

Los factores socioculturales imbricados en una problemática social y sanitaria como es el incremento de los índices de morbilidad materno infantil dentro de la comunidad Wayúu, reúne un conjunto de valores, rasgos, creencias, tradiciones alimenticias, costumbres, uso de medicina natural, y otros elementos propios de estos grupos culturalmente diferenciados que unidas con otras variables contextuales del entorno, han dado origen a enfermedades y muertes en la población materno infantil wayuu que habita el territorio de Nazareth, una zona rural y dispersa en la alta Guajira colombiana.

La literatura científica y el conocimiento empírico han mostrado que las condiciones socioeconómicas y culturales que caracterizan a la etnia y su entorno, en conjunto con el difícil acceso a deficientes servicios de salud, han sido los detonantes de la problemática, como se evidencia a través de la integración de resultados de investigaciones previas, generando una problemática multidimensional compleja que exige una profundización desde el ámbito científico.

Importante destacar, que este proyecto de investigación ha permitido el estudio de los factores socioculturales involucrados en la realidad social y de salud que viven las mujeres gestantes y los infantes de la etnia, para construir desde la ciencia, un marco de conocimientos sobre los cuales elaborar o diseñar políticas de salud pública adaptadas a las realidades y necesidades propias de esta población, integrando elementos de su cosmovisión y su sistema de medicina tradicional con las buenas prácticas de los sistemas de salud pública del Estado en función de proveer el mejor desarrollo humano.

Escanee el código QR para conocer más títulos publicados por Ediciones Universidad Simón Bolívar



ISBN 978-628-7533-19-6



Factores socioculturales de la morbilidad materno infantil

Comunidad Wayuu, jurisdicción de Nazareth, municipio de Uribía, departamento de La Guajira

*Jaapuü tüü
woopüü nounajatkaalü*

“El largo Camino a una Esperanza de Vida”



Factores socioculturales de la morbimortalidad materno infantil

*Comunidad Wayuu, jurisdicción de Nazareth,
municipio de Uribía, departamento de La Guajira*

**FACTORES SOCIOCULTURALES DE LA MORBIMORTALIDAD
MATERNO INFANTIL, COMUNIDAD WAYUU, JURISDICCIÓN
DE NAZARETH, MUNICIPIO DE URIBÍA, DEPARTAMENTO DE
LA GUAJIRA**

© Angelica Margarita García Moreno - Remedios Pitre Redondo - Meri Ruiz

Rocío Cabezas - Mostapha Ahmad - Iván Sánchez Fontalvo - Merylin Guerra Ramírez

Grupo de Investigación

Cuidado de Enfermería

Líder

Gloria Lastre-Amell

Proceso de arbitraje doble ciego

Recepción: Julio 2022.

Evaluación de propuesta de obra: Agosto 2022.

Evaluación de contenidos: Septiembre 2022.

Correcciones de autor: Octubre 2022.

Aprobación: Noviembre 2022.

Factores socioculturales de la morbimortalidad materno infantil

Comunidad Wayuu, jurisdicción de Nazareth, municipio de Uribía, departamento de La Guajira

Angélica Margarita García Moreno
Remedios Pitre Redondo - Meri Ruiz - Rocío Cabezas
Mostapha Ahmad - Iván Sánchez Fontalvo
Merylin Guerra Ramírez



Factores socioculturales de la morbimortalidad materno infantil: comunidad Wayuu, jurisdicción de Nazareth, municipio de Uribí, departamento de La Guajira / Angélica Margarita García Moreno [y otros 6] -- Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar, 2022.

350 páginas; cuadros, figuras y fotografías a color

ISBN: 978-628-7533-19-6 (Versión electrónica)

1. Mortalidad materna -- Aspectos sociales -- Guajira (Colombia) 2. Mortalidad de lactantes -- Aspectos sociales -- Guajira (Colombia) 3. Embarazo -- Aspectos sociales -- Guajira (Colombia) 4. Salud pública 5. Atención médica primaria 6. Servicios de salud para la comunidad I. García Moreno, Angélica Margarita II. Pitre Redondo, Remedios III. Ruiz, Meri IV. Cabezas, Rocío V. Ahmad, Mostapha VI. Sánchez Fontalvo, Iván VII. Guerra Ramírez, Merylin VIII. Título 362.1982 F142 2023 Sistema de Clasificación Decimal Dewey 22a. edición

Universidad Simón Bolívar – Sistema de Bibliotecas

**FACTORES SOCIOCULTURALES DE LA MORBIMORTALIDAD
MATERNO INFANTIL, COMUNIDAD WAYUU, JURISDICCIÓN
DE NAZARETH, MUNICIPIO DE URIBÍA, DEPARTAMENTO DE
LA GUAJIRA**

© Angelica Margarita García Moreno - Remedios Pitre Redondo - Meri Ruiz

Rocío Cabezas - Mostapha Ahmad - Iván Sánchez Fontalvo - Merylin Guerra Ramirez

Producción Editorial e Impresión

Editorial Mejoras
Calle 58 No. 70-30
info@editorialmejoras.co
www.editorialmejoras.co

Noviembre 2022
Barranquilla

Made in Colombia

..

ÍNDICE GENERAL

PRÓLOGO	9
DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS	13
INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO 1	19
<hr/>	
1. ACERCAMIENTO A LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	21
1.1. PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
1.2. SITUACIÓN PROBLEMA	23
1.3. SISTEMATIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA	32
1.4. PROPÓSITOS DEL ESTUDIO	32
1.5. RAZONES QUE SUSTENTAN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	33
CAPÍTULO 2	39
<hr/>	
2. ANDAMIAJE TEÓRICO REFERENCIAL	41
2.1. ESTUDIOS PREVIOS	41
2.2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	52
2.2.1. MORBILIDAD.....	53
2.2.2. MORTALIDAD.....	55
2.2.3. MORBILIDAD MATERNA	56
2.2.4. MORTALIDAD MATERNA	57
2.2.5. MORBILIDAD INFANTIL.....	63
2.2.6. MORTALIDAD INFANTIL.....	63
2.2.7. MORBIMORTALIDAD	66

2.2.8. MORBIMORTALIDAD MATERNA INFANTIL	67
2.2.9. INDICADORES DE SALUD	68
2.2.10. INDICADORES DE SALUD EN LA MORBIMORTALIDAD MATERNO INFANTIL	69
2.2.11. COSMOVISIÓN WAYUU VINCULADA A LA MORBIMORTALIDAD	70
2.2.12. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN WAYUU.....	73
2.2.13. ETNOEDUCACIÓN.....	75
2.2.14. FACTOR ETNOEDUCATIVO.....	76
2.2.15. COSMOVISIÓN PARA LA EDUCACIÓN.....	77
2.2.16. ENDOCULTURACIÓN: ASPECTOS CONCEPTUALES	79
2.2.17. MEDICINA TRADICIONAL WAYUU	80
2.2.18. PRÁCTICAS DE CUIDADO CON BASE EN LA COSMOVISIÓN WAYUU.....	83
2.2.19. SISTEMA NORMATIVO WAYUU	86
2.2.20. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD – APS	90
CAPÍTULO 3	105
<hr/>	
3. RUTA METODOLÓGICA	107
3.1. POSTURA ONTOLÓGICA, EPISTEMOLÓGICA, AXIOLÓGICA Y METODOLÓGICA EN LA INVESTIGACIÓN	107
3.2. PARADIGMA DE INVESTIGACIÓN.....	110
3.3. ENFOQUE METODOLÓGICO	112
3.4. TIPO DE INVESTIGACIÓN	112
3.5. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	115
3.6. SUJETOS INFORMANTES	117
3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE	

RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	118
3.8. FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA INVESTIGACIÓN	119
3.9. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	121
CAPÍTULO 3	125
<hr/>	
4. HALLAZGOS DE LA REALIDAD	127
4.1. LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA DEL CORREGIMIENTO DE NAZARETH	127
4.2. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	130
CAPÍTULO 5	171
<hr/>	
5. APORTES AL CONOCIMIENTO	173
5.1. CATEGORÍAS DE APORTES AL CONOCIMIENTO.....	173
5.2. ASPECTOS RELEVANTES EN LA TRANSCULTURACIÓN DE LAS COSTUMBRES ANCESTRALES REPRODUCTIVAS DE LA MUJER WAYUU DE NAZARETH.....	174
5.2.1. <i>VIDA EN COMUNIDAD DEL PUEBLO INDÍGENA WAYUU DE NAZARETH.....</i>	177
5.2.2. <i>COMPARATIVO DE LAS ANTIGUAS COSTUMBRES ANCESTRALES REPRODUCTIVAS DE LA MUJER WAYUU CON LAS ACTUALES</i>	189
5.2.3. <i>TRANSCULTURACIÓN DE LAS COSTUMBRES ANCESTRALES.....</i>	194
5.2.4. <i>SISTEMA LEGAL DE SALUD DEL ESTADO COLOMBIANO PARA COMUNIDADES ÉTNICAS.....</i>	201

5.2.5. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS INDÍGENAS WAYUU DESDE LA INTERCULTURALIDAD	205
5.3. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD CON ENFOQUE DIFERENCIAL PARA LA COMUNIDAD RURAL, DISPERSA Y ÉTNICA DEL CORREGIMIENTO DE NAZARETH	209
5.3.1. PROPUESTA DE APS PARA LA POBLACIÓN WAYUU DEL CORREGIMIENTO DE NAZARETH.....	216
CAPÍTULO 6	231
<hr/>	
6. CONCLUSIONES – RECOMENDACIONES	
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	233
6.1. CONCLUSIONES.....	233
RECOMENDACIONES	243
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	245
ANEXOS	269
<hr/>	
PRINCIPALES EXTRACTOS DE LAS ENTREVISTAS Y DIÁLOGOS	271
GALERIA DE IMAGENES	343

PRÓLOGO

La obra *Factores socioculturales de la morbimortalidad materno infantil, comunidad wayuu, jurisdicción de Nazareth, municipio de Uribía, departamento de La Guajira*, es el resultado de un exhaustivo proceso de investigación científica que recoge aspectos relevantes sobre una problemática social y sanitaria de interés nacional como es el incremento de la morbimortalidad materno infantil en la población wayuu asentada en el territorio de la Alta Guajira colombiana, una zona desértica, rodeada de comunidades vulnerables con necesidades básicas insatisfechas, que conciben al mundo desde la práctica de su cosmovisión ancestral.

La población wayuu que habita la Alta Guajira colombiana, se encuentra inmersa en un marco socioeconómico, cultural y medioambiental que impacta en las actividades y el desarrollo de sus comunidades, especialmente en la salud, donde las jóvenes gestantes sufren los impactos de un contexto adverso, difícil y complejo, constituido por cantidad de factores que inciden en el proceso de atención de su embarazo; así como en el posterior nacimiento de su hijo, hecho sobre el cual se genera una situación que trasciende lo sanitario, al incluir factores que derivan desde distintas perspectivas.

Esta realidad fue la principal motivación para profundizar desde el ámbito científico en el estudio de un fenómeno social y sanitario que

PRÓLOGO

• •

ha sido sustentado mediante datos de reconocidas entidades de salud pública y otras organizaciones relacionadas con la temática; mostrando un incremento en las tasas de morbimortalidad para este segmento diferenciado de la población, por causas que según aportes de la literatura científica, pueden evitarse bajo el control y seguimiento de un programa de atención primaria en salud para la gestante wayuu. Por estas razones, urge indagar cuáles son los factores socioculturales que inciden en la problemática, desde el mismo contexto donde ocurre la problemática.

Cabe destacar, que la obra por ser producto de investigación, genera conocimiento en cada uno de sus capítulos, a través de la conveniencia del estudio, su pertinencia social, el valor teórico, su utilidad metodológica y sus implicaciones prácticas; todos criterios que develan su importancia para la comunidad científica y la sociedad en general, representando un insumo de información que sirve para atender la problemática e intervenir en su solución a través de propuestas que involucren la implementación de las políticas públicas en salud del país.

Es importante mencionar, que el proceso investigativo representó desafíos constantes para el grupo de investigadores, desde la logística que significó llegar hasta el corregimiento de Nazareth y sus zonas aledañas, a través de caminos difíciles de transitar y rodeados de innumerables riesgos, hasta el acceso a las jóvenes participantes dentro de la comunidad, un hecho que implicó el cumplimiento de protocolos dispuestos por las autoridades claniles de cada comunidad en la intención de buscar la información y observar la realidad durante los periodos de convivencia con los miembros de la etnia.

No obstante, se cumplieron los objetivos iniciales propuestos, aplicando la metodología etnográfica para responder a cada uno de los propósitos del estudio y de esta manera construir todo un capítulo

PRÓLOGO

• •

con los principales hallazgos encontrados sobre la temática. Por otra parte, se logró diseñar un constructo teórico lo suficientemente sólido y robusto para explicar cada uno de los factores socioculturales intervinientes en la problemática dando validez y fiabilidad a la investigación realizada.

Finalmente, se elabora un capítulo con todos los aportes al nuevo conocimiento como la contribución del grupo de investigadores sobre la problemática estudiada, y que servirán como base para otras iniciativas direccionadas a mejorar la situación de la morbi-mortalidad materno infantil en el corregimiento de Nazaret a través de propuestas y proyectos de intervención; así como también de antecedente para nuevas propuestas de investigación apoyadas por las entidades gubernamentales del país y las universidades como centros de producción de nuevo conocimiento científico.

Los autores.

“Los obstáculos son producto de nuestra propia mente”

Nelson Mandela.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A Dios inmensas gracias por ser tan maravilloso conmigo por llenarme de su luz y su gracia, por darme sabiduría, fortaleza, valentía para afrontar cada obstáculo en el camino lo cual me hizo crecer mucho más y llenarme de mucho más entereza para seguir. A la comunidad wayuu en Nazaret indudablemente por dejarnos entrar a sus vidas y poder conocer de ellos, de su cultura y sus vivencias día a día de compartir con nosotros parte de ellos. A mis hijas Lucía Fernanda y Blanca María mi más grande motivación son mi vida entera. A mi compañero de vida Álvaro por ser tan incondicional y especial, mi coequipero que me llena con su amor. A mi madre que siempre ha estado para sus hijas incondicionalmente sin su apoyo y su amor para mi nada hubiera sido posible no sabes lo que te amo madre querida por ello no me canso de darte gracias. A mi hermana Mailyn que tanto amo y siempre ha estado para mí donde quiera que vaya. A mi papá y a toda mi familia que me llenan de su amor y se enorgullecen con mis logros. A Orlando Hernández mi gran amigo, mi maestro, a quien debo tanto en esta vida quien ha compartido su sabiduría conmigo me ha ayudado a crecer personal y profesionalmente. Dedico esto con mucho honor y cariño a mis verdaderos amigos y mis compañeros de lucha, a mis compañeros de trabajo gracias por apoyarme de una u otra manera. A minciencias con su apoyo para patrocinar este tipo de proyectos que beneficien a comunidades menos favorecidas. A la

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

• •

universidad Simón Bolívar mi centro científico, me siento orgullosa de servirle y de formar en su majestuosidad; gracias por permitirme ser parte de esta hermosa familia. Gracias vida con todo gusto esta obra de mi primer proyecto.

Angélica

INTRODUCCIÓN

La humanidad en la actualidad ha visto con otra perspectiva el significado de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, producto de la situación de pandemia causada por el covid-19. El advenimiento de esta circunstancia sanitaria puso bajo amenaza la salud de muchísimas personas en el mundo, propiciando que los seres humanos reconozcan ahora que el bien máspreciado que tienen es la salud, y cualquier cosa que se haga en su favor será recibida con beneplácito.

Por otra parte, las medidas que la Organización Mundial de la Salud recomendaron a los sistemas de salud de las naciones para contrarrestar la propagación y los efectos de la enfermedad, también sirvieron para fomentar buenos hábitos en el cuidado de la salud, como por ejemplo el uso del tapabocas, el lavado frecuente de las manos, el uso de antibacteriales, entre otros. Sin embargo, el alcance de los efectos de esta inesperada situación sanitaria también sirvió para propiciar el incremento sustancial de la investigación en salud a nivel mundial.

Es importante subrayar, que la investigación como mecanismo de la ciencia para el estudio de lo desconocido en función de resolver problemas a través de la determinación de soluciones adecuadas para aquellos fenómenos que representan una necesidad para la sociedad en general, potenció la mirada hacia las temáticas

INTRODUCCIÓN

• •

en salud, de acuerdo a las características propias de cada grupo social, de cada país. En virtud de esto, en Colombia se devela una situación por demás urgente de atender como es el incremento de la morbimortalidad materno infantil en las comunidad étnicas wayuu ubicadas en la alta guajira colombiana.

En efecto, los indicadores de salud relacionados a esta problemática en particular develan que hay que atenderse en la brevedad posible, tomando en cuenta que estos indicadores de muertes maternas y muerte infantil reflejan las condiciones en las cuales se encuentra el sistema de salud de un país, porque generalmente este tipo de fatalidades se producen por causas que son prevenibles en el nivel primario de atención en salud.

De tal forma que la situación que se detectó en la Alta Guajira de Colombia, específicamente en la comunidad wayuu del corregimiento de Nazareth, genero el interés investigativo para intervenir desde el ámbito científico en esta problemática que afecta una población tan particular, diferente culturalmente, considerada patrimonio cultural de Colombia, la etnia wayuu.

En atención en la problemática expuesta, surge la necesidad en analizar los factores socioculturales que inciden en esta problemática social de salud pública, la cual el Estado colombiano está en deber de atender conforme a lo establecido en la jurisprudencia del país, que reconoce los derechos inalienables e intransferibles de estas poblaciones indígenas en el territorio. En este marco general, se realiza la propuesta del proyecto de investigación como una forma de intervenir desde el ámbito científico.

Para cumplir con lo expuesto anteriormente, esta obra se estructura en cinco capítulos: el primero contiene la situación problema que representa el acercamiento a la realidad, con sus respectivos objetivos general y específicos, se exponen las razones que justi-

INTRODUCCIÓN

• •

fican desde diferentes perspectivas la realización del proyecto de investigación desde cinco criterios diferentes. En el segundo capítulo se construye el estado del arte, compuesto por los estudios previos que se relacionan con el fenómeno objeto de estudio y las bases teóricas que sustentarán posteriormente los hallazgos o resultados.

En el tercer capítulo se presenta el andamiaje metodológico que guía el proceso investigativo, definiendo aspectos muy necesarios como el paradigma de investigaciones, el tipo, diseño y método investigativo; se define la población, las técnicas y los instrumentos de recolección de información y finalmente se expone el análisis realizado. En el cuarto capítulo se presentan los hallazgos encontrados directamente en el sitio de ocurrencia del fenómeno, con sus respectivas interpretaciones científicas.

Para finalizar, se presenta el capítulo cinco compuesto por los principales aportes al conocimiento que se lograron en el desarrollo del proyecto, respondiendo incluso al objetivo propositivo del grupo de investigadores, con lo cual se colabora con la ciencia con respecto a esta importante temática de gran contenido social. Posteriormente se presentan las conclusiones, recomendaciones y la lista de referencias bibliográficas en conjunto con la galería de imágenes que sirven de evidencia al proceso realizado.



*Jaapuii tuu
woopuii nounajatkaali*

“El largo Camino a una Esperanza
de Vida”

CAPÍTULO 1

**ACERCAMIENTO A LA REALIDAD
PROBLEMÁTICA**

1. ACERCAMIENTO A LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

1.1. PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El equipo de investigación autores de la obra identificaron la existencia de la problemática a través de dos fuentes de información distintas, la primera fue una estudiante universitaria en la carrera de enfermería de la Universidad Simón Bolívar, sede Barranquilla. La joven perteneciente a la etnia wayuu ubicada en el corregimiento de Nazareth manifestó la existencia de una situación preocupante que estaba ocurriendo dentro de los límites del corregimiento; esa situación era el incremento de los índices de morbilidad materno infantil dentro de la comunidad.

Por otra parte, como segunda fuente de información fueron revisados algunos datos publicados por diferentes organismos como el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2018), el Instituto Nacional de Salud (INS, 2016), el Informe del Departamento de Planeación Departamental de La Guajira (2017), la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD, 2018), y reportes de morbilidad generados por el Hospital de Nazareth, permitieron confirmar que desde el año 2015 hasta el momento de verificación de la situación en el año 2019, se habían incrementado los índices de morbilidad materno infantil en las comunidades del corregimiento de Nazareth.

A partir de datos empíricos, se profundizó en el proceso de investigación y los hallazgos permitieron develar la existencia de diversos factores imbricados en el fenómeno social y de salud que representa la morbilidad materno infantil en la comunidad wayuu de Nazareth. Estos factores, han sido determinantes para el incremento de enfermedades y muertes en la población materno infantil wayuu que habita el territorio de Nazareth, una zona rural y dispersa en la Alta Guajira colombiana.

En efecto, las revisiones científicas realizadas mostraron que las condiciones socioeconómicas y culturales que caracterizan esta particular etnia y su entorno, en conjunto con el difícil acceso a deficientes servicios de salud, han sido los detonantes de toda la problemática, puesto que al integrar resultados de investigaciones previas, los elementos analizados confluyen hacia una problemática multidimensional compleja, considerando que la etnia wayuu practica determinadas costumbres y aplica metodologías de salud de origen ancestral que inciden sobre el fenómeno mencionado.

Por estas razones, la situación planteada constituye una problemática objeto de estudio, sobre la cual conviene profundizar desde el ámbito científico para comprender la influencia de esos factores socioculturales en el incremento de la morbilidad materno infantil en esta población diferencial y en un contexto sociodemográfico tan particular como es la Alta Guajira colombiana.

En virtud de lo anterior, los factores socioculturales involucrados en la realidad social y de salud que viven las mujeres gestantes y los infantes de la etnia, permitirían construir desde la ciencia, un marco de conocimientos sobre los cuales elaborar o diseñar políticas de salud pública adaptadas a las realidades y necesidades propias de esta particular población, involucrando elementos de su sistema de medicina tradicional y su cosmovisión wayuu para establecer

sinergias con las prácticas de los sistemas de salud pública del Estado en función de proveer el mejor desarrollo humano.

En síntesis, el estudio plantea generar nuevo conocimiento desde la práctica científica investigativa para colaborar con soluciones en problemáticas resolubles de esta cultura, estableciendo a través de la ciencia puntos de encuentro entre dos culturas totalmente antagónicas, pero que no son obstáculos para la búsqueda de alternativas desde los procesos de investigación científica que favorezcan las condiciones de vida y salud de las mujeres gestantes y los niños de las comunidades wayuu de Nazaret, pero con la perspectiva de ampliarlas a toda la población wayuu en el país.

1.2. SITUACIÓN PROBLEMA

La morbilidad materno infantil es un evento de interés en la salud pública que tiene un impacto importante cuando se evalúan los servicios de salud y la calidad de vida de una población. Además, en su existencia se reconoce la intervención de factores del entorno de las mujeres gestantes y los niños, no solo factores fisiológicos, pues existen diversas circunstancias sociales, culturales, económicas y emocionales que se encuentran involucradas dentro de esta condición.

En la actualidad la morbilidad materno infantil, se ha constituido en una situación que ha causado preocupación en instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud [1], generando interés en establecer programas que permitan reducir sus índices en todo los niveles. La OMS define la muerte materna como:

La muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio

del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. [2]

Cabe destacar, que la OMS [3] indica que cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto (acceso a los servicios de salud); destacando que las jóvenes adolescentes corren mayores riesgos de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo cuando se compara con otras mujeres de mayor edad (factor fisiológico); y también la mortalidad materna es mayor en las zonas rurales (factor demográfico) y en las comunidades más pobres (factor socioeconómico).

Ahora, la literatura científica muestra cómo la mayoría de las complicaciones aparecen durante la gestación, esto permite afirmar que pudieron ser tratadas mediante la aplicación efectiva de un programa de atención primaria para ellas. Cortez [4] afirma que las muertes maternas, son mayormente evitables y frecuentemente prevenibles, porque se puede conocer en cada caso las causas o factores determinantes asociados al evento, además de contar con material científico y la tecnología disponible que puede utilizarse para evitar un desenlace fatal.

Enfatiza además, que facilitando el acceso a los servicios de salud, con una atención de calidad y en el momento adecuado, se puede detectar tempranamente en el control prenatal si existe algún riesgo, con lo cual se reduce la mortalidad para estos casos. En otras complicaciones pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. Cabe mencionar, que la OMS [5] menciona que entre las principales complicaciones, causantes del 75 % de las muertes maternas, son: hemorragias

graves (en su mayoría tras el parto); las infecciones (generalmente tras el parto); la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); complicaciones en el parto; y los abortos peligrosos.

En ese contexto, datos de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD) en su reporte del años 2018 el municipio de Uribía y en especial el corregimiento de Nazareth es considerado uno de los más pobres y olvidados del país, con más del 90 % de sus necesidades básicas insatisfechas, ubicado en la zona desértica del país, donde existe una escasez permanente de alimentos que condiciona su desarrollo económico y social [6].

Esta zona, se conoce como la Alta Guajira de Colombia compuesta por los municipios de Uribía y Manaure, habitadas por comunidades dispersas pertenecientes en su mayoría a la etnia wayuu y donde el índice de pobreza multidimensional específicamente en Uribia, donde está el corregimiento de Nazareth, es de 97,63 %, destacando un incremento de la mortalidad infantil de los últimos 2 años [6]. Esta situación ha sido reconocida como una problemática producto de la brecha existente en la producción-consumo, que ha impedido a la población wayuu cubrir sus necesidades en materia de salud y educación; aunque el Estado ha tratado de reducirla, todavía persisten. En la Figura 1 se sintetiza toda la situación descrita:

ACERCAMIENTO A LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

• •

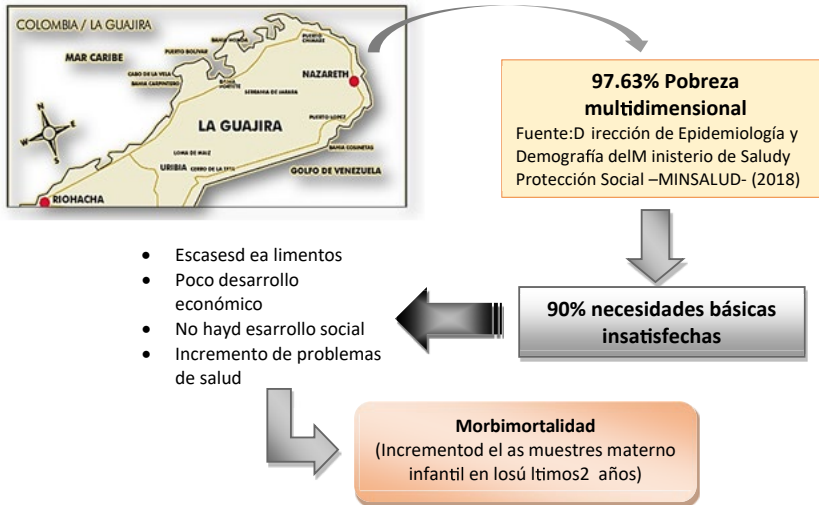


Figura 1. Problemática social – salud del corregimiento de Nazareth, Alta Guajira.

