentes en el acceso y la calidad de los servicios de salud (CEPAL, 2017). En este contexto, los análisis regionales señalan que el embarazo, el parto y el puerperio no deben entenderse únicamente como procesos biológicos, sino como experiencias social y culturalmente construidas, atravesadas por dimensiones espirituales, relacionales y territoriales que suelen ser invisibilizadas por los modelos biomédicos convencionales (Oyarce et al., 2010).

Por lo anterior, en investigaciones desarrolladas en contextos andinos similares, como el estudio fenomenológico de Grefa Tapuy (2020) en el contexto ecuatoriano, se evidencia que la preferencia de las gestantes indígenas por la medicina tradicional responde a la necesidad de preservar prácticas simbólicas esenciales, tales como el control de la temperatura corporal mediante el manejo del "frío" y el "calor", la alimentación simbólica y el cuidado místico de la placenta. Cuando estos factores son ignorados por el personal médico occidental, se genera un fenómeno de desconfianza sistémica que incrementa las barreras de acceso institucionales.

Por su parte, organizaciones de gobernanza global como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) enfatizan que el abordaje del riesgo obstétrico en poblaciones vulnerables no puede resolverse únicamente mediante la expansión de la infraestructura hospitalaria clásica. La OPS (2021) sostiene que la verdadera calidad en la atención materno-infantil indígena depende de la implementación de modelos que articulen de forma sinérgica la seguridad técnica de la biomedicina con la seguridad cultural de los saberes propios, mitigando la discriminación institucional y la violencia obstétrica estructural que han reportado diversas comunidades del continente.

En el ámbito nacional, la literatura científica ha volcado su interés hacia la evaluación de la eficacia y los desafíos operativos de los modelos de salud intercultural

surgidos a la luz de las reivindicaciones étnicas y los desarrollos normativos del Estado social de derecho. Diversas investigaciones cualitativas con enfoques etnográficos y fenomenológicos han explorado cómo comunidades indígenas ubicadas en distintas latitudes del país (como los pueblos Wayuu en la Guajira o Zenú en las sabanas de Córdoba) estructuran sus itinerarios terapéuticos durante la gestación (Ruiz, 2017).

Los hallazgos en estudios nacionales coinciden en que las mujeres indígenas desempeñan un rol fundamental como cuidadoras de la tradición y transmisoras de saberes ancestrales relacionados con la salud y la vida comunitaria. En este contexto, se reconocen prácticas como los baños rituales con plantas medicinales, los sahumeros para la armonización de los espacios y las maniobras tradicionales de acomodación del feto, las cuales hacen parte de los sistemas de cuidado materno en distintos pueblos indígenas de Colombia (Lira González et al., 2014; Castillo-Santana et al., 2017).

No obstante, la literatura también evidencia que uno de los principales obstáculos para el reconocimiento de estas prácticas en el contexto colombiano es la predominancia del enfoque biomédico occidental. En muchos casos, las instituciones de salud tienden a no reconocer y estigmatizar los saberes tradicionales al clasificarlos como “mitos” o “prácticas de riesgo”, lo que refleja la falta de relación entre sistemas de conocimiento y limita el diálogo intercultural en la atención en salud materna (Menéndez, 2003; OMS, 2019; OPS, 2016).

Esta falta de interrelación genera lo que la literatura ha denominado “desencuentros en el momento del parto”. En el análisis de experiencias institucionales en contextos indígenas de Colombia, Ricaurte-Cepeda y Guerrero-Luna (2024) evidencian que, aunque las gestantes valoran ciertos avances de la medicina moderna como lo es el acceso a tecnologías diagnósticas y la atención de complicaciones, la

rigidez de los protocolos hospitalarios constituye una barrera significativa para la atención culturalmente pertinente. Entre estas limitaciones se incluyen la restricción del acompañamiento familiar, la imposición de posiciones de parto no tradicionales y la prohibición de prácticas culturales propias en la etapa de posparto, como la entrega de la placenta. Estas condiciones terminan por afectar la asistencia a los servicios institucionales, contribuyendo con las brechas en el acceso y la calidad de la atención en salud materna.

El departamento del Cauca constituye un referente en el desarrollo de modelos de salud propia en Colombia, debido a la sólida trayectoria organizativa de sus pueblos indígenas articulados en el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC). Es así como en estudios realizados en comunidades como las Nasa y Misak señalan que la etnicidad actúa como un determinante social clave de la salud materna, influenciado por desigualdades estructurales y culturales (Castillo-Santana et al., 2017). Asimismo, datos de la Secretaría de Salud Departamental del Cauca (2023) muestran que la mortalidad materna en población indígena puede ser hasta tres veces mayor que en la población no indígena, situación asociada a barreras geográficas, limitaciones económicas y condiciones de orden público que dificultan el acceso oportuno a servicios de salud.

A nivel local, la literatura sobre el pueblo Yanaona evidencia una cosmovisión particular de los ciclos vitales, en la que el embarazo y el puerperio trascienden lo biológico para entenderse como estados de equilibrio con el cosmos, la naturaleza y el territorio (Juspian, 2024). En el ámbito regional, los antecedentes muestran que las estrategias institucionales de salud en el Cauca han avanzado hacia la implementación del SISPI; sin embargo, la articulación entre el sistema biomédico y los cuidadores

tradicionales como parteras, yachas y sabedores ancestrales continúa siendo fragmentada, se presentan situaciones que limitan un verdadero diálogo de saberes.

A pesar de los avances en la investigación sobre salud materna indígena en Colombia y el Cauca, la literatura evidencia vacíos importantes en la comprensión de las experiencias de las mujeres frente al cuidado materno intercultural. La mayoría de los estudios se ha centrado en la descripción de prácticas culturales o en análisis epidemiológicos, mientras que son escasas las investigaciones que abordan de manera específica las vivencias de las mujeres Yanaona del resguardo de Rioblanco (Sotará, Cauca) y la implementación del modelo de cuidado en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI). En este sentido, la presente monografía busca aportar evidencia desde las voces de las mujeres, identificando fortalezas, tensiones y desafíos en la consolidación de una atención materna con pertinencia cultural.

Para ello, resulta necesario delimitar conceptualmente los principales referentes teóricos que sustentan esta investigación, reconociendo las diferencias y posibilidades de articulación entre el modelo biomédico y las formas propias de comprender la salud, el cuidado y el bienestar en el pueblo Yanaona. En este sentido, la presente sección desarrolla los ejes teóricos fundamentales que orientan el estudio, abordando la cosmovisión y filosofía territorial Yanaona, los enfoques de interculturalidad en salud y los elementos conceptuales relacionados con la gestión de la calidad y la pertinencia cultural en la atención materna.

Para el pueblo Yanaona, la salud no constituye una condición aislada ni se limita a la ausencia de enfermedad, como tradicionalmente se ha concebido desde el modelo biomédico occidental (Engel, 1977). Por el contrario, se entiende como una expresión del buen vivir, concebido como un estado de armonía y equilibrio entre la persona, la familia,

la comunidad, el territorio y las fuerzas espirituales que sostienen la vida (Cabildo Mayor del Pueblo Yanaona, 2024). Desde esta perspectiva, la salud es el resultado de relaciones recíprocas que garantizan la pervivencia física, cultural y espiritual del pueblo.

En este entramado conceptual, el territorio va más allá de la dimensión geográfica y se concibe como un ser vivo, sagrado y dinámico, donde convergen elementos materiales e inmateriales que participan activamente en los procesos de salud y enfermedad. Esta comprensión se articula con los principios del SISPI, el cual reconoce que el cuidado debe orientarse hacia los seres que sustentan la vida: la persona, la familia, la comunidad, la naturaleza y el territorio, entendidos como garantes del bienestar colectivo (Decreto Ley 0968 de 2025). En consecuencia, el cuidado no se restringe a la atención de la enfermedad, sino que implica mantener el equilibrio entre todos los seres.

Desde esta visión, el embarazo, el parto y el puerperio son momentos de especial significado, pues representan etapas en las que la mujer, la familia y la comunidad fortalecen sus vínculos con el territorio, la espiritualidad y los saberes ancestrales, garantizando la continuidad de la vida y la armonía colectiva.

En este sentido, el pensamiento Yanaona se fundamenta en una estructura cósmica que organiza las dimensiones de la existencia y orienta las dinámicas de cuidado y sanación. Dicha estructura comprende la coexistencia de cuatro mundos o planos interconectados, descritos seguidamente:

El Kay Pacha corresponde al mundo terrenal o del presente, donde habitan los seres humanos, los animales, las plantas y los demás elementos de la naturaleza. En la cosmovisión andina, este plano representa el espacio de la vida cotidiana, las relaciones comunitarias y las prácticas de cuidado que garantizan el equilibrio entre los seres que coexisten en el territorio. Asimismo, es el ámbito donde se manifiestan las armonías y

desarmonías que afectan la salud y el bienestar individual y colectivo (Yampara Huarachi, 2001). En él se desarrollan las prácticas cotidianas de cuidado materno, incluyendo la alimentación, el uso de plantas medicinales y las relaciones familiares y comunitarias que acompañan a la mujer durante la gestación y el puerperio.

El Hawa Pacha corresponde al mundo de arriba o dimensión celeste, donde habitan el sol, la luna, los astros y las fuerzas espirituales que orientan el orden de la vida. Desde la cosmovisión andina, este plano se relaciona con las energías que regulan los ciclos naturales, agrícolas y reproductivos, estableciendo una conexión entre los movimientos del cosmos y los procesos vitales de los seres humanos (Yampara Huarachi, 2001). En el contexto del cuidado materno, esta relación se expresa en prácticas y conocimientos que reconocen la influencia de los ciclos lunares y las energías espirituales sobre la gestación, el parto y el puerperio.

Por su parte, el Uku Pacha representa el mundo interior o de abajo, asociado a las profundidades de la tierra, las raíces, el agua y las energías ancestrales vinculadas al origen de la vida. Este plano posee una estrecha relación simbólica con la fertilidad, la gestación y la capacidad creadora de las mujeres, razón por la cual el embarazo es entendido como un proceso que involucra no solo transformaciones biológicas, sino también dimensiones espirituales y territoriales (Estermann, 1998). Esta concepción otorga un significado especial a las prácticas de armonización y cuidado dirigidas a proteger a la mujer gestante y al nuevo ser en formación.

Finalmente, el Chayshuk Pacha se comprende como el plano espiritual donde habitan los ancestros y las entidades protectoras del territorio. Su función es orientar y preservar el equilibrio colectivo mediante la transmisión de conocimientos, valores y prácticas ancestrales. En el ámbito de la salud, este plano fundamenta la labor de los

sabedores y médicos tradicionales quienes intervienen en los procesos de cuidado para restablecer la armonía entre la persona, la comunidad, la naturaleza y el territorio Cabildo Mayor del Pueblo Yanaona. (2024). Durante el embarazo y el puerperio, estas prácticas adquieren especial relevancia al contribuir a la protección espiritual de la mujer y al fortalecimiento de los vínculos comunitarios que acompañan la llegada de una nueva vida.

Dentro de la cosmovisión Yanaona, el cuerpo de la mujer se concibe como una extensión del territorio y de la Pachamama, estableciendo una relación inseparable entre cuerpo, naturaleza, espiritualidad y comunidad. Desde esta perspectiva, la salud y el cuidado se fundamentan en el mantenimiento de la armonía entre los distintos seres y fuerzas que sustentan la vida, razón por la cual la gestación, el nacimiento y el puerperio son comprendidos como momentos de especial relevancia para el equilibrio individual y colectivo (Cabildo Mayor del Pueblo Yanaona, 2024).

En este contexto, el Muyu Tarpuy, entendido como la etapa de la gestación o "siembra de la vida", constituye un momento en el que la mujer requiere cuidados orientados a preservar su bienestar físico, espiritual y emocional. Durante este periodo adquieren especial importancia las prácticas de armonización, el uso de plantas medicinales, la orientación de las parteras y el acompañamiento familiar y comunitario, elementos que contribuyen al desarrollo adecuado de la gestación y al fortalecimiento del vínculo entre la madre, el nuevo ser y el territorio (Cabildo Mayor del Pueblo Yanaona, 2024; Pardo, 2018).

Por su parte, la Pakarina comprende el nacimiento y el periodo posterior al parto, concebidos como una etapa de recuperación, fortalecimiento y recuperación del equilibrio. En este momento se desarrollan prácticas de cuidado orientadas a restablecer

la armonía de la mujer y del recién nacido, entre ellas los baños con plantas medicinales, las armonizaciones espirituales y los rituales relacionados con la placenta y el cordón umbilical, los cuales simbolizan la conexión permanente de la persona con su territorio, su familia y su identidad cultural. Estas prácticas reflejan la importancia que el pueblo Yanaona otorga a la continuidad de la vida, la transmisión de los saberes ancestrales y la preservación del equilibrio comunitario (Cabildo Mayor del Pueblo Yanaona, 2024).

En relación a el modelo de atención es importante señalar que el análisis de los servicios de salud dirigidos a comunidades indígenas implica comprender la interacción entre distintos sistemas médicos y sus bases operativas. La coexistencia entre la medicina tradicional indígena y la medicina alopática se enmarca en escenarios de pluralismo médico, caracterizados por procesos de articulación, pero también por relaciones de subordinación y conflicto institucional (Menéndez, 2003). En respuesta, los enfoques de interculturalidad en salud proponen modelos que reconozcan la diversidad epistemológica y promuevan la articulación equitativa entre sistemas médicos (OPS, 2023).

El SISPI se entiende como un conjunto articulado de políticas, principios, instituciones, saberes, prácticas y actores que orientan el cuidado de la salud y la vida colectiva de los pueblos indígenas en Colombia, fundamentado en sus leyes de origen y sistemas normativos propios. Este sistema se configura como una apuesta de autonomía política en salud, que busca trascender la lógica asistencial del modelo biomédico dominante y posicionarse como una política pública diferencial en el marco de un estado social de derecho (Consejo Regional Indígena del Cauca, 2018). En este sentido, el SISPI no constituye un subsistema subordinado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), sino un modelo propio de atención que plantea una transformación

estructural del enfoque de salud en los territorios indígenas (Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2016).

Desde una perspectiva analítica, el SISPI se estructura en componentes interdependientes que buscan garantizar la integralidad del cuidado. El componente de sabiduría ancestral constituye el eje epistemológico del sistema, al reconocer los conocimientos transmitidos generacionalmente como puerta de entrada al sistema (CRIC, 2018). El componente político-organizativo establece las formas de gobierno propio y la articulación con las instituciones estatales, garantizando la autonomía de los pueblos indígenas en la toma de decisiones sobre su salud (ONIC, 2016). Por su parte, el componente de cuidado de la salud propia e intercultural debe garantizar el cuidado y la atención en salud de acuerdo con la culturalidad y cosmovisión de cada pueblo indígena, integrando los saberes de parteras, médicos tradicionales y agentes comunitarios con los servicios de la medicina occidental, en el marco de un enfoque de complementariedad (OPS, 2016).

Asimismo, el componente de administración y gestión orienta la sostenibilidad del sistema mediante modelos de planificación, financiamiento y operación adaptados a las realidades territoriales, mientras que el componente de formación e investigación fortalece capacidades locales desde metodologías propias, evitando la pérdida del conocimiento y promoviendo la producción de saberes situados (CRIC, 2018). En conjunto, estos componentes configuran un modelo de salud integral que articula dimensiones culturales, políticas y administrativas del cuidado.

No obstante, uno de los principales desafíos del SISPI radica en su articulación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en la medida en que la lógica del aseguramiento, la eficiencia financiera y la estandarización de procesos puede

no ser coherente los principios de autonomía, integralidad y enfoque territorial que sustentan el sistema indígena. En este contexto, diversos estudios han señalado que la interculturalidad en salud solo es posible cuando se reconoce la igualdad entre sistemas médicos y se superan las relaciones de subordinación del conocimiento biomédico sobre los saberes propios (CEPAL, 2017).

Para comprender la operatividad real de los modelos de cuidado diferenciados en los territorios, es necesario recurrir a las categorías analíticas de la interculturalidad crítica desarrolladas desde la teoría social contemporánea. Catherine Walsh distingue entre una interculturalidad funcional o táctica y una interculturalidad crítica, estableciendo una diferencia fundamental en términos epistemológicos, políticos y estructurales (Walsh, 2009).

La interculturalidad funcional o táctica, se caracteriza por el reconocimiento formal de la diversidad cultural dentro de las instituciones existentes, sin modificar de manera sustancial las relaciones de poder ni la hegemonía del conocimiento biomédico. En el ámbito de la salud, esta forma de interculturalidad suele expresarse en ajustes superficiales de los servicios, como la traducción de señalización, la flexibilización parcial de normas o la incorporación limitada de prácticas culturales, mientras el control del diagnóstico, tratamiento y toma de decisiones permanece en el modelo médico (Walsh, 2009). En este sentido, diversos estudios en contextos latinoamericanos han evidenciado que estas estrategias, aunque necesarias, tienden a reproducir relaciones desiguales entre saberes que limitan la participación efectiva de los sistemas médicos tradicionales (OPS, 2016).

En contraste, la interculturalidad crítica se entiende como una propuesta política, ética y de conocimiento que busca transformar las estructuras que generan desigualdad y que subordinan los saberes indígenas. No se limita a una inclusión simbólica, sino que busca construir relaciones más equilibradas entre los distintos sistemas de conocimiento, reconociendo que los saberes propios tienen el mismo valor que los conocimientos dominantes (Walsh, 2009). En el campo de la salud materno-perinatal, este enfoque implica la generación de escenarios de diálogo real entre parteras, sabedores ancestrales y profesionales de la salud, donde la toma de decisiones se construye de manera compartida, respetando la autonomía de la gestante y la cosmovisión del pueblo, y contribuyendo a la reducción de prácticas de violencia obstétrica (Bohren et al., 2015; Gaffney et al., 2021).

Por otro lado, la administración de empresas en salud en contextos étnicos requiere redefinir los indicadores tradicionales de gestión desde el enfoque de derechos humanos y diferencial, incorporando dimensiones relacionadas con la subjetividad y los derechos colectivos de los pueblos indígenas.

Desde la perspectiva biomédica y de la administración en salud convencional, la calidad de la atención materna se mide principalmente a través de estándares normativos orientados a la reducción de la morbilidad materna y neonatal. En este marco, la calidad técnica se evalúa mediante el cumplimiento de guías de práctica clínica, la oportunidad en los controles prenatales, la adherencia a protocolos de seguridad del paciente, la disponibilidad de servicios de alta complejidad para emergencias obstétricas y la implementación de lineamientos institucionales como la Resolución 3280 de 2018 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Bajo este enfoque, los resultados se

asocian principalmente con la efectividad clínica, la eficiencia en el uso de recursos y la mitigación de riesgos durante la atención del parto.

También es importante considerar que, si bien los parámetros de calidad biomédica son esenciales para garantizar la supervivencia en contextos de alto riesgo obstétrico, resultan insuficientes para valorar integralmente la experiencia de atención en la población indígena. Desde la gestión en salud con enfoque diferencial, surge la categoría de calidad colectiva, entendida como un constructo que vincula el desempeño de los servicios de salud con la preservación de la identidad cultural y la garantía del buen vivir o Sumak Kawsay (Paz et al., 2017).

Desde esta perspectiva, la calidad y la pertinencia cultural exigen que los servicios de salud adapten sus prácticas de atención para responder a los derechos culturales de las mujeres. Así, los indicadores de calidad trascienden la medición de procesos clínicos y se amplían hacia aspectos como el respeto por la intimidad y el pudor de la gestante según su cosmovisión, la posibilidad de acompañamiento familiar durante el parto, la flexibilización de posiciones de nacimiento de acuerdo con las prácticas tradicionales y el manejo respetuoso de la placenta conforme a los usos y costumbres locales (Ricaurte-Cepeda y Guerrero-Luna, 2023). En este sentido, la pertinencia cultural se reconoce como un componente de la seguridad del paciente, en tanto su ausencia puede generar afectaciones emocionales, desconfianza institucional y barreras en el acceso a los servicios de salud.

También es importante el análisis de la implementación de modelos de salud propia indígena, el cual se complementa con la teoría de las barreras de acceso, permitiendo así identificar los factores que limitan la utilización oportuna y efectiva de los servicios de salud. En territorios con alta dispersión rural y presencia de población étnica,

como el departamento del Cauca, estas barreras pueden agruparse en tres dimensiones principales.

Las barreras estructurales e institucionales hacen referencia a las limitaciones del sistema de salud en su nivel macro, incluyendo la insuficiencia de recursos financieros para fortalecer redes de salud propias, la rigidez administrativa de los procesos de autorización por parte de las EPS, la baja disponibilidad de talento humano con formación en enfoques interculturales y las dificultades de infraestructura y transporte en zonas dispersas (Bautista Jiménez et al., 2017).

Las barreras geográficas se relacionan con la distancia, el aislamiento territorial y los altos costos de desplazamiento que enfrentan las gestantes rurales para acceder a servicios de salud concentrados en zonas urbanas, lo que incrementa el riesgo en situaciones de urgencia obstétrica, especialmente en territorios como el Resguardo de Rioblanco.

Por su parte, las barreras socioculturales corresponden a las diferencias en los sistemas de significados entre el personal de salud y los usuarios. Estas incluyen prácticas discriminatorias, dificultades de comunicación intercultural, desconocimiento de concepciones propias de salud y enfermedad, y la aplicación de protocolos clínicos estandarizados que no reconocen la autonomía ni la cosmovisión de las mujeres indígenas (Martins et al., 2014). Estas barreras contribuyen a la desconfianza hacia los servicios intra institucionales y refuerzan la fragmentada relación entre los sistemas médicos

Marco legal y normativo

La viabilidad operativa y la sostenibilidad del Modelo de Cuidado Yanaona en el marco del SISPI no dependen únicamente de su legitimidad comunitaria y del

reconocimiento de la medicina ancestral, sino también de un sólido marco jurídico. El ordenamiento legal colombiano, articulado con el bloque de constitucionalidad y los tratados internacionales, han evolucionado. En este contexto, se analizan las normas que orientan y obligan al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a garantizar la pertinencia cultural y el enfoque diferencial en la prestación de servicios.

Desde el ámbito internacional, la base jurídica de la autonomía de los pueblos indígenas en salud se sustenta en instrumentos incorporados al bloque de constitucionalidad (artículo 93 de la Constitución Política de Colombia). Entre ellos, el Convenio 169 de la OIT (Ley 21 de 1991) establece que los Estados deben garantizar el acceso a servicios de salud adecuados y, a su vez, permitir que los pueblos indígenas organicen y administren sus propios sistemas de salud. Asimismo, dispone que dichos servicios deben planificarse en articulación con sus condiciones culturales, sociales y territoriales, reconociendo sus prácticas tradicionales de prevención y atención en salud.

De manera complementaria, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007) reafirma el derecho de los pueblos indígenas a mantener y fortalecer sus sistemas de medicina tradicional, al tiempo que garantiza el acceso sin discriminación a los servicios de salud estatales, con especial protección de mujeres gestantes, niños y personas en situación de vulnerabilidad (Naciones Unidas, 2007, art. 24). En conjunto, estos instrumentos consolidan la obligación de los Estados de garantizar la interculturalidad en salud como un deber jurídico y no como una medida discrecional.

En este marco, el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), incorporado al ordenamiento jurídico colombiano mediante la Ley 21 de 1991, constituye el instrumento rector en materia de derechos de los pueblos indígenas. En su

artículo 25, establece que los gobiernos deben garantizar el acceso a servicios de salud adecuados o permitir que los pueblos indígenas organicen y administren sus propios sistemas de salud, bajo su responsabilidad y control. Asimismo, dispone que estos servicios deben planificarse y ejecutarse en cooperación con los pueblos, teniendo en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus prácticas tradicionales de prevención, atención y medicina ancestral (OIT, 1989).

Desde la perspectiva de la gestión en salud, este marco normativo redefine la atención diferencial, al pasar de ser una estrategia asistencial a constituirse en un derecho y una obligación estatal. En concordancia, la Declaración de 2007 reafirma el derecho de los pueblos indígenas a conservar sus sistemas médicos propios y a acceder sin discriminación a los servicios de salud, reconociendo de manera especial la protección de la salud materna, infantil y familiar en contextos de vulnerabilidad (Naciones Unidas, 2007).

La Constitución Política de 1991 redefine las bases del Estado colombiano al establecer en su artículo 1 que Colombia es un Estado social de derecho, democrático, participativo y pluralista. Este principio se complementa con el artículo 7, que reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación, y con el artículo 49, que consagra la salud como un servicio público a cargo del Estado, garantizando el acceso a servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud para toda la población.

En desarrollo de estos mandatos constitucionales, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 consolida la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable. Desde una perspectiva de gestión en salud, esta norma redefine los criterios de accesibilidad, calidad y equidad del sistema sanitario. En particular, el artículo 6 establece el principio de equidad, orientado a la reducción de brechas en poblaciones vulnerables y étnicas, y

el principio de interculturalidad, que reconoce la necesidad de articular los saberes y prácticas de los pueblos indígenas con el sistema de salud, promoviendo un diálogo entre conocimientos en condiciones de respeto. Asimismo, el artículo 11 reconoce a las mujeres gestantes como sujetos de especial protección, garantizando una atención sin barreras administrativas, financieras o culturales.

La articulación entre calidad técnica y pertinencia cultural se operacionaliza en la normatividad sectorial vigente. La Ley 2244 de 2022, conocida como la Ley de Parto Digno, Respetado y Humanizado, reconoce el derecho de las mujeres gestantes a ser protagonistas de su proceso de parto, a decidir sobre las condiciones del nacimiento incluidas las posiciones de parto y a contar con acompañamiento de su elección, incluyendo cuidadores tradicionales. En el caso de los pueblos indígenas, esta norma establece la obligación de incorporar un enfoque diferencial que respete sus cosmovisiones, prácticas culturales y rituales asociados al nacimiento, incluyendo el manejo respetuoso de la placenta conforme a sus usos y costumbres.

Por su parte, la Resolución 3280 de 2018 define las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), entre ellas la ruta materno-perinatal, estableciendo estándares técnicos para la atención del embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, su implementación reconoce la necesidad de adaptación territorial, permitiendo la articulación entre equipos de salud institucional y agentes comunitarios como las parteras tradicionales, especialmente en contextos rurales y dispersos, donde la atención requiere enfoques flexibles y culturalmente pertinentes.

Así mismo, la transición del modelo de aseguramiento en salud de carácter predominantemente comercial, establecido por la Ley 100 de 1993, hacia esquemas de gestión autónoma en salud para los pueblos indígenas ha sido posible gracias a un

conjunto de desarrollos normativos de carácter especial. Estos instrumentos han permitido avanzar en el reconocimiento de la autonomía territorial y en salud de los pueblos étnicos dentro del sistema colombiano.

En este marco, el Decreto 1953 de 2014 establece las normas transitorias para la administración de los sistemas propios de los territorios indígenas. En materia de salud, este decreto otorga a las autoridades tradicionales y a los cabildos la facultad de administrar recursos del Sistema General de Participaciones (SGP), así como de diseñar, ejecutar y evaluar modelos de atención en salud acordes con sus planes de vida. De esta manera, se constituye en el soporte jurídico que viabiliza la estructura operativa del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).

De forma complementaria, el Decreto Ley 0480 de 2025 fortalece la autonomía de los pueblos indígenas en la gestión de la salud, consolidando el reconocimiento del SISPI como modelo propio dentro del sistema de salud colombiano. Este marco normativo orienta la articulación entre el sistema de salud indígena y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, promoviendo una relación de complementariedad en lugar de subordinación. Asimismo, establece la obligación de los entes territoriales de concertar las rutas de atención con las autoridades indígenas, garantizando su adecuación a los modelos de cuidado propios y a los principios culturales de cada pueblo.