La población de Nazareth constituye una comunidad mayoritariamente wayuu con cultura y creencias propias (cosmovisión wayuu), caracterizadas por no tener suficiente conocimiento sobre aspectos como: el control prenatal, la atención del parto, el control del postparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia, y otras más; hecho que se convierte en una condición de alto riesgo para la salud, especialmente en mujeres gestantes y niños [7].

Cabe destacar, que la morbilidad materno infantil además de representar unos índices de salud preocupantes por el incremento de razón de mortalidad materna infantil, significa también el rompimiento de la estructura base familiar que ocasiona graves secuelas a nivel afectivo y social de los miembros de la etnia. Paralelamente, se identifican condiciones que afectan la capacidad para la toma de decisiones en salud para la mujer, como por ejemplo los bajos recursos económicos y el difícil acceso a la educación, condiciones que son enmarcadas dentro de la evolución de la salud materna como “a menor acceso mayor riesgo” [8].

Es importante mencionar, que estudios previos ya mostraban alertas sobre la problemática, como las cifras estadísticas que aportó el DANE [9] en el año 2015, donde la morbilidad en La Guajira presentó una de las mayores tasas dentro del país en menores de 1 año, con 32,37 muertes por cada mil nacidos vivos en 2014, estando cercana al doble de la tasa a nivel nacional (17,23). En La Guajira, la región más afectada por esta situación fue la Alta Guajira, donde los municipios de Manaure y Uribia presentan las tasas más altas del departamento, con 47,68 % y 45,38 % respectivamente, muchos más altas que el promedio en la guajira media con 21,19 % y en la Guajira Baja con promedio de 18,73 %. Esta situación se representa en la Figura 2 a continuación:

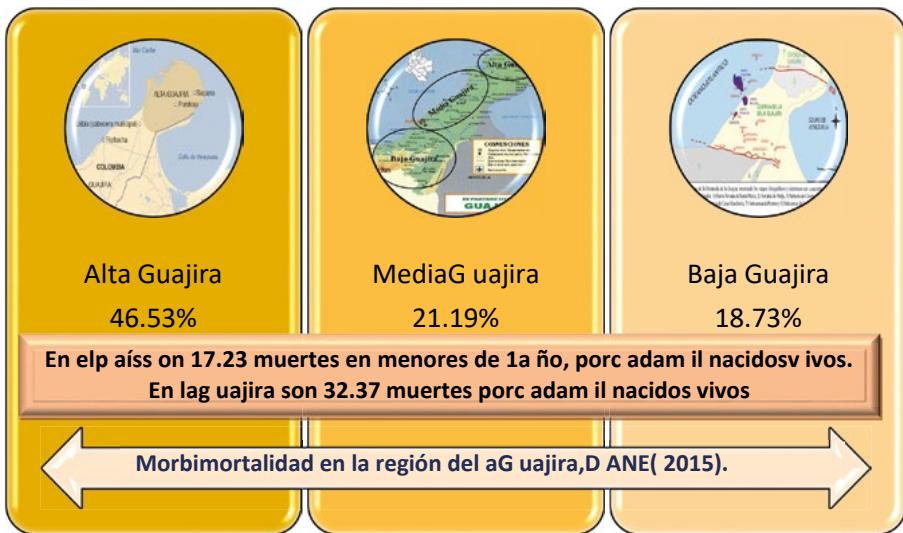


Figura 2. Distribución de muertes en niños menores de 1 año en la Guajira. a partir del DANE (2015).

Bello y Parada [10] indican que en Colombia las comunidades indígenas representan aproximadamente el 3,4 % de la población total del país; para el año 2013 esta población generó el 13,7 % de la morbilidad materno infantil. Estos datos confirman la presencia de la problemática en las comunidades wayuu, sobre todo

cuando se caracterizan por un alto grado de dispersión geofísico, porque les dificulta el traslado a los centros hospitalarios que se encuentran ubicados en el territorio; además, con el agravante de las condiciones que presentan las vías, las cuales están en muy mal estado, generalmente de barro y piedras apartadas de los espacios rurales.

En lo estructural, Donoso [11] refiere que la existencia de inequidades en salud también abarca aspectos relacionados con la posición socioeconómica, la estructura y la clase social; factores de los que depende el nivel educativo, el cual influye en la ocupación que define el ingreso de las personas o familias. Adicionalmente, se agregan las relaciones de género y de etnia lo que viene a configurar un contexto donde intervienen factores sociopolíticos, culturales y de valores sociales en general.

Por otra parte, los casos de morbilidad en la población wayuu están supeditados por su cosmovisión, donde su mayor evidencia se circunscribe en el uso de métodos de medicina tradicional que superpone riesgos en la salud de las madres wayuu. Esta afirmación está basada en el documento “Estudio, evaluación y seguimiento morbilidad y bajo peso al nacer por desnutrición”, departamento de La Guajira, promovido por la Secretaría de Salud, gobernación de La Guajira 2014 [12].

Por tanto, la falta de disposición y acceso a los servicios de salud materna derivados de las condiciones sociales y económicas que caracterizan a la población, en conjunto con los elementos que se desprenden de la práctica de la cosmovisión wayuu son los principales generadores de los factores socioculturales que contribuyen significativamente con la situación de morbilidad materno infantil que caracteriza a las comunidades étnicas wayuu en el territorio de Nazareth y sus zonas aledañas.

En síntesis, el conocimiento empírico conformado por la información de los investigadores, la observación directa en la visita realizada y los diálogos abiertos realizados mediante conversaciones informales con los miembros de la comunidad y el personal sanitario del hospital de Nazareth; apalancados por una exhaustiva revisión bibliográfica (documentos físicos y digitales), han sido las técnicas empleadas en el contexto de la investigación científica para inferir la existencia de una vinculación directa de factores socioeconómicos, culturales (cosmovisión), sistemas jurídicos del wayuu y educativos con la problemática de salud pública que representan los índices de salud de morbilidad materno infantil en el corregimiento de Nazareth.

Ahora bien, es momento de concatenar los elementos que definen la situación problema, tomando en cuenta los hechos que representan la problemática en general, el contexto donde ocurre el fenómeno como es la comunidad wayuu del corregimiento de Nazaret en la Alta Guajira y las descripciones más relevantes del territorio. En la Figura 3 se muestra la representación gráfica donde se plasman una serie de vinculaciones entre distintos factores que están implicados en el fenómeno objeto de estudio, que sumados a las condiciones que describen el sitio generan una problemática de carácter social y de salud pública.

ACERCAMIENTO A LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

• •

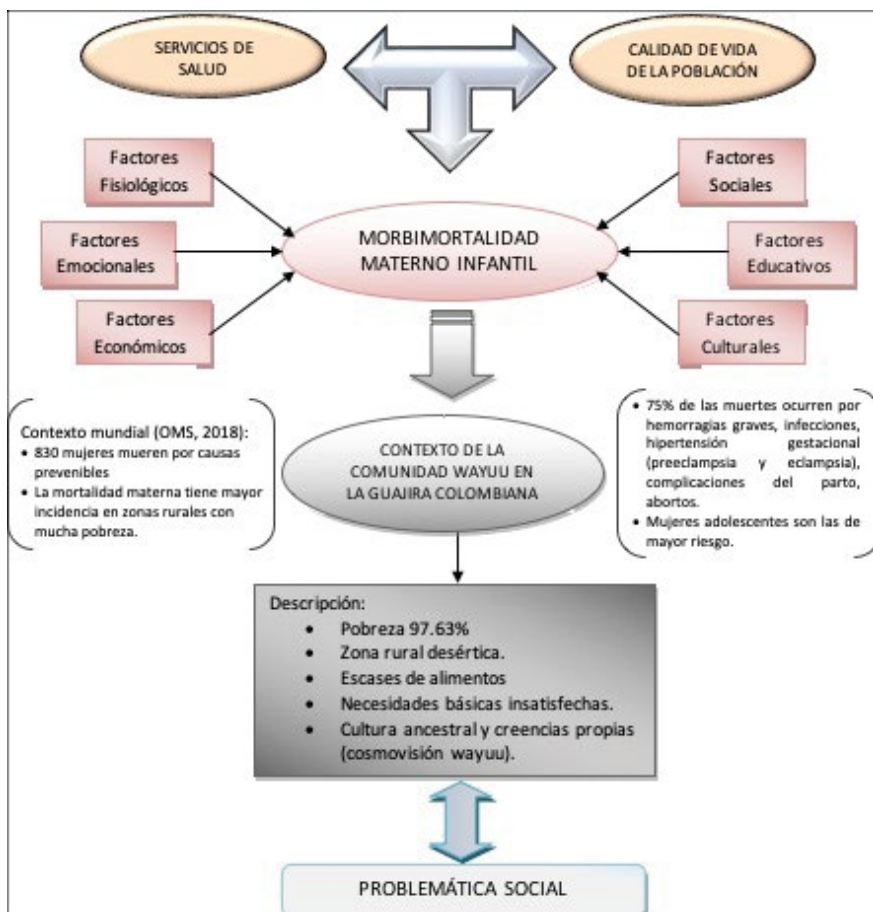


Figura 3. Mapa conceptual de la situación problema.

En función de sintetizar la complejidad del problema, se utiliza la metodología de marco lógico la cual se basa en la construcción del árbol del problema, una técnica que desagrega la situación que se aborda en el estudio con base en las causas que originan el problema, la declaración explícita del problema focal del estudio y las consecuencias que se derivan de la ocurrencia de la situación [13]. En la Figura 4 se muestra la problemática de la morbilidad en las comunidades wayuu, indicando causas y consecuencias más relevantes dentro del estudio.

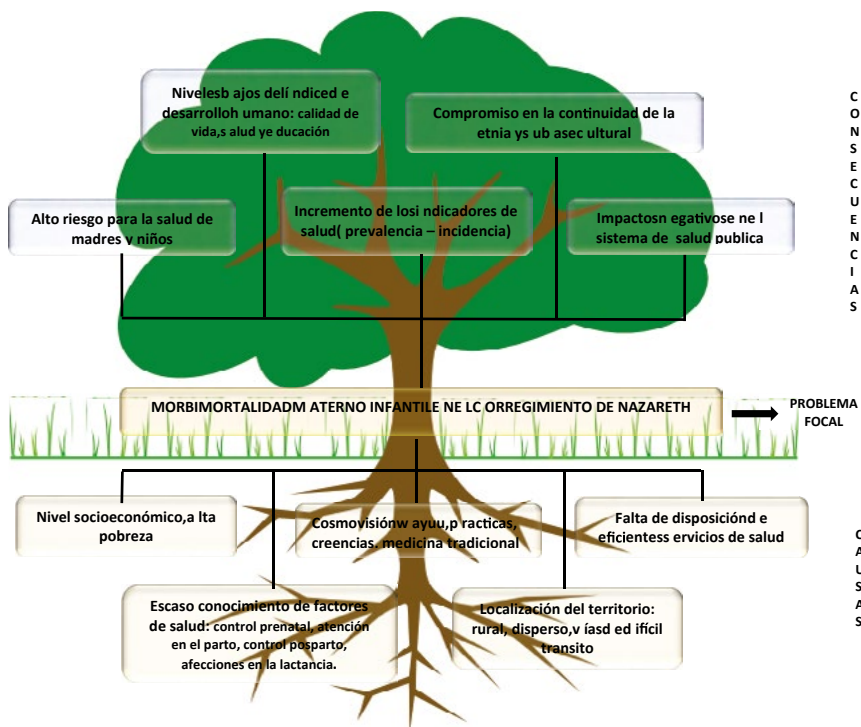


Figura 4. Árbol del problema de la problemática de morbilidad materno infantil.

Ante la realidad que se ha mostrado, surge la interrogante de investigación ¿Cómo los factores socioculturales están impactando en la morbilidad materno infantil, en la comunidad wayuu, jurisdicción de Nazareth, municipio de Uribá departamento de La Guajira?; un conocimiento necesario desde el ámbito científico para apoyar las iniciativas que desde las políticas públicas en salud se han venido implementado para responder a las problemáticas inmersas en el sistema de salud colombiano, especialmente a los índices de salud como la morbilidad materno infantil en una población tan particular desde el punto de vista cultural como la etnia wayuu, sumado a la articulación de esas iniciativas con la cosmovisión de la etnia.

1.3. SISTEMATIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

El proyecto fue orientado principalmente por la interrogante general de investigación, pero fueron necesarias algunas otras preguntas específicas cuyos resultados permitieron dar respuesta a la interrogante general. En ese sentido, fueron planteadas adicionalmente las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las condiciones socio-demográficas de la comunidad wayuu, jurisdicción corregimiento de Nazareth, municipio de Uribia Departamento de La Guajira?

¿Cómo es la cosmovisión wayuu dentro de su sistema de salud tradicional relacionado con la atención materna infantil?

¿Qué aspectos etnoeducativos están presentes en la morbilidad materno infantil de la comunidad wayuu?

¿Cuál es la relación entre la endocultura y la morbilidad materno infantil en la comunidad wayuu?

¿Cómo se vincula el sistema normativo con la morbilidad materno infantil dentro de la población wayuu?

¿Cómo será el programa de atención primaria en salud materno infantil adecuada a las realidades y necesidades de la población wayuu?

1.4. PROPÓSITOS DEL ESTUDIO

Propósito general

Analizar los factores socioculturales que inciden en la morbilidad materno infantil, en la comunidad indígena wayuu, jurisdicción

corregimiento de Nazareth, municipio de Uribia departamento de La Guajira.

Propósitos específicos

- Identificar las condiciones socio-demográficas de la comunidad wayuu, jurisdicción corregimiento de Nazareth, municipio de Uribí departamento de La Guajira
- Describir la cosmovisión wayuu dentro de su sistema de salud tradicional sobre la atención materno infantil.
- Describir los aspectos etnoeducativos presentes en la morbi-mortalidad materno infantil de la comunidad wayuu.
- Establecer las relaciones entre la endocultura y la morbimortalidad materno infantil en la comunidad wayuu.
- Determinar el sistema normativo y su relación con la morbi-mortalidad materno infantil dentro de la población wayuu.
- Generar un programa de atención primaria en salud materno infantil adecuada a las realidades y necesidades de la población wayuu.

1.5. RAZONES QUE SUSTENTAN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para explicar por qué desde el ámbito científico existe la necesidad de analizar los factores socioculturales de la morbimortalidad materno infantil en el corregimiento de Nazareth del municipio de Uribia, departamento de La Guajira, hay que entender inicialmente el impacto o el significado de la morbimortalidad materno infantil. En ese sentido, esta categoría de investigación es la representación de un fenómeno social y de salud que muestra la ocurrencia de un conjunto de complicaciones durante el embarazo y en niños en sus primeros meses de vida, que se ha convertido en la principal causa de muerte alrededor de mujeres en edad reproductiva dentro de la etnia wayuu en ese territorio.

Como se puede comprender, la temática de investigación es una problemática de gran sensibilidad y pertinencia social; incluso de urgencia por los incrementos en los índices de salud relacionados al tema. Pero una razón contundente que justifica profundizar en esta problemática, es que la mayoría de las muertes maternas, como otros problemas asociados pueden ser prevenidos cuando se aplican adecuados servicios de salud reproductiva antes, durante y después del embarazo [14]. Gutiérrez y Velázquez [15] afirman que la importancia de estudiar la problemática de la mortalidad materna radica en que es representativa del sistema de salud de un país, y por ello son considerados indicadores principales de la salud

Por tanto, es necesario examinar en profundidad los factores de riesgo que la literatura científica asocia con la morbilidad materno infantil, y que Oliveira, Parpinelli, Cecatti, Souza y Sousa [16] incluyen también enfermedades, factores de servicios de salud, factores reproductivos y factores socioeconómicos, edad de la madre, la paridad, el estado de salud antes del embarazo, el estado nutricional, entre otros que están presentes en la morbilidad materno infantil.

Por otra parte, existen otros conocimientos en la literatura científica que plantean la vinculación entre la morbilidad materno infantil, el nivel de educación y el acceso a la atención de la salud, por eso esta problemática requiere una visión holística y una perspectiva amplia en vista de su característica multifactorial compleja, sobre todo en un territorio donde su población es sustancialmente diferenciada por su cosmovisión, lo que involucra también prácticas, creencias y costumbres en esa relación de salud-enfermedad.

Por todas estas razones, se justifica el análisis de todo este conjunto de factores directamente en la comunidad wayuu de Nazareth y sus zonas aledañas, en el municipio de Uribía, Departamento de La Guajira. Solo a través de un análisis de estos factores pueden

plantearse iniciativas de solución totalmente enfocadas en las necesidades y realidades de esta importante comunidad de la Alta Guajira colombiana, donde el inicio de la atención prenatal y planificación familiar, muestran ser indispensables para la prevención de las muertes maternas.

Desde otros ámbitos, se muestran a continuación otras razones que justifican el proceso investigativo sobre la temática del proyecto, tal como se presentan a continuación:

Conveniencia: la investigación fue adecuada, útil y buena porque aportó relevante información sobre una realidad que viene afectando la comunidad wayuu de Nazareth, con lo cual se dejan las bases para futuros procesos de intervención clínica temprana en función de reducir los riesgos de muerte materno infantil. Las mujeres wayuu son vulnerables desde diversos aspectos, en su mayoría con bajo nivel socio-económico que las convierte en una población de alto riesgo de sufrir una enfermedad grave del embarazo y el parto, con el agravante de la dificultad que tienen para el acceso a servicios de salud.

Por estas razones, la conveniencia del proyecto gira en torno al análisis de los factores socioculturales intervinientes de la morbi-mortalidad materno infantil, el cual suministrara conocimiento para sustentar nuevas propuestas de intervención, proyectos en salud que viabilicen la aplicación de la política de atención integral en salud con enfoque diferencial en comunidades con necesidades culturales diferenciadas, pero que deben ser igualmente atendidas por el sistema de salud del país.

Relevancia social: este aspecto subyace en los beneficios que en primer término obtiene la comunidad wayuu en Nazareth, porque los resultados servirán en la elaboración de programas destinados a mejorar : I) la prevención primaria mediante la puesta en marcha de

mejores servicios de salud y la educación para la población objeto de estudio; II) el desarrollo de prevención secundaria mediante la detección precoz y el tratamiento temprano de condiciones patológicas, y III) la prevención terciaria a través del tratamiento de las condiciones que necesitan atención para reducir la mortalidad.

De igual modo, la propuesta de atención primaria en salud con enfoque diferencial permite generar espacios de control prenatal, aspecto vital para que el profesional de salud pueda reconocer las complicaciones obstétricas en una fase temprana y atenderlos, sino poder remitirlos hacia otros centros especializados de manera oportuna. Entonces para el personal de salud los resultados del proyecto de investigación son igualmente beneficiosos. Finalmente, desde la perspectiva de los entes gubernamentales, sobre todo la entidad sanitaria también pueden utilizar los resultados para viabilizar las políticas de atención integral en salud en función de estos territorios culturalmente diferenciados.

Implicaciones prácticas: es necesario educar las prácticas de cuidados en salud de las madres gestantes y los cuidados del niño, así como también orientar el accionar del personal sanitario en la prestación de los servicios de salud para las pacientes en la comunidad. Entonces, es necesario que se genere información para que la mujer wayuu perciba el beneficio de utilizar las instalaciones del centro de salud en función de su atención prenatal, de parto y posparto, que perciban un ambiente seguro dentro de la atención que reciben, lo que sin duda reflejaría la calidad en el servicio.

El aporte del programa de atención primaria en salud con enfoque diferencial implica que las mujeres de la etnia puedan internalizar la consciencia sobre los riesgos de no buscar atención médica con el fin de evitar complicaciones. Por tanto, las mujeres deben tener acceso ilimitado a la asistencia sanitaria, no solo durante el parto, sino también durante toda su vida. Es importante, que enferme-

dades Infecciosas y no infecciosas que pueden comprometer su estado de salud antes y durante el embarazo sean minimizadas o en el peor de los casos controladas para que no se conviertan en factor contribuyente a la mortalidad materna.

Entonces, una razón que justificó la realización del proyecto fue conocer el tratamiento adecuado para las diferentes enfermedades, haciendo sinergia con la medicina tradicional que no se debe eliminar porque es un factor de trascendencia dentro de la cultura wayuu, pero sí articularse con las prácticas que se realizan en el centro de salud. Las mujeres deben valorar los servicios prestados en las unidades de salud como las prácticas culturales de atención a la salud dentro de la cosmovisión de la etnia, lo que implica un esfuerzo y trabajo mancomunado entre los actores sociales intervinientes.

Valor teórico: Esta investigación aporta un constructo teórico recolectado de los principales aportes que organismos internacionales encargados en el tema de la salud y autores reconocidos en el ámbito científico han socializado sobre las categorías objeto del estudio o fenómeno social de salud pública. Pero además, el desarrollo del proyecto generó a través de sus resultados nuevo conocimiento científico que llenó vacíos de información relacionados con la atención y los servicios de salud de la mujer gestante y los niños en la comunidad wayuu.

Así mismo, se profundizó en el tema de la morbilidad materno infantil en la zona de la Alta Guajira mostrando la realidad desde el mismo lugar de los acontecimiento y en las propias voces de los sujetos involucrados en la problemática objeto de estudio. Por tanto, se generaron datos valiosos, precisos y legítimos mediante la aplicación de la investigación científica que facilitará futuras investigaciones o implementación de propuestas de intervención sobre la problemática.

Lo anterior es importante, porque en la Alta Guajira colombiana los datos sobre servicios obstétricos, datos epidemiológicos y de salud reproductiva son difíciles de evaluar porque no se habían estudiado en detalle los factores socioculturales involucrados, especialmente porque la mujer wayuu no accede a los servicios del hospital de Nazareth. Entonces, esa información tan necesaria para establecer adecuados programas de atención primaria en salud a la mujer gestante se logró determinar a través de la investigación realizada.

Utilidad metodológica. Desde la perspectiva de la metodología de la investigación, este proyecto sirve para orientar las posturas ontológica, epistemológica, axiológica y metodológica, congruentes en el estudio de este tipo de fenómenos sociales en salud. El estudio proporciona criterios para establecer las concepciones adecuadas al problema y con los procedimientos que deben aplicarse en cuanto la población objeto de estudio está constituida por miembros de una determinada comunidad étnica. Entonces, este proyecto de investigación puede ser utilizado como una guía metodológica en la profundización de fenómenos similares, que involucren las categorías de investigación o contextos en comunidades culturalmente diferenciadas.

Además, el desarrollo del mismo proporciona un conjunto de técnicas e instrumentos que pueden ser igualmente útiles para otras investigaciones que trabajen con estas categorías de estudio, incluyendo el método etnográfico que se desarrolla en los espacios de convivencia con los sujetos participantes y sobre los cuales es necesario realizar observaciones de interés científico.

The background of the entire page is a composite image. On the left, a woman wearing a pink headscarf and a colorful floral dress sits on a sandy beach with a small child. The child is holding a blue bucket. The right side of the image is dominated by a large, semi-transparent face of a young child with dark hair, looking directly at the viewer. The sky is a mix of blue, white, and yellow, suggesting a bright, sunny day.

*Jaapui tüü
woopui nounajatkaaliü*

“El largo Camino a una Esperanza
de Vida”

CAPÍTULO 2

ANDAMIAJE TEÓRICO REFERENCIAL

2. ANDAMIAJE TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. ESTUDIOS PREVIOS

El inicio de la revisión teórica referencial fue la búsqueda de las investigaciones, estudios o publicaciones recientes (no mayor a 5 años de antigüedad) donde se profundizó en las categorías que representan el fenómeno objeto de estudio o en algún componente importante relacionado con los elementos conceptuales intervinientes en la problemática. En ese sentido, se realizó la recolección, revisión, análisis y selección de aquellas informaciones que significan aportes para el estudio.

En primer término, es oportuno reconocer los aportes investigativos que importantes organizaciones internacionales relacionadas con el tema de salud y otras de carácter social en general realizaron sobre la temática de la morbilidad materno infantil, incluso en contextos que involucraban comunidades indígenas, tal como en este estudio de investigación. Uno de ellos fueron los estudios realizados por la OMS [3] en el año 2018, donde informan que diariamente mueren un aproximado de 830 mujeres por razones que pudieron ser prevenidas en los controles que deben practicarse las maternas durante el periodo de embarazo y luego cuando ocurre el parto.

Los aportes de la OMS fueron fundamentales para describir la problemática del estudio, comprender la magnitud que significa el incremento de los índices de morbimortalidad para los sistemas de salud de los países, y con una situación que convierte a la mortalidad materna en una de las principales razones de muerte en mujeres en edad fértil en la mayoría de los países, sobre todo aquellos que están en vías de desarrollo donde se alcanza una incidencia del 99 % de los casos a nivel mundial.

En el ámbito latinoamericano, la OPS [17] realizó estudios en el año 2018 donde revela que la mortalidad materna es considerada una de las principales causas de muerte en mujeres adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en América Latina, por la frecuencia de problemas de salud durante el embarazo, el parto y el posparto. Igualmente, las muertes perinatales fueron 50 % más altas entre los recién nacidos de madres menores a 20 años que aquellas que estuvieron entre 20 a 29 años. Algunas informaciones relevantes del aporte fueron que las niñas y jóvenes adolescentes que no tenían estudios o solo lo hicieron en básica primaria mostraron una probabilidad de embarazo cuatro veces más que aquellas que lograron completar la secundaria o llegaron a la educación superior.

Estos aportes de la OMS y la OPS muestran que dentro de los factores socioculturales un factor determinante es la educación evidenciado en el nivel de estudio de las maternas y en la edad en la cual se embarazaron, dando lugar a grupos de riesgo característicos en Latinoamérica. Otro aporte reciente fue la investigación que realizaron Bautista, Diazgranados y Hernández [18] en el año 2021 intitulada “Análisis de los factores socio culturales que aumentan los riesgos de morbimortalidad materna en gestantes atendidas en el hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro del municipio de Uribia - La Guajira”, este trabajo presentó muchas similitudes con la problemática que se aborda; sin embargo el estudio solo involucra a la población gestante que acudió a los controles prenatales en el hospital.

No obstante, se describen las características sociodemográficas de las gestantes inscritas en el Programa de control prenatal, se identificaron los factores socioeconómicos y los aspectos culturales influyentes en la asistencia al control prenatal, elementos importantes para comprender la motivación y la percepción de las gestantes sobre los servicios de salud. Por eso, entre los hallazgos más relevantes resalta que las principales barreras que las mujeres indígenas wayuu gestantes tienen para asistir a los servicios de salud son de tipo socioeconómico, así como las dificultades de acceso por el mal estado de las vías, distancias considerables; así mismo dentro de lo cultural se encontró temor a la separación del núcleo familiar durante el parto y algunas reacciones de pudor al ser examinadas.

El aporte anterior es un insumo importante de información, toda vez que tuvieron la posibilidad de escudriñar en el mundo de la mujer wayuu y su acercamiento a los servicios de salud con la medicina del arijuna, un evento de interculturalidad sobre la temática de salud materna infantil. Se puede mencionar además, que los aportes son contribuciones en la elaboración realizada del constructo teórico referencial en esta obra.

El siguiente estudio previo fue la investigación realizada por Sánchez [19] en el año 2020, intitulada “La salud en las comunidades indígenas de La Guajira: evaluación de políticas de atención e infraestructura en salud”, la cual estuvo orientada hacia un factor determinante dentro del sistema de salud colombiano como es la política del Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES 3944 en relación a la atención e infraestructura de salud para la comunidad wayuu, en La Guajira, Colombia.

El investigador realizó un análisis de la política utilizando como fuentes de información la revisión documental, entrevistas con líderes de la comunidad wayuu y también agregó a la población

algunos profesionales concedores de la situación en el departamento; los cuales manifestaron que durante el ciclo de vigencia del CONPES 3944 en el periodo 2018- 2022, no se ejecutaron acciones direccionadas hacia la mejora de la infraestructura asistencial y de salud. No obstante, hubo participación en la construcción de la política pero sin desarrollo de las actividades definidas quedando a deber su evaluación.

En consecuencia, el autor demostró que ha habido incumplimiento de las políticas definidas particularmente para enfrentar las crisis de salud en las comunidades indígenas, convirtiéndose en una problemática constante durante los últimos años y que su principal causa está relacionada con la gestión deficiente y la baja presencia institucional en la zona, hecho que deja en cuestionamiento el rol que debe asumir el Estado para garantizar los derechos de los indígenas ya que más que un asunto de presupuesto el problema se inclina por las acciones que deben realizarse en beneficio de los actores sociales involucrados.

Cuando se analiza el papel que deben asumir las entidades públicas en la problemática de la morbilidad materno infantil en las comunidades étnicas como la wayuu, es imponderable describir el nivel de responsabilidad que tiene como garante de la salud de los colombianos, pero además es importante recordar que organismos internacionales prestan su colaboración a los sistemas sanitarios de las naciones en función de poner en práctica las directrices que se emanan a través de las políticas públicas en salud. Por tanto es un dato importante para explicar algunas situaciones en la realidad de los sujetos participantes en el estudio.

Seguidamente, se menciona la investigación de Ortiz [20] cuyo título fue “Aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes de tres comunidades del Resguardo Indígena San Lorenzo, Caldas: trabajo doméstico, partería tradicional y procesos

organizativos de mujeres indígenas”. El principal objetivo de este estudio fue comprender la salud sexual y reproductiva de las adolescentes pertenecientes a tres comunidades indígenas asumiendo una visión donde se interrelacionan las vivencias y percepciones individuales del comportamiento reproductivo, principalmente desde la primera menstruación.

Adicionalmente, se realizó una caracterización de cómo la mujer wayuu accede a los servicios en el sistema médico para su salud sexual y reproductiva, como la partería tradicional, y un análisis de algunas condiciones grupales y estructurales, como el trabajo doméstico de las mujeres indígenas en las ciudades y los procesos organizativos de ellas. Entre los hallazgos, el autor mostró cómo la salud sexual y reproductiva de las adolescentes indígenas requiere de una comprensión basada en la contextualización, especialmente en su interrelación a niveles individuales, grupales y estructurales como parte de las adecuaciones que inciden en un sistema de salud propio e intercultural.

Finalmente, el autor demuestra que los derechos sexuales y reproductivos de la mujer wayuu subyacen en los factores culturales de su cosmovisión, por tanto está bajo el marco de restricciones en lo individual que no le permite vivirlos plenamente; producto de limitaciones culturales que se convierten en factor determinante de la mortalidad materna e infantil en el contexto de comunidades ubicadas en zonas rurales y dispersas donde generalmente habitan las comunidades wayuu dentro del territorio nacional.

El aporte de la investigación se circunscribe con las descripciones que realiza el autor de la conducta que asumen las mujeres de la etnia wayuu en relación con la sexualidad y la reproducción, un hecho que devela gran trascendencia porque marca diferencias notorias entre las mujeres que viven en las zonas de mayor concentración de población, con respecto de aquellas que viven en

rancherías alejadas del centro poblado y con mayor énfasis en la práctica cultural de su cosmovisión.

A continuación, se presenta el estudio de Arregocés [21], cuyo título fue “Apropiación del conocimiento impartido en entrenamiento para atención del parto en parteras indígenas de la etnia wayuu: barreras y oportunidades en el territorio, en el municipio de Manaure, departamento de La Guajira”; esta investigación explica la razón de mortalidad materna como uno de los indicadores más importantes dentro del desarrollo del país, por eso presenta estadísticas bajo el auspicio de Minsalud y el SENA donde devela la existencia de altos índices en el departamento de La Guajira, razón por la cual estas entidades desarrollaron una capacitación denominada diálogos de intercambio de saberes con parteras wayuu en el municipio de Manaure.

Esta idea fue muy importante, porque en esencia plantea la posibilidad de fortalecer las prácticas de la medicina tradicional que cumplen las parteras, mediante un proceso de capacitación que les permitiera fortalecer la atención del parto y de esta forma reducir la mortalidad materna. Para ello, se enfatizó en la formación complementaria con enfoque intercultural a las parteras de la etnia wayuu, en el municipio de Manaure, La Guajira.

Entre los principales resultados se menciona que para que las representantes de la etnia logren apropiarse del conocimiento son necesarios diálogos para el intercambio de saberes con respecto al riesgo de la atención de un parto y del puerperio; como también en las actividades que se deben realizar para minimizar esos riesgos, con lo cual se confirma que la metodología idónea es precisamente el diálogo de intercambio de saberes. En efecto, esta forma de enseñanza permite revisar cómo las parteras realizan su labor desde su propio contexto para luego integrar nuevos saberes en el proceso de capacitación y formación.

Cabe destacar, que este estudio previo demuestra que sí es posible integrar las prácticas culturales de la medicina tradicional de la etnia wayuu con nuevos saberes que se originan del sistema sanitario colombiano, a través de la propuesta de una Atención Primaria en Salud con un nuevo enfoque diferencial, que adapta las directrices y lineamientos que proporcionan los organismos de salud internacional pero adaptada a las necesidades y características propias de la comunidad wayuu.

Ruiz y Oime [22] realizaron un estudio denominado “Barreras de acceso a las indígenas wayuu gestantes para acceder a controles prenatales antes de las doce semanas de gestación en el Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro de Uribia, La Guajira”, investigación donde se identificaron las principales barreras de acceso que tienen las gestantes indígenas wayuu asociadas a la principal Empresa Social del Estado (ESE) del municipio de Uribia el Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, para acceder a los controles prenatales antes de las doce primeras semanas de gestación como lo establece la norma.

Los autores señalan que por encima de las raíces culturales que permanecen arraigadas en las mujeres de la etnia wayuu, estas han permitido ser tratadas mediante los criterios que rigen la medicina occidental de los alijunas. Un determinante de esa aceptación es el deterioro socioeconómico que existe en la comunidad wayuu, y que caracteriza a todo el departamento de La Guajira pero que las estrategias implementadas no han sido efectivas para garantizar que las gestantes wayuu ingresen a su control prenatal en el tiempo indicado, una acción de suma importancia para disminuir la tasa de mortalidad materna.

En síntesis, esta investigación demuestra que la gestión que se realiza en el departamento de La Guajira para activar las estrategias que facilitan la atención oportuna para las madres gestantes

de la etnia wayuu, relacionadas con su control prenatal, son obstaculizadas por manejos administrativos, que dificultan la oportunidad que les brinda el sistema de salud colombiano de ser atendidas y recibir los beneficios de un servicio de calidad en su proceso de gestación, lo que pudiera incidir favorablemente en la problemática de la morbimortalidad materno infantil.

Por otra parte, Ruiz [23] desarrolló una investigación intitulada “Prácticas culturales de cuidado en gestantes indígenas de la etnia wayuu: una mirada etnográfica”; el objetivo general fue descubrir los significados que representan las prácticas del cuidado en gestantes de la etnia wayuu y partiendo de ellos elaborar un modelo de cuidado cultural basado en la teoría de Leininger. Su autora se sustenta en la teoría de la Diversidad y la Universalidad propuesta por Leininger para dar explicación particularmente a tres momentos muy representativos de la cultura wayuu, como son el encierro, los cuidados para la mujer embarazada y lo que enseña su cosmovisión para el cuidado en salud tanto de la gestante como del niño.

Los resultados develan que efectivamente cada uno de los escenarios mencionados constituye un momento de mucha importancia dentro de la etnia, para ellos cumplir con el ritual del encierro en la primera menstruación de la joven wayuu es un momento de preparación para que se convierta en mujer, hecho que implica atenciones y enseñanzas durante el tiempo que dure el encierro. Así mismo, un proceso de formación que se realiza es el aprendizaje de las formas de cuidar a la gestante wayuu, básicamente brindar protección a su hijo por nacer, y finalmente la endoculturación sobre las costumbres, valores y creencias que la mujer wayuu debe adquirir para protegerse durante el embarazo y parto.

Cabe destacar, que estos significados que aporta la autora son de interés cuando se plantea el diseño de una APS que tome en cuenta determinadas prácticas ancestrales en la comunidad wayuu, porque

la comprensión de su significado permite crear las adaptaciones necesarias en las acciones de atención, con el fin de promover la salud y prevenir la enfermedad dentro de las mujeres gestantes de la etnia. Adicionalmente, el aporte permite tener información relevante en ese proceso de articulación de la medicina tradicional wayuu proveniente de su cosmovisión con las recomendaciones que se conocen en la APS de la medicina occidental.

Hernández *et al* [24] realizaron un estudio en Colombia donde demostraron que en los departamentos de Guainía, Chocó y La Guajira las familias wayuu describen relaciones diferenciales donde las mujeres gozan de menor participación, reconocimiento y libertad que los hombres, destacando la alta dependencia económica y social que tienen de ellos. En consecuencia, los factores anteriores interfieren en la autonomía y poder de decisión que la mujer wayuu tiene sobre su cuerpo, sobre la conformación de pareja, regulación de la fecundidad y la maternidad, así como la búsqueda de servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio.

El estudio anterior, aportó conocimiento que permitió comprender la razón de ciertas conductas de las mujeres gestantes con respecto a la salud del niño y de ellas mismas, porque es donde se evidencia hasta qué nivel la cultura las moldea en sus comportamientos y explica porqué hacen una cosa y otras no; la influencia de patrones culturales es una realidad que necesariamente debe investigarse en el propio contexto donde ocurre el fenómeno, es decir, en el propio seno familiar.

Para finalizar con los estudios previos, se presenta la investigación que realizaron Bula y Galarza [25] intitulada “Mortalidad materna en la gestante wayuu de Uribia, departamento de La Guajira, Colombia”, un estudio donde se profundizó sobre uno de los índices de salud que inciden directamente en la morbimortalidad materno infantil y precisamente en el contexto de Uribia. Este estudio reafirmó la

tendencia de mortalidad materna en Uribia, mostrando un ascenso vertiginoso en los indicadores de salud a pesar de reconocer esfuerzos que se han realizado para incrementar la cobertura en la atención del parto institucional en el municipio.

El estudio demuestra que el parto domiciliario, una práctica cultural habitual en las comunidades wayuu sigue siendo el método asumido por un número significativo de mujeres de la etnia. No obstante, los autores develan que esa práctica cultural es proclive a complicaciones durante la atención del parto, un evento que de no remitirse a tiempo a un centro hospitalario, inevitablemente puede conducir a la muerte materna. Los resultados muestran cómo la tasa de mortalidad materna se deriva de las prácticas tradicionales de parto, el difícil acceso a los servicios de salud y la edad de la madre que generalmente pertenece a un grupo de riesgo mayor.

Por tanto, los aportes de este estudio consisten en la demostración que la tasa de mortalidad materna aumenta en el municipio de Uribia producto de los factores mencionados; sumado a la vulnerabilidad social y de salud que describe la realidad que vive la comunidad wayuu donde se manifiesta como principal evento adverso las hemorragias posparto. Por otra parte, la atención domiciliaria del parto que realiza la partera de la comunidad o las mismas madres o abuelas puede contribuir con la ocurrencia de este tipo de complicaciones obstétricas que, si no son atendidas adecuadamente, pueden conducir a la muerte de la madre.

En síntesis, los estudios previos que se han socializado en la comunidad del conocimiento develan que la problemática de la morbilidad materna infantil en la población indígena ha sido abordada desde diferentes contextos y perspectivas, como por ejemplo la OMS recalca el incremento de los índices de salud, especialmente las muertes maternas a nivel mundial, la OPS establece la relación de la mortalidad materna y perinatal con la

edad de las gestantes, destacando que las adolescentes - jóvenes constituyen un grupo de alto riesgo y su prevalencia en los países latinoamericanos.

En cuanto a los trabajos de investigación, estos fueron enfocados por ejemplo a las características sociodemográficas de las gestantes registradas en el Programa de control prenatal en el Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro ubicado en el municipio de Uribia, además de los factores socioeconómicos y culturales que influyen para que la gestante wayuu asista al Control Prenatal, específicamente la comprensión de su motivación y percepción sobre los servicios de salud que recibe en ese centro de salud.

Por otra parte, otro estudio realizó un análisis de la política del Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES 3944 con relación a los servicios de atención y de infraestructura destinados para la salud de las comunidades wayuu en el departamento de La Guajira. Otro aspecto que se estudió fue la comprensión de la salud sexual y reproductiva en las adolescentes pertenecientes a la etnia, asumiendo una visión desde las vivencias y percepciones individuales del comportamiento reproductivo, principalmente desde la primera menstruación.

La información generada permitió conocer la caracterización del proceso que se sigue para que la mujer wayuu acceda a los servicios de salud sexual y reproductiva dentro del sistema de salud propio, como la partería tradicional, y un análisis de algunas condiciones grupales y estructurales. También, se ha profundizado en las prácticas de la medicina tradicional que cumplen las parteras de la etnia, fortaleciendo esas metodologías mediante un proceso de capacitación para fortalecer la atención del parto con el objetivo de reducir la mortalidad materna.

También, se ha investigado sobre algunas barreras que han tenido que afrontar las indígenas wayuu para acceder a controles prenatales antes de las doce semanas de gestación en el Hospital Nuestra

Señora del Perpetuo Socorro de Uribia. Otra perspectiva ha sido el reconocimiento de los significados que representan las prácticas del cuidado en gestantes de la etnia wayuu para luego construir un modelo de cuidado cultural fundamentado en la teoría de Leininger.

Finalmente, los estudios han abordado las causas del incremento en los índices de salud, específicamente sobre la tendencia hacia el aumento de la mortalidad materna en Uribia, a pesar de los esfuerzos que se han realizado para ampliar la cobertura de atención del parto institucional en el municipio. No obstante, se demostró que el parto domiciliario, una práctica cultural habitual en las comunidades wayuu sigue siendo el método asumido por un número significativo de mujeres de la etnia.

De tal manera, que toda esta información constituyó un punto de partida para el proceso de profundización realizado sobre el fenómeno de la morbimortalidad materno infantil en la comunidad wayuu ubicada en el corregimiento de Nazareth, municipio de Uribia; fueron aportes que representaron el conocimiento previo con el cual se contó para desagregar la problemática en sus categorías iniciales de investigación.

2.2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Estos se corresponden con los principales elementos conceptuales que cantidad de autores y de investigadores han venido compartiendo en la literatura científica sobre los componentes esenciales de las categorías de investigación y que son necesarios para contrastar los hallazgos que provienen de la realidad de los sujetos participantes dentro del contexto del fenómeno objeto de estudio. La teoría es la base sobre la cual pueden explicarse los hechos y conseguir la mayor precisión en los resultados y validez en las interpretaciones intersubjetivas de la realidad que se ha estudiado.

2.2.1. Morbilidad

En los estudios epidemiológicos existen diferentes indicadores y parámetros para determinar algunas condiciones que caracterizan a determinado segmento de la población con respecto a su estado de salud y la prevalencia de las enfermedades más comunes y su tiempo de frecuencia dentro de algunos contextos específicos. Estos parámetros, constituyen la base para los análisis del sistema sanitario dentro de los países y la orientación que deben asumir las políticas públicas en salud con respecto a la aplicación de programas de atención en salud.

En atención a lo anterior, uno de los principales parámetros es la mortalidad, definida como la frecuencia de ocurrencia de una enfermedad durante un determinado tiempo conocido. Los datos de morbilidad normalmente son útiles para identificar cuáles son las causas que explican las tendencias precisas de la mortalidad, ya que cualquier cambio en la tasa de morbilidad puede ser el origen de los cambios en la tasa de mortalidad. Es importante saber que los datos de morbilidad deben ser relevantes y fácilmente accesibles para que sean útiles en las investigaciones epidemiológicas [26].

Visto desde la perspectiva de Sánchez [27], la morbilidad hace referencia al número proporcional de enfermos en una población; Martin [28] agrega que la morbilidad consta de la incidencia y prevalencia; la incidencia se refiere a los casos nuevos de enfermedad que aparecen tanto en un lugar específico como en un periodo de tiempo determinado; y la prevalencia se asocia con la totalidad de los casos existentes (los nuevos y los viejos) de la enfermedad en un grupo social dado, en un instante de tiempo específico o en un lapso de tiempo determinado.

Finalmente, la morbilidad puede definirse como “Complicaciones o enfermedades que se producen durante la gestación, parto o

puerperio (42 días después de terminada la gestación) y pueden ser inmediatas o mediatas” [18]. Este indicador muestra las principales enfermedades que le ocurren a la madre gestante en las etapas del embarazo, como medida de reconocimiento de su evolución y estado de salud y con ellos aplicar los correctivos o tratamientos médicos adecuados a cada una de las enfermedades.

Henao [29] menciona que la OMS concibe la morbilidad como “toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar”, de esta información se puede deducir entonces que a través de la prevención y atención oportuna se puede trabajar en función de anticipar cualquier proceso patológico futuro, en donde el personal de salud del primer nivel de atención tendría un papel preponderante.

La tasa de morbilidad permite describir el estado de salud de una población, así como estudiar la aparición y evolución de las diferentes enfermedades y sus posibles curas. No obstante, este estudio se logra por medio de datos numéricos de la reiteración de las enfermedades en los diferentes grupos poblacionales, el tiempo y lugar determinado [30]. Existen dos tipos de tasas de morbilidad, como se muestra en la Figura 5 a continuación:

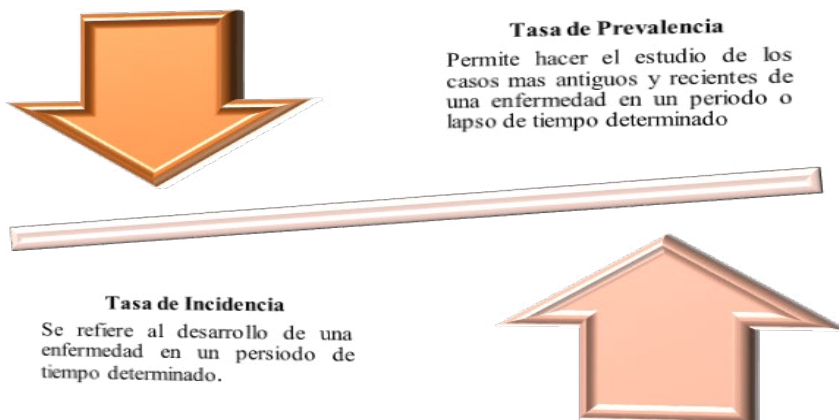


Figura 5. Tasa de prevalencia y tasa de incidencia, Fajardo (2017).

De la Figura 5, es posible percibir la gran utilidad al momento de conocer qué o cuáles patologías son frecuentes y están atacando a determinada población; así como también determinar en qué periodo de tiempo la población está más susceptible y a merced de adquirir enfermedades, todo con la finalidad de proveer los recursos humanos, económicos y terapéuticos que son necesarios para hacerle frente.

2.2.2. Mortalidad

Martin [28] la define como un fenómeno dinámico que hace referencia a la cantidad de personas que mueren en un lugar específico producto de cualquier patología o por alguna causa determinada, en un rango de tiempo establecido. Cabe destacar, que un individuo puede adquirir una enfermedad (incidencia), permanece enfermo durante un instante específico de tiempo o durante un rango de tiempo determinado (prevalencia de punto) y luego puede morir por causa de la misma enfermedad, por cualquier otra patología diferente, o por alguna que se derive de la enfermedad original (mortalidad), lo que implica realizar una correcta interpretación del evento ante la cantidad de relaciones que se pueden establecer.

En ese sentido, “La mortalidad es una medida de resultado que suministra información sobre el estado de salud de un grupo poblacional; con la información de mortalidad se pueden elaborar indicadores que son fundamentales en la vigilancia epidemiológica y debe considerarse como un elemento clave en la gestión del riesgo en salud” [31]. En efecto, la mortalidad muestra cuáles son las principales causas de muerte de una población en general, pero que se puede desagregar por grupos sociales específicos o los llamados grupos etarios, con la finalidad de realizar evaluaciones a los sistemas sanitarios con respecto a la promoción y prevención de la salud.

En líneas generales, la importancia del estudio de la mortalidad es que, desde la perspectiva de la ocurrencia de la enfermedad, este término permite reconocer la existencia de diferencias en el riesgo de morir de una enfermedad particular entre las personas ubicadas en diferentes áreas geográficas y subgrupos de la población [32]. Este aspecto es necesario tomarlo en cuenta dentro del estudio, porque los factores diferenciales que existen entre las poblaciones de la etnia *wayuu* con respecto a las poblaciones de la cultura *arijuna* (*arijuna*, todo aquel que no pertenece a la etnia) se convierten precisamente en determinantes de la situación que se ha descrito como problemática del estudio.

Pero, además, las tasas de mortalidad son parámetros útiles para determinar la gravedad de una enfermedad y saber si los tratamientos que se vienen aplicando en determinadas enfermedades se han vuelto más efectivos con el transcurrir del tiempo [32]. Entonces, la mortalidad involucra medidas que retroalimentan la efectividad de los protocolos de intervención en salud, por eso constituye una fuente de información que genera valor en la elaboración de las políticas sanitarias de atención de las enfermedades.

2.2.3. Morbilidad materna

De Miguel *et. al* [33] afirman que “en la actualidad, el concepto de morbilidad materna está cambiando, ya que se intenta definir su mejor contenido y significado”. Sobre la base de esta afirmación, los estudios de morbilidad materna deben ampliar su interpretación, asumiendo una visión holística sobre su significado, no solo es un concepto epidemiológico, sino que los resultados recientes sobre esta temática multifactorial involucran elementos provenientes de diferentes ámbitos (sociales, culturales, económicos, demográficos, ambientales, emocionales, fisiológicos, entre otros), que hacen parte de este importante parámetro dentro de la salud pública, las ciencias sociales y el propio ámbito científico.

Para los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) [34] los principales ejemplos de morbilidad materna incluyen los que muestra la figura 6 a continuación:



Figura 6. Ejemplos de casos de morbilidad materna, tomado de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2018)

Como se observa en la Figura 6, existe una diversidad de enfermedades asociadas a la morbilidad materna, pero casi todas relacionadas con aspectos fisiológicos de la mujer salvo los elementos de tipo emocional. Sin embargo, cuando se validan estos ejemplos dentro del contexto de la mujer wayuu, se evidencia la existencia de vacíos de información, porque no se señalan los factores vinculados a las prácticas y creencias ancestrales circunscritas en la cosmovisión wayuu que impactan sobre la morbilidad materna.

2.2.4. Mortalidad materna

Al respecto, Cortés [35] afirma que las muertes maternas, son mayormente evitables y frecuentemente prevenibles, porque se pueden conocer en cada caso las causas o factores determinantes

asociados al evento, además de contar con material científico y la tecnología disponible que puede utilizarse para evitar un desenlace fatal. Enfatiza, que facilitar el acceso a los servicios de salud, con una atención de calidad y en el momento adecuado, se puede detectar tempranamente en el control prenatal si existe algún riesgo, y de ser necesario remitir a la materna hacia un centro de salud adecuado, con lo cual se reduce la mortalidad para estos casos.

Ahora, la OMS [36] define a la muerte materna (MM) como “la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración o sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”. El índice para medir mortalidad materna es la tasa de mortalidad materna, que no es más que el número de muertes maternas en una población dividida por el número de nacidos vivos (NV) en esa población en un año, multiplicada por 100.000, indicando el riesgo de muerte materna en relación con el número de nacimientos [37].

En el caso particular de las muertes de mujeres embarazada, “La mortalidad materna se considera una de las primeras causas de muerte en las mujeres en edad reproductiva. Es un problema que está relacionado de manera directa con los determinantes sociales en salud, esto es la condición socioeconómica, clase social, condiciones de vida, cultura, valores sociales y educación” [38]. En virtud de esta afirmación, cobra importancia el estudio de la educación por constituirse en unos de sus determinantes de ocurrencia.

Según la OMS [39], las complicaciones más frecuentes que producen la mayoría de las muertes maternas en todo el mundo, se observan en la Figura 7 a continuación:



Figura 7. Principales causas de muerte materna, según la OMS.

En la Figura 7, están las causas más frecuentes que la OMS expone y que se registran para explicar la muerte de una materna, entre ellas se observa cómo los aspectos fisiológicos predominan ante este evento de letalidad. No obstante, también hay otras razones circunstanciales que se producen en el instante del parto, que conviene investigar para establecer si fueron por causas prevenibles o no; para ello hay que profundizar sobre el acceso a los servicios de salud por parte de la materna en su proceso de gestión y control del embarazo.

Así mismo, en la Política Nacional Colombiana de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2014-2021) se plantea la relación de la mortalidad materna con diferentes factores, entre los que destaca la baja inversión y los servicios de salud de baja calidad. Con esto, se refuerza la tesis de que el acceso a servicios de salud de calidad implica mejor atención para la mujer gestante, minimizando la posibilidad futura de un evento de mortalidad.

2.2.4.1. Principales causas de la mortalidad materna

La OMS [40] señala que la mayoría de las muertes maternas son evitables, ya que las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son todas muy bien conocidas. Por esta razón, todas las mujeres gestantes necesitan el acceso a la atención prenatal, recibir la atención médica especializada durante el embarazo, el trabajo de parto y el apoyo en el puerperio. Desde hace muchísimo tiempo los trabajos de investigación sobre las causas de mortalidad en mujeres embarazadas siguen enumerando y reportando las mismas causas principales de complicaciones causantes del 75 % de las muertes maternas a excepción de los dos últimos años donde a las mismas se suma las muertes maternas causadas a causa del covid-19 [41].