De manera complementaria, el Decreto Ley 0968 de 2018 fortalece el marco de implementación del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), al establecer lineamientos para la articulación entre las instituciones del sistema de salud y las autoridades indígenas en el desarrollo de acciones de promoción, prevención y atención en salud. Este decreto reconoce la necesidad de incorporar los saberes y prácticas propias en la prestación de servicios, promoviendo la adecuación intercultural

de las intervenciones en salud y la participación activa de los pueblos indígenas en la planificación y gestión de los procesos de atención.

En conjunto, estos desarrollos normativos configuran un proceso progresivo de institucionalización del SISPI, en el que la gestión en salud se reconfigura desde una lógica centralizada hacia un enfoque territorial, diferencial e intercultural.

Finalmente, a nivel regional, la articulación normativa en salud se concreta en las directrices emitidas por la Gobernación del Cauca y la Secretaría de Salud Departamental, en coordinación con el Consejo Regional Indígena del Cauca (Consejo Regional Indígena del Cauca). Estas orientaciones operativas han permitido avanzar en la implementación de acciones de vigilancia epidemiológica comunitaria, especialmente en eventos de mortalidad materna, incorporando progresivamente el enfoque diferencial e intercultural en la gestión del riesgo en salud.

En este marco, las instituciones prestadoras de servicios de salud (ESE) del departamento, incluidas aquellas que atienden población del municipio de Sotará, han sido orientadas a conformar comités de análisis de casos con enfoque intercultural y a fortalecer la articulación con redes comunitarias. En situaciones de riesgo obstétrico en mujeres gestantes de pueblos indígenas, estas disposiciones promueven la coordinación con autoridades tradicionales, con el fin de garantizar la continuidad del cuidado entre el sistema institucional y los sistemas propios, en coherencia con los lineamientos del modelo de cuidado del pueblo Yanaona (Consejo Regional Indígena del Cauca, 2024).

A pesar de los avances normativos y del desarrollo progresivo de políticas públicas orientadas a la interculturalidad en salud, la atención materna en comunidades indígenas continúa enfrentando desafíos significativos en su implementación. En el caso

del SISPI, persiste una brecha entre el diseño institucional de los modelos de cuidado y su materialización efectiva en los territorios.

En el resguardo indígena Yanaona de Rioblanco (Cauca), esta situación se expresa en la coexistencia de dos modelos de atención que operan de manera paralela. Por un lado, se encuentra el sistema biomédico institucional, estructurado a partir de la Ruta de Atención Materno-Perinatal; por otro, los sistemas propios de cuidado, basados en saberes ancestrales, prácticas espirituales y comprensiones culturales del embarazo, el parto y el puerperio como procesos profundamente vinculados al territorio y a la cosmovisión indígena.

Sin embargo, la articulación entre ambos sistemas aún no se consolida como un modelo plenamente complementario. Diversos estudios han evidenciado que persisten relaciones de asimetría entre el conocimiento biomédico y los saberes tradicionales, lo cual incide en la experiencia de atención de las mujeres gestantes y limita la incorporación efectiva de prácticas culturales en los servicios institucionales (Ricaurte-Cepeda y Guerrero-Luna, 2024). Estas dinámicas se reflejan en barreras de acceso, restricciones para la participación de la medicina tradicional y persisten limitaciones en la realización de rituales asociados al nacimiento.

En este contexto, aunque el SISPI y las rutas de atención materno-perinatal constituyen marcos normativos de articulación intercultural, su implementación práctica sigue condicionada por barreras geográficas, administrativas, culturales y de infraestructura, que afectan la accesibilidad y la pertinencia de la atención en salud.

Asimismo, la literatura nacional y regional ha privilegiado enfoques descriptivos o epidemiológicos centrados en indicadores de morbilidad materna o en la caracterización general de prácticas culturales, sin profundizar en las experiencias

vividas por las mujeres en escenarios donde el SISPI se encuentra en proceso de implementación. En particular, se identifica un vacío de conocimiento respecto a cómo las mujeres Yanaonas del resguardo de Rioblanco construyen los significados del cuidado materno en contextos de atención intercultural activa.

En consecuencia, el problema de investigación se configura en la necesidad de comprender cómo se construyen los significados del cuidado materno intercultural en las mujeres del resguardo Yanaona de Rioblanco, en un escenario de coexistencia entre sistemas de atención y en el que la implementación del modelo de cuidado aún presenta desafíos en su articulación entre lo normativo, lo institucional y lo cultural.

Hipótesis

Dado el enfoque cualitativo de la presente investigación, no se formula una hipótesis en términos tradicionales, ya que este tipo de estudios no busca comprobar relaciones causales ni generalizar resultados. En su lugar, se plantea un supuesto interpretativo que orienta el proceso de comprensión del fenómeno estudiado.

En este sentido, se presume que las experiencias y significados que las mujeres del resguardo indígena Yanaona de Rioblanco (Sotará, Cauca) atribuyen al cuidado materno intercultural durante la preñez (Muyu Tarpuy) y el puerperio (Pakarina), favorecen procesos de diálogo e integración entre la medicina tradicional propia y la medicina occidental, en coherencia con la cosmovisión, la identidad cultural y las formas comunitarias de cuidado del pueblo Yanaona.

Se presume además que, en este contexto de coexistencia de sistemas médicos, la pertinencia cultural del cuidado materno y el reconocimiento de los saberes ancestrales constituyen elementos determinantes en la construcción de experiencias positivas o negativas de atención en salud, así como en la confianza y continuidad del cuidado.

Este supuesto orienta la interpretación de los hallazgos, sin pretender establecer relaciones causales, sino comprender de manera profunda los significados que emergen desde la vivencia de las mujeres en su contexto sociocultural.

Variables

De acuerdo con Hernández-Sampieri y Mendoza (2023), la investigación cualitativa se orienta a la comprensión profunda de los fenómenos sociales desde la perspectiva de los participantes, privilegiando sus significados, experiencias y contextos de vida, más que la medición de variables o la comprobación de hipótesis. En este tipo de estudios, el análisis se estructura a partir de categorías de análisis emergentes o previamente orientadas, las cuales permiten organizar la información obtenida en el trabajo de campo en función de los objetivos de la investigación, facilitando su interpretación de manera flexible y contextualizada.

En coherencia con este enfoque, el presente estudio utilizó un instrumento de recolección tipo entrevista semiestructurada, el cual, si bien fue diseñado inicialmente a partir de variables orientadoras derivadas de los objetivos específicos, no se interpreta desde una lógica cuantitativa, sino como insumo para la construcción de categorías de análisis. Estas categorías agrupan varias preguntas del instrumento y permiten interpretar de manera integral las experiencias, significados y prácticas relacionadas con el cuidado materno intercultural en las mujeres del resguardo Yanaona de Rioblanco.

De esta manera, las categorías de análisis se entienden como unidades conceptuales de organización e interpretación de la información cualitativa, que permiten agrupar, relacionar y comprender los relatos de las participantes en función de los ejes temáticos del estudio (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2023). En este sentido, las categorías definidas en la investigación incluyen: categoría de caracterización, categoría de experiencias del cuidado materno, categoría de prácticas tradicionales de cuidado, categoría de experiencia del modelo de cuidado y del SISPI, categoría de articulación entre medicina tradicional y medicina occidental, categoría de barreras de acceso y

continuidad del cuidado y categoría de recomendaciones para el fortalecimiento del cuidado materno intercultural.

Cada una de estas categorías se estructura a partir de una definición conceptual, aspectos o preguntas orientadoras y la fuente de información correspondiente. Así, la categoría de caracterización comprende las condiciones familiares, territoriales y obstétricas de las mujeres, abordando aspectos como edad, escolaridad, estado civil, ocupación, lugar de residencia y antecedentes obstétricos, los cuales se obtienen mediante las preguntas iniciales del instrumento.

La categoría de experiencias del cuidado materno recoge las vivencias de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, explorando aspectos como el acompañamiento recibido, el lugar del parto, la percepción de seguridad y las experiencias durante la gestación y el posparto, a través de preguntas abiertas en su mayoría que permitieron recoger los relatos de las mujeres.

La categoría de prácticas tradicionales de cuidado comprende las acciones propias del sistema de cuidado Yanaona, tales como el uso de plantas medicinales, el acompañamiento de parteras o sabedores, y los rituales asociados al proceso de gestación y nacimiento, en este caso se usaron tanto preguntas cerradas como abiertas con el fin de orientar a las mujeres.

Por su parte, la categoría de experiencia del modelo de cuidado y del SISPI analiza el conocimiento, valoración y percepción del modelo de salud propio e intercultural, incluyendo aspectos como la confianza, satisfacción, pertinencia cultural y disposición a recomendar el modelo, para esta categoría se usaron tanto preguntas abiertas como escalas de Likert.

Así mismo, la categoría de articulación entre medicina tradicional y medicina occidental explora las formas de complementariedad o tensión entre ambos sistemas, considerando la comunicación entre actores de salud, el uso de servicios institucionales y el respeto por las prácticas culturales, en donde se combina preguntas tanto abiertas como de opción múltiple y escala de Likert.

Por otro lado, la categoría de barreras de acceso y continuidad del cuidado identifica las dificultades que enfrentan las mujeres para acceder a los servicios de salud, tales como distancia geográfica, condiciones económicas, transporte, trato recibido y disponibilidad de servicios, en ella se combinaron preguntas de opción múltiple como preguntas abiertas.

Y finalmente, la categoría de recomendaciones para el fortalecimiento del cuidado materno intercultural recoge las propuestas de las participantes orientadas a mejorar la atención materna en el territorio desde la perspectiva comunitaria e institucional, la cual se recogió a partir de una pregunta abierta.

Es importante señalar que, en el Anexo A de la presente investigación, se presenta la tabla de categorización de variables inicialmente planteadas para la construcción del instrumento, la cual sirvió como base estructural para el desarrollo posterior de las categorías de análisis utilizadas en el proceso interpretativo del estudio cualitativo.

Por otro lado, es importante señalar que no todas las categorías planteadas en el instrumento usado son objeto de estudio de manera extensiva en la presente investigación, se abordan las siguiente categorías: categoría de caracterización, categoría de experiencias del cuidado materno, categoría de experiencia del modelo de

cuidado y del SISPI, categoría de articulación entre medicina tradicional y medicina occidental, categoría de barreras de acceso y continuidad del cuidado.

Metodología

Enfoque y alcance de la investigación

El presente estudio se desarrolló con un enfoque fenomenológico-interpretativo, e incorpora elementos etnográficos.

El enfoque fenomenológico-interpretativo se justifica en tanto la investigación se orienta a comprender la experiencia vivida del cuidado materno durante los momentos de vida Muyu Tarpuy (preñez) y Pakarina (puerperio), explorando los sentidos que las mujeres atribuyen a estos procesos desde su propia subjetividad y contexto sociocultural. Desde la perspectiva fenomenológica, la realidad social es entendida como una construcción de significados que surge de la experiencia vivida y que debe ser interpretada en su contexto histórico, cultural y relacional (Husserl, 1970; Van Manen, 1990; Hernández-Sampieri y Mendoza, 2023). En coherencia con ello, el enfoque interpretativo permite acceder a la comprensión de dichas experiencias tal como son vividas y narradas por los sujetos en su entorno cotidiano.

Asimismo, el estudio incorpora elementos etnográficos debido a que considera el contexto sociocultural, comunitario y territorial como un componente fundamental para la comprensión del fenómeno, integrando prácticas, saberes y dinámicas culturales propias del pueblo Yanaona. La etnografía, desde su perspectiva clásica, implica la inmersión prolongada del investigador en la comunidad y la observación participante como estrategia central de recolección de información (Geertz, 1973; Hammersley y Atkinson, 2007). Sin embargo, este estudio no se inscribe en una etnografía en sentido estricto, ya que no desarrolló una inmersión prolongada ni una observación participante continua, sino una aproximación etnográfico-interpretativa que permite contextualizar e interpretar las narrativas de las participantes dentro de su marco cultural.

Diseño de investigación

El estudio corresponde a un diseño cualitativo de corte transversal, en la medida en que la información fue recolectada en un único momento del tiempo, a partir de las experiencias narradas por las participantes sobre sus vivencias pasadas y presentes en relación con el cuidado materno. Este tipo de diseño, en investigación cualitativa, permite captar experiencias situadas en un momento específico sin implicar seguimiento longitudinal, privilegiando la profundidad interpretativa sobre la temporalidad del fenómeno (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2023).

Es cualitativo en la medida en que busca comprender fenómenos sociales desde la perspectiva de las participantes, privilegiando sus experiencias, significados y construcciones subjetivas sobre el cuidado materno, sin pretender la medición de variables ni la generalización de resultados (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2023). En este sentido, el interés central del estudio no es explicar relaciones causales, sino interpretar cómo las mujeres Yanaonas del resguardo de Rioblanco significan su experiencia de maternidad en el contexto del SISPI.

En consecuencia, el estudio no busca establecer relaciones causales ni realizar generalizaciones estadísticas, sino comprender de manera profunda las narrativas, significados y prácticas asociadas al cuidado materno intercultural y a la articulación entre la medicina tradicional y el sistema de salud institucional.

Población y Muestra

La población de referencia estuvo conformada por mujeres pertenecientes al resguardo indígena Yanaona de Rioblanco, municipio de Sotará, Cauca, que hubieran vivido experiencias relacionadas con la gestación, el parto o el puerperio, así como

mujeres que hubiesen participado en procesos de cuidado materno dentro del modelo de cuidado propio durante los dos años previos al desarrollo de la investigación.