La literatura científica muestra como las principales causas de muerte en las maternas son aquellas generadas de manera directa por las complicaciones en hemorragias graves, otras indirectas son embarazadas portadoras de alguna enfermedad crónica como cardiopatías, diabetes mellitus, asma, HIV, malaria, lupus eritematoso sistémico, entre otras, cuyo impacto se agrava con el embarazo. Igualmente, están las infecciones que al igual que las hemorragias graves ocurren tras el parto; otras serían los abortos, la hipertensión gestacional que conduce a una preeclampsia o eclampsia, y por último, aquellas complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto o puerperio o aquellas complicaciones como resultado de intervenciones, omisiones o tratamientos incorrectos [42].

Anteriormente, se dijo que todas estas complicaciones son bien conocidas por el personal especializado de salud y por lo tanto son ellos los autorizados y capacitados para instaurar su tratamiento. En el caso de las hemorragias uterinas post parto, estas se reducen con una alta eficacia con la administración oportuna de oxitócicos,

proceso que también es denominado por algunos autores como manejo activo del alumbramiento [43].

Ahora, en cuanto a las gestantes portadoras de patologías crónicas acá es importante una buena planificación familiar, conocer el estado previo de salud de la futura gestante para lograr su control de acuerdo a su patología de base bien sea hipertensión, diabetes, asma y esperar el momento óptimo para intentar el embarazo [44].

Por otra parte, la suplementación nutricional de hierro y ácido fólico se convierten en el sustrato fundamental de los cambios y futuras exigencias del embarazo evitando a futuro malformaciones fetales como defectos del tubo neural, retardo de crecimiento intrauterino por nombrar algunas de ellas [44,45]. En caso de ser portadora de VIH que esté recibiendo su tratamiento con retrovirales y si vive en zonas endémicas de alguna enfermedad metaxénica como la malaria que también reciba su tratamiento acorde con los protocolos existentes para gestantes [46].

Otra de las complicaciones que conllevan a las muertes maternas son los procesos infecciosos sobre todo cuando se complican con una sepsis. En este caso, se parte para su prevención de contar con un ambiente lo más estéril posible al igual que la esterilización de cualquier instrumental a utilizar en el trabajo de parto y evitar así la contaminación bacteriana principalmente o de cualquier otro patógeno aplicando apropiadamente las medidas de asepsia y antisepsia durante todo el proceso de parto [47].

Así mismo, hay que garantizar el cumplimiento de un esquema de inmunización con toxoide tetánico en la mujer embarazada previo al parto durante su control prenatal, ya que es muy importante evaluar rigurosa y constantemente a las pacientes a manera de detectar cualquier signo o síntoma que pudieran sugerir la presencia de algún foco de infección [48].

En el caso de los abortos, estos también forman parte muy frecuente de muertes maternas debido a complicaciones inherentes a si fue provocado o no, se puede deducir que cuando estos ocurren bajo ninguna medida de higiene pueden convertirse potencialmente propensos a procesos infecciosos como bien hace mención su historia natural de la enfermedad que evolucionen a una sepsis, debido a que sean abortos del tipo incompleto con retención de restos ovulares que pudiera evitarse a través de un legrado uterino y la indicación de antibióticos [41].

En cuanto a la hipertensión gestacional y su posible evolución a una preeclampsia, debe haber un riguroso seguimiento de la presión arterial, evaluación de los reflejos osteotendinosos o cualquier otro procedimiento que pudiera advertir al personal de salud que se está instaurando una preeclampsia severa, la cual debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de que evolucione a una eclampsia (convulsión) o cualquier otra complicación potencialmente mortal para la madre y el feto. En estos casos la administración a tiempo y oportuna de fármacos como el sulfato de magnesio reduce efectivamente el riesgo de eclampsia en la mayoría de los casos [49].

En referencia a las causas obstétricas directas de muerte materna, vale la pena mencionar que no debe cesar la ardua tarea de brindar los recursos para la formación y capacitación cada vez más rigurosa del personal especializado, ofreciendo además áreas de trabajo equipadas con todos los aditamentos para el tratamiento y resolución de cualquier emergencia obstétrica.

En ese sentido, el parto obstruido por distocias de la situación, posición y presentación del feto dentro del útero y posteriormente en el canal del parto puede fácilmente ser predecible a través de las maniobras de Leopold, medición simple de la altura uterina que semiológicamente advierten la viabilidad del feto para ejecutar su nacimiento y remontando un poco más atrás a través de un ultra-

sonido obstétrico o una pelvimetría capaz de evaluar el tamaño de una pelvis también es de utilidad para tales propósitos [50].

Por todo lo expuesto, han quedado de manifiesto argumentos contundentes que apoyan la premisa de que la gran mayoría de las muertes maternas son posible evitarlas, razón por la cual en la actualidad no se justifica desde el punto de vista médico los índices elevados de mortalidad materna existentes. Entonces, los esfuerzos deben seguir la directriz de facilitar el acceso a las mujeres gestantes ubicadas en zonas desprotegidas, que presenten dificultad de acceder a los servicios de salud por cualquier situación económica, social o demográfica.

2.2.5. Morbilidad infantil

Haciendo una extrapolación de la definición de la morbilidad materna, este término significa conocer cuáles son las enfermedades presentes en la población de niños en un determinado lugar y en un determinado tiempo. Del mismo modo, este concepto maneja datos matemáticos, estadísticos y epidemiológicos, pero dentro del enfoque del estudio tiene una connotación hacia su significado dentro del contexto de la problemática social en salud, que integra elementos de la cosmovisión wayuu como del ámbito científico en el área de la salud.

2.2.6. Mortalidad infantil

Este término está asociado con la tasa de mortalidad infantil que representa un dato para conocer el número de niños que mueren durante sus primeros cinco años de vida tomando como referencia cada 1000 nacimientos vivos, define una medida proporcional. No obstante, esta precisión metodológica se acepta como un término ya adoptado dentro del lenguaje de la salud por lo que se seguirá utilizando a pesar de no ser lo más apropiado desde el punto de vista semántico [51].

En el mismo orden de ideas, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) [52] confirma que la mortalidad infantil es un indicador de la salud infantil que estima su desarrollo y bienestar general, donde se precisa el número de muertes de niños menores de 5 años es un parámetro epidemiológico. La mortalidad infantil identifica las principales causas que inciden sobre estas estadísticas para aplicar ajustes correctivos en los casos donde las muertes se deban a causas prevenibles y evitables.

Cabe destacar, que dentro de la mortalidad infantil se encuentra “La Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN) corresponde al número de recién nacidos que mueren antes de alcanzar los 28 días de edad, por cada 1000 nacidos vivos en un año determinado. La mortalidad neonatal es componente de la mortalidad infantil” [53]. Por otra parte, el índice de mortalidad infantil al igual que el índice de mortalidad materna, es un indicador que tiene importantes ventajas comparativas para la evaluación del impacto de las acciones de bienestar y la supervivencia de los niños por eso es un indicador de evaluación del desarrollo de los resultados asistenciales y de las de acciones universales realizadas por todas las naciones en función de lograr ese bienestar.

Entre las diferentes actividades que se implementan para evitar incrementos en el índice de mortalidad infantil, están las inmunizaciones masivas a poblaciones susceptibles y vulnerables de enfermedades inmunoprevenibles y con alta letalidad; a todo esto, también se suman las acciones que garantizarían el suministro de agua potable, estrategias de salud materna, atención a la desnutrición, entre otras. El indicador de mortalidad infantil se mide en el primer año de vida porque es el más crítico en términos de supervivencia, luego estadísticamente ya está demostrado que la supervivencia aumenta considerablemente una vez transcurrido el primer año de vida, además existen tasas para diferentes grupos

etarios, perinatales, para menores de 5 años, por mencionar los más importantes.

Otro importante aporte, es que la mortalidad en menores de un año también puede prevenirse, cuando los sistemas de salud de cada nación garanticen el acceso a una atención médica especializada, oportuna y concientizada en la problemática de salud existente. La tasa de mortalidad infantil es un importante indicador del bienestar y de la calidad de vida de una población, sobre todo de aquellos más vulnerables y de bajos recursos.

2.2.6.1. Principales causas de la mortalidad infantil

La OMS [54] señala como principales causas de muerte en niños complicaciones del parto prematuro, asfixias o traumatismos durante el parto, anomalías congénitas, infecciones respiratorias bajas como las neumonías, diarreas agudas, paludismo, desnutrición, falta de acceso a fuentes de agua potable y atención médica de calidad. Por tanto, debe velarse por el cumplimiento de un buen control prenatal, control de pacientes asmáticos que a la larga tienen alta probabilidad de complicarse con una infección respiratoria baja tipo bronquiolitis, neumonía, bronquitis, etc., dependiendo de la edad de los mismos, campañas de concientización para la disposición de excretas y aguas servidas, proveer agua potable, educación sobre normas de higiene.

Finalmente, se debe cumplir el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) sobre todo en menores de 5 años para hacer frente a las enfermedades inmunoprevenibles; medidas de saneamiento ambiental para eliminación de vectores en el caso de las enfermedades metaxénicas; promoción de la lactancia materna que entre todas sus ventajas son la primera fuente de nutrición en los dos primeros años de vida del niño y también es la primera fuente de

inmunoprotección del niño aparte de los beneficios propios para la madre.

2.2.7. Morbimortalidad

Para entender entonces de qué se trata la morbimortalidad, se deben integrar los significados de las raíces que componen el término; la palabra “morbi” que surge de la morbilidad que es la cantidad de personas que desarrollan una enfermedad dentro de una población definida y en un intervalo de tiempo determinado, y por otra parte, la palabra “mortalidad” que hace alusión al número de personas que mueren por causa de la enfermedad y que constituyen las defunciones que se registran dentro de la población durante un lapso de tiempo específico. Así, de manera muy simple se puede decir que la morbimortalidad es la muerte causada por enfermedades.

Otra forma de definirla, es señalando que consiste en la composición de dos términos unidos bajo determinados preceptos conceptuales en el área de la salud sobre los cuales es necesario profundizar para conocer su significado desde la perspectiva social y científica. Por otra parte, es necesario mencionar que “tradicionalmente se han utilizado las medidas de incidencia y prevalencia de las enfermedades y la mortalidad para conocer el estado de salud de los grupos humanos y apreciar su evolución histórica” [51].

En todo caso, se puede concluir que, si la morbilidad es una medida de la cantidad de personas que se enferman en una región y en un rango de tiempo establecido, y la mortalidad es una medida de la cantidad de defunciones que ocurren dentro de la población y también en un lapso de tiempo determinado, la morbimortalidad es el conjunto de enfermedades mortales o letales que han afectado a un determinado número de personas en un tiempo y lugar determinados.

2.2.8. Morbimortalidad materna infantil

La morbilidad en la infancia y en el periodo de embarazo proporcionan datos sobre las consecuencias de la muerte y la enfermedad, los grupos de riesgo, así como las formas de tratamiento y prevención, como parte del modo de educación sanitaria específica. Estos índices son analizados por el personal de salud cuando se elabora un plan de atención sanitaria para las madres y sus hijos [55]. En efecto, el propósito de conocer datos sobre la morbilidad materno infantil se circunscribe en mejorar los servicios de salud en conjunto con las estrategias que se aplican a través de programas, proyectos, campañas o cualquier iniciativa dentro de la atención en salud.

Sin embargo, Sandoval [56] afirma “En la mayor parte de América Latina las personas indígenas tienen tasas más altas de indicadores de mortalidad y morbilidad que las personas no indígenas”. Este dato es importante porque desde el ámbito latinoamericano se corrobora la existencia de una situación preocupante, incluso en Colombia, la morbilidad materna infantil en comunidades como la *wayuu*, es considerada una de las primeras causas de muerte en mujeres de edad reproductiva que refleja las inequidades en el acceso a servicios de salud producto de la dispersión territorial [24].

Esta situación, se comprueba sobre el entramado sociocultural que se observa en el municipio de Uribe, departamento de La Guajira, específicamente en el corregimiento de Nazareth, donde existen dificultades de localización geográfica para acceder al único centro de salud existente en el territorio como es el hospital de Nazareth; por tanto, los casos de morbilidad se han incrementado en los últimos años.

En síntesis, el estudio de estos parámetros resulta un insumo de información muy importante para el estudio de la morbilidad materno infantil, como ocurre en el caso de la medicalización del embarazo, un proceso que ocurre cuando con el transcurrir de los años pasa de ser un proceso natural a ser fisiológico, y en forma gradual se convierte en potencialmente patológico, razón por la cual debe ser supervisado y controlado por la medicina. Igualmente, la mujer embarazada de cuidarse a sí misma o con el apoyo de las mujeres de la familia, debe dejar esa responsabilidad en manos de un médico tratante para el cuidado de su salud [57].

Por esta razón, el constructo teórico que se desarrolla toma los aspectos conceptuales dentro de un enfoque holístico para alcanzar una mejor comprensión del problema de morbilidad materno infantil como fenómeno social que caracteriza a un determinado grupo social diferencial constituido por las embarazadas o madres wayuu y sus niños hasta un año de nacidos, ubicados en la Alta Guajira colombiana.

2.2.9. Indicadores de salud

El estudio de salud de una población representa un elemento fundamental para la toma de decisiones eficientes en la disposición presupuestaria de recursos humanos y financieros disponibles para mejorar cualquier situación de salud. Este estudio exhaustivo es logrado gracias a diferentes indicadores de salud, que no son más que parámetros estadísticos universales que de manera objetiva permiten conocer y determinar el estado de salud de los individuos pertenecientes a una comunidad en particular, en un grupo poblacional determinado agrupado por sexo, edad, estrato social, nivel de educación entre otros, durante un tiempo determinado con la finalidad de ejecutar la planificación y la gestión necesaria para viabilizar las políticas de salud [37].

Los indicadores de salud tienen como objetivo principal proveer un conjunto estandarizado de datos e información necesaria para caracterizar un hecho vital en una población circunscrita como lo es la finalidad de esta investigación, donde además de detallar sus particularidades también la información proporcionada permite realizar estudios comparativos y determinar las tendencias de esas características actuales a través del tiempo. En otras palabras, también pudiera decirse que un indicador es una característica observable y medible en el tiempo que se utiliza para mostrar los cambios y progresos que el programa de intervención en salud aplicado, mostrando en un determinado periodo de tiempo y capaz de predecir su logro [58].

2.2.10. Indicadores de salud en la morbilidad materno infantil

Existen en la literatura diversas clasificaciones de indicadores según el objeto de estudio, en este particular donde se habla de morbilidad materno infantil, se hace referencia específicamente a indicadores de salud capaces de mostrar de manera precisa todas las noxas patológicas a la cual la población femenina está expuesta con riesgo de enfermar o morir durante el embarazo, el parto y en el postparto así como también los riesgos de enfermar y morir de la población infantil de ambos sexos en menores de 5 años [59].

En virtud de la problemática de salud mencionada, la Organización Mundial de la Salud (OMS) autoridad máxima de salud a nivel mundial ha dado diferentes nociones y directrices a la mayoría de los entes encargados de vigilar las políticas de salud en las diferentes naciones, como ocurre en el caso de Colombia, donde el Ministerio de Salud y Protección social -Minsalud [60] usa indicadores de mortalidad, indicadores de morbilidad, indicadores socioeconómicos, indicadores demográficos e indicadores de factores de riesgo, oferta de servicios y determinantes de salud (cobertura

universal, situación de salud, desigualdades sociales, diferencias regionales).

Con base en los planteamientos anteriores, los indicadores de salud materno infantil son el mejor ejemplo para conocer la situación de salud de una nación, pues son el resultado de la suma de muchos factores económicos, educacionales, nutricionales y la facilidad que se le concede a la población para tener acceso y recibir una atención óptima o adecuada en los distintos centros dispensadores de salud de cada país.

Por estas razones, la OMS [61] ha considerado la problemática materno infantil una situación de emergencia en todo momento y de allí que resulta imperativo todo esfuerzo sin escatimar recursos para la no postergación de tiempo en la atención de este grupo poblacional. Sin duda, bajo estos argumentos la madre y el niño son prioridad siempre, por eso a toda mujer gestante debe proporcionársele una atención profesional del parto para cada nacimiento, debe gozar de un riguroso control prenatal para evitar futuras complicaciones donde pueda existir peligro para su vida y la del producto de la concepción.

2.2.11. Cosmovisión wayuu vinculada a la morbimortalidad

Para comprender porqué existe una relación entre la cosmovisión wayuu y la morbimortalidad materno infantil en el contexto de la etnia wayuu, se requiere mencionar los elementos que permiten conocer el significado del término cosmovisión. Almanza *et al.*, [62] explican que la cosmovisión o “visión del mundo”, constituye la imagen de la existencia del universo, representa la postura que asume una persona, comunidad o cultura, frente a la realidad que le significa su mundo en cualquier momento de la vida; para ello utiliza la percepción, hace conceptualizaciones y realiza valoraciones sobre los eventos dentro de ese mundo.

De lo anterior, se puede inferir que la cosmovisión wayuu es la comprensión y la visión que los miembros de la etnia tienen de su entorno, es la muestra de cómo conciben los hechos en el mundo que los rodea, definiendo la manera que tienen de ver, pensar y valorar, pero también en cómo se sitúan dentro del mundo y frente a él. Sin duda, que estos elementos permiten construir una línea de argumentos para relacionar la conducta y el pensamiento que asumen los miembros de la etnia, particularmente la mujer, frente a la morbimortalidad materno infantil desde este concepto ancestral.

Patiño *et al.*, [63], señalan que la cosmovisión wayuu con respecto al proceso salud-enfermedad-atención es desconocida para la mayoría del personal de salud y es necesario tener conocimiento porque para el *wayuu*, la salud se relaciona con el equilibrio que forman el cuerpo, el espíritu, las deidades, las relaciones con otros y el significado del territorio; y cuando ocurre una ruptura o desequilibrio en alguno de estos elementos sobrevienen las enfermedades.

Según la OPS [64] “A la mujer wayuu desde que nace se le trasmite que es la encargada de perpetuar la especie. La forma de ver el mundo wayuu contempla simbolismos como la mujer embarazada, la familia y la trascendencia de la muerte”. Se puede inferir del aporte de la OPS que existe una vinculación de la cosmovisión wayuu con la maternidad, la familia y la muerte, todos eventos ligados a la salud y la morbimortalidad materna infantil. Ramírez [65] menciona que la mujer wayuu tiene la percepción de ser fuente de vida por lo que para ella es importante concebir y tener hijos.

Entonces, la tradición de la cultura wayuu se caracteriza porque las mujeres de la etnia tengan muchos hijos; como la forma de supervivencia de la cultura, independientemente de las dificultades que esto genera para sostener la familia. Sin embargo, estos esfuerzos en la comunidad wayuu para mantener sus tradiciones no han tenido el efecto deseado porque la cultura *arijuna* ha permeado

estos territorios ocasionando pérdida en la identidad de los *wayuu* [66].

Por otra parte, la forma de ver el mundo (cosmovisión *wayuu*), en particular el simbolismo y los ritos alrededor de la muerte son aspectos que trascienden de la práctica de la partería y los cuidados alrededor de la salud de las gestantes y los neonatos [64]. Esto sustenta entonces que efectivamente las costumbres dentro de la cosmovisión de la etnia es un factor determinante sobre la morbimortalidad materno infantil, como ocurre en el caso del embarazo de la mujer *wayuu* en edad de adolescencia, que se convierte en un factor de riesgo dentro de la problemática.

Sobre la afirmación anterior, la OPS [64] menciona que existen prácticas culturales donde es común en las familias *wayuu* que las mujeres tengan un inicio temprano de la etapa reproductiva, por eso existen embarazos en 2,1 veces más en adolescentes indígenas < de 14 años que en adolescentes de la cultura *arijuna*; creando una situación de alta fecundidad que se manifiesta en un mayor número de hijos.

Otro aporte relevante, lo realizó el Departamento Administrativo de Planeación de La Guajira [67] en su documento “Estudio, evaluación y seguimiento morbimortalidad y bajo peso al nacer por desnutrición”, donde en sus resultados demostró que los casos de morbimortalidad en la población *wayuu* están de alguna manera supeditados por su cosmovisión, ya que el uso de métodos de medicina tradicional superpone riesgos en la salud de las madres *wayuu*. En efecto, la práctica de la medicina en estas comunidades trasciende al simple hecho de colocar alguna hierba o preparado natural, involucra otras dimensiones dentro de su propio mundo, de las propias relaciones que se han dado entre ellos desde tiempos remotos y que determina en definitiva la concepción de todo lo que ellos practican en la cura de enfermedades.

Al respecto, se citan las palabras del autor *wayuu* Francisco Ipuana, el cual expresa:

Para el *wayuu*, el arte de curar y sanar se conforma de acuerdo a las relaciones sociales de cada grupo indígena según su animal totémico. Para tener un mejor conocimiento de la medicina tradicional *wayuu*, se debe tener en cuenta a quien la practica, la *outsû* o el *outshi* (médico espiritual o Piache). Para los indígenas *wayuu*, la práctica de la medicina es holística, porque no se trata a la persona enferma como un simple elemento aislado, ya que, para sanarlo, además del empleo de las plantas medicinales, se convocan elementos sobrenaturales, para lo cual se usan rituales, música y sugestión para que el *outsû* entre en un trance con el espíritu (*Asheyuu*) [68].

Igualmente, Freire [69] manifiesta que en el contexto de los pueblos indígenas la salud se concibe desde una perspectiva global del individuo, trasciende de la presencia o no de las enfermedades porque involucran esa relación con su grupo social y con el entorno simbólico donde se desenvuelve. Además, la enfermedad es vista como resultado de un desequilibrio de elementos que trascienden la enfermedad en sí misma, donde el protagonista del “arte de curar” es la persona, marcando diferencias con la biomedicina que se enfoca en el elemento patógeno.

2.2.12. Acceso a los servicios de salud de la población wayuu

Una dimensión sumamente importante para comprender la realidad de la morbilidad materno infantil en las comunidades étnicas rurales, son las condiciones sociodemográficas que caracterizan sus territorios. Esta aseveración parte de que las viviendas de la población *wayuu* generalmente están muy dispersas, alejadas de

los centros poblados y con pocos medios de transporte efectivos para trasladarse hacia las ubicaciones de los centros de salud disponibles.

En virtud de lo anterior, Patiño *et al.*, [63] confirman que entre los obstáculos que interfieren de forma directa el acceso a la atención en salud, está la distancia geográfica que hay entre comunidades y centros de salud, pero también agrega las diferencias culturales que actúan como limitantes para la comunicación asertiva del personal de salud con el paciente por efectos del idioma y del entendimiento de su cosmovisión con respecto a la salud y la enfermedad.

Otálora *et al.*, [68] manifiestan que para los wayuu los centros de salud están a horas caminando desde las rancherías, porque no cuentan con sistemas de transporte y con el agravante de hacerlo con un calzado inadecuado para caminar por tanto tiempo, sin agua para hidratarse y el enfermo debe caminar o ser cargado durante esa trayectoria. En consecuencia, el acceso a los servicios de salud primero pasa por una serie de obstáculos que dificultan su apropiamiento para estas comunidades, lo que sugiere que los sistemas de salud deben llegar a las rancherías.

En efecto, el acceso a los servicios de salud es un hecho tan difícil de lograr para los segmentos de la población que componen las mujeres embarazadas y los niños menores a cinco años, que por eso existe tan alta probabilidad de incrementar los índices de morbi-mortalidad materno infantil, ya que esta población específica son los más susceptibles de sufrir por las condiciones que implica ir al centro de salud desde su lugar de habitación.

Sin embargo, a pesar de la compleja realidad que explica porqué es difícil que las mujeres y niños en la población wayuu accedan a los servicios de salud, no es menos cierto que este es un derecho consagrado en la Constitución Política del país; por tanto se deben

hacer todos los esfuerzos necesarios para encontrar una solución a esta problemática y estos actores sociales puedan recibir los beneficios de la atención preventiva y los cuidados necesarios para evitar una complicación que se incluya en la morbilidad materno infantil característica de la población.

2.2.13. Etnoeducación

Este término en el transcurrir del tiempo ha adoptado diferentes significados conforme a la evolución del sistema educativo y las características de los pueblos, porque inicialmente surgió para cumplir con el derecho a la educación de calidad y de respecto a la identidad cultural de los pueblos de minorías étnicas o afrocolombianas [70]. En efecto, la etnoeducación implica el desarrollo de políticas públicas educativas para las comunidades culturalmente diferenciadas, pero también se insertan la calidad, pertinencia y liderazgo; así como también el respecto y enseñanza de la identidad cultural.

Sin embargo, la visión sobre la cual se mira en etnoeducación en las comunidades wayuu actualmente, no es solo la educación bilingüe que respeta el uso de la lengua materna original, sino que desde una visión holística, amplia e inclusiva, es un concepto que concibe una educación contextualizada en las características del pueblo, atendiendo sus necesidades, intereses y aspiraciones con la finalidad de que puedan adquirir autonomía, capacidad de autodeterminación y mejores desenvolvimientos tanto en su propio territorio, como fuera de él [71].

La importancia de la etnoeducación es que constituye el marco sobre el cual se pueden resolver los problemas mediante la educación propia, más cuando los estudiantes son seres sociales desde su nacimiento, entonces es imprescindible que el sistema educativo con sus docentes no dejen de fortalecer la identidad individual de

los niños constantemente; para que la etnoeducación adquiera su importancia en los ejes transversales y las metodologías pedagógicas que se aplican dentro del aula, con lo cual se propende a ese fortalecimiento de la identidad y del apropiamiento de los saberes culturales en esa formación integral [72].

Además, Sánchez [73] afirma que la educación es considerada como la principal experiencia intercultural que permite potenciar a futuro mejores niveles de desarrollo humano y mejor condición de vida. Esta aseveración sintetiza la perspectiva mediante la cual la educación se convierte en un factor determinante dentro de la problemática de morbilidad materna infantil, porque lograr altos niveles de desarrollo humano significa mejoras directas en los indicadores de salud de una población y las mejores condiciones de vida significan que la población tiene acceso a la prestación de servicios de salud; además de una conducta proclive hacia la prevención de la enfermedad antes, durante y después del embarazo; como los cuidados en las primeras etapas del cuidado del niño.

2.2.14. Factor etnoeducativo

Erazo [74] afirma que “Los factores educativos son todos aquellos elementos, circunstancias, condiciones e influencias que facilitan u obstaculizan los fines de la educación (...) y que contribuyen a producir un resultado”. Con base en esta afirmación, el factor etnoeducativo dentro de esta investigación se define como aquellos elementos, condiciones, influencias y circunstancias que impactan positiva o negativamente los fines de la educación contextualizada en las comunidades wayuu, para atender sus necesidades, intereses y aspiraciones con lo cual pueden adquirir autonomía, capacidad de autodeterminación y mejores desenvolvimientos en las problemáticas sociales.

2.2.15. Cosmovisión para la educación

La OPS [75] expresa que: “en comparación con la nación, La Guajira tiene la tasa más alta de analfabetismo y baja escolaridad 26 %”. Esta circunstancia, deja entrever que la cantidad de mujeres que habitan dentro de las comunidades wayuu no lograron adquirir los conocimientos suficientes dentro del sistema escolar, pero también sugieren esas cifras que la cobertura del sistema educativo no alcanzó a integrar a muchos niños de la etnia dentro del sistema educativo.

Lo anterior, explica porqué muchas jóvenes adolescentes obedecen a una práctica cultural como la reproducción temprana, convirtiéndose en una población de alto riesgo para la morbilidad materno infantil, ya que la mujer adolescente es un segmento de alto riesgo para el embarazo. También se puede inferir sobre la tasa de analfabetismo y la poca asistencia de los miembros de la etnia a las instituciones educativas, que el conocimiento en el tema de la educación sexual y reproductiva no fue transmitido eficientemente en los procesos de interacción con los docentes de la cultura arijuna. En consecuencia, es factible que no exista una integración de los saberes y conocimiento relacionados con este aspecto, para que pueda ser manejado de manera sana y preventiva dentro de las mujeres de la etnia.

Cabe destacar, que la falta de educación asociada con la temática de la salud en el contexto de las mujeres embarazadas de la etnia se extrae de la OPS [75] en la transcripción de un fragmento muy revelador que hicieron las autoridades y líderes indígenas de la ranchería *Wasajerao*, tal como se muestra a continuación:

El wayuu tiene algo muy claro porque él piensa que si no tiene carné no tiene derecho a la atención en salud y ahí vienen los índices de mortalidad. Porque yo y mis

compañeros les decimos, no importa que no tengan carnet, ustedes pueden ir y en el hospital los atienden. Pero la falta de educación, hacia ellos, de decirles de que no importa que no tengan carnet, que ellos tienen atención gratuita, ellos no saben eso. Algunos nos dicen que no saben. Las embarazadas igual. Esas son las dificultades que encontramos con las comunidades. [75].

Revisando con detalle los aportes del líder de la comunidad wayuu, se puede observar la importancia con la cual él menciona la falta de educación, es decir, que un miembro de la etnia educado puede tener conocimiento de los servicios de salud gratuitos para él, incluso los relaciona con la mortalidad y las embarazadas. Con base a esos comentarios, es posible afirmar que hay gran necesidad de educar al wayuu en sus derechos a la salud, sobre todo maternas y niños que necesitan mayor atención.

Pero lo más importante, el factor etnoeducativo debe propiciar a través de la educación un impacto positivo para que los niños reciban dentro de su proceso de formación escolar, toda la información relacionada con medidas de prevención y cuidado de la salud, una salud sexual y reproductiva sana, los cuidados sobre el embarazo y el cuidado del niño, entre otras. En consecuencia, la cosmovisión de los wayuu debe relacionarse con la educación para que las próximas generaciones tengan mayor posibilidad de aplicar medidas preventivas que bajen los índices de morbimortalidad materno infantil en sus comunidades.

Entonces, la cosmovisión para la educación debe trascender de los patrones culturales y de crianza que se practican dentro de las comunidades, para establecer sinergias entre los aprendizajes que las madres, abuelas y tías transmiten especialmente a las niñas;

para complementarlos con los nuevos aprendizajes que derivan del sistema educativo, en función de lograr la educación adecuada para el mayor cuidado de la mujer y el niño wayuu en las etapas de maternidad.

2.2.16. Endoculturación: aspectos conceptuales

La endoculturación, enculturación o inculturación son términos elaborados por la antropología cultural para referirse a fenómenos espontáneos y dinámicos intrínsecos en toda cultura que garantizan la supervivencia de la expresión cultural de un pueblo mediante su traspaso de una generación a las subsiguientes. Es un complejo sistema pedagógico donde los miembros más antiguos van enseñando los estilos de vida, tradiciones y creencias a las nuevas generaciones, incorporándolos a sus interacciones como grupo social o comunidad culturalmente diferenciada.

Por otra parte, “es un proceso sociológico y psicológico por el que un individuo se incorpora a la cultura y a la sociedad que le rodean” [76]. En efecto, este proceso conforma un aspecto transversal en la vida del ser humano porque a pesar de las raíces que inciden en la personalidad y formas de pensamiento, también se generan diversos significantes del mundo exterior que implican procesos de construcción y desconstrucción dependiendo del contexto [77].

Ahora, “la endoculturación es el aprendizaje y la conducta interna de determinado grupo social, por ejemplo: en la etnia wayuu, el niño moldea su personalidad de acuerdo a la conducta que observa de sus padres” [78]. “La endoculturación wayuu constituye una experiencia de aprendizaje (consciente e inconsciente) a través de la cual se establecen procesos educativos que inducen modos de pensar y de comportarse de acuerdo con las tradiciones culturales” [79].

Con base en los conceptos anteriores, se entiende que la endoculturación en la comunidad wayuu es básicamente un proceso educativo porque es la forma de enseñar a los nuevos miembros los saberes y tradiciones de la cultura para que estos las internalicen y las apliquen, en ese propósito de actuar dentro del mundo con una determinada forma de pensamiento y visión de la realidad.

2.2.17. Medicina tradicional wayuu

Para comprender la enseñanza de la medicina tradicional wayuu hay que entender que esta práctica “se remonta desde la vida de los Ancestros Deidades Primigenias, como también en las posteriores vida Animal y Humana; este último, es el que predice y sueña con todos los anteriores bajo el amparo de la Gran Madre Noche Oscuridad (*Ja’awai Piyuushi*)” [79]. Por tanto, la medicina tradicional wayuu es una manifestación que tiene su origen de los dioses para equilibrar la triada Ser/Cosmos /Naturaleza, de manera de lograr la interrelación entre los elementos del universo para llegar a ser uno solo, lo que significa que la vida se concibe mediante una acción espiritual, dicho de otra manera, la vida humana, la vida de la naturaleza y la vida del cosmos se circunscriben dentro de lo espiritual.

Entonces, se puede afirmar bajo los planteamientos anteriores que la medicina tradicional en el mundo wayuu, obedece a leyes de la naturaleza las cuales deben respetar los miembros con la finalidad de establecer una armonía de la diversidad, con la práctica del respeto por lo ancestral, principio rector de la etnia wayuu. Este significado es lo que los miembros mayores de la etnia tratan de inculcar en las nuevas generaciones a través de la endoculturación y la oralidad, para mantener esta creencia y práctica dentro de su sistema de salud.

Agrega Daza [80], que para el wayuu la medicina ancestral, además de representar su identidad es también el medio que utilizan para prevenir y curar enfermedades, males que pueden ser tanto físicos como espirituales. La medicina tradicional ancestral se compone de diferentes elementos sin orden jerárquico; porque todos tienen igual importancia y son utilizados por los médicos tradicionales de la salud (ver Figura 8).

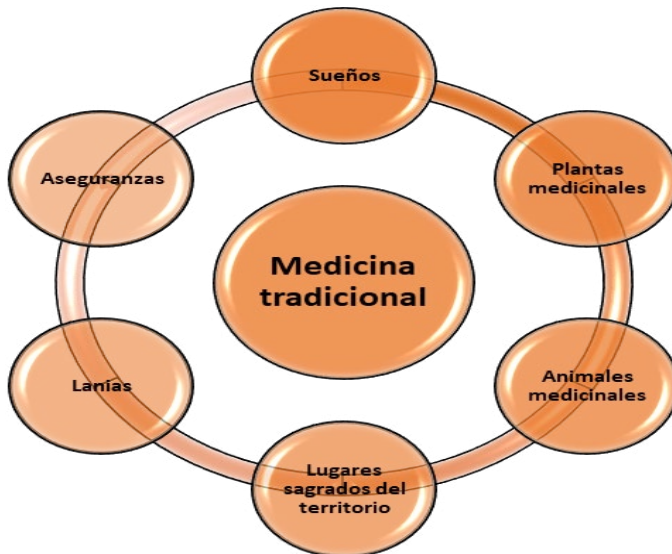


Figura 8. Elementos de la medicina tradicional ancestral wayuu, Daza 2017

Los elementos que se observan en la Figura 8, son utilizados por los agentes de salud como sobanderos, parteras, componedores de huesos, los *outsü* (médicos ancestrales), entre otros; pero resaltando principalmente la labor en la medicina tradicional de los *outsü* ya que poseen los *seyu*, espíritus auxiliares a través de los cuales obtienen el saber para curar [80].

Rincón [81] en su investigación “Enfermarse y curarse en La Guajira: la salud entre tradición y modernidad” expresa cómo los wayuu atienden la enfermedad desde dos concepciones, una es *ayuulii*

donde están enfermedades de fácil alivio, que se tratan directamente en la casa porque no requieren las aplicaciones de tratamientos o rituales exhaustivos; y la otra es *wanulü* que hace referencia sobre aquellas enfermedades graves que pueden ocasionar la muerte, hecho que representa el abandono del alma al cuerpo por lo que este caso solo puede ser atendido por *outsü*.

2.2.17.1. Outsü: Médicos ancestrales

En la cultura *wayuu*, los *outsü* son los médicos ancestrales hombre o mujer, responsable de cumplir las prácticas de la medicina tradicional. No obstante, quien destaca con mayor protagonismo es la mujer en el rol de *outsü*, convirtiéndose en guía espiritual dentro de los distintos procesos que lleva a cabo la etnia donde desempeña su función de intermediaria entre los *wayuu* y el mundo espiritual, con el propósito de preservar la vida del *wayuu* por medio de sus ritos característicos. Entonces la principal función del *outsü* es aplicar las prácticas de medicina tradicional para sanar la vida y el espíritu del *wayuu* [82].

No obstante, la función de *outsü* no es para cualquier miembro de la etnia *wayuu*, porque obedece a un don que se presenta de diferentes maneras, una es como característica innata con la cual nace la persona, otra puede ser una revelación a través de sueños y finalmente puede ser adquirido mediante la endoculturación que ejerce un miembro mayor sobre otro que demuestra capacidad para ejercerlo. Como se ha mencionado, los *outsü* poseen un *Seyuu* (espíritu auxiliar) cuya función es colaborar en la curación de enfermos, utilizando los sueños como la manera de revelar al *outsü* la convalecencia que puede estar padeciendo el *wayuu*, además de indicarle el tratamiento y la dieta para sanarse [80].

2.2.18. Prácticas de cuidado con base en la cosmovisión wayuu

En la comunidad wayuu, culturalmente la educación inicia con los cuidados de la madre, hecho que ocurre desde el vientre, hasta que llega el momento del parto donde es asistido por su abuela materna o una mujer con saberes de partear '*eemeyulujulu*', para recibir al nuevo miembro y atenderlo conforme a la tradición que consiste en recostarlo en una cubre esterilla de montura nueva de los asnos, para que el recién nacido tenga larga vida como las plantas que representa el mundo vegetal de la segunda generación [79].

En cuanto al cuidado del bebé, la madre se encarga desde su nacimiento de la educación y tratamientos menores, inclusive prácticas culturales como juegos, castigos y estímulos también son responsabilidad de la madre. Una práctica para educar consiste en recostar al bebé en una cubre esterilla y la forma de castigarlo, significa un acercamiento a los ancestros vegetales con el propósito de pedirles ayuda preventiva y curativa, porque las plantas tienen propiedades medicinales [79].

Así mismo, otro cuidado para los niños consiste en la recolección de plantas medicinales por parte de la *outsü*, que bajo la guía de los antepasados a través de los sueños dan las indicaciones para el tratamiento y cura de las enfermedades. Dependiendo de la enfermedad, las hojas de las plantas son trituradas y compactadas, secadas al sol, rayadas y mezcladas en agua, para dárselas a los niños en dos dosis: al salir y al ocultarse el sol [38].

En atención al cuidado de las gestantes, se aplica el autocuidado por parte de la mujer wayuu, acción que se ha mantenido a través del tiempo, donde se transmiten los conocimientos que tienen las mujeres más antiguas de las familias para la preparación del embarazo, el parto y los cuidados inmediatos del recién nacido

[23]. Sin embargo, estas mujeres generalmente no practican estilos de vida saludables para los cuidados del embarazo, como ocurre por ejemplo en sus condiciones de higiene, el cumplimiento de las prácticas de autocuidado enseñadas por sus predecesoras, entre otras.

Por eso Ruiz [23] afirma que “el cuidado de la salud de una mujer embarazada, es un fenómeno cultural, que nace y se estructura a través del saber cultural, las instituciones sociales y las personas”. Por eso, la endoculturación sobre el cuidado del embarazo enruta los saberes y las prácticas de cuidado en función del bienestar de la madre y el hijo, aunque exista la figura de la partera o comadrona es una actividad que principalmente debe cumplir la madre [25].

Cabe destacar, que la atención de partos en la propia vivienda de la mujer embarazada atendida por la partera o la familia es una práctica cultural habitual de las comunidades wayuu, pero constituye un factor de riesgo por las complicaciones obstétricas que puede generar, como ocurre con la hemorragia posparto, principal causa de muerte materna [25].

En razón de lo antes expuesto, se pueden citar algunas de las recomendaciones específicas que desde la concepción de la salud aplican los wayuu para el cuidado tanto de la mujer en el parto y posparto, como en los cuidados del niño. Para ello la cultura en su sistema de medicina tradicional establece algunas restricciones para la mujer embarazada, con el propósito de que el niño pueda nacer sano y sin complicaciones [38]. En la Figura 9 se muestran algunas:

ANDAMIAJE TEÓRICO REFERENCIAL

• •

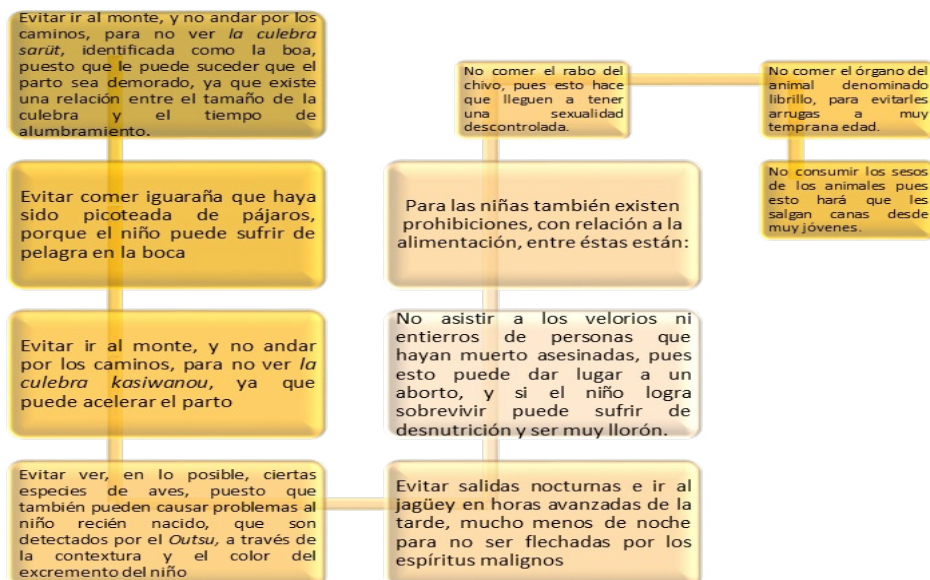


Figura 9. Restricciones para el cuidado de la mujer wayuu gestante y no gestante, tomado de Unicef – Acurur.

En referencia a las recomendaciones que se presentan en la figura 9, constituye una información muy valiosa para tomar en cuenta en la articulación de las prácticas culturales de medicina tradicional ancestral con los lineamientos y directrices que proviene de la medicina occidental, en el entendido que estas restricciones no obstaculizan el seguimiento que se realiza a la gestante wayuu en un control prenatal y de posparto, al contrario pueden coexistir ambas prácticas en el cuidado de la paciente.

Por otra parte, los contenidos de las restricciones proporcionan al personal de salud elementos esenciales dentro de la cosmovisión wayuu, al mencionar las plantas, los animales, las metodologías y las recomendaciones alimenticias que sigue la mujer de la etnia para los cuidados individuales dentro de su sistema de creencias, conocimiento que generalmente el personal de salud *arjuna* no conoce.

2.2.19. Sistema normativo wayuu

Antes de revisar los aspectos conceptuales del sistema normativo wayuu, es necesario definir la autoridad tradicional wayuu (*A'laüla*) la cual es una persona que legitima la misma comunidad wayuu confiriéndole la autoridad suficiente para que asuma la responsabilidad de mantener el valor ético e histórico de su tronco familiar, un papel de la moral colectiva y el deber de representar a su estirpe en cualquier situación que se presente [83]. Son funciones de la autoridad tradicional garantizar los velorios como uno de los actos sagrados que describen a la etnia, tener la capacidad económica para responder por los suyos, tener atributos de persona recia, con poder en la palabra (*Putchipu'u*); encargarse de resolver los problemas cotidianos, entre otras.

Cabe destacar, que una responsabilidad fundamental de los *A'laüla* es mantener el valor del discurso jurídico con el cual es reconocido dentro de la etnia, además de ser legitimado por los demás *Eiruku* con los cuales establece interrelaciones o afinidades [83]. Así mismo, esta autoridad wayuu goza de respaldo constitucional dentro de la república, ya que la Constitución Política de Colombia de 1991 en su artículo 246 refrenda la legalidad de este representante, autorizando el ejercicio de funciones jurisdiccionales dentro de su ámbito territorial, con base en las normas y procedimientos propios siempre que no contravengan los mandatos constitucionales y leyes de la República [84].

Ahora, existe el sistema normativo wayuu aplicado por el palabrero, salvaguardado como patrimonio cultural inmaterial de la nación y considerado un bien de interés cultural de carácter nacional según quedó establecido en la Resolución 1471 del 2 de noviembre de 2004 [84]. El sistema normativo wayuu se define como:

El conjunto de principios, procedimientos y ritos que regulan o guían la conducta social y espiritual de los miembros de la comunidad wayuu. Su aplicación social se hace efectiva a través de la institución moral, social y cultural del *Pütchipü'üi*, quien también se conoce con el nombre de Palabrero. En función de preservar la armonía social y los principios vitales de los individuos, el *Pütchipü'üi* actúa como agente de control social para la aplicación de justicia, recreando la palabra y el saber ancestral que integra los fundamentos de vida espiritual, mitológica y social de la nación *wayuu* [85].

La definición anterior recoge en su esencia una interrelación de elementos que incluyen acciones, creencias; así como la concepción de valores y principios que deben orientar la conducta de los miembros de la etnia wayuu, por eso es conveniente citar esa concepción sobre el sistema normativo wayuu directamente en uno de sus miembros, como el señor Joaquín Prince Brujez del clan *Jayariyu*, un habitante de la comunidad de *Kaguamana* en el municipio de Uribia territorio ancestral wayuu.

El sistema normativo wayuu es la norma de nuestro pueblo, de nuestras leyes. El sistema normativo wayuu tiene cinco manifestaciones: una que tenemos que es de salvaguardar que es la lengua materna – *wanui-kikaa*, estoy hablando en mi lengua, *wayunaiki*, lengua materna, espiritualidad... espiritualidad para nosotros son los sueños, las creencias de nuestro vivir, nuestro corazón, nuestra vida sagrada. Nosotros tenemos un territorio que está compartido entre dos países, entre Venezuela y Colombia, la gran nación wayuu, organización social que es la relación de los clanes familiares

de nuestro pueblo y la economía tradicional. En la economía tradicional hablamos del ovino, caprino, las artesanías que hacen las mujeres wayuu, el wayuu que vive de la pesca porque son divididos por varios, por tres, divididos por los tres guajiros: *Apalanshiii*, *Jalaraa* y *Ushumuin*. [86].

Agrega el señor Joaquín que en su comunidad se destacan tres autoridades, el palabrero (*Pütchipü'üi*) el cual representa la autoridad moral, encargado de resolver los conflictos en el territorio, la autoridad interclanil (*Alaüla*) que representa a las comunidades, armoniza la convivencia y surge de la línea materna de la etnia y una autoridad espiritual (*Ooutsü*) encargada de los asuntos relacionados con las orientaciones en salud. De tal forma, que el Sistema Normativo Wayuu como lo afirma Polo [87] es la suma y aplicación de las manifestaciones elementales de la etnia, como lo son:

1. Lengua Materna
2. Espiritualidad
3. Organización Social
4. Concepción del Territorio
5. Economía Tradicional

Donde, la estrecha correlación entre todos estos factores constitutivos del ser Wayuu es lo que fundamenta la comunidad como organización política social. Sin embargo, cuando se busca su incidencia sobre la temática de salud, interés dentro de este proyecto, entonces se debe hacer especial énfasis en comprender el ingrediente de espiritualidad entre todos estos componentes, para identificar las relaciones de la esencia conceptual del sistema normativo wayuu con una problemática multidimensional como se ha comprobado que es la morbilidad materno infantil en la Alta Guajira.

2.2.19.1. *Espiritualidad*

En la cultura wayuu destaca la importancia de la mujer *outsü* experta médica religiosa que significa una imagen central en la comunidad, considerando sus conocimientos ancestrales y los atributos especiales que posee para establecer comunicación tanto con el mundo natural como con todo lo sobrenatural. Su figura de autoridad espiritual le permite intervenir en los asuntos entre los wayuu y el mundo de lo sobrenatural, además de sanar situaciones de calamidad originadas por los espíritus de las enfermedades; por lo que son la fuente obligada de consultas espirituales constituyéndose entonces en una entidad reguladora de las conductas de los miembros de la etnia.

Cuando se busca identificar la relación entre la salud y lo espiritual, necesariamente surge la labor del *outsü* quien juega un rol importante para lograr el equilibrio entre el cuerpo y el espíritu del paciente, es decir, conseguir el bienestar físico (*anaa akuai'pa*) y espiritual (*anaa a'in*) de una persona. Para esta cultura las enfermedades tienen un origen maligno, siendo adquiridas cuando fuerzas negativas influyen en los niños y personas adultas, tal como ocurre cuando van a los jagüeyes, caminan de noche por el monte, o cuando comen alimentos prohibidos para su edad en algún velorio o ceremonia cósmica [38]

Así mismo, los *outsü* recogen las plantas medicinales, que sus antepasados les indican en los sueños para curar alguna enfermedad y con base al tratamiento que se requiere las hojas de las plantas son trituradas y luego compactadas, secadas al sol, rayadas y mezcladas en agua, y dadas en cucharadas a los niños, en dos dosis: al salir y ocultarse el sol [38].

Con base en los planteamientos anteriores, el espacio reservado a la mujer *ouutsü* no puede verse separado de los elementos que

constituyen la identidad, espiritualidad, los rituales, ceremonias y la medicina tradicional de la etnia; todos asociados al sistema normativo wayuu aplicado por el palabrero [87], con lo cual se puede afirmar que existen en la esencia de los conceptos tratados suficientes argumentos para vincular el sistema normativo wayuu a través de la espiritualidad con la temática de salud de los miembros de la etnia, lo que incluye entonces la morbimortalidad materno infantil como una de las diferentes problemáticas en salud que presentan las mujeres gestantes y los niños en la comunidad.

2.2.20. Atención Primaria en Salud – APS

La OMS, OPS y la UNICEF bajo el patrocinio de la extinta Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) en Kazajistán en 1978 realizaron el evento de política de salud internacional más importante de los años 70, “La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud reunida en Alma-Ata”; donde la síntesis de sus conclusiones dieron origen a la Declaración de Alma-Ata, cuya intención fue exhortar a los países a superar los modelos biomédicos de atención que existían en época los cuales estaban centrados en las enfermedades por encima de los pacientes por lo que favorecían los servicios curativos costosos que se prestan en el segundo y tercer nivel de atención: para que fueran sustituidos modelos basados en la promoción de la salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población [88, 89].

Del mismo modo, se hizo mención a la necesidad urgente de toma de decisiones por parte de todos los gobiernos, trabajadores de la salud y comunidad internacional para proteger y promover el modelo de Atención Primaria de Salud para todos los individuos del mundo [89]. La declaración de Alma-Ata contiene un total de diez puntos no vinculantes para sus estados miembros que buscan dar construcción a una estrategia para la creación de un nuevo sistema de salud que permita el ejercicio pleno del derecho a la salud. Los

diez puntos de la declaración están contenidos en ítems y dan sustento a la definición de Salud, Equidad, Salud como un asunto socioeconómico, acercamiento al Derecho de la Salud, Responsabilidad gubernamental, y la definición de Atención Primaria en Salud y cuáles son sus Componentes [90].

La Atención Primaria en Salud (APS) es la estrategia definida en la conferencia Alma-Ata como:

La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. [90].

En esta perspectiva, resulta claro que la APS es una estrategia dirigida a todos los sectores sociales sin ningún tipo de distingo y no una atención de segunda para poblaciones de alta vulnerabilidad socioeconómica. Según Vignolo *et al.*, [92] la APS está compuesta por algunos elementos esenciales, tal como se observa en la Figura 10 a continuación:



Figura 10. Elementos esenciales de la APS, según Vignolo *et al.*

Ahora bien, la APS ha estado sujeta a importantes y múltiples cambios en cuanto a su contextualización y práctica, sobre todo porque la declaración de Alma-Ata no consiguió cumplir la meta

de "salud para todos" para el año 2000. Entre las causas, los expertos opinan que se debió a la falta de voluntad médica, política e ideológica; además, en ese lapso de tiempo se abrió una brecha sanitaria aun mayor a la ya existente, creándose sistemas mixtos de salud, uno para las clases bajas subsidiado por el Estado, completamente deficiente y poco operativo, y en paralelo otro sistema de salud privado para clases beneficiadas económicamente [92].

Sin embargo, el concepto de APS se ha reinterpretado y redefinido en múltiples ocasiones desde 1978. Actualmente la OMS y UNICEF [93] definen que:

La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan pronto sea posible del entorno cotidiano de las personas [93].

Hay que destacar de la definición anterior, que la APS es un enfoque de salud que aplica a toda la sociedad, entonces se justifica el uso del término "enfoque diferencial" para señalar la manera en la cual se deben atender los temas de salud en las comunidades étnicas como parte importante dentro de esa sociedad. En otras palabras, aplicar iniciativas o propuestas que involucren elementos como la cosmovisión wayuu dentro de las directrices que reconocidas organizaciones de salud han dado para la APS está totalmente fundamentada y debe ser parte de los lineamientos que emiten los sistemas sanitarios de los países.