La identificación de las posibles participantes se realizó mediante la revisión de la base de datos del programa de gestantes de la Unidad de Cuidado del Resguardo, correspondiente al periodo 2024-2026. De acuerdo con esta información, se contaba con una población total de 20 mujeres, entre gestantes y púerperas.

La selección de las participantes se efectuó mediante un muestreo intencional por criterios. Este tipo de muestreo, ampliamente utilizado en investigación cualitativa, consiste en seleccionar deliberadamente a las personas que poseen características, experiencias o conocimientos relevantes para el fenómeno objeto de estudio, permitiendo obtener información profunda y significativa más que representatividad estadística (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2023; Patton, 2015).

En coherencia con los objetivos de la investigación, se definieron criterios de inclusión orientados a identificar mujeres con experiencia directa en los procesos de cuidado materno intercultural desarrollados en el territorio. Como resultado, la muestra quedó conformada por ocho mujeres pertenecientes al pueblo Yanaona del resguardo de Rioblanco, entre gestantes y púerperas, seleccionadas por su experiencia con el modelo de cuidado materno intercultural implementado en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).

La utilización de este tipo de muestreo permitió acceder a relatos y experiencias particularmente relevantes. Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2023), en los estudios cualitativos la selección de participantes se orienta por la riqueza y pertinencia de la información que pueden aportar al fenómeno estudiado, más que por criterios de representatividad numérica.

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

Se incluyeron mujeres que:

- Se encontrarán en estado de gestación o hubieran vivido un proceso de gestación reciente.
- Residieran en el territorio del Resguardo Indígena de Rioblanco y recibieran atención en salud dentro del mismo.
- Aceptarán participar voluntariamente en el estudio, previa explicación de los objetivos de la investigación y firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio:

- Mujeres gestantes que no pertenecieran al Resguardo Indígena de Rioblanco.
- Mujeres que presentaran barreras de comunicación que dificultaran una adecuada interacción durante la recolección de la información.

Posterior a la verificación de la población objeto de estudio y a la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se conformó una muestra final de ocho (8) mujeres. Estas participantes aceptaron voluntariamente participar en la investigación, fue posible establecer contacto directo con ellas y se logró la aplicación completa del instrumento de recolección de información.

Instrumentos

La recolección de la información se realizó mediante una entrevista semiestructurada de diligenciamiento por parte del investigador. De acuerdo con Hernández-Sampieri y Mendoza (2023), la entrevista semiestructurada es una técnica de investigación cualitativa que combina preguntas previamente definidas con la flexibilidad necesaria para profundizar en aspectos emergentes durante la interacción con las

participantes, permitiendo explorar experiencias, significados, percepciones y contextos desde su propia perspectiva.

El instrumento estuvo conformado por 43 preguntas, incluyendo preguntas de selección múltiple, preguntas dicotómicas (sí/no), preguntas con escala tipo Likert y, principalmente, preguntas abiertas orientadas a favorecer la expresión libre de las experiencias de las participantes. Su diseño se fundamentó inicialmente en una matriz de variables y dimensiones construida a partir de los objetivos de investigación; sin embargo, dado el carácter cualitativo del estudio, la información fue posteriormente organizada y analizada mediante categorías de análisis que permitieron comprender de manera integral el fenómeno estudiado.

La aplicación del instrumento permitió integrar información contextual y experiencial en un mismo proceso de recolección de datos, favoreciendo la comprensión integral del cuidado materno intercultural desde la perspectiva de las mujeres Yanaona. Asimismo, el uso de preguntas predominantemente abiertas facilitó la profundización en los significados atribuidos a la maternidad, las prácticas culturales y la implementación del modelo de cuidado en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), respetando las particularidades territoriales, culturales y comunitarias de las participantes.

Se anexa versión completa del instrumento de recolección de información en el Anexo B.

Validación del instrumento

Para garantizar la validez de contenido del instrumento, se realizó mediante juicio de expertos utilizando el coeficiente V de Aiken, con el fin de evaluar la claridad,

pertinencia, relevancia y coherencia de las variables incluidas en el estudio. En este proceso participaron seis expertos seleccionados por su experiencia académica y profesional en áreas como salud pública, epidemiología, administración en salud, investigación y atención intercultural; cinco pertenecientes a la Universidad EAN y uno a la Universidad del Cauca.

Inicialmente, el instrumento estuvo conformado por 50 variables orientadas a explorar aspectos sociodemográficos, antecedentes obstétricos, prácticas culturales y experiencias relacionadas con el cuidado materno intercultural en mujeres indígenas Yanaona. Los resultados evidenciaron adecuados niveles de validez de contenido, obteniéndose coeficientes V de Aiken entre 0,83 y 1,0. Del total de variables evaluadas, el 74 % alcanzó un valor de 0,94, seguido del 14 % con 0,89, el 6 % con 0,93 y el 2 % con puntuación máxima de 1,0, lo que refleja un alto nivel de concordancia entre los evaluadores y adecuada relación de los ítems con los objetivos de investigación.

Las observaciones realizadas por los expertos se centraron principalmente en fortalecer la claridad semántica, la coherencia interna del instrumento y su pertinencia cultural frente a la población indígena Yanaona. En este sentido, se identificaron algunos términos y enunciados que podían generar ambigüedad por parte de las participantes, por lo cual se realizaron ajustes orientados a mejorar su comprensión y adaptación al contexto sociocultural del estudio. Entre los cambios más relevantes se encuentra la sustitución de expresiones como “prácticas propias” por “prácticas de cuidado propias”, con el fin de precisar su sentido dentro del ámbito del cuidado materno intercultural.

De igual manera, se realizaron modificaciones en varias preguntas relacionadas con los momentos de embarazo, parto y puerperio, las cuales inicialmente presentaban

estructuras compuestas o múltiples ideas en un mismo enunciado. Estas fueron reformuladas para hacerlas más concretas y de fácil comprensión, evitando posibles confusiones durante su aplicación. Asimismo, se amplió y clarificó la descripción del modelo de atención intercultural, con el propósito de contextualizar de manera más precisa los derechos, prácticas y formas de cuidado propias del pueblo Yanaona, en el cual se incluye la articulación entre la medicina tradicional y el sistema de atención occidental.

Por otra parte, algunas recomendaciones de los expertos relacionadas con aspectos técnicos del diligenciamiento del instrumento, uso de categorías o ajustes operativos no fueron incorporadas, debido a que el proceso de aplicación por parte del entrevistador favorecía el diligenciamiento y no afectaban directamente la comprensión de las participantes ni la validez de los ítems. En estos casos, se priorizó mantener la estructura del instrumento de acuerdo con los objetivos de la investigación y la lógica metodológica previamente establecida.

Finalmente, el proceso de validación permitió no solo depurar y ajustar el instrumento, sino también fortalecer su coherencia metodológica y su pertinencia cultural. Esto contribuyó a consolidar una herramienta más clara, comprensible y adecuada para la recolección de información, garantizando mayor calidad en los datos obtenidos y una mejor aproximación a las experiencias y percepciones del cuidado materno intercultural en la población objeto de estudio.

Técnicas para el análisis de la información

Para el procesamiento y análisis de la información recolectada en el presente estudio, se emplearon técnicas de análisis cualitativo, en coherencia con el enfoque de la

investigación. Asimismo, las entrevistas semiestructuradas realizadas fueron transcritas de manera literal, conservando las expresiones y relatos de las participantes.

La información obtenida a través de las preguntas de la entrevista semiestructurada fue analizada mediante la combinación de técnicas de análisis de contenido y análisis narrativo, con el propósito de comprender e interpretar las experiencias, percepciones y significados que las mujeres narraron.

El análisis de contenido se empleó como estrategia para organizar, clasificar e interpretar la información textual obtenida en las entrevistas. De acuerdo con Bardin (2016), esta técnica permite identificar unidades de significado, patrones temáticos y categorías de análisis presentes en los discursos, favoreciendo una comprensión sistemática de los fenómenos estudiados. En esta investigación, el análisis de contenido facilitó la agrupación de los relatos en torno a las categorías previamente definidas, relacionadas con las experiencias del cuidado materno, las prácticas tradicionales, la articulación entre la medicina tradicional y la medicina occidental, las barreras de acceso y la experiencia del modelo de cuidado propio.

Complementariamente, se utilizó el análisis narrativo, entendido como una estrategia orientada a comprender la forma en que las personas construyen y comunican el significado de sus experiencias mediante relatos (Riessman, 2008). Esta técnica permitió profundizar en las vivencias de maternidad de las participantes, reconociendo los elementos culturales, emocionales, familiares y territoriales presentes en sus narraciones sobre la gestación, el parto y el puerperio. Desde esta perspectiva, el interés no se centró únicamente en el contenido de los relatos, sino también en la manera en que las mujeres organizaron y otorgaron sentido a sus experiencias de cuidado.

El proceso analítico inició con la transcripción y lectura exhaustiva de las entrevistas, seguida de la codificación de fragmentos relevantes y su agrupación en categorías temáticas. Posteriormente, se realizó una interpretación comprensiva de las narrativas, considerando el contexto sociocultural del pueblo Yanaona y los referentes conceptuales relacionados con la salud intercultural, el cuidado materno y el SISPI.

La articulación de ambas técnicas fortaleció la rigurosidad del estudio, ya que el análisis de contenido permitió una organización sistemática de la información, mientras que el análisis narrativo aportó profundidad interpretativa para comprender los significados construidos por las participantes en torno a sus experiencias de maternidad y cuidado materno intercultural.

Trabajo en campo

El trabajo de campo se llevó a cabo de forma presencial en la Unidad de Cuidado del Resguardo Indígena de Rioblanco y en los domicilios de algunas participantes, durante dos jornadas de recolección previamente organizadas.

Antes de iniciar la aplicación del instrumento, se gestionó la autorización correspondiente ante la autoridad tradicional del resguardo (Gobernador), quien avaló la realización del estudio mediante consentimiento formal que se encuentra en anexo D. Con esta aprobación, se procedió a coordinar las visitas a la Unidad de Cuidado y a los hogares de las gestantes seleccionadas.

Previo a cada entrevista, se explicó a las participantes el consentimiento informado, el cual fue leído, comprendido y firmado de manera voluntaria, garantizando su decisión libre de participación. El instrumento de entrevista semiestructurada fue diligenciado directamente por el investigador, a partir de las respuestas proporcionadas por cada mujer, con el fin de asegurar uniformidad en el registro de la información.

Con la autorización previa de las participantes, las entrevistas fueron grabadas en audio digital, sin incluir nombres ni datos personales, garantizando la confidencialidad y el anonimato. Estas grabaciones complementaron las notas de campo y permitieron preservar con mayor fidelidad los relatos para su posterior análisis.

El proceso se desarrolló en un ambiente de respeto por los tiempos, prácticas y dinámicas propias de la comunidad Yanaona, favoreciendo una interacción basada en la escucha activa y el reconocimiento de los saberes tradicionales. La participación incluyó mujeres en etapa de gestación y puerperio, lo que permitió comprender de manera integral el ciclo reproductivo desde su contexto cultural.

Al finalizar cada entrevista, se expresó un agradecimiento a las participantes, reiterando la confidencialidad de la información y su uso exclusivo con fines investigativos. En coherencia con el principio de reciprocidad, se entregó un detalle simbólico por parte del equipo investigador.

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

Consideraciones éticas

La presente investigación se acogió a lo dispuesto en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, dando especial cumplimiento a lo señalado en el Capítulo IV, relativo a la investigación en mujeres embarazadas (gestantes), durante el trabajo de parto, puerperio y lactancia (Resolución 8430, 1993, Pág. 7).

La investigación respetó los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y confidencialidad. Las gestantes participantes recibieron información clara y completa sobre los objetivos, métodos, posibles riesgos y beneficios del estudio, y firmarán un consentimiento informado libre, individual y voluntario. Se garantizó en todo momento su derecho a retirarse en cualquier momento, sin consecuencias negativas, y se salvaguardará su identidad, privacidad y la confidencialidad de la información recolectada.

Procesamiento de los datos

La información recolectada fue organizada mediante una matriz de análisis cualitativo, estructurada a partir de las categorías definidas en el estudio. Las preguntas de caracterización contextual se sistematizaron de manera descriptiva, con el propósito

de situar las experiencias en relación con sus condiciones sociodemográficas, familiares, territoriales y obstétricas.

Asimismo, las preguntas abiertas fueron revisadas mediante lectura comprensiva, identificación de unidades de sentido y agrupación temática. Lo anterior, permitió reconocer patrones y significados asociados al cuidado materno intercultural, prácticas tradicionales, experiencia con el SISPI, barreras de acceso y la articulación entre modelos.

Caracterización de la población

La población del estudio estuvo conformada por 8 mujeres pertenecientes al resguardo indígena Yanaona de Rioblanco, cuyas edades oscilan entre los 17 y los 36 años. En términos de formación académica, se observa una diversidad que abarca desde la educación básica secundaria (grado séptimo) hasta niveles técnicos. Específicamente, tres de las participantes alcanzaron o estaban en proceso de terminar el bachillerato (grados 10 u 11), mientras que una de ellas cuenta con formación técnica.

En cuanto al estado civil y la estructura socioeconómica, predomina la unión libre como forma de organización familiar. Todas las mujeres entrevistadas se autoidentificaron como amas de casa al momento de la recolección de datos.

Geográficamente, la mayoría de las participantes residen en zonas rurales dispersas (veredas como Pueblo Quemado, Pusquines y La Floresta). Respecto a los antecedentes gineco-obstétricos, se identificó una prevalencia de primigestas en la mayoría de los casos analizados, con una distribución equitativa entre partos por cesárea y partos vaginales, realizados principalmente en instituciones de segundo o tercer nivel como el Hospital San José de Popayán debido a la clasificación de riesgo o la ausencia de infraestructura para partos complejos en el territorio.

La tabla 2 representa la caracterización contextual de las mujeres participantes, considerando aspectos como edad, escolaridad, estado civil, ubicación de residencia, lo cual permite comprender condiciones sociales y territoriales desde las cuales se construyen las experiencias de cuidado materno intercultural.

Tabla 2.

Datos sociodemográficos y socioeconómicos

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

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

Análisis de los resultados

El análisis de resultados se organizó a partir de las categorías definidas en el estudio, con el propósito de presentar de manera ordenada las experiencias y significados del cuidado, expresadas por las participantes. En primer lugar, se describen los hallazgos derivados de las entrevistas semiestructuradas; posteriormente, se interpretan dichos hallazgos a la luz del marco teórico, el supuesto interpretativo y objetivos de la investigación.

Historias de vida

Mujer 001 (Pueblo Quemado): Con 30 semanas de gestación y residente en Pueblo Quemado, su relato se centra en la expectativa y la construcción de la red de apoyo. Para ella, el embarazo ha sido un proceso de aprendizaje compartido con su madre, siendo la "primera nieta" de la familia. Su experiencia destaca la importancia de la información oportuna; valora la atención en la IPSI Minga, donde el ginecólogo le explicó detalladamente el desarrollo de su bebé. No obstante, el factor geográfico es una constante: el transporte desde su vereda es "lejos", lo que convierte cada control en un viaje de dedicación diaria que requiere coordinación con su pareja, quien trabaja fuera del territorio, pero retorna para los momentos clave.

Mujer 002 (Pueblo Quemado Bajo): A sus 19 años y con el sueño de estudiar enfermería, representa la nueva generación Yanaona que busca profesionalizar el cuidado. Su experiencia de parto en el Hospital San José de Popayán por cesárea estuvo marcada por la compañía constante. A pesar de haber pasado ya por "la dieta", su relato subraya un vacío en el seguimiento domiciliario: "me quedaron ir a visitar, pero no fueron". Esta vivencia resalta la importancia de la presencia física del modelo en la vereda. Para ella, la recuperación incluyó la necesidad de "hacerse acomodar la matriz" con un sabedor ancestral del territorio.

Mujer 003 (Pusquines): Residente en la vereda Pusquines, su experiencia es la de una madre que ya ha transitado por dos partos vaginales normales. Su relato es de satisfacción con el apoyo logístico del territorio; destaca que "el cabildo me ayudó con la camioneta cuando estaba la bebé en el estómago". En su postparto, la lactancia fluyó de manera natural, y se complementó el cuidado con la vigilancia de la "jefe" (enfermera) de la unidad de cuidado.

Mujer 004 (Pueblo Quemado Alto): Su historia es una de resiliencia y reconfiguración de proyectos de vida. Inicialmente soñaba con prestar el servicio militar, pero la maternidad transformó sus prioridades. Residente en la parte alta de la vereda, bajó caminando para atención de parto, por lo cual ocurrió en el camino y posterior fue atendida en la Unidad de Cuidado del territorio y remitida a la ciudad de Popayán, una rareza en comparación con las demás, lo que le otorgó una experiencia de mayor cercanía cultural. A pesar de haber tenido dificultades iniciales con su pareja, hoy ve en su hija la fuerza para seguir adelante, planeando terminar su bachillerato y emprender una carrera técnica.

Mujer 005 (La Floresta): Con formación técnica y 25 años, su experiencia fue de cesárea en el Hospital San José. Su relato es crítico y constructivo respecto a la interculturalidad. Fue ella quien mencionó que en el hospital "me preguntaron que cómo lo quería", un hito de respeto a la autonomía. Sin embargo, su vivencia de "la dieta" es sagrada: "una dieta es una cosa seria... que se cuiden para que más adelante no estén enfermas". Su voz es la que más reclama la presencia de parteras y sabedores en el momento del parto institucional para evitar el sentimiento de soledad técnica.

Mujer 006: A sus 35 años y con dos embarazos (uno terminado en cesárea), vive temporalmente en el pueblo antes de regresar a vivir a la vereda. Su relato enfatiza el miedo inherente al proceso, mitigado por la fe y la familia: "uno solamente es confiar en Dios... y los médicos pues ya hacen lo que tienen que hacer". Es una voz de alerta sobre la calidad técnica institucional, relatando experiencias negativas con la canalización de venas por auxiliares y la realización de cuidado con las plantas medicinales que añora.

Mujer 007 (Pueblo Quemado Alto): A sus 36 años y con una formación académica que alcanzó el grado 11, su relato refleja la experiencia de una madre que ha vivido dos

procesos de gestación bajo el modelo institucional. Residente en la parte alta de la vereda Pueblo Quemado, su vivencia destaca la importancia de la estabilidad emocional y el acompañamiento familiar en el hogar. Para ella, la satisfacción con el modelo SISPI radica en la claridad de la información recibida y en la ausencia de barreras administrativas para sus controles.

Mujer 008 (Vereda La Floresta): Con 30 años y también con bachillerato completo, su historia se caracteriza por la búsqueda de un equilibrio entre sus responsabilidades como ama de casa y el cuidado de su salud reproductiva. Su relato es fundamental para entender la transición hacia la planificación familiar postparto dentro del modelo. Al igual que sus compañeras de la vereda La Floresta, resalta que el acceso a la unidad de cuidado es "fácil", lo que ha permitido una adherencia constante a los programas de salud. Su experiencia de parto, aunque institucionalizada, estuvo mediada por una fuerte red de apoyo en el hogar.

El análisis de caracterización evidencia que la ocupación predominante de las participantes corresponde a las labores del hogar. Esta situación se relaciona con una organización familiar en la que los principales ingresos económicos suelen provenir de las actividades agrícolas u otros trabajos desarrollados por sus parejas o familiares cercanos. Asimismo, este rol sitúa a las mujeres como actores fundamentales en el cuidado del hogar, la crianza y la transmisión intergeneracional de conocimientos, prácticas y saberes asociados al cuidado materno durante el Muyu Tarpuy, contribuyendo a la preservación de la identidad cultural y de las formas propias de cuidado del pueblo Yanaona.

Las experiencias recolectadas revelan que, para la mujer gestante de Rioblanco, el parto no se constituye como un evento médico aislado, sino como un "tránsito" vital y

simbólico que conecta dos mundos. En la narrativa de las participantes, emerge una contraste territorial y funcional: mientras que el hospital institucional (generalmente en Popayán) es aceptado como el escenario del nacimiento bajo el criterio de la "seguridad" física y la disminución de un posible riesgo, el territorio del resguardo se reafirma como el escenario de la "vida", la identidad cultural y la protección espiritual.

Esta coexistencia de dos formas de cuidado no se percibe como una contradicción, sino como una estrategia de supervivencia cultural y física. Las mujeres reconocen en el hospital el lugar de la "técnica" y la infraestructura necesaria para resolver complicaciones que el sistema propio, debido a limitaciones de equipamiento o normativas de salud pública, no puede atender. Sin embargo, esta aceptación es selectiva y realista. Las participantes valoran positivamente los avances en la sensibilización del personal externo; un hito significativo es el relato de la Mujer 005, quien destaca que en el entorno hospitalario se le consultó sobre sus preferencias en el momento del parto: "me preguntaron que cómo lo quería". Este gesto de autonomía es interpretado como un avance en el reconocimiento del derecho al parto humanizado e intercultural.

No obstante, el tránsito se vive con una tensión latente. Para la gestante Yanaona, el hospital es un espacio "frío" y restrictivo. Las historias de vida de las Mujeres 005 y 006 contrastan la flexibilidad del resguardo frente a la rigidez institucional: mientras que en el hospital la alimentación es estandarizada y el acompañamiento es limitado por protocolos de seguridad, en el modelo de cuidado propio se valora la posibilidad de "entrar comida" del territorio y de estar rodeada de la red familiar con menos limitaciones. El alimento aquí no es solo nutrición, sino un elemento de curación que conecta a la mujer con su tierra durante el esfuerzo del parto.

La demanda de realizar la adecuación de los espacios institucionales surge como una necesidad sentida y una crítica a la persistencia del modelo biomédico. Las mujeres proponen que la interculturalidad no debe quedarse solo el trato recibido siendo este mecánico, sino en la integración efectiva de los actores de salud propia. Existe una solicitud explícita de incluir figuras como parteras y sabedores en el quirófano o la sala de partos. La percepción es que la medicina occidental repara el cuerpo, pero la medicina propia, mediante el uso de plantas medicinales y la presencia del sabedor, resguarda el alma y el equilibrio vital.

Este tránsito culmina con el retorno al territorio para el momento del Pakarina, donde el modelo de cuidado en salud dentro SISPI recupera su soberanía total. Es en este regreso donde la mujer se reencuentra con sus prácticas de autocuidado, lejos de la vigilancia técnica, para dar paso a la protección cultural. En conclusión, el tránsito entre lo propio y lo institucional es un ejercicio de interculturalidad táctica: la mujer Yanaona no abandona sus raíces por ir al hospital; por el contrario, utiliza la tecnología del hospital como un medio para asegurar la vida y poder retornar al resguardo a cumplir con su rol de custodia de la tradición y la vida comunitaria.

El cuidado en la cosmovisión Yanaona no se limita a un acto clínico-asistencial; se configura, fundamentalmente, como una fuerte red de afectos que sostiene a la mujer durante el Muyu Tarpuy (preñez) y el Pakarina. A través de los relatos de las ocho participantes, se evidencia que la calidad de la atención no se mide únicamente por la disponibilidad de medicamentos o tecnologías en salud, sino por la presencia y la calidez del acompañamiento humano, tanto familiar como institucional.

Para la mujer Yanaona, la presencia de la pareja y la familia es un factor determinante que mitiga el miedo intrínseco al entorno hospitalario, el cual suele

percibirse como un espacio ajeno y, en ocasiones, hostil. La Mujer 006 captura este sentimiento al afirmar: "Ahorita me siento pues bien porque pues acompañada de mi familia, acompañada de mi compañero... uno solamente es confiar en Dios". En este sentido, el cuidado espiritual y el apoyo emocional se entrelazan; la fe y la presencia física del ser querido actúan como un escudo contra la incertidumbre del procedimiento médico.

Esta red de apoyo se extiende a la estructura administrativa del Cabildo. La Mujer 003 y la Mujer 008 resaltan que el sentimiento de ser cuidadas surge de la gestión logística del territorio. Mencionar que "el cabildo me ayudó con la camioneta" (Mujer 003) no es un dato menor: representa la presencia del sistema de gobierno propio Indígena en el cuidado de la gestante, transformando un problema geográfico en una experiencia de respaldo comunitario. No obstante, surge una tensión cuando el modelo institucional no logra replicar esta cercanía. La Mujer 002 relata con cierta desilusión que, a pesar de las promesas, el seguimiento en su hogar fue inexistente: "me quedaron ir a visitar, pero no fueron". Esta ausencia se interpreta como una ruptura en la cadena de cuidado que el SISPI busca fortalecer.

Un hallazgo crítico en esta categoría es la distinción que las mujeres hacen entre la medicina occidental como sistema y la pericia técnica de sus ejecutores. La insatisfacción manifestada por varias participantes, especialmente por las Mujeres 005 y 006, no apunta a un rechazo de la ciencia médica, sino a la falta de destreza y sensibilidad humana. Relatos sobre auxiliares que "no pueden canalizar... chuzan y entonces pues eso yo lo digo porque ya lo viví" (Mujer 006), revelan que el trauma físico causado por una técnica deficiente se traduce en una desconfianza hacia la institución.

Para la gestante, un profesional que no tiene la "mano" para canalizar o que no explica los procedimientos en un lenguaje comprensible, está vulnerando el principio de cuidado.

Finalmente, las participantes asocian de manera unánime el "cuidado de calidad" con la integración de figuras tradicionales. La Mujer 005 es enfática al sugerir que se deberían "colocar parteras o sabedores que estén en el momento allí cuando las mujeres vayan a tener un parto". Esta demanda refleja que, para la comunidad de Rioblanco, el cuidado óptimo es aquel donde la partera puede "acomodar" y el médico puede "monitorear" simultáneamente. La presencia de la partera no solo cumple una función física, sino que aporta el acompañamiento espiritual y cultural que necesaria para que la mujer se sienta en un territorio seguro, incluso dentro de las paredes de un hospital de tercer nivel. Así, el acompañamiento se define como un diálogo de saberes donde la técnica biomédica se humaniza a través de la presencia de la identidad Yanaona.

La "dieta" de los cuarenta días representa, para la mujer Yanaona de Rioblanco, el periodo de mayor vulnerabilidad y, simultáneamente, el momento de mayor soberanía cultural. A través de los relatos de las participantes, se comprende que el Pakarina no es simplemente un proceso de recuperación física, sino un ritual de restauración integral que busca prevenir secuelas a largo plazo. La experiencia en esta etapa está mediada por un sistema de riesgos culturales que el modelo biomédico suele ignorar, pero que el SISPI debe validar para garantizar la participación de las mujeres.

Para las participantes, el alta hospitalaria tras el parto o la cesárea marca apenas el inicio del verdadero cuidado. La Mujer 005 enfatiza la gravedad de este periodo: "importante para mí es como cuidarse... una dieta es una cosa seria porque hay mujeres que a la otra semana ya están andando". En esta narrativa, el "andar" prematuramente no es un signo de fortaleza, sino una imprudencia que pone en riesgo la salud futura.

Existe un sistema de creencias arraigado donde no cumplir rigurosamente con la dieta se traduce en enfermedades crónicas en la madurez, tales como el "dolor de cintura", "dolor de cabeza" o el descenso de la matriz.

El uso de plantas medicinales y el calor corporal son los pilares de esta recuperación. Las mujeres mencionan la necesidad de "cerrar el cuerpo" que se abrió durante el parto. La Mujer 002, a pesar de su juventud y su deseo de estudiar enfermería, acudió a la medicina propia tras su cesárea en Popayán porque sentía que algo faltaba en su proceso de sanación: "tenía que hacerme acomodar la matriz... era eso". Este relato es fundamental, pues demuestra que incluso cuando la técnica quirúrgica occidental es exitosa, la mujer Yanaona requiere de la intervención del sabedor o la partera para "acomodar" el centro vital de su cuerpo, una acción que la medicina institucional no contempla en sus protocolos de postoperatorio.