La APS comprende la sinergia de tres elementos que se encuentran interrelacionados [94], tal como se observa en la Figura 11 que se presenta a continuación:

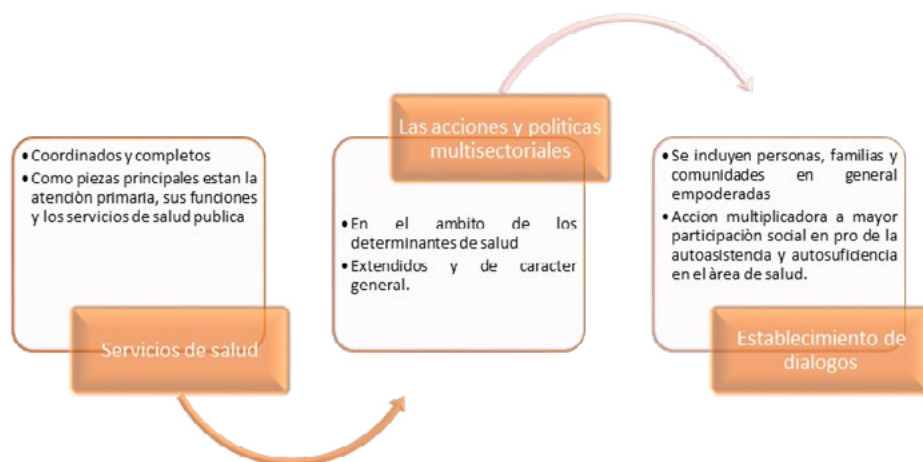


Figura 11. Elementos sinérgicos interrelacionados en la APS, según la OMS

De tal forma, que ha surgido una APS enraizada en su compromiso con la justicia social, la equidad, solidaridad y la participación activa de todos los que la componen. Su basamento actual reposa más que nunca en el reconocimiento de que el grado máximo de salud que puede obtener un individuo, constituye un derecho humano universal sin distinción de raza, religión, ideología política o condición socioeconómica [95].

Ahora, para que la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) honre esa universalidad, los sistemas de salud en general deben transformar sus diseños basados en enfermedades e instituciones, por uno humanizado donde los individuos participen, incluso colaborando con el mismo diseño. Para ello, los diferentes niveles de gobierno tienen que validar la aplicación de una metodología denominada pangubernamental de salud dentro de sus políticas, para que establezcan la equidad y donde las intervenciones que se realicen abarquen la totalidad del ciclo vital [95].

Es importante recalcar, que la OMS viene cumpliendo la labor de ayudar a los países a reorientar sus sistemas de salud hacia el nuevo modelo de la APS, como herramienta y motor pragmático clave para lograr la CSU, el desarrollo sostenible relacionado con la salud (ODS 3) y la seguridad sanitaria, mediante la reafirmación de su compromiso plasmado en “la Declaración de Astaná, la Resolución 72/2 de la Asamblea mundial de la salud, el informe de seguimiento de la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) 2019 y la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) sobre la CSU” [94].

Otro aspecto muy relevante en la actualidad de la APS, es que el tiempo ha sido el guía para ampliar su visión a otra gama de factores más allá de los relacionados directamente con los sistemas de salud y el acceso a los servicios; entre ellos están la protección social, los sistemas alimentarios y los factores ambientales, todos inmersos en el enfoque diferencial de salud que debe aplicarse en poblaciones rurales, dispersas y étnicas. Dentro de este marco, la APS aplicada en poblaciones wayuu reúne multifactores que deben integrarse y articularse con las características propias de la etnia y el territorio mediante estrategias innovadoras que la conviertan en una iniciativa eficiente y eficaz.

2.2.20.1. Telemedicina

La humanidad a través del tiempo ha girado en función de alguna invención particular que generalmente surge de su necesidad para obtener recursos que le garanticen su subsistencia y continuidad; en ese sentido, la literatura científica muestra cómo los avances tecnológicos son los que le han dado a la humanidad desde tiempos muy remotos la capacidad de invención y de crear tecnología o transformar las ya existentes; para proveer novedosas herramientas que han redundado en muchos avances para su supervivencia y trascendencia como especie en el tiempo. En virtud

de lo anterior, en la actualidad se maneja el concepto de ciencia y tecnología como base de todo el desenvolvimiento humano.

Una de las áreas que se ha beneficiado de toda la avalancha tecnológica ha sido el área de la salud porque su aplicación cumple fielmente la razón primordial de su existencia como es la preservación de la vida humana, su mantenimiento y su restauración [96]. Gracias a las diferentes tecnologías se realizan procedimientos que antes parecían imposibles, porque los adelantos tecnológicos permiten realizar diagnósticos precoces pues se ha logrado llegar a órganos, sistemas, aparatos desde lo macroscópico hasta lo más microscópico de alta sensibilidad y de este modo implementar terapéuticas específicas bastante precisas, evitar complicaciones en el curso de muchas enfermedades y lograr la rehabilitación en muchos casos [97].

Se ha pasado desde el uso tradicional y rudimentario de un estetoscopio, un equipo portátil de ORL, un martillo neurológico por mencionar algunos, a la utilización de equipos portátiles de Rx, ultrasonido, colposcopios, electrocardiogramas de nueva generación que se pueden recargar ya que poseen una batería. Ante esta nueva realidad, es posible entonces implementar nuevos modos para la prestación de los servicios de salud y el mayor ejemplo se observa en la realidad actual que se vive mundialmente con la declaración de pandemia por parte de la OMS [98].

Cabe mencionar, que la atención médica a consecuencia de la pandemia del Covid-19 tuvo que dar un cambio drástico sobre lo que tradicionalmente había sido su ejercicio; porque la necesidad imperativa del momento para evitar el aumento de contagios y de muertes ante un virus desconocido originó un despliegue tecnológico sin precedentes, que derivó en una modalidad médica de atención sobre la cual no se estaba preparado ni acostumbrado y que surge de una cuarentena estricta acompañada del distancia-

miento social obligatorio como ordenanza médica para la contención del Covid-19, la llamada telemedicina.

En virtud de lo anterior, la telemedicina (TM) resulta del uso de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) para propósitos de diagnóstico médico, monitorización y terapéutica, cuando la distancia o el tiempo separa a los participantes [99]. Entonces, la TM implica el uso de las telecomunicaciones para realizar diagnóstico médico y atención al paciente; usando como medio la tecnología para la prestación de servicios médicos a distancia, hecho que abarca desde el uso de la telefonía móvil de alta velocidad para transmisión de banda ancha de señales digitalizadas hasta el uso de ordenadores, fibra óptica, satélites y otros sofisticados equipos periféricos y *software* [100,101].

El Dr. Miguel Guevara reconocido médico venezolano con una amplia experiencia en la gestión de los servicios de salud, certificado en telemedicina y teleodontología define la TM como:

La telemedicina es el uso de las tecnologías de información y comunicación, al servicio de la salud, aplicadas de una forma ética, legal, normativa, integral, segura, cibersegura e inclusiva, por medio de las cuales, se puede realizar promoción de la salud, prevención de la enfermedad, educación sanitaria, apoyo al diagnóstico y tratamiento, control, seguimiento, rehabilitación y cuidados paliativos con la activa participación del paciente y sus familiares, en busca de mejorar la calidad de salud y bienestar [102].

De la definición anterior, se pueden identificar elementos que perfectamente sustentan una APS con enfoque diferencial para comunidades rural, dispersa y étnicas como se pretende en el presente estudio dedicado a la comunidad wayuu del corregimiento

de Nazareth. En referencia a las aplicaciones de TM, estas han sido múltiples, tanto en tiempo real o de manera diferida, dejando ventajas y desventajas que generalmente dependen del momento y lugar donde se implementa, aunque existen ejemplos donde se demuestra que puede ser aplicada en múltiples condiciones con muy buenos resultados [103].

Uno de esos ejemplos, lo menciona Guevara y Pérez [102] basados en su concepción de la telemedicina donde hacen aseveraciones importantes al respecto de esta innovación tecnológica, cotejándola con la salud materno perinatal y teniendo presente los objetivos vigentes de la OMS, OPS y la UNICEF en esta materia. “Para cumplir con la agenda 2030, salvando vidas, necesitamos madres felices y controladas y evitar el terrible conteo de que cada 11 segundos fallece una mujer o un bebé por complicaciones que se pueden prevenir”.

Ahora bien, describe que la Estrategia mundial para la salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030, es parte de la estrategia mundial para mejorar esta situación, donde fundamentalmente la OMS propone resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención, lograr la CSU, intervenir en todas las causas de la morbimortalidad, recopilar datos de alta confiabilidad en los sistemas de salud con el propósito de reconocer las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas; garantizar la rendición de cuentas como la manera de mejorar la calidad de atención y la equidad [102].

Otro punto referido a la telemedicina y sus alcances, es que según Guevara y Pérez [102] existe una estrecha relación entre la telemedicina y la calidad de los servicios de salud materno perinatal y que por lo tanto debe ser un tema de gran interés para todos los países de América Latina y en los países en desarrollo, como una alternativa importante para disminuir las brechas existentes en esta

materia que afectan al binomio madre hijo. En este contexto de la TM, se puede indicar que siguen apareciendo alternativas viables de atención de salud que contribuyen a dar alcance al cumplimiento de todas las disposiciones de la APS, que, aunque son de uso reciente ya han dado prueba de su eficiencia y solo queda usarlas y adaptarlas a favor de los diferentes entornos.

2.2.20.2. *Biomedicina y los pueblos Indígenas*

En los últimos años se ha presentado un avance importante para el establecimiento de un espíritu cooperativo entre la biomedicina y los sistemas médicos tradicionales, reconocido incluso por la OMS quienes han realizado diferentes publicaciones con el objetivo de integrar y de regular las prácticas médicas tradicionales y alternativas dentro del marco del derecho a la salud integral de los pueblos étnicos [104].

Es pertinente mencionar, que los sistemas médicos tradicionales han constituido el inicio de los tratamientos que se han utilizado para diferentes males que han aquejado a la humanidad por milenios, por lo cual su preservación hace parte del interés común, tanto como la agrobiodiversidad y otros elementos propios de las culturas tradicionales y ancestrales que contribuyen con enriquecer y ampliar las perspectivas de la vida futura como especie [105].

Por tanto, los aspectos culturales inmersos en la cosmovisión de los pueblos étnicos referidos al uso de la medicina tradicional ancestral demarcan un contexto donde ineludiblemente se deben encontrar consensos y puntos de encuentro entre las prácticas en salud de estas etnias con la medicina biomédica. Como sustento al planteamiento anterior, Germán Freire [105] en su libro “Perspectivas en salud indígena: cosmovisión, enfermedad y políticas públicas.”, demuestra que no existen barreras ideológicas ni culturales para la coexistencia de los modelos curativos tradicionales y el biomédico.

Existen formas de curación tradicional que deben ser repensados dentro de las ciencias médicas como sistemas curativos legítimos y complementarios.

En esa misma línea de argumentos, se puede citar el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021 [106], que reconoce esa estrategia dejando claro en su diseño estratégico la línea de promoción de la salud, la cual expresa:

Reúne las acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios, necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto, logren intervenir y modificar los determinantes sociales de la salud en ese territorio y así las condiciones de calidad de la vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de su vida, con respeto por las diferencias culturales de nuestros pueblos [106].

Es importante tener en cuenta que esta línea estratégica incluye las siguientes acciones:

- Formulación de políticas públicas
- Movilización social
- Generación de entornos saludables
- Generación de capacidades sociales e individuales
- Participación ciudadana
- Educación en salud

Otro importante aporte que da sustento a las actividades que teóricamente se deben desarrollar para la integración de la atención primaria materno infantil propiamente dicha en entornos interculturales, es el programa de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) [107], el cual proporciona todo un conjunto de actividades que hay que tener en cuenta en la aplicación de la atención primaria en infantes, mediante un cuadro de procedimientos que permiten seguir los protocolos en salud para la atención de las enfermedades.

En ese sentido, la enfermedad puede definirse como un desequilibrio biológico, psicológico y social; pero además es un proceso dinámico en el que los agentes biológicos y factores de riesgo interaccionan con el huésped [108]. En conclusión, la enfermedad constituye una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona, por eso resulta tan beneficioso un proceso de integración que articule tanto los saberes de las personas producto de sus patrones de creencias culturales con los criterios científicos de la atención biomédica, en el establecimiento de sinergias adecuadas para la atención de calidad en contextos interculturales.

2.2.20.3. Niveles de atención basados en Leavell y Clark

A propósito del legado dejado por Leavell y Clark [109] en 1965 cuando crean y describen en aquel entonces el modelo, para algunos paradigmático, de la Historia Natural de la Enfermedad, definida como el curso de la enfermedad desde el inicio hasta su resolución, es decir, la manera propia como toda enfermedad o proceso evoluciona sin que exista alguna intervención médica. Entonces, partiendo de este modelo queda entendido que en el tiempo una enfermedad puede evolucionar en determinado periodo por distintas vías, dependiendo de la interacción, integración y

modificaciones de varios factores sin participación de alguna intervención sanitaria.

En razón a lo expuesto, queda la reflexión implícita de que cualquier intervención en dicho proceso a la larga garantizará la eliminación, atenuación y modificación del curso de cualquier enfermedad. Leavell y Clark [109] en su modelo dividen clínicamente La Historia Natural de la Enfermedad fundamentalmente en dos periodos llamados Periodo Prepatogénico y Periodo Patogénico, los cuales se describen a continuación:

- Periodo Prepatogénico

Es toda la fase previa al inicio de la enfermedad. Es el estado donde el ser vivo no presenta ningún tipo de manifestaciones clínicas así como tampoco cambios celulares, tisulares u orgánicos. Está conformado por las condiciones del huésped, el agente y el medio ambiente llamada "Tríada Ecológica" [109,110]. Ahora, definiendo cada elemento que conforma esta Tríada Ecológica, se puede mencionar el "Agente Causal de enfermedad" el cual es un factor como un microorganismo, sustancia química o forma de radiación cuya presencia excesiva o relativa ausencia es esencial para la ocurrencia de la enfermedad [111].

Por otra parte, la OMS y la OPS [112] señalan que los agentes se han dividido en agentes biológicos y no biológicos; los primeros hacen referencia a todos aquellos organismos vivos capaces de producir una infección o enfermedad en el ser humano y animales. Las especies que ocasionan enfermedad humana se han denominado patógenas. Entre los agentes no biológicos se encuentran los químicos y físicos.

Otro elemento de la Tríada Ecológica es el Huésped, el cual puede ser una persona o animal vivo que en circunstancias naturales

permite la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso [113]; dicho en otras palabras, es la persona o animal que se enferma. En el caso humano, deben tomarse muy en cuenta factores como la edad, sexo, ocupación, estado civil, nivel socioeconómico, hábitos y costumbres, características hereditarias; aspectos estos que le confieren a cada huésped una susceptibilidad a padecer dicha enfermedad en un ambiente desfavorecedor.

Por último, se define el medioambiente, el cual es el entorno que afecta a los seres vivos y que condiciona sus circunstancias vitales propiciando el enlace entre el agente y el huésped [112,113]. Respecto a este, se deben tomar en consideración importantes condiciones o circunstancias de diferente índole, físicos como el clima y la geografía, socioeconómicos como el ingreso familiar, tipo de habitación, promiscuidad, hacinamiento; culturales como sus creencias, rituales, etc.

Si todas las circunstancias que describen el Periodo Prepatogénico coinciden en un huésped susceptible, en un momento determinado del tiempo, llegando a romper el equilibrio existente de la Tríada Ecológica, afectando al Huésped por la enfermedad, entonces cambia la situación al siguiente periodo de la Historia Natural de la Enfermedad, el Período Patogénico [112].

- Periodo Patogénico

Se conoce como el espacio de tiempo donde ya está presente la enfermedad, mostrando los cambios que se presentan en el huésped una vez realizado un estímulo efectivo por parte del agente en un medioambiente propicio [112]. De tal forma, que se establece la interacción entre el agente potencial de la enfermedad, el huésped y los factores ambientales (Tríada Ecológica) conformando los elementos de la llamada Cadena Epidemiológica o Cadena de infección, que se usa para comprender las relaciones

entre los diferentes elementos que conducen a la aparición de una enfermedad transmisible, lo que propicia la intervención de la Tríada Ecológica.

Cabe mencionar, que el Periodo Patogénico inicia con sutiles cambios celulares y tisulares; aunque en otras enfermedades infecciosas pueden darse de una manera más rápida por causa de ciertos factores como la velocidad de multiplicación de los microorganismos, su virulencia y la capacidad o no de producir toxinas. En el caso de enfermedades crónicas degenerativas y mentales este proceso puede durar meses o años hasta llegar a producir signos y síntomas.

Leavell y Clark [109] describen que el Periodo Patogénico a su vez puede subdividirse en dos etapas: una etapa inicial representada por lo que se conoce como Periodo Subclínico o de Incubación o de latencia y una segunda que abarca al Periodo clínico que está caracterizado por la aparición florida de todos los signos y síntomas de una enfermedad y el Periodo Pospatogénico o de resolución que abarcaría la recuperación, las deficiencias, secuelas o discapacidades y finalmente la muerte.

En resumen, el Período Patogénico es el momento donde aparecen los signos y síntomas de cualquier enfermedad, se van describiendo clínicamente la forma como los resultados y las consecuencias de la interacción de estos tres elementos antes mencionados Agente, Huésped y Ambiente se van presentando y que muestra los momentos más significativos de las patologías desde su aparición hasta finalmente su desenlace en la muerte del individuo de forma precoz o tardía a causa de cualquier enfermedad dependiendo o no de que haya existido alguna intervención oportuna



*Jaapui tüü
woopui nounajatkaali*

“El largo Camino a una Esperanza
de Vida”

CAPÍTULO 3

RUTA METODOLÓGICA

3. RUTA METODOLÓGICA

3.1. POSTURA ONTOLÓGICA, EPISTEMOLÓGICA, AXIOLÓGICA Y METODOLÓGICA EN LA INVESTIGACIÓN

La realización de cualquier investigación exige mostrar cómo el investigador concibe la realidad problemática sobre la cual interviene, reconociendo que todo acto humano tiene su fundamento y argumento, por lo que corresponde tratar de dar los significados y explicaciones en ese proceso de búsqueda incansable del conocimiento. Conviene decir, que a través de diferentes posturas los investigadores muestran en la comunidad científica y general cómo se construye ese conocimiento a partir de la interacción con el objeto del estudio, fijando una posición desde distintos ámbitos como se desglosa a continuación:

Referente Ontológico

Dentro de las características ontológicas, debe señalarse que las investigaciones son un proceso humano esencial de la ciencia, que comprende una actividad creadora de conocimiento, con características específicas que según Bavaresco [114] “atienden a un aspecto, racional, sistemático, exacto, verificable por consiguiente falible. Es por ello, que responder la interrogante ¿Qué es la realidad?, se corresponde con una perspectiva eminentemente ontológica” [115],

entonces para responderla se establecieron explícitamente los criterios, constructos teóricos o enunciados, aceptados por parte de la comunidad científica como parte de la plataforma diseñada, acorde a la naturaleza de los resultados obtenidos al término del proceso investigativo.

En virtud de lo anterior, para lograr los objetivos trazados en la investigación fue necesario conocer postulados, métodos y procedimientos disponibles en el ámbito de la ciencia para que el abordaje de lo que hay y como se dan las relaciones entre la realidad con sus participantes para comprender los modos esenciales de la existencia de las cosas, buscando su significado como base para la generación del conocimiento.

Referente Epistemológico

Es en el marco epistemológico de la investigación donde se presenta el camino que se sigue con la finalidad de responder a los objetivos que se plantean al inicio de un proceso investigativo, entonces es inminente que se identifique una teoría del conocimiento previamente que ayude en la intervención de la realidad a investigar. El referente epistemológico se relaciona con el proceso de construcción del conocimiento que involucra la interrelación del propio saber con las teorías ya formalizadas en el ámbito científico, incluso con los saberes populares [116].

Por estas razones, desde la perspectiva de la enfermería se necesita una perspectiva amplia donde se reconozca la complejidad que subyace en el cuidado de la salud, entonces desde el punto de vista epistemológico se incluye el paradigma de investigación, el cual debe apuntar a la naturaleza de la relación que se da entre el investigador y el fenómeno que se desea investigar.

Referente Axiológico

Este sustenta y orienta el desarrollo de la investigación hacia el reconocimiento que tiene la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad para evitar la morbimortalidad, como un valor que los individuos deben internalizar y reflejar en sus comportamientos responsables del cuidado de la salud. Para viabilizar el referente axiológico, el proceso investigativo profundizó en los valores morales, éticos, incluso espirituales de los sujetos participantes como pilares fundamentales en la construcción del conocimiento.

Adicionalmente, el referente axiológico también se enmarcó en los derechos que las poblaciones étnicas tienen sobre el acceso a los servicios sanitarios como una alternativa a su práctica medicinal cultural, que les permita conservar la salud como madre gestante con su niño como el bien más preciado del ser humano. Las metodologías científicas se direccionaron entonces hacia la profundización de estos factores, en la realidad de la problemática que se estudió.

Referente Metodológico

Por tratarse de una temática tan subjetiva como el análisis de los factores socioculturales que inciden en la morbimortalidad materno infantil, en la comunidad wayuu, jurisdicción corregimiento de Nazaret, municipio de Uribia, departamento de La Guajira, se partirá de un referente metodológico cualitativo, que por su propia naturaleza dialéctico-sistémico, considera que el conocimiento es el resultado de una dialéctica, entre el sujeto (sus intereses, valores, creencias) y el objeto de estudio [117]. La investigación cualitativa, es una perspectiva clásica en la cual la realidad se asume desde la propia vivencia o experiencia del sujeto que se investiga tomando en cuenta atributos o descripciones de su realidad, pues lo cuali-

tativo busca la comprensión de conceptos, opiniones, emociones, sentimientos, con los significados que las personas le atribuyen, por eso los resultados se expresan en palabras y no en mediciones o valores cuantificables.

3.2. PARADIGMA DE INVESTIGACIÓN

La existencia de una pluralidad de métodos de investigación científica ha permitido a los investigadores seleccionar con base en la visión que se tuvo del problema, aquel método con el enfoque más adecuado para la construcción y producción del conocimiento, considerando las propias fortalezas y debilidades para la selección del paradigma congruente con la postura epistemológica, antes mencionada.

Según Martínez [117]: “la vida personal, social e institucional en el mundo actual se ha vuelto cada vez más compleja en todas sus dimensiones. Esta realidad ha hecho más difíciles los procesos metodológicos para conocerla en profundidad”. Por tanto, la selección de la metodología obedece a la correspondencia con la episteme de los investigadores, como la vía más expedita para comprender e interpretar la verdad de los actores sociales dentro de la ocurrencia del fenómeno.

Cabe destacar que el proceso de investigación debe ser cuidadosamente pensado, diseñado y planeado para obtener como resultado la generación de nuevo conocimiento teórico y empíricamente validado a través de la operacionalización de varias etapas que se ejecutaran con base en el enfoque adoptado por el investigador y su ubicación epistemológica dentro del contexto del fenómeno objeto de estudio.

En relación a lo anterior, Ramos [118] afirma que el paradigma constituye un sistema de creencias y actitudes, los cuales son compartidos por un grupo de científicos que fundamenta los supuestos epistemológicos y metodológicos de la investigación. De allí entonces, que los autores asumieron el paradigma post-positivista para el desarrollo de la investigación, considerando que la filosofía de este paradigma es de naturaleza cualitativa y de orientación inductiva - subjetiva donde se busca comprender los fenómenos desde la propia perspectiva de quien los protagoniza.

El propósito del paradigma post-positivista es descubrir fenómenos y comprenderlos en su contexto natural, asumiendo una postura con perspectiva expansionista en busca de todo con mente abierta y exploratoria [117]. Arias [119] afirma que el paradigma post-positivista “también llamado paradigma cualitativo, (...) o interpretativo, se propone el estudio de los significados de las acciones humanas y de la vida social”. Adicionalmente, Martínez [117] agrega que en el post-positivismo “el conocimiento es considerado como el resultado de una interacción dialéctica entre el conocedor y el objeto conocido”.

De tal forma, que este paradigma constituyó la posición epistémica con la cual los investigadores generaron conocimiento sobre lo investigado, el fenómeno objeto de estudio, es decir, el análisis de los factores socioculturales que incidieron sobre la problemática de salud que representó la morbilidad materno infantil en la población de mujeres wayuu ubicadas en Nazareth, profundizando exhaustivamente en las interioridades del problema desde el mismo contexto de ocurrencia, extrayendo información en la interacción social producto de la convivencia con los miembros de la etnia y con los diálogos establecidos con el personal de salud del hospital de Nazareth.

3.3. ENFOQUE METODOLÓGICO

El enfoque metodológico sobre el cual se orientó el desarrollo de la investigación, fue el enfoque cualitativo que según Duran *at al.*, [120] “el enfoque cualitativo se interesa por conocer como los individuos o grupos sociales investigados viven y experimentan ciertos fenómenos o experiencias”. Bajo estos criterios, los investigadores pudieron internarse dentro del contexto de las familias wayuu siguiendo la rigurosidad científica para observar y obtener la mayor información de la realidad que han vivido las maternas durante su proceso de embarazo.

Por otra parte, Parra [121] enfatiza que el enfoque cualitativo se orienta a la comprensión de los motivos y creencias que explican las acciones de los individuos, dando relevancia a las técnicas empleadas para recolectar la información directamente de las fuentes que las originan y favoreciendo la relación intersubjetiva, asumiendo una óptica desde los propios individuos que experimentan la realidad sociocultural. Estos procesos científicos se emplean de manera efectiva dentro de la identidad cultural y cosmogónica que caracteriza a la etnia wayuu con la finalidad de saber su percepción sobre el manejo del cuidado del embarazo y del niño, asumiendo las creencias derivadas de su cultura y también de la realidad vivida para acceder a la prestación del servicio de salud.

3.4. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio de la temática de factores socioculturales y de morbimortalidad en una población culturalmente diferenciada, configura un contexto donde se sugiere un tipo de investigación descriptiva y etnográfica, ya que intervienen tanto los aspectos culturales que

caracterizan al grupo social investigado, como los hechos en la vida real de las mujeres gestantes de la etnia relacionada con la atención en los sistemas de salud.

Para confirmar lo anterior, se puede mencionar que los estudios descriptivos son parte de los tipos de investigación con base en el nivel de conocimiento y se orienta a describir el fenómeno e identificar las características de su estado actual [122]. Adicionalmente, Burn y Glove [123] afirman que la investigación descriptiva “es la exploración y descripción de fenómenos en situaciones de la vida real (...) los investigadores descubren un nuevo significado, describen lo que existe, determinan la frecuencia con la que sucede algo y agrupan la información”.

En síntesis, la propia temática conllevó hacia una investigación descriptiva bajo el criterio de lo que se pretendió hacer en la comunidad wayuu de Nazareth, que fue analizar los factores socio-culturales mediante la descripción de sus características y perfiles de la etnia wayuu, tal como lo sustenta Hernández y Mendoza [124] quienes afirmaron que los “estudios descriptivos pretenden especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”.

Por otra parte, la naturaleza del fenómeno objeto de estudio también sustentó el uso de los criterios de la investigación cualitativa de carácter etnográfica, la cual refrenda estudios centrados en explorar a los distintos actores humanos. Rodríguez [125] enfatiza que la investigación etnográfica toma como objeto de estudio a la cultura, y se desarrolla mediante el proceso de recolección, descripción y análisis de la información para lograr la comprensión del desarrollo cultural.

Concomitante, Monje [126] define que la investigación etnográfica, “es también una forma de investigación naturalista que utiliza el método inductivo (...) se intenta comprender una comunidad y su contexto cultural sin partir de presuposiciones o expectativas”, lo que no significa que no se tomen en cuenta los aportes de la literatura científica, sino que se hace referencia a la postura que se asume frente a la realidad investigada.