Asimismo, la alimentación durante la dieta actúa como un regulador de la identidad y la salud. Mientras que en el hospital la comida es descrita como "restrictiva" (Mujer 005), en el resguardo se retoma la ingesta de alimentos propios que fortalecen la lactancia y el calor interno. La Mujer 003 y la Mujer 008 destacan que la fluidez en la lactancia y la ausencia de dolores en los primeros días se deben a la armonía del hogar y al seguimiento de los consejos de las mayores. La "dieta" es, por tanto, un espacio donde la mujer recupera su autonomía frente a la medicalización vivida en el hospital.

Finalmente, el riesgo cultural de la "frialidad" es una constante en las preocupaciones de las gestantes. El modelo de cuidado en Rioblanco es valorado positivamente cuando permite que la mujer permanezca en su entorno veredal (como en Pueblo Quemado Alto o La Floresta), protegida por el territorio y rodeada de su red de apoyo. La integración de estos resultados revela que el éxito del SISPI depende de su

capacidad para trascender el control prenatal clínico y convertirse en un guardián de la dieta. Las mujeres no solo aceptan el modelo por la facilidad del transporte o la cita médica, sino por la legitimación de sus temores y prácticas ancestrales, entendiendo que el Pakarina es el momento en que el cuerpo de la madre y el territorio vuelven a ser uno solo.

Por otro lado, se evidencia una importante aspiración de continuidad educativa entre algunas participantes, particularmente hacia profesiones relacionadas con el cuidado, como la enfermería. Este hallazgo sugiere una proyección de los roles tradicionales de cuidado familiar y comunitario hacia escenarios de formación y ejercicio profesional, donde los saberes adquiridos en el entorno cultural pueden dialogar con los conocimientos del sistema de salud formal. Asimismo, se observa que las mujeres con mayores niveles de escolaridad, como la Mujer 005 (formación técnica) y la Mujer 002 (aspirante a enfermería), expresan reflexiones más críticas y propositivas frente a los servicios de salud. Estas participantes evidencian una mayor conciencia de sus derechos durante los procesos de atención materna y una valoración más explícita de su capacidad de decisión. En este sentido, reconocen positivamente aquellas prácticas institucionales que promueven la participación activa de la gestante, como la consulta sobre sus preferencias para el parto, interpretándolas como avances hacia una atención más humanizada, respetuosa de la autonomía y centrada en las necesidades y expectativas de la mujer.

Asimismo, este grupo de mujeres realiza observaciones críticas sobre aspectos específicos de la calidad técnica de la atención recibida. Su formación les permite identificar con mayor precisión algunas falencias en los procedimientos clínicos, como dificultades en la canalización de venas u otros procesos asistenciales. Estas

observaciones no se plantean como una descalificación general del sistema de salud, sino como señalamientos puntuales basados en experiencias concretas, lo que influye en la construcción de una desconfianza fundamentada en la observación directa del desempeño técnico.

Finalmente, se evidencia una postura orientada hacia la complementariedad entre los saberes. Lejos de rechazar el sistema institucional, estas mujeres proponen su fortalecimiento mediante la incorporación de enfoques interculturales. En sus planteamientos, resaltan la importancia de integrar a las parteras y saberes tradicionales dentro de los espacios hospitalarios, incluso en escenarios como los quirófanos, con el fin de humanizar la atención y favorecer una articulación más respetuosa entre la medicina occidental y la medicina propia.

Las mujeres con menor nivel de escolaridad formal tienden a manifestar una postura más práctica y centrada en la fe o la logística. En los relatos de algunas participantes, como la Mujer 006, se evidencia una forma de aceptación más vertical frente a la atención en salud, en la que se observa una delegación de la toma de decisiones en el personal médico. En este sentido, se reconoce la autoridad institucional como la principal responsable del procedimiento, expresado en ideas como “los médicos pues ya hacen lo que tienen que hacer”. Paralelamente, esta postura se acompaña de un manejo del miedo a través de la fe, en la que la confianza en Dios cumple un papel central como mecanismo de afrontamiento frente a la incertidumbre del proceso de atención.

Es importante resaltar que las mujeres con experiencias previas de gestación evidencian una mayor confianza y capacidad para afrontar los procesos asociados al embarazo, parto y puerperio. Sus relatos sugieren que la experiencia acumulada y el

conocimiento adquirido durante maternidades anteriores facilitan una interacción más fluida entre las dinámicas de atención institucional y las prácticas de cuidado propias del resguardo. En este sentido, la maternidad previa parece favorecer una vivencia más serena del Pakarina, permitiendo a las mujeres centrarse en el cuidado de sus hijos y en la adaptación a las responsabilidades familiares, con una mayor sensación de seguridad y control sobre el proceso.

Finalmente, para este grupo de mujeres, la valoración del modelo de atención también está estrechamente relacionada con aspectos logísticos y de facilitación del acceso. La satisfacción con el SISPI se asocia principalmente a la resolución de necesidades concretas, como el apoyo en el transporte proporcionado por el cabildo o la facilidad en los trámites administrativos. En este sentido, la percepción del modelo se vincula más con su funcionalidad operativa que con una comprensión profunda de su enfoque intercultural.

Tabla 1.

Cuadro Comparativo de Posturas

Síntesis del análisis	Nivel Técnico (Mayor Escolaridad)	Nivel Primaria / Secundaria
Relación con el médico	Busca un diálogo y respeto a su autonomía.	Tiende a la aceptación de la autoridad médica.
Crítica al sistema	Basada en la calidad del servicio y la humanización.	Basada en el trato recibido y la resolución de miedos.
Visión del SISPI	Lo ve como un espacio de reivindicación cultural.	Lo ve como un soporte logístico y de transporte.

Manejo del riesgo	Entiende el riesgo clínico, pero exige confort cultural.	Prioriza la seguridad física y la compañía familiar.
-------------------	--	--

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

La información presentada en la Tabla 2 permite identificar que el nivel educativo influye en la forma en que las mujeres interpretan, valoran y se relacionan con los servicios de salud materna intercultural. Si bien todas las participantes reconocen la importancia de la atención institucional y del acompañamiento brindado por el SISPI, las expectativas y demandas hacia el sistema difieren según su nivel de formación académica.

Las mujeres con escolaridad básica tienden a centrar su valoración de los servicios en aspectos relacionados con el acceso, la oportunidad de la atención, la disponibilidad de transporte y la seguridad durante el embarazo y el parto. En sus relatos, el personal de salud suele ser percibido como una figura de autoridad técnica cuyas decisiones son aceptadas con confianza, priorizando la resolución de necesidades inmediatas y la protección de la salud materna y neonatal. Asimismo, sus críticas al sistema se relacionan principalmente con experiencias de trato, temores durante la atención o dificultades para acceder oportunamente a los servicios.

Por el contrario, las mujeres con mayor nivel educativo evidencian una postura más reflexiva y participativa frente a los procesos de atención. Sus narrativas muestran una mayor conciencia de sus derechos como usuarias, así como una disposición a establecer relaciones más horizontales con el personal de salud. En este grupo, la valoración de la calidad de la atención trasciende la dimensión asistencial y se extiende hacia aspectos como la autonomía en la toma de decisiones, el respeto por las prácticas

culturales, la humanización del parto y el reconocimiento de la identidad indígena dentro de los espacios institucionales.

De igual manera, se observan diferencias en la manera de comprender el papel del SISPI. Mientras las mujeres con menor escolaridad lo identifican principalmente como un mecanismo de apoyo para facilitar el acceso a los servicios y garantizar el acompañamiento durante la gestación, aquellas con mayor formación académica lo conciben además como una estrategia de fortalecimiento cultural, protección de la autonomía territorial y reivindicación de los saberes propios del pueblo Yanaona.

En relación con la percepción del riesgo, ambos grupos reconocen la importancia de la atención institucional ante posibles complicaciones obstétricas; sin embargo, las mujeres con mayor escolaridad enfatizan la necesidad de complementar la seguridad clínica con el respeto por las prácticas culturales y las preferencias de la gestante. Esto sugiere que la formación educativa amplía las expectativas frente a la atención, promoviendo una visión más integral de la calidad que incorpora tanto la efectividad biomédica como la pertinencia cultural.

En conjunto, estos hallazgos permiten inferir que el nivel educativo no modifica la valoración positiva del cuidado materno, pero sí influye en la capacidad de las mujeres para cuestionar, negociar y demandar procesos de atención más participativos e interculturales. En consecuencia, las mujeres con mayor formación académica emergen como actrices clave en la promoción de modelos de atención que articulen la seguridad clínica con el reconocimiento efectivo de la identidad cultural Yanaona.

Este análisis se sustenta en un proceso de triangulación interpretativa, mediante el cual se integraron las narrativas de las participantes, las categorías analíticas del estudio y los referentes teóricos sobre salud intercultural, permitiendo una comprensión más profunda y contextualizada de los significados del cuidado materno.

A partir de la descripción general de los hallazgos, el estudio aborda la experiencia de la gestante Yanaona bajo el concepto exploratorio de "interculturalidad táctica". Las mujeres del territorio describen un tránsito estratégico donde navegan de manera complementaria entre ambos modelos de cuidado: recurren a la biotecnología y la seguridad hospitalaria para la contención de riesgos clínicos de mortalidad, pero se refugian simultáneamente en las prácticas y saberes ancestrales para asegurar su bienestar y calidad de vida posterior.

La caracterización sociodemográfica de la muestra, marcada por perfiles de mujeres jóvenes, procedentes de la ruralidad dispersa y en situación de dependencia económica, permite describir por qué el soporte logístico y operativo, constituye un factor esencial para asegurar la participación material en el modelo de salud. No obstante, el alcance exploratorio demuestra que la aceptación del SISPI no se agota en el plano logístico, sino que está estrechamente ligada a la dimensión identitaria. Las narrativas de las mujeres convergen en una necesidad descriptiva clara: el modelo debe superar el enfoque del control prenatal puramente administrativo para consolidarse como un acompañamiento permanente que incorpore el saber y la presencia de los sabedores tradicionales directamente en las salas de parto.

Finalmente, la descripción del entorno de ruralidad dispersa evidencia una vivencia donde coexisten la percepción de aislamiento o soledad física con un fuerte y arraigado acompañamiento familiar y espiritual. La síntesis analítica final expone que,

para las mujeres de Rioblanco, la viabilidad del modelo de cuidado radica en la capacidad de los dinamizadores de la salud para interpretar el cuerpo de la mujer gestante como un territorio vivo, donde la ciencia occidental y la tradición médica propia deben entablar un diálogo. Esta articulación respetuosa permite que la Pakarina (el posparto o dieta) sea experimentada como un espacio de restauración y renacimiento integral, tanto para el recién nacido como para la propia identidad cultural de la madre Yanaona.

Propuesta de solución a la problemática

A partir de los relatos de vida y del análisis de las entrevistas semiestructuradas, se identificó que las mujeres reconocen avances significativos en el acceso a la atención en salud durante las etapas antes descritas, especialmente en aspectos relacionados con el transporte, el acompañamiento institucional y la articulación básica entre el territorio y los servicios hospitalarios externos.

Sin embargo, también emergieron tensiones importantes entre el modelo biomédico institucional y las prácticas propias de cuidado tradicional. Aunque las participantes valoran la seguridad clínica que ofrecen las instituciones hospitalarias, especialmente porque generan mayor seguridad, expresan que el entorno hospitalario continúa siendo percibido como un espacio distante culturalmente, restrictivo y poco articulado con la cosmovisión Yanaona.

Uno de los principales hallazgos evidencia que las mujeres viven el embarazo, el parto y el postparto no solo como eventos biológicos, sino como procesos espirituales, comunitarios y territoriales. Para las mujeres entrevistadas, el cuidado integral incluye elementos como la presencia de la familia, el acompañamiento de parteras y sabedores, el uso de plantas medicinales, la alimentación propia y el cumplimiento de la dieta (Pakarina).

Asimismo, se identificó que el contexto geográfico del resguardo representa una barrera estructural. Las largas distancias entre las veredas y los centros de atención generan desgaste físico, emocional y económico para las gestantes. Si bien las autoridades indígenas, han logrado fortalecer estrategias de transporte comunitario, el acceso continúa dependiendo de la disponibilidad logística y de factores climáticos o territoriales.

Por otra parte, el análisis evidenció diferencias en las percepciones del modelo según el nivel educativo de las participantes. Las mujeres con mayor formación académica presentan posturas más críticas y propositivas frente a la atención intercultural. En contraste, las mujeres con menor escolaridad priorizan aspectos relacionados con la seguridad física, la logística y el acompañamiento familiar.

En este sentido, la problemática identificada no radica únicamente en la garantía de los servicios de salud, sino en la necesidad de fortalecer un modelo verdaderamente intercultural y el desafío principal consiste en superar la fragmentación entre ambos sistemas de atención y garantizar una experiencia de maternidad digna, segura y culturalmente pertinente.

Oportunidades identificadas

A pesar de las dificultades encontradas, la investigación evidenció importantes oportunidades para fortalecer el Modelo de Cuidado Yanaona y consolidar procesos de salud materna intercultural dentro del SISPI.

En primer lugar, existe una legitimidad comunitaria del modelo de salud propia. Las mujeres reconocen el papel fundamental del Cabildo, de la IPSI y de los programas de salud en el acompañamiento de la gestación. La confianza hacia el sistema propio representa una fortaleza clave para desarrollar estrategias comunitarias de promoción y prevención en salud materna.

En segundo lugar, se identificó una disposición positiva hacia el diálogo intercultural. Las participantes no rechazan la medicina institucional; por el contrario, consideran que esta es necesaria para atender los posibles riesgos obstétricos y garantizar la seguridad del parto. Sin embargo, demandan una articulación respetuosa con la medicina tradicional. Esta apertura facilita la construcción de modelos complementarios de atención.

Otra oportunidad importante radica en el reconocimiento del rol de las parteras, sabedores y mayores dentro de los procesos de maternidad. Las mujeres consideran que estos actores cumplen funciones esenciales de acompañamiento emocional, espiritual y físico durante el embarazo y el postparto. Su inclusión dentro de las rutas de atención permitiría fortalecer la confianza de las gestantes y humanizar los procesos institucionales.

Del mismo modo, se evidenció un creciente interés de las mujeres jóvenes por acceder a formación técnica y profesional en áreas relacionadas con la salud y el cuidado. Este fenómeno representa una posibilidad para formar futuras líderes profesionales indígenas en salud intercultural, capaces de articular conocimientos ancestrales y biomédicos desde una perspectiva territorial.

También se identificó que el SISPI ya cuenta con estructuras organizativas comunitarias que pueden fortalecerse para mejorar el seguimiento domiciliario y el acompañamiento postparto. Las experiencias negativas relatadas por algunas participantes respecto a la ausencia de visitas posteriores al nacimiento reflejan una necesidad operativa más que una falta de reconocimiento del modelo.

Finalmente, el estudio demuestra que la interculturalidad no debe limitarse al discurso institucional, sino traducirse en acciones concretas en este caso dentro de la atención materna. Existe una oportunidad real para diseñar estrategias de humanización del parto,

adecuación cultural de los servicios y participación activa de la comunidad indígena en las decisiones relacionadas con la salud materna.

Propuesta de solución al problema planteado

Como propuesta central derivada de la investigación, se plantea la creación y fortalecimiento de una ruta de atención intercultural materna para las mujeres del pueblo Yanaona en el resguardo de Rioblanco, orientada a garantizar una atención integral, humanizada y culturalmente pertinente durante el embarazo, parto y posparto. Esta ruta busca articular de manera efectiva la medicina occidental con los saberes ancestrales, reconociendo su complementariedad para el cuidado del bienestar físico, espiritual y emocional de las gestantes.

En este marco, se propone el fortalecimiento del acompañamiento comunitario y territorial mediante la conformación de equipos de cuidado materno integrados por parteras, sabedores, auxiliares indígenas en salud y líderes comunitarios, con formación en enfoque intercultural. De manera complementaria, se plantea la inclusión efectiva de parteras y sabedores dentro de los procesos de atención institucional, a partir de acuerdos con los servicios de salud de referencia, garantizando su participación en el acompañamiento del parto sin sustituir la atención médica, sino aportando a su humanización y a la reducción de barreras culturales.

Asimismo, se propone la adecuación cultural de los servicios de salud materna, considerando que muchas mujeres perciben el entorno hospitalario como un espacio distante o “frío” frente a su identidad cultural. En este sentido, se recomienda la implementación de acciones que reconozcan prácticas como el uso de vestimenta tradicional, la permanencia de la familia durante la atención, la flexibilidad alimentaria y el respeto por prácticas propias como la siembra de la placenta, con el fin de fortalecer la confianza en los servicios institucionales.

De igual forma, se plantea el fortalecimiento del seguimiento postparto con enfoque intercultural, reconociendo la importancia del Pakarina o dieta como un proceso fundamental para la recuperación física y espiritual de la mujer. Su inclusión dentro de las estrategias institucionales permitiría consolidar un modelo de atención más pertinente y coherente con las prácticas culturales del territorio, favoreciendo la continuidad del cuidado más allá del parto hospitalario.

Finalmente, se propone impulsar procesos de formación y empoderamiento dirigidos a mujeres indígenas jóvenes interesadas en el área de la salud, con el objetivo de fortalecer el liderazgo femenino dentro del SISPI. Esta estrategia representa una oportunidad para formar agentes de salud comunitarios que articulen el conocimiento ancestral con la formación técnica, contribuyendo a la construcción de un modelo de atención más cercano, pertinente y acorde con las realidades socioculturales del territorio Yanacona.

Discusión

Los hallazgos de esta investigación evidencian que la experiencia de las mujeres gestantes yanaonas del resguardo de Rioblanco se desarrolla en un escenario de pluralismo médico, donde la medicina occidental y el saber ancestral no son percibidos como sistemas excluyentes, sino como recursos complementarios que responden a necesidades distintas dentro del proceso materno. En este contexto, emerge una forma de “interculturalidad táctica”, mediante la cual las mujeres recurren a los servicios biomédicos para la prevención y atención del riesgo obstétrico, mientras preservan prácticas ancestrales asociadas al equilibrio espiritual, la armonización y el bienestar integral. Este hallazgo coincide con la perspectiva de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021), que reconoce la salud indígena como un fenómeno multidimensional donde convergen dimensiones biológicas, sociales, culturales y espirituales.

Sin embargo, los resultados muestran que esta articulación no ocurre de manera plenamente integrada. Por el contrario, se configura a través de procesos permanentes de negociación entre las necesidades culturales de las mujeres y las dinámicas institucionales del sistema de salud. Lo anterior sugiere que la interculturalidad constituye un proceso en construcción condicionado por factores territoriales, económicos y organizativos que influyen en las decisiones de cuidado y en la experiencia de atención.

En relación con los determinantes sociales, la investigación confirma lo señalado por la OPS (2021) respecto a las desigualdades estructurales que afectan la salud materna de las poblaciones indígenas. La dispersión geográfica, las limitaciones de transporte y la dependencia económica continúan representando barreras importantes para el acceso oportuno a los servicios. No obstante, el estudio aporta un elemento adicional al evidenciar que las redes de apoyo comunitario y el acompañamiento del cabildo

funcionan como mecanismos protectores que reducen parcialmente los efectos de dichas barreras, fortaleciendo la capacidad de respuesta frente a las dificultades de acceso (Secretaría de Salud Departamental del Cauca, 2023).

Desde la perspectiva de la gestión en salud, los resultados permiten identificar una tensión entre los avances normativos y la experiencia cotidiana de las usuarias. Aunque el SISPI y las rutas de atención promueven una atención con enfoque diferencial e intercultural, persisten dificultades para lograr el reconocimiento de los saberes ancestrales dentro de los escenarios institucionales de atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Esta situación coincide con lo descrito por Ricaurte-Cepeda y Guerrero-Luna (2024), quienes advierten que los modelos interculturales continúan enfrentando jerarquías que privilegian el conocimiento biomédico sobre otras formas de comprensión del proceso salud-enfermedad.

En este sentido, la solicitud recurrente de las participantes de incorporar activamente a sabedores ancestrales, parteras y acompañantes durante la atención materna trasciende una simple demanda cultural. Se configura como una expresión de búsqueda de legitimidad, reconocimiento y participación dentro de los procesos de atención. Asimismo, la percepción de los entornos hospitalarios como espacios poco cercanos a la identidad cultural evidencia que la pertinencia intercultural no depende únicamente de la existencia de políticas públicas, sino de su capacidad para transformar las prácticas asistenciales.

En conjunto, los hallazgos permiten concluir que el fortalecimiento del cuidado materno intercultural en el pueblo Yanaona requiere avanzar. Esto implica reconocer el valor del conocimiento ancestral como un componente principal, promover relaciones actores comunitarios e institucionales y consolidar estrategias que integren la seguridad clínica con la seguridad cultural, favoreciendo una atención materna coherente con los principios del buen vivir y con la identidad colectiva del pueblo Yanaona.

Conclusiones

La presente investigación permitió comprender que el cuidado materno intercultural en el pueblo Yanaona se construye a partir de la interacción entre las condiciones sociales del territorio, los saberes ancestrales y los servicios institucionales de salud. La caracterización de las participantes mostró que factores como la edad, la ruralidad dispersa y la dependencia económica continúan generando barreras para el acceso oportuno a la atención. No obstante, estas limitaciones son atenuadas por sólidas redes de apoyo familiar, comunitario e institucional, en las que el cabildo y las formas de organización propias desempeñan un papel clave para garantizar el acompañamiento y la continuidad del cuidado durante la gestación, el parto y el posparto.

Los hallazgos evidenciaron que el Pakarina o “dieta” constituye un componente central de la experiencia materna Yanaona. Más que una etapa de recuperación física, representa un proceso integral de restauración. Durante este periodo, prácticas como el uso de plantas medicinales, la alimentación tradicional, el manejo del calor y el acompañamiento familiar adquieren un significado profundo, al favorecer la armonización y el restablecimiento del equilibrio de la mujer. Estas acciones no sustituyen la atención biomédica, sino que la complementan desde una perspectiva culturalmente pertinente.

Asimismo, se identificó una forma de “interculturalidad táctica”, entendida como la capacidad de las mujeres para combinar estratégicamente los recursos de la medicina occidental y los conocimientos ancestrales según sus necesidades. Las participantes valoran los servicios institucionales por su aporte en la prevención y manejo de riesgos obstétricos, pero también reconocen la importancia de las prácticas tradicionales para alcanzar un bienestar integral. Esta complementariedad demuestra que la

interculturalidad se expresa como un proceso de diálogo y articulación entre sistemas de conocimiento, más que como la sustitución de uno por otro.

En conclusión, el cuidado materno intercultural es concebido por las mujeres Yanaonas como una experiencia integral que articula seguridad clínica, armonización espiritual, apoyo familiar y vínculo con el territorio. Desde la gestión en salud, los resultados resaltan la necesidad de fortalecer la implementación del SISPI mediante estrategias que promuevan la participación de sabedores ancestrales, la pertinencia cultural de los servicios y el diálogo respetuoso entre saberes. Esto permitirá consolidar modelos de atención materna más inclusivos, culturalmente adecuados y acordes con las necesidades e identidad del pueblo Yanaona.

Trabajo Futuro

A partir de los hallazgos obtenidos, se identifican diversas líneas de investigación e intervención orientadas a profundizar y fortalecer el enfoque intercultural en la atención materna del resguardo. En primer lugar, se sugiere el desarrollo de estudios que exploren procesos de formación y profesionalización de mujeres indígenas en áreas de la salud, con énfasis en modelos como la enfermería obstétrica, que permitan consolidar figuras de enlace entre el sistema biomédico y los saberes propios.

Asimismo, se propone avanzar en la sistematización e investigación aplicada del periodo del Pakarina o “dieta”, con el fin de construir lineamientos técnicos interculturales que integren el seguimiento institucional con las prácticas tradicionales de cuidado, nutrición y recuperación en el posparto.

Otra línea relevante corresponde al diseño de procesos de formación y sensibilización dirigidos al personal de salud externo al territorio, especialmente en niveles hospitalarios, con base en los relatos y experiencias de las mujeres, orientados a fortalecer la comprensión cultural y mejorar la calidad de la atención.

De igual forma, se plantea la necesidad de realizar estudios específicos sobre el impacto del sistema de transporte comunitario en el acceso a los servicios de salud materna, considerando su influencia en la oportunidad de la atención y en la prevención de complicaciones.

Finalmente, se recomienda la formulación de proyectos piloto para la implementación de espacios de atención intercultural en los servicios de salud locales, que permitan la incorporación de prácticas como posiciones de parto alternativas y la participación de sabedores y parteras, con el propósito de fortalecer un modelo de atención más pertinente, accesible y culturalmente integrado.

Referencias

- Aguilar-Peña, M., Blandón, M. F. T., y García-Perdomo, H. A. (2023). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud Pública*, 22(4), 463–467.
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). Constitución Política de Colombia de 1991. Gaceta Constitucional No. 116 del 20 de julio de 1991.
- http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html
- Bambague, G., Orozco, D. S., Mosquera, D. A., Giraldo-Jiménez, C. F., y Casanova Marcillo, K. (2024). Perception of traditional medicine during pregnancy, childbirth, and postpartum in the Tacueyo Indigenous Reservation, Cauca, Colombia. *Environmental y Social Management Journal / Revista de Gestão Social e Ambiental*, 18(10), 1–18.
- <https://doi.org/10.24857/rgsa.v18n10-198>
- Bardin, L. (2016). *El análisis de contenido* (3.ª ed.). Ediciones Akal.
- Bohren, M. A., Hunter, E. C., Munthe-Kaas, H. M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2015). Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: A qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health*, 11(1), 1–17.
- Castillo-Santana, P. T., Vallejo-Rodríguez, E. D., Cotes-Cantillo, K. P., y Castañeda-Orjuela, C. A. (2017). Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 61–74. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017168743>
- Cero muertes maternas. Evitar lo evitable. (n.d.). Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). <https://www.paho.org/es/campanas/cero-muertes-maternas-evitar-lo-evitable>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2017). *Salud de los pueblos indígenas y desigualdades en América Latina*. CEPAL.

Congreso de la República de Colombia. (2011, 19 de enero). 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.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355>

Congreso de la República de Colombia. (2015, 16 de febrero). *Ley Estatutaria 1751 de 2015 por la cual se regula el derecho fundamental a la salud*. Diario Oficial No. 49.648.

Congreso de la República de Colombia. (2022). *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 (Ley de parto digno, respetado y humanizado)*. Diario Oficial No. 52.092.

Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC). (2018). *Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI): Construcción política y organizativa desde los pueblos indígenas de Colombia*.

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). Decreto 968 de 2024.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-968-de-2024.pdf>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). Decreto Ley 0480 de 2025.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-0480-de-2025.pdf>

Consejo Regional Indígena del Cauca. (2022). Modelo de salud propia intercultural:

Sistematización de experiencias en salud indígena en el Cauca. CRIC. <https://www.cric-colombia.org>

Contreras Moncada, D. C. (2024). Identidad étnica y otros determinantes sociales asociados a la mortalidad materna en Colombia.