Esta ruta metodológica permitió la aproximación al pueblo wayuu a través de la interacción que se logró establecer durante varias visitas por tiempo prolongado que se realizaron al corregimiento de Nazareth y sus zonas circunvecinas, donde la convivencia con ellos, sirvió de apoyo para recopilar la información sobre los aspectos relacionados con los objetivos del estudio. Es importante mencionar que durante los días de permanencia se lograron aplicar entrevistas y diálogos abiertos con diferentes miembros de la etnia, destacando los jefes claniles de las familias, algunas maternas gestantes, la autoridad espiritual *outsú*, miembros mayores dentro de la comunidad como el caso de abuelas, madres y finalmente con el personal educativo y de salud en el corregimiento.

Todo el trabajo realizado fue trascendental en el cumplimiento de las funciones del etnógrafo, ya que “La etnografía proporciona una explicación de una comunidad, sociedad o cultura particular. Durante el trabajo de campo etnográfico, el etnógrafo recopila datos que organiza, describe, analiza e interpreta para construir explicaciones, que puede presentar en forma de libro o película” [127]. Entonces, se cumplieron las actividades que demarca la ruta metodológica para lograr las respuestas a cada uno de los objetivos planteados en la investigación.

3.5. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método es el camino que se recorre en la investigación para la obtención del conocimiento científico y a través de la historia “cada modelo epistémico ha tenido su método para hacer investigación” [128]; en ese sentido, la investigación cualitativa es guiada bajo los criterios y fases que describe el método de la generalización inductiva del empirismo, agregando que la investigación cualitativa es en esencia interpretativa.

Hurtado [128] expresa que “el empirismo considera la experiencia como única fuente del conocimiento. Se basa en la observación directa y natural de los hechos y el proceso mental del cual se vale es fundamentalmente inductivo”. El método de la generalización inductiva del empirismo abarca cinco etapas en su ejecución, tal como se muestra en la Figura 12 a continuación:

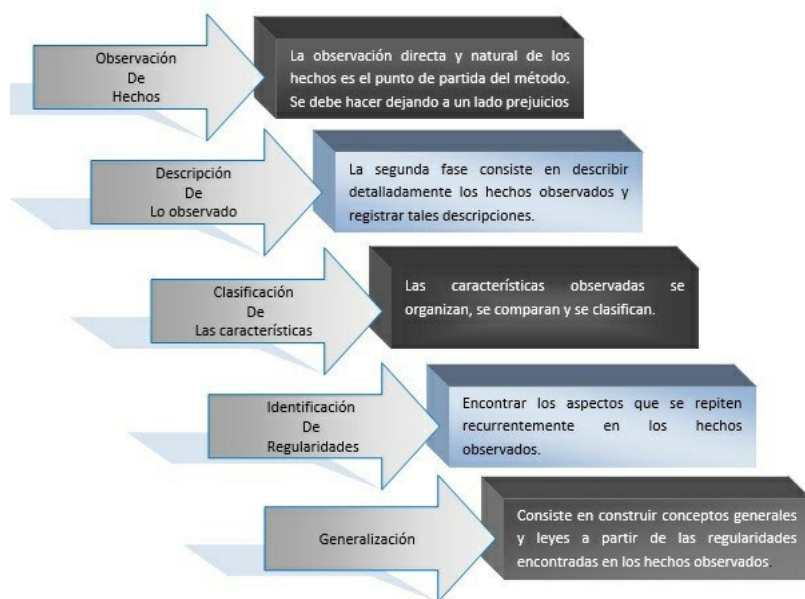


Figura 12. Etapas del método de la generalización inductiva del empirismo, Hurtado (2010)

RUTA METODOLÓGICA

• •

Los pasos y las descripciones que se observan en la Figura 11 se aplicaron de la siguiente manera en la comunidad de Nazareth; se realizó la visita inicial para el levantamiento de información, donde el grupo de investigadores se dedicaron a observar en el contexto, los hechos y eventos más importantes relacionados con el fenómeno objeto de estudio, sin hacer juicio de valor sobre lo observado. En segundo lugar, se desagregan las informaciones tomadas estableciendo las características, perfiles y elementos relevantes dentro de la conducta que asumieron los sujetos observados.

Seguidamente, se realiza la organización de todos esos elementos característicos de la población para definir las principales categorías que identifican la problemática, es decir, qué factores socioculturales están presentes en la problemática de la morbilidad materna infantil en la comunidad. Posteriormente, se agruparon aquellos hechos que ocurren frecuentemente y que fueron comunes en las personas observadas y entrevistadas. Finalmente, se definen los conceptos que definen esas regularidades encontradas para la construcción del conocimiento.

El proceso descrito, cumple los lineamientos del método inductivo, tal como lo señala López [129] cuando afirma que el método de inducción “es un proceso de conocimiento que se inicia por la observación de fenómenos particulares con el propósito de llegar a conclusiones y premisas generales que se pueden aplicar a situaciones similares observadas”. El estudio utilizó este método porque su finalidad es generalizar algunas situaciones encontradas en la comunidad wayuu, a través de las evidencias empíricas; para luego aplicar el método interpretativo por su característica de flexibilidad, el cual permitió a los investigadores el suficiente margen para dar sentido y significado a la realidad investigada.

López [129] afirma que el método interpretativo “tiene un marcado carácter humanista; le interesa el nivel racional (subjetivo) del

conocimiento, capta las relaciones internas, profundas, la intencionalidad de las acciones y percepciones de los sujetos; confiere más importancia a la comprensión (...) que a la causalidad”. Esto resume entonces la practica realizada por los investigadores, buscar esa comprensión de significados que rodean la problemática, desde la propia visión de los actores sociales que la viven, para luego generar interpretaciones precisas del objeto de estudio con la finalidad de construir conceptos y leyes generales sobre el fenómeno investigado.

3.6. SUJETOS INFORMANTES

En cuanto a los sujetos informantes del estudio, inicialmente no se tuvo una cantidad predeterminada de personas sobre las cuales realizar la investigación, solo se utilizó la información recolectada de la revisión documental para tener algunos perfiles con las características de quienes podrían participar, como por ejemplo las mujeres gestantes y sus principales familiares, el personal médico disponible para su atención y miembros de las instituciones educativas.

A partir de las descripciones anteriores, se realizaron las visitas para ir identificando posibles participantes con base en los diálogos informales que se establecieron con los miembros de la comunidad. Balcázar *et al.*, [130] confirman que “los investigadores deben comenzar con una idea general sobre las personas a las que entrevistará y el modo de encontrarlas, pero estar dispuesto a cambiar el curso después de las entrevistas iniciales. Es difícil determinar cuántas personas se deben entrevistar en un estudio cualitativo”.

De tal manera, siguiendo los aportes de los autores mencionados, el grupo de investigadores inició con un aproximado de personas para entrevistar, tomando como base la observación directa en el sitio y el conocimiento empírico que se logró desarrollar acerca de

las personas involucradas en el hecho a investigar, posteriormente esto se fue afinando mediante la técnica de la saturación teórica de categorías que definió en última instancia la cantidad de informantes clave.

Es necesario recordar que en el proceso de la investigación cualitativa se dice que se ha alcanzado la saturación teórica cuando sucesivas indagaciones, tanto de nuevos participantes como de nuevos análisis no aportan nueva información relevante acerca del objeto de conocimiento [131]; es decir, ya la información que se obtiene es reiterativa sin mayores aportes sobre la problemática que se estudia, con lo cual se puede explicitar la cantidad de informantes clave en la investigación.

En síntesis, los informantes clave dentro del proceso de investigación una vez alcanzada la saturación teórica, quedaron definidos en 3 autoridades interclaniles, 16 madres gestantes, 2 autoridades espirituales, 2 palabreros, 6 miembros de la comunidad con saberes importantes, 3 grupos focales conformados por madres de las gestantes, tías, abuelas y otros miembros, 3 personas del ámbito educativo y 2 miembros del personal sanitario.

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

En concordancia con la metodología definida para el proceso de investigación, la recolección de la información se realizó bajo los criterios de Hurtado [128], quien expresa que cuando los indicios se perciben mirando, entonces la técnica a utilizar debe ser la observación y el instrumento una guía de observación, lista de chequeo o cuadernos de campo; ahora, cuando los indicios se perciben conversando, entonces la técnica debe ser la entrevista y el instrumento es la guía o guion de entrevista. En este caso en particular,

se emplearon como técnica de recolección de información la entrevista semiestructurada, el dialogo abierto y la observación directa; quedando definidos a su vez los instrumentos en el guion de entrevista y los cuadernos de campo.

Según Hernández *et al.*, [132] “Este método de recolección de datos consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos y situaciones observables, a través de un conjunto de categorías y subcategorías”. El resultado del proceso anterior quedó evidenciado a través de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos donde quedaron plasmadas de forma visible las representaciones, significados y hechos aportados por los informantes clave con los elementos más relevantes dentro de los factores socioculturales y el fenómeno de morbimortalidad materno infantil en el corregimiento de Nazareth. En el Cuadro 1 se muestran los recursos que se emplearon para dejar constancia del procedimiento y como parte de la evidencia dentro de la metodología científica.

Cuadro 1. Técnicas e instrumentos utilizados

Técnicas	Instrumentos de recolección de datos	Instrumentos de registro
Observación	Guía de observación Cuaderno de campo	Papel y lápiz (formato) Cámara fotográfica digital Cámara de video digital
Entrevista	Guía de entrevista	Papel y lápiz (formato) Cámara fotográfica digital Cámara de video digital

3.8. FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA INVESTIGACIÓN

En la investigación se aplicaron los principios que garantizan la fiabilidad del estudio realizado, tomando en cuenta los aportes de Monje [126] cuando afirma que “La fiabilidad consiste en la

RUTA METODOLÓGICA

• •

independencia de los análisis con relación a la ideología del investigador, la independencia respecto de sus propios juicios y el reconocimiento de estos como elementos que influyen en sus análisis e interpretaciones”. En efecto, el grupo de investigadores entendió, comprendió y procesó la información desde la propia perspectiva de los miembros de la etnia, el personal educativo y de salud.

En virtud de lo anterior, el grupo de investigadores asumió una posición totalmente neutral durante todo el desarrollo investigativo, la realidad estudiada fue producto de la aproximación más precisa y cercana al pensamiento de los actores sociales intervinientes, reflejado en la toma fiel de sus opiniones en los contenidos transcritos, además de la observación de las conductas de los miembros de la etnia con la mínima influencia posible de las propias concepciones de la problemática, realizando la interpretación intersubjetiva de la realidad de los eventos desde la propia óptica y visión de los sujetos participantes.

Por otra parte, la validez en los resultados presentados se fundamenta en los criterios de la evaluación cualitativa donde se define como “la precisión con que los hallazgos obtenidos reproducen efectivamente la realidad empírica y los constructos concebidos que caracterizan realmente la experiencia humana” [133]. En la figura 13 se presentan los tres ámbitos de la validez de investigaciones cualitativas que fueron asumidas por el grupo investigador, asumiendo los criterios de Mondragón [134] y Codina [135].

RUTA METODOLÓGICA

• •

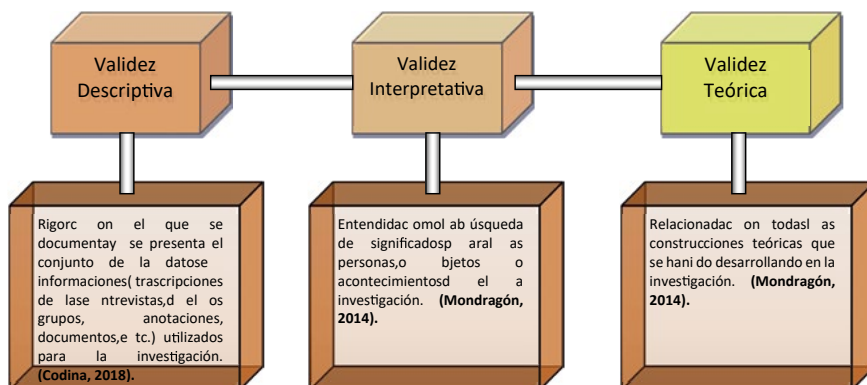


Figura 13. Tipo de validez de la investigación cualitativa, Mondragón (2014) y Codina (2018)

3.9. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el procedimiento de análisis, inicialmente la información obtenida mediante la aplicación de los instrumentos previamente diseñados y que fue almacenada en dispositivos electrónicos (grabadoras, cámaras, teléfonos), para ser transcrita y traducida; fue sometida a la técnica de codificación abierta y axial, donde se definieron conceptos clave de la situación investigada a través del método de microanálisis para luego agrupar e identificar las principales categorías del problema, hasta que se logró la saturación teórica.

Seguidamente, se empleó la técnica de triangulación de información entre la realidad recogida de los informantes clave participantes, la teoría acumulada y la observación directa de los investigadores, para generar las interpretaciones más cercanas a la realidad donde se circunscribe la temática del estudio. Sáez [132] expresa que la triangulación se puede definir como el uso de varios métodos de recogida de datos en el estudio de algún aspecto de la conducta humana. Por tal razón, los resultados derivaron de la integración de la opinión de las maternas y representantes de la etnia, con

RUTA METODOLÓGICA

• •

los elementos de la teoría referencial construida y la propia observación del grupo investigador.

Ahora bien, la aplicación del procedimiento que identifica la triangulación de información o datos, como lo señala Barrera (2010) “Consiste en obtener información acerca de los eventos de estudio, provenientes de fuentes variadas: actores diversos de una situación o hecho, documentos, diarios, registros, que permite tanto complementar información como corroborarla”. En la figura 14 se muestra gráficamente el proceso de triangulación de datos o información:



Figura 14. Proceso de triangulación de la información

En la figura se muestra el triángulo que se forma cuando se interrelacionan las tres fuentes de información involucradas en la investigación. Por un vértice se ubican los informantes clave constituidos por los miembros de la etnia wayuu, otro vértice lo constituyen los documentos que proporcionan información teórica referencial relacionada con los elementos de la problemática y finalmente la

observación del grupo investigador durante el tiempo de convivencia en las comunidades del territorio de Nazareth.

Es importante mencionar, que las fuentes de información tienen igual relevancia dentro del método de triangulación de información en la investigación cualitativa y el método etnográfico. En consecuencia, en este proceso (centro del triángulo) es donde se interpretan los hallazgos (evidencias) y se muestran los resultados de la investigación por cada propósito específico y el general.

En conclusión, la aplicación de esta metodología con todos sus procesos inherentes dio lugar al nuevo conocimiento producto de la rigurosidad científica, en función de dar respuesta a cada uno de los objetivos iniciales del estudio. Por otra parte, conviene informar que durante todo este proceso se cumplió con algunas consideraciones como se presenta a continuación:

Consideraciones éticas: Este estudio tuvo en cuenta los principios éticos de la investigación. La veracidad, demostrada con la garantía de transcribir textualmente lo expresado por los participantes; fidelidad en los resultados obtenidos después del análisis; reciprocidad en los resultados del estudio con la comunidad wayuu, respeto a las creencias y a las costumbres de los participantes; y no maleficencia, al no realizar ninguna intervención que pudiera haber causado algún tipo de daño a los participantes.

Igualmente, se aplicó la Resolución 008430/93 del Ministerio de Salud por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, específicamente lo contemplado en el título II del capítulo referido 1, relacionado con los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, artículos 5, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15 y 16, del capítulo IV en lo concerniente a

RUTA METODOLÓGICA

• •

las investigaciones en mujeres embarazadas, puerperio, lactancia, recién nacidos y niños menores de 5 años. Además, es una “Investigación con riesgo mínimo, contemplado en el artículo 11, además, son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes como exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios”.



*Jaapuii tuu
woopuii nounajatkaalü*

“El largo Camino a una Esperanza
de Vida”

CAPÍTULO 4

HALLAZGOS DE LA REALIDAD

4. HALLAZGOS DE LA REALIDAD

4.1. LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA DEL CORREGIMIENTO DE NAZARETH

Para iniciar es conveniente la contextualización grafica de la ubicación donde se realizó la investigación, el corregimiento de Nazareth en el municipio de Uribia departamento de La Guajira, Colombia. Nazareth es una especie de oasis entre extensos espacios desérticos, las serranías y el Parque Nacional Natural La Macuira, pero también cercano (11 km) de las orillas del mar Caribe, en esta zona norte del país. En la Figura 15 se hace una representación de su ubicación dentro del Departamento y La Guajira y el municipio de Uribia.



Figura 15. Ubicación geográfica del corregimiento de Nazareth

En un intento de acercamiento a la realidad, y aprovechando las herramientas que la tecnología ha puesto al servicio de la investigación y otras actividades del hombre, en la Figura 16 y Figura 17 se presentan vistas satelitales tomadas de la plataforma de *Google Maps*, como una forma de presentar más exactamente el territorio donde se desarrolló el proyecto de investigación.

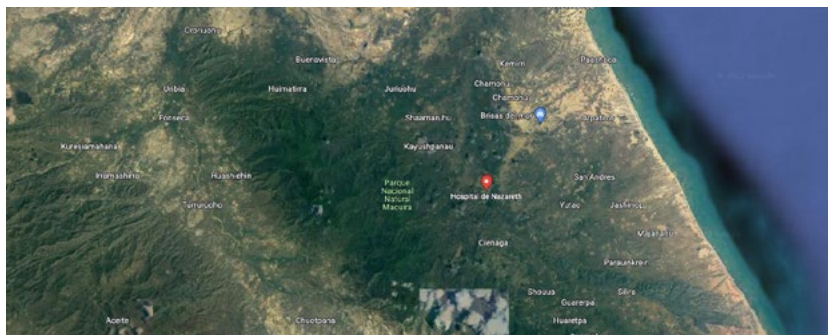


Figura 16. Mapa del corregimiento de Nazareth vista lejana, tomado de <https://www.google.com/maps/place/Nazareth,+Uribia,+La+Guajira,+Colombia/>

En la Figura 16 se observa la vista satelital lejana del corregimiento de Nazareth, tomando como referencia la ubicación del Hospital nuestra Señora del Socorro, un centro de salud de tercer nivel situado en el centro del pueblo. Esta referencia visual permite confirmar las descripciones antes mencionadas sobre las características geográficas del corregimiento

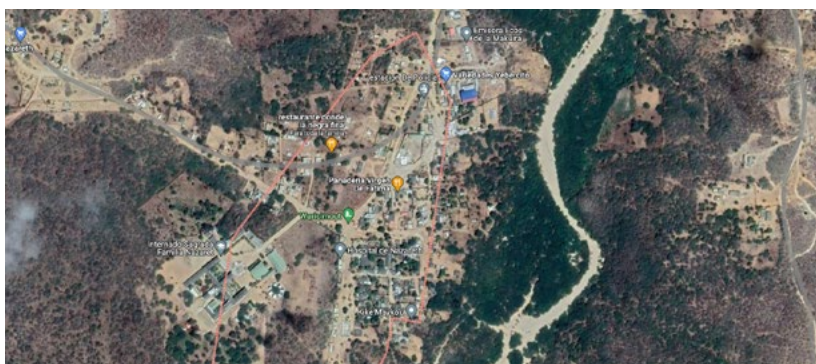


Figura 17. Mapa del corregimiento de Nazareth vista cercana, tomado de <https://www.google.com/maps/place/Nazareth,+Uribia,+La+Guajira,+Colombia/>

En la Figura 17, se hace un acercamiento de Nazareth y además del hospital se identifican otros sitios como por ejemplo la sede del Internado Sagrada Familia, la sede de la emisora de radio la Voz de la Macuira y otros negocios representativos del lugar. Es un pueblo con carreteras de arena, piedra y barro con muchas familias conviviendo en los alrededores de esa vía principal que conecta todos los negocios e instituciones que hacen vida en el corregimiento.

Así mismo, se puede mencionar que para acceder al territorio se tomó un camino desde la capital indígena de Colombia, Uribia, hasta el corregimiento de Nazareth, una vía mayormente de arena, barro, piedras, desértica, con vegetación típica de zona árida, donde el rango en horas de todas las visitas realizadas fue entre 6 a 12 horas, en una trayectoria que se cumplió por diferentes caminos, por las situaciones encontradas, como la crecida del mar, las aguas de invierno y algunos eventos adicionales como vías obstruidas. Cabe destacar, que para acceder al territorio el medio de transporte solo puede ser vehículos rústicos, provistos de doble tracción ante los obstáculos y exigencias de la zona (ver anexo 2, galería de imágenes).

De tal forma, que un primer hallazgo en la investigación viene de la dificultad y las complicaciones relacionadas con el acceso al corregimiento de Nazareth, una trayectoria que limita la movilidad de personas y material, tomando en cuenta las características de los vehículos que pueden realizar el recorrido con éxito. Otro factor, está vinculado a los eventos climáticos, en época de lluvia la dificultad de acceder se incrementa a tal nivel que incluso puede demorar días para poder transitar. Se puede agregar, que en la vía existen gran cantidad de alcabalas improvisadas, donde miembros de la etnia wayuu, generalmente mujeres y niños colocan cuerdas para impedir el paso a cambio de productos como agua, café, galletas o dinero.

Esta situación es una muestra de las condiciones socioeconómicas y de salud de la población del territorio, porque refleja la enorme pobreza de los wayuu, con sus necesidades básicas insatisfechas, sobre todo sedienta bajo el inclemente sol que impera en esa zona extensa y desértica de la Alta Guajira. Los niños mostraban resequedad en su piel, su cabello, incluso sus condiciones de higiene conllevaron al grupo de investigadores a preguntarles a varios de ellos cuántas veces se bañaban y la respuesta fueron 5 o más; dejando evidencia que la necesidad de agua es innegable lo que repercute directamente en sus condiciones de salud.

Luego de este panorama inicial, se llegó a Nazareth un pueblo pequeño pero de gran movilidad donde se realizó el levantamiento de información con respecto a las categorías principales de la investigación. Para esta actividad, el grupo de investigadores contó con guías en la zona, bilingües (wayunaiki y español), personas que conocen el territorio, su gente y con saberes de la cosmovisión del wayuu, quienes fueron dando las orientaciones para la búsqueda de los sujetos informantes dentro del proceso de investigación.

4.2. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Luego de aplicar los instrumentos de recolección de información en el proceso de interacción con los actores sociales intervinientes (autoridad clanil de la etnia, mujeres gestantes, grupos focales de la comunidad wayuu, autoridad espiritual, autoridades educativas, docentes, personal sanitario); se procede a realizar la transcripción de entrevistas para aplicar la codificación axial y abierta en las respuestas, como parte del proceso de microanálisis de los datos [124]. Es preciso apuntar que se invirtieron más de 200 horas de grabación de entrevistas y diálogos con las personas participantes durante las siete visitas realizadas en el tiempo de duración del proyecto. (ver anexo 1, con los principales extractos de las entrevistas).

HALLAZGOS DE LA REALIDAD

• •

Tomando en cuenta los conceptos relevantes que se identifican en la transcripción de la entrevista relacionada con diferentes elementos de la cultura wayuu, se construye la estructura cognitiva integrada de todos los aportes obtenidos, tal como se muestra en la Figura 18 a continuación:

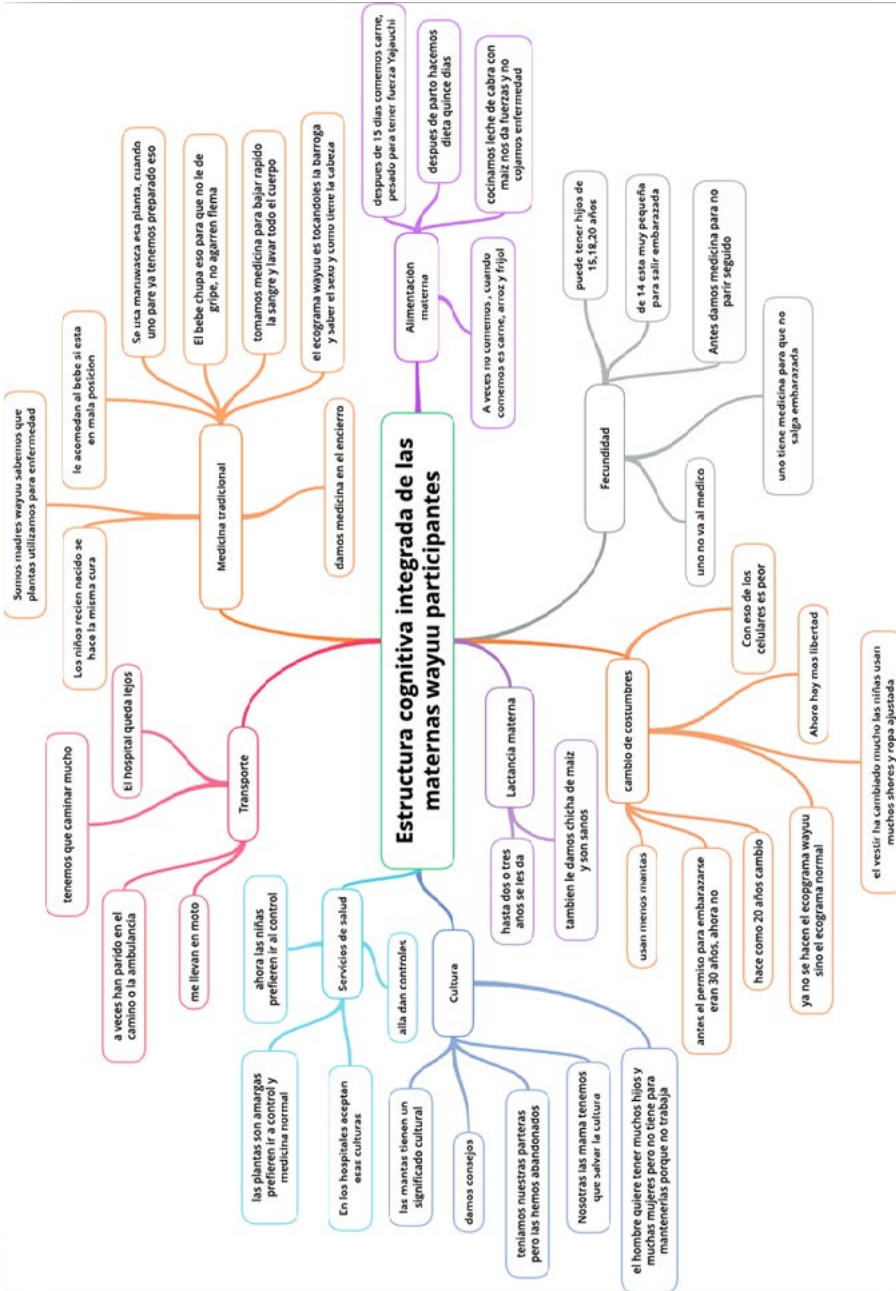


Figura 18. Estructura cognitiva integrada de las maternas participantes

HALLAZGOS DE LA REALIDAD

• •

El análisis realizado sobre las respuestas integradas de las maternas participantes en los grupos focales compuestos por las embarazadas y las madres con niños menores a cinco años, además del acompañamiento de la autoridad clanil, permitió la elaboración de la estructura cognitiva representativa de la perspectiva de este segmento de la población miembro de la comunidad wayuu. La estructura cognitiva es muy importante porque permite extraer los datos de la realidad conocida que pasan al proceso de triangulación, con los aportes del constructo teórico y la observación de los investigadores. En la Figura 19 se muestra la triangulación de fuentes de información:



Figura 19. Triangulación de las fuentes de información

HALLAZGOS DE LA REALIDAD

• •

Los resultados develan que la morbilidad materno infantil es el resultado del efecto conjugado de un conjunto de condiciones sociales, económicas, biológicas, geográficas, culturales y del sistema de atención en salud que caracterizan la vida de la población de mujeres gestantes y sus niños en la comunidad wayuu de Nazareth y sus zonas aledañas. Sin embargo, otros elementos que se consideran causantes de la problemática han venido cambiando en los últimos tiempos, sobre todo aquellos relacionados con la cultura y las prácticas ancestrales.