- DANE. (2019, agosto). Resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018.
<https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/presentaciones-territorio/190814-CNPV-presentacion-Resultados-etnicos-Cauca.pdf>
- DANE. (2023, febrero 23). Censo Nacional de Población y Vivienda – Colombia – CNPV-2018.
<https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/643>
- Del Popolo, F. (2015). Los pueblos indígenas en América Latina: Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos. Síntesis. CEPAL.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Estermann, J. (1998). *Filosofía andina: Estudio intercultural de la sabiduría autóctona andina*. Ediciones Abya-Yala.
- Freire Ávila, N. D., López Celi, P. A., Campoverde Ñauta, J. V., et al. (2023). Atención del parto con pertinencia intercultural y satisfacción de pacientes maternas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*.
- Gaffney Gleason, E., Molina Berrío, D. P., López Ríos, J. M., y Mejía Merino, C. M. (2021). “Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad”: experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención del parto en mujeres indígenas. *Salud Colectiva*, 17(e3727). <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3727>
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. Basic Books.
- García Bedoya, A. M., Narváez Díaz, N. S., y Ávila Mellizo, G. A. (2023). Mortalidad materna en población indígena, Colombia, 2018 a 2022. *Reporte Epidemiológico Nacional*, 5(4), 14.
<https://epidemiologiains.org/index.php/ren/article/view/150>
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2007). *Ethnography: Principles in practice* (3rd ed.). Routledge
- Hernández-Sampieri, R., y Mendoza, C. (2020). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.

- Husserl, E. (1970). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology*.
Northwestern University Press. (Original work published 1936)
- Instituto Nacional de Salud. (2021). La mortalidad materna en Colombia: Retos y desafíos en la
reducción de la mortalidad materna en grupos vulnerables [Informe].
<https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/publicaciones%20alternas/Policy%20Brief%20mortalidad%20materna.pdf>
- Juspian Muñoz, S. Y. (2014). Prácticas culturales de la familia en la comunidad indígena
Yanaona El Moral, municipio de La Sierra, Cauca [Tesis de grado].
- Lira González, B., Álvarez Aguirre, A., y García Falconi, S. del C. (2014). Prácticas culturales de
cuidado de las mujeres otomíes durante su embarazo. *Enfermería*, 8(1).
<https://doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100008>
- Márquez, L., Plana, A., y Villarroel, M. C. (2017). Mortalidad materna en pueblos indígenas y
fuentes de datos: Alcances y desafíos para su medición en países de América Latina.
Revista Latinoamericana de Población, 11(21), 7–32.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y
articulaciones prácticas. *Salud Colectiva*, 1(1), 185–202.
- Naciones Unidas. (2007). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los
pueblos indígenas*. <https://www.un.org>
- Ministerio del Interior. República de Colombia. (2012). Por el camino rial para la armonización y
equilibrio Yanaona. Plan de salvaguarda del pueblo Yanaona de Colombia.
http://siic.mininterior.gov.co/sites/default/files/p.s_yanaona.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (s. f.). *Norma técnica para la atención del
parto (atención del parto humanizado y seguro en el sistema de salud colombiano)*.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018). *Resolución 3280 de 2018 por la cual se adoptan los lineamientos de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)*.

Diario Oficial No. 50.674.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Lineamientos para la atención integral de la gestante y sus redes de apoyo.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024, abril). Análisis de situación de salud Colombia 2023. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2023.pdf>

Moran, M. (2024, enero 26). Igualdad de género y empoderamiento de la mujer. Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>

Muñoz Fernández, E. (2014). Análisis del proceso de revitalización cultural del pueblo indígena Yanaona del departamento del Cauca-Colombia (Tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador).

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1989, junio 27). Convenio N. 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes.

<https://www.refworld.org/es/leg/trat/oit/1989/es/19728>

Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC). (2016). *Lineamientos del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI)*.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2016). *Estrategia de salud intercultural para la reducción de inequidades en salud*. OPS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). Llamado a la acción: Cero muertes maternas evitables en las Américas. <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-06/llamado-accion-cero-muertes-maternas-evitables.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). Salud de los pueblos indígenas en las Américas: Enfoques interculturales. OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2021). Atención respetuosa del parto y nacimiento:

Marco de acción para América Latina y el Caribe.

Organización Panamericana de la Salud. (2021). Etnicidad y salud: Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019–2025. Organización Panamericana de la Salud.

<https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-plan-accion-sobre-etnicidad-salud-2019-2025>

Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2023). Informe de los Objetivos de Desarrollo

Sostenible 2023: Edición especial. Por un plan de rescate para las personas y el planeta.

Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAES).

Objetivos de Desarrollo Sostenible. (n.d.). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP). <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals/salud-bienestar>

Pérez Gómez, Á. V. (2012). La etnografía como método integrativo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(2), 421–428.

Portilla Rodríguez, S. P., Madroñero, O., y Getial, P. E. (2016). Sistema médico tradicional-ancestral en el territorio de los Pastos.

Presidencia de la República de Colombia. (1990). *Decreto 1811 de 1990 por el cual se expiden disposiciones reglamentarias en materia administrativa (según compilación normativa vigente)*. SUIN – Sistema Único de Información Normativa.

Presidencia de la República de Colombia. (2014). Decreto 1953 de 2014, por el cual se crea un régimen especial para poner en funcionamiento los territorios indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas. *Diario Oficial* No. 49.214.

Presidencia de la República de Colombia. (2017). *Decreto 1811 de 2017 por el cual se reglamentan aspectos relacionados con el sistema de salud (o normativa correspondiente según tema específico)*. Sistema Único de Información Normativa – SUIN.

- Presidencia de la República de Colombia. (2024). Decreto Ley 0968 de 2024, por el cual se establece el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) para el territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC). Diario Oficial de la República de Colombia
- Programa de Salud. (s.f.). Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC). <https://www.cric-colombia.org/portal/proyecto-cultural/programa-de-salud/>
- Puerta, C. (2018). Pueblos indígenas y sistemas de salud: participación local en el contexto de las reformas neoliberales y multiculturales en Colombia. *Textos y Sentidos*, 10(1), 1–20.
- Secretaría de Salud del Cauca. (2023). *Análisis de situación en salud (ASIS) departamental y municipal del Cauca 2023*. Gobernación del Cauca. (Documento institucional).
- 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(1), 1–12.
- Sánchez Chavarría, S. T., Ureta Canchingre, L. A., Mata Muñoz, V. E., y Alcocer Ortega, I. M. (2022). Percepción del parto respetado en gestantes indígenas.
- Walsh, C. (2009). *Interculturalidad, Estado, sociedad: Luchas (de) coloniales de nuestra época*. Universidad Andina Simón Bolívar.
- Yampara Huarachi, S. (2001). *Cosmovisión y lógica en la dinámica sociocultural andina*. Chuyma Aru.

Anexos

Anexo A.

Tabla de operativización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems de la entrevista	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 ginecoobstétricos	Historia reproductiva y condición	Etapas del ciclo materno, tipo de parto, lugar de	Gestación/puerperio/maternidad, parto vaginal o cesárea, número	7, 8, 9, 10.	Cerrada.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems de la entrevista	Tipo de respuesta
	materna actual.	atención, antecedentes obstétricos.	de embarazos, partos, cesáreas, hijos vivos y fallecidos, abortos.		
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	Respeto cultural, comunicación, trato, autonomía,	Nivel de satisfacción por aspecto evaluado.	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.	Escala Likert y abierta.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems de la entrevista	Tipo de respuesta
	atención durante embarazo, parto y postparto.	acompañamiento espiritual.			
Participación comunitaria	Vinculación de la mujer en espacios comunitarios relacionados con el cuidado materno.	Participación, voz comunitaria, seguimiento del equipo de salud.	Frecuencia de participación, percepción de ser tenida en cuenta, frecuencia de visitas.	20, 21, 22.	Cerrada.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems de la entrevista	Tipo de respuesta
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.	23, 24.	Cerrada y abierta.
Aceptación del modelo de cuidado	Nivel de acuerdo, confianza y disposición hacia el	Preferencia de acompañamiento, integración de saberes, confianza, recomendación.	Acuerdo con medicina tradicional y occidental, presencia de partera o sabedor, sensación de seguridad, recomendación a otras mujeres.	25, 26, 27, 28, 29, 30.	Escala Likert y cerrada.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems de la entrevista	Tipo de respuesta
	modelo intercultural.				
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	Lugar del parto, acompañamiento, juicio cultural,	Descripción del parto, presencia de acompañante, respeto o juicio	35, 36, 37.	Abierta.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems de la entrevista	Tipo de respuesta
	parto y trato recibido.	posibilidad de prácticas.	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	Comparación con atención hospitalaria, sugerencias,	Opinión general, propuestas de mejora, información complementaria.	41, 42, 43.	Abierta.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems de la entrevista	Tipo de respuesta
	sugerencias para fortalecerlo.	observaciones adicionales.			

Anexo B.

Instrumento de recolección de información



Acreditada
en Alta Calidad
Res. n° 29499 de la educación
2015/217 agencia 2015/225

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 ☐ Agricultora / 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 | Viglada Mineducación | Personería Jurídica Res. n° 2896 del 16/05/69

© Noget: CI- 79 n° 11 - 45 | NIT: 860.026.058-1

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

universidadean.edu.co





Acreditada
en Alta Calidad
Res. n° 29499 del Ministerio
de Educación
2015/017 vigencia 2015/2021

- ☐ 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 Yanaona? (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 Yanaona?, 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° 2898 del Ministerio - 16/05/89

El Nogal: Cl- 79 n° 11 - 45 | NIT: 860.026.058-1
Centro de contacto: (+57-1) 593 6464 | Bogotá D.C., Cundinamarca, Colombia, Suramérica
universidadean.edu.co





**Acreditada
en Alta Calidad**
Res. n° 29409 del Ministerio
29/12/17 Agencia 26/12/21

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.	Esta 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 practicas realizó? _____

☐ No

¿Por qué no las realizó? _____

33. En caso de haber realizado prácticas de cuidado propias durante ese periodo, ¿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 periodo 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 2012 | Vigilancia Mineducación | Personería Jurídica Res. n° 2098 del Ministerio - 16/05/09

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

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





Acreditada
en Alta Calidad
Res. n° 25499 del Ministerio
29/03/2017 vigencia 2017-2021

PARTO

35. Me puede contar como fue su parto, donde fue y por quien estuvo acompañada.

36. ¿Ha sentido que en algún momento su cultura o sus costumbres fueron juzgadas o ignoradas durante la atención? ¿Puede contarme qué ocurrió?

37. ¿Si su parto fue o será en una institución occidental le brindaron o le gustaría que le permitan realizar prácticas culturales?

DIETA O PUERPERIO

38. Después del nacimiento de su bebé, durante el tiempo de puerperio o dieta ¿Qué prácticas de cuidado realizó y quién la acompañó?

39. ¿Qué importancia tiene el tiempo del puerperio (dieta) dentro de su cultura indígena?

40. ¿Sintió que el modelo de cuidado de cuidado propio estuvo presente durante proceso o sintió sola durante el proceso? ¿Qué pasó?

41. En sus propias palabras, ¿qué opinión tiene sobre este modelo de cuidado en comparación con la atención que recibe en un hospital fuera del resguardo?

42. ¿Qué sugerencia concreta le daría usted al programa de salud local y sus autoridades para mejorar la atención de las mujeres indígenas entorno al embarazo y sus etapas?

43. ¿Hay algo más que usted quisiera contarme sobre su experiencia que no le haya preguntado y que sienta que es importante para entender cómo se cuida a las mujeres gestantes en la comunidad?



©Universidad Ean: SNIES 2812 | Viglada Mineducación | Personería Jurídica Res. n° 2898 del Minjusticia - 16/05/69

El Nogal: Cl- 79 n° 11 - 45 | NIT: 860.026.058-1
Centro de contacto: (+57-1) 593 6464 | Bogotá D.C., Cundinamarca, Colombia, Suramérica
universidadean.edu.co





Acreditada
en Alta Calidad
Res. n° 29499 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 | Viglada 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



Anexo C

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		LUGAR:	
IDENTIFICACIÓN COMUNERA			
NOMBRE		APELLIDOS	
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO	
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		UNIDAD DE MEDIDA DE LA EDAD	
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 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 IMBACHI Gobernador de Indígenas Rioblanco Sotará		
AUTORIDAD ANCESTRAL DE RIOBLANCO SOTARÁ		
 Correspondencia: Casa administrativa del Cabildo Rioblanco Sotará, Cauca.	 cabildoindigenarioblanco@gmail.com 3136317543	  
                    		

Anexo E.

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 Yanaona 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 de 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? ☐ Zona urbana - Barrio: ☐ Zona rural - Vereda:	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 ☐ Desempleado ☐ 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

EXPERIENCIAS Y SIGNIFICADOS DEL CUIDADO MATERNO INTERCULTURAL EN EL PUEBLO YANAONA EN EL MARCO DEL SISPI.

105

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
Preguntas	1	18. ¿Las prácticas de cuidado propias del pueblo Yanaona 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
	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

EXPERIENCIAS Y SIGNIFICADOS DEL CUIDADO MATERNO INTERCULTURAL EN EL PUEBLO YANAONA EN EL MARCO DEL SISPI.

106

Preguntas	24. Si 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
	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 satisfecha está con cada aspecto? (1 = Muy insatisfecha / 5 = Muy satisfecha / 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 satisfecha está con cada aspecto? (1 = Muy insatisfecha / 5 = Muy satisfecha / 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 satisfecha está con cada aspecto? (1 = Muy insatisfecha / 5 = Muy satisfecha / 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 satisfecha está con cada aspecto? (1 = Muy insatisfecha / 5 = Muy satisfecha / 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 satisfecha está con cada aspecto? (1 = Muy insatisfecha / 5 = Muy satisfecha / NA = No recibí este tipo de atención)	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94

Preguntas	6. Acompañamiento frente a sus necesidades espirituales o rituales. ¿Pensando en toda la atención que recibió durante su embarazo, parto y postparto, ¿qué tan satisfecha está con cada aspecto? (1 = Muy insatisfecha / 5 = Muy satisfecha / NA = No recibí este tipo de atención)	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
	7. 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 Yanaona? (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