Los hallazgos muestran que no es posible determinar con precisión si los índices de morbilidad son producto de la ineffectividad de los tratamientos que se aplican a ciertas enfermedades, como lo expresa León [32], ya que esa dualidad encontrada entre la práctica de la medicina tradicional con la medicina arijuña, convierte a la materna en un producto de ambos tratamientos. Por eso, existe coincidencia con los aportes de De Miguel *et al.*, [33] cuando afirman que actualmente el concepto de morbilidad materna no es el mismo de años atrás; está cambiando con base en el contenido y significado de una nueva realidad alrededor de este indicador tan preocupante para la salud pública.

Se confirma también, que los incrementos en la morbilidad han podido ser evitados con un mejor nivel de acceso de la materna al sistema de salud y sus servicios, como fueron manifestados por Patiño *et al.*, [63], OPS [64] y Freire [105] los cuales aseguran que criterios que se derivan de la cosmovisión wayuu están inmersos en esta problemática de salud. Adicionalmente, los resultados se muestran congruentes con las afirmaciones de Patiño *et al.*, [63] y Ojalora *et al.*, [68] cuando afirman que las distancias entre las rancherías que habitan las comunidades y la ubicación del centro de salud es un factor de impacto negativo para el acceso a los servicios de salud, ya que la mujer embarazada debe caminar

grandes distancias, con calzado inadecuado por la falta de un sistema de transporte.

No obstante, los resultados muestran divergencias con los aportes de Ramírez [65] porque uno de los cambios que se pudo comprobar es que las jóvenes de la etnia ya no se embarazan a temprana edad y tampoco tienen mayor cantidad de hijos, una situación que por mucho tiempo caracterizó a las mujeres wayuu. Sin duda, los efectos de la transculturación y las interacciones con otras culturas incidieron en estos cambios de conducta del grupo social.

La problemática aquí descrita muestra que efectivamente la morbi-mortalidad materno infantil en la comunidad wayuu de Nazaret es un fenómeno de salud pública y social que se encuentra impactado por dos vertientes importantes y notorias, por un lado la práctica de las tradiciones que describen su cosmovisión y por la otra determinadas condiciones sociodemográficas y de localización que obstaculizan el acceso a la prestación de los servicios de salud, como parte de la supervisión y control prenatal en la mujer de la etnia.

Los resultados del análisis permitieron determinar que la reducción de la morbimortalidad materno infantil depende de transformaciones en las condiciones estructurales y coyunturales que explican las inequidades que persisten en el territorio, relacionadas con la pobreza, la alimentación insuficiente, la escasez de agua, la vulnerabilidad de la madre gestante y sus niños menores de cinco años, los efectos de la interculturalidad, entre otros; que deben intervenir desde las entidades sanitarias y las políticas del Estado, para mejorar los servicios de salud y las diferencias en los territorios que habitan las comunidades wayuu.

Por otra parte, se debe lograr la sinergia de la medicina tradicional ancestral que practican los wayuu con la medicina bioquímica inserta en la salud pública. Esto permitiría una mejor gestión y

HALLAZGOS DE LA REALIDAD

• •

aplicación de los servicios de salud para el cuidado materno infantil; sumado a la creencia que mantienen las mujeres de la etnia con respecto al uso de tratamientos curativos con base en plantas y prácticas culturales para atender el embarazo que no interfieren en los cuidados generales de la materna y su niño. Por tanto, se impone un encuentro de culturas donde se puedan viabilizar las políticas públicas de la salud mediante programas de atención primaria materno infantil vinculadas a la cosmovisión wayuu con sus prácticas ancestrales de curar y sanar.

En referencia al factor etnoeducativo, se aplicaron los instrumentos a docentes y rectoras, además de un grupo de representantes y jóvenes estudiantes de las instituciones educativas que hacen vida en el corregimiento y sus cercanías, con el propósito de indagar la incidencia de este factor en la temática de la salud, especialmente en la morbimortalidad materno infantil con sus elementos inherentes. En la Figura 20 se presenta la estructura cognitiva de los representantes y estudiantes wayuu con los principales elementos asociados.

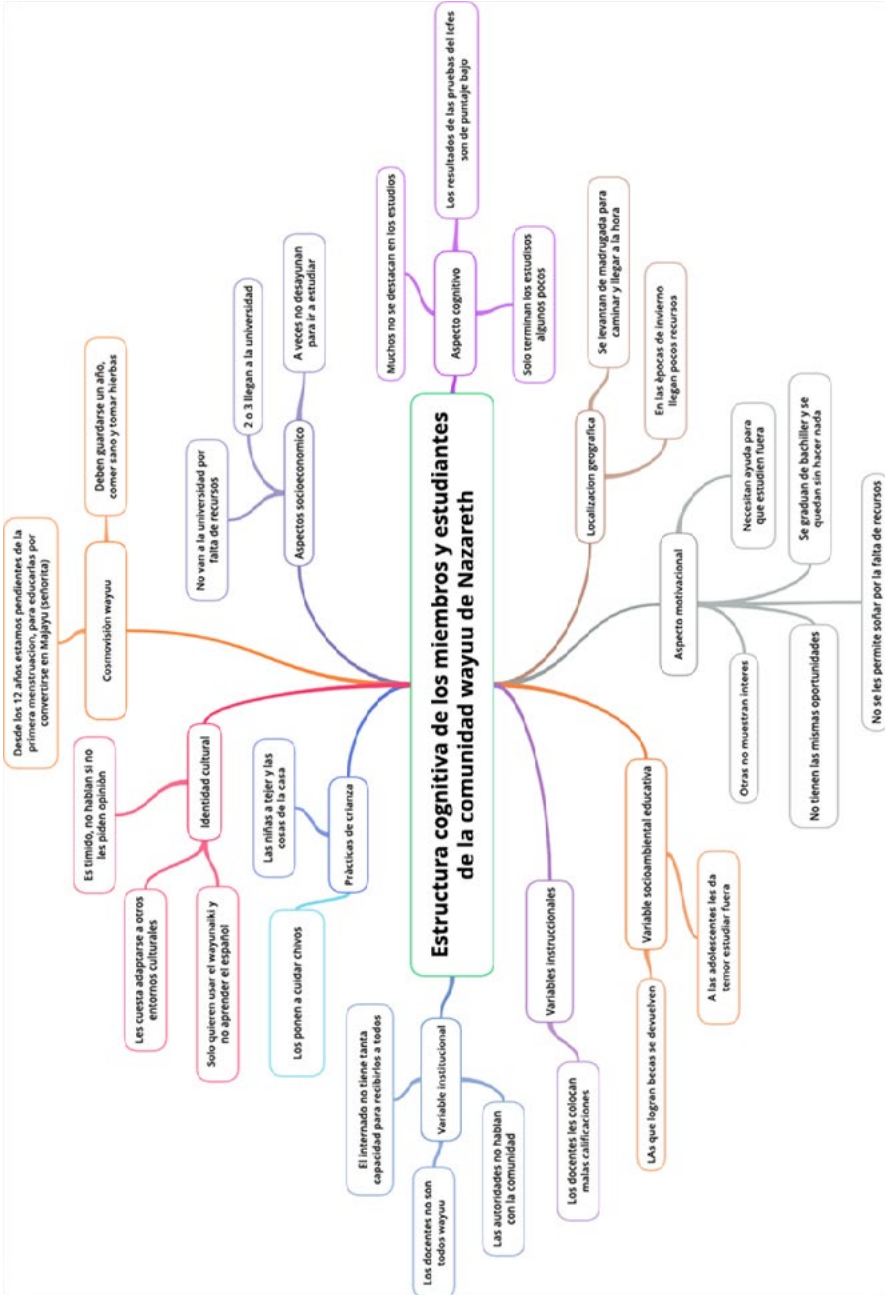


Figura 20. Estructura cognitiva con los elementos más relevantes por parte de los estudiantes y representantes de la comunidad wayuu

HALLAZGOS DE LA REALIDAD

• •

Para la realización de las entrevistas en el proceso anterior, se debió solicitar el permiso de la autoridad clanil de la comunidad, generalmente el miembro más antiguo y con mayor respetabilidad dentro de ella. Las entrevistas se realizaron en su presencia y la de otros miembros de la familia que fueron autorizados. Por otra parte, se realizó las entrevistas a docentes y autoridades de las instituciones educativas, entre las cuales están el internado ubicado específicamente en Nazareth, como en dos instituciones ubicadas en la lejanía del poblado. Los resultados se muestran en la Figura 21 a continuación:

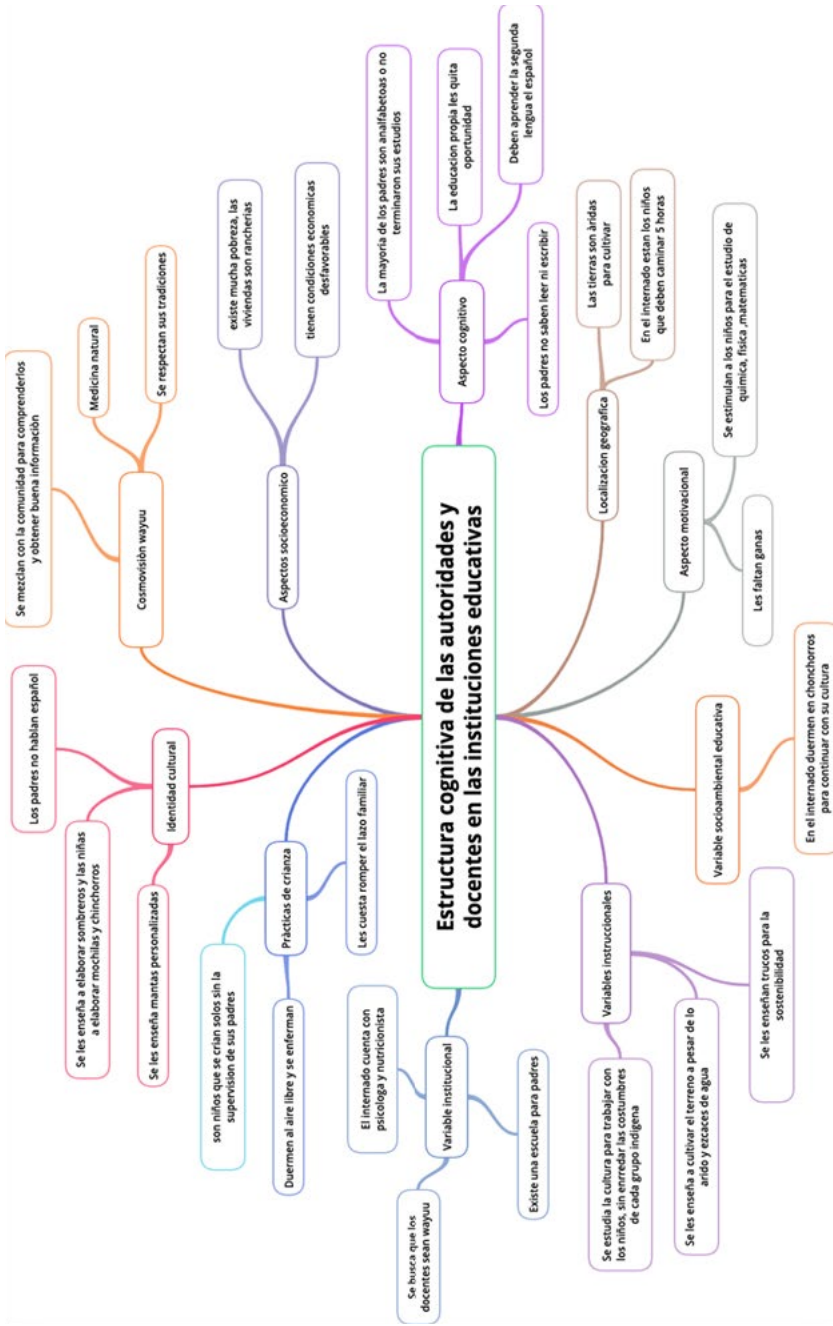


Figura 21. Estructura cognitiva de las autoridades y docentes de las instituciones educativas

Cuando se analizan los resultados, se puede confirmar que los padres y abuelos de los niños estudiantes, son en su mayoría personas que no saben leer ni escribir (analfabetas), a pesar de que algunos son considerados personas jóvenes para poder estudiar. Bonet y Hahn [136] indican que la población indígena entre los 15 y 24 años en La Guajira es analfabeta, un tercio de la población indígena de La Guajira entre los 15 y 19 años tenía educación primaria completa, mientras que en el país es el doble; esto confirma que en La Guajira existen bajos indicadores educativos en su población wayuu.

Las instituciones educativas tienen en su planta de docentes, personas de la misma etnia razón por la cual se mantiene muy arraigado el uso de la lengua natural del wayuu, el *wayunaiki*, esto limita los aprendizajes de otras áreas del conocimiento que les daría a los estudiantes nuevas competencias y mayores herramientas para proseguir estudios en otros lugares. Otalora *et al.*, [68] manifiestan que en las instituciones educativas wayuu existe la presencia de profesores autóctonos wayuu, que utilizan su lengua nativa para enseñar mitos y conocimientos dentro de la cosmovisión de la etnia, una memoria de su territorio y sus gentes; pero el modelo educativo que prevalece en las instituciones del territorio obedece a la cultura oficial venida de los *arijuna*.

Los hallazgos encontrados en las respuestas de los actores sociales entrevistados, también permiten afirmar que la etnoeducación concebida con buena intención, está permeada por la educación del sistema educativo colombiano, doblegando la propia cultura del wayuu, lejos de ser una sinergia de conocimientos ancestrales con los de las sociedades modernas, por tanto no es posible aprovechar esa interacción entre los *wayuu* y los *arijuna* como una forma de potenciar el encuentro de dos mundos que pueden convivir y coexistir, para en conjunto colaborar con situaciones que sean resolubles dentro de la población.

Resaltan los participantes, que no todos logran culminar la educación primaria y mucho menos el nivel de secundaria. Sobre esto Cárdenas [137] indica que aproximadamente el 56,9 % de la población indígena cuenta con ningún nivel educativo, el 27,2 % alcanzó básica primaria y apenas el 12,4 % cuenta con nivel de básica secundaria. En consecuencia, los jóvenes se quedan en el territorio propiciando la conformación de familia con mujeres aún adolescentes, lo que configura una situación de alto riesgo para la morbilidad materno infantil.

En efecto, cuando los jóvenes de la etnia no tienen posibilidades de salir a continuar estudios, quedándose sin hacer mayores cosas, tal como lo manifiestan las propias comunidades, se desmotivan y las niñas adelantan sus procesos de maternidad, con el agravante de la situación socioeconómica que presentan y todos los elementos subyacentes. Las limitaciones que le representa el no dominar una segunda lengua, en conjunto con los bajos puntajes que obtienen en las pruebas del Icfes, configura un panorama donde el factor etnoeducativo no responde a las metas propuestas.

Sobre los resultados anteriores, Rocha [138] señala que solo manejar el wayuunaiki en la institución educativa, es una limitante para lograr el aprendizaje de la lectoescritura en castellano como uno de los procesos que deben alcanzar en los procesos de etnoeducación en las escuelas. Además, también limitan sus posibilidades si no aprenden otras asignaturas de las ciencias exactas que necesariamente les exige el dominio del castellano como segunda lengua.

En vista de la información obtenida, no cabe duda que el factor etnoeducativo es uno de los componentes que inciden en la problemática de la morbilidad de la población materna infantil wayuu, ya que una población joven sin perspectivas de futuro, con mala alimentación, necesidades básicas insatisfechas, perdiendo elementos

de su cultura o cosmovisión, en un territorio rural y disperso con escasos recursos de progreso; que no pueden con la educación salir adelante y cambiar las circunstancias socioeconómicas que viven en la actualidad, es un determinante para que la adolescente wayuu en esa interrupción de su proceso de formación educativa entre en la maternidad antes de tiempo, creando alrededor de ese embarazo un entorno de riesgo preocupante.

Ahora bien, para el wayuu la enfermedad tiene connotaciones ancestrales, espirituales, místicas que deben considerarse en el intercambio de salud y cultura que se origina cuando se le presta atención a las madres gestantes o los niños en la primera infancia. Por eso, el factor etnoeducativo desde una perspectiva holística del fenómeno que se estudia, debe contribuir positivamente sobre los índices de morbilidad materna infantil que caracterizan a la Alta Guajira, porque cuando una población es mayoritariamente analfabeta incide en hábitos inadecuados durante el embarazo y la etapa postparto de la mujer wayuu.

Así mismo, la situación detectada en los resultados de la investigación dificulta la práctica del control prenatal y atención que debe ofrecérsese a la mujer gestante, ya que los niveles de analfabetismo, también hacen que folletos, instructivos, o cualquier material impreso, sea una estrategia poco efectiva dentro de una campaña de prevención de enfermedades dentro de la comunidad *wayuu*.

Adicionalmente, el hecho de que algunas madres no hablen español también complica el panorama para la implementación y la viabilidad de las políticas públicas de salud y atención primaria dentro de estas particulares comunidades. En relación a esto, cuando es posible que la mujer asista a los centros de salud, se presenta el inconveniente de la comunicación entre médico-enfermera y paciente, dada la ya comentada falta de habilidad para manejar un segundo idioma en la mayoría de los *wayuu*.

El médico tratante, se maneja con síntomas y signos, pero la falta de expresión, incluso culturalmente ya que la mujer wayuu no manifiesta ninguna expresión ante la enfermedad, va delineando un panorama poco alentador dentro del contexto de la problemática. Por eso, el lenguaje dentro del factor etnoeducativo debe convertirse en un elemento que coadyuve en romper barreras entre el personal sanitario y las pacientes *wayuu*.

En síntesis, el factor etnoeducativo tiene la función de crear puentes entre la cosmovisión *wayuu* sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad, y la atención primaria en salud para la atención materno infantil, con lo cual los índices de morbimortalidad pueden efectivamente reducirse dentro de la población wayuu, ya que recordando las palabras de Veneman [139] “La relación existente entre la educación y la salud infantil y materna es evidente”; entonces la educación es la clave para reducir la mortalidad materno infantil.

Haciendo una conclusión sobre estos hallazgos, se menciona que las principales consideraciones dentro del factor etnoeducativo que impacta la morbimortalidad materna infantil de la población wayuu pasa por: I poca efectividad de realizar campañas educativas de prevención para la salud; II precariedad en el sistema educativo evidenciado por los niveles de analfabetismo; III) las barreras de comunicación de las jóvenes wayuu por la falta de habilidad en aprender el español como segunda lengua. Adicionalmente, se suman las condiciones socioeconómicas y de localización geográfica que inciden en la educación de los niños.

El factor etnoeducativo es importante para que la población de la Alta Guajira reduzca brechas frente al resto del país, porque una población más educada tiene mayores oportunidades económicas, pero también mejor control de su fecundidad. Además, puede potenciar las transformaciones necesarias que permitan revertir un fenómeno que por años ha delineado la vida de la población vulne-

HALLAZGOS DE LA REALIDAD

• •

rable de la Alta Guajira, como son las jóvenes madres gestantes y los niños menores de 5 años en situaciones de riesgo que muchas veces terminan en muerte.

Por otra parte, es posible afirmar que el factor etnoeducativo es uno de los principales elementos que permite un acercamiento efectivo donde se soslaya aquella práctica de distanciamiento con la población wayuu, caracterizada por una invisibilidad étnica sobre la cual se han establecido muchas de las interacciones con la cultura occidental. Adicionalmente, el factor educativo forma parte de la vía expedita para aplicar políticas de salud en estas comunidades, haciendo posible la articulación de la educación con la salud, lo que beneficia las condiciones que hasta ahora han caracterizado a la comunidad wayuu en general.

El siguiente factor sobre el cual se presentan sus principales resultados, es sobre el importante proceso de endoculturación, un mecanismo de enseñanza aprendizaje que la mujer wayuu atiende para su desenvolvimiento en su rol de mujer y madre, aprendiendo las prácticas culturales que eso implica, además de su propio cuidado y del futuro hijo. Para esta parte en particular, se muestra la transcripción de la entrevista realizada en los grupos focales de la comunidad, así como también los aportes del personal de salud del hospital de Nazareth, buscando esa incidencia de la cultura con la salud. Ver el cuadro 2 a continuación:

Cuadro 2. Transcripción de preguntas y respuestas sobre la problemática objeto de estudio

INTERROGANTES DURANTE EL DIÁLOGO	RESPUESTAS DE LOS SUJETOS INFORMANTES DE LA ETNIA
¿Pero qué hace la mujer wayuu cuando se embaraza? ¿cuáles son las medicinas tradicionales, que toman para fortalecerse y esté preparada para los eventos que implica el embarazo?	“Bueno nosotros somos madres wayuu como dicen que somos wayuu ya sabemos que las plantas que utilizamos, para no tener enfermedad para los muchachos hacemos la misma cura para los niños”

HALLAZGOS DE LA REALIDAD

• •

<p>¿Y que planta son las que mayormente usan?</p>	<p><i>“Mayormente son maruwasca (no sé cómo se dice en español) con ella se bañan los niños de recién nacido con esa planta, cuando uno pare ya tenemos preparado eso”</i> <i>“Se la colocan en las manos y en el cuello, esa mata que le dije yede (huele) sabroso, y el bebé chupa eso también para que no le dé gripe.”</i> <i>“Tomamos medicina para bajar rápido la sangre y lavar todo el cuerpo, tomamos también cáscaras de plantas, cocinadas; y comemos comida de recién parida, no son comidas pesadas, solo cosas livianas para que una no se enferme”</i></p>
<p>¿Cómo es el cuidado alimenticio que practican los wayuu en el embarazo hasta llegar al parto?</p>	<p><i>“Comer normal se espera 15 (quince) días, es como una dieta, después de esos 15 (quince) días ya nos podemos levantar, de ahí para atender los niños”</i> <i>“Sí, tomamos chicha, tomamos así cosas como carne, cosas pesadas para tener fuerzas, “yajauchi” la leche de cabra con maíz la cocinamos, esa es una que nos da fuerza para que no cojamos otra enfermedad”</i></p>
<p>¿Desde cuándo la mujer wayuu está preparada para tener hijo?</p>	<p><i>“Cuando ya tiene 15, 18 o 20 años”</i> <i>“Antes quedaban embarazada de 30 años y no se permitía otra cosa”</i></p>
<p>¿Cuándo hubo el cambio de esa tradición cultural?</p>	<p><i>“Hace como 20 años porque cambió, ahora hay más libertad (risas) antes iban a una fiesta con el hermano, una tía, la mamá o con un acompañante”</i> <i>“Y ahora nosotros mismos le hemos dado a nuestras hijas que sean libre y con eso de celulares es peor”</i> <i>“eso depende de nosotras de la crianza de las mamás, nosotras las mamás y las abuelas tenemos que salvar nuestra cultura ¡y como la salvamos! hablándoles, dándoles concejos, dándoles los medicamentos que se daban en el momento del encierro, en el desarrollo de las niñas, en el tiempo de su pubertad”</i> <i>“Antes para que no vayan a parir continuamente le dábamos medicamento para eso, había medicina ¡había no! que, si lo hay, pues no lo estamos utilizando, lo hemos dejado de lado”</i></p>

HALLAZGOS DE LA REALIDAD

• •

<p>¿Los controles prenatales de la embarazada han influido para los cambios culturales?</p>	<p>“Lo que influye más es que uno va al médico, cuando se siente así y allá le dan controles, y como las plantas son amargas, las niñas prefieren la medicina (las vitaminas y otros) y los controles y por eso es que eso se va quedando atrás. Las plantas están en la serranía de macuira, están vivas aún están vivas lo que pasa es que nosotros estamos descuidando”</p>
<p>¿Cuántos hijos generalmente tiene la mujer wayuu?</p>	<p>“Uno tiene medicina para que no le salga o queden esas barrigas grandes porque uno tiene que estar es delgadito queda bien bonita y siempre todo el tiempo”</p>
<p>¿Qué otros cambios culturales se han venido presentando en la mujer wayuu?</p>	<p>“El vestir también ha cambiado mucho, las niñas usan mucho mochos (shores), ropa muy ajustada y corta, cada vez usan menos mantas y la manta tiene un significado cultural” “Antes nosotros teníamos unas parteras, pero la juventud las ha abandonado, dejándolas solas, ya no se hacen el ecograma wayuu ahora se hacen el ecograma normal” “Sí lo hay, y lo hacían tocándoles la barriga para saber de qué sexo era el bebé, depende cómo tenía la cabeza, en qué posición estaba, etcétera, ellas podían dar un informe de cómo estaba, y lo acomodaban si estaba en mala posición para que naciera bien, de tal forma que no hubiese complicaciones a la hora de nacer, y se le daban plantitas también por si tenía dolores o calambre y acomodaban al bebé, (la partera debía ir a donde estaba la mujer embarazada)” “Eso pasa desde que cumplimos los doce años, ya dejan los muñecos, empiezan a crecer y nosotras empezamos a notarlos y comenzamos a educarlas, hacer las responsabilidades de la mamá y de la abuela y uno mismo tiene que bañarlas así sea una vez a la semana, porque de pronto ella misma se esconde en la primera menstruación”.</p>
<p>¿Cómo le van explicando el inicio de su proceso de cambio?</p>	<p>Cuando llega la primera menstruación se habla con ella; ya no eres una niña, ya eres una mujer, algún día vas a ser madre, abuela, esto es sagrado tienes que estar guardada y bajo dieta, majayu: ya no eres niña. “La que la guarda tiene que ser una persona especial; porque ella hereda el comportamiento de esa persona. Cuando ella está acostada tiene que darle los medicamentos que ella tiene que tomar; hay unas plantas, unas piedras, no es cualquier piedra es una piedra medicinal que es blanca le dicen “casivoque” el sabor es como arena” “Tienen que cortarse el cabello, hay unas que demoran un año o más encerradas.”</p>
<p>¿Cómo ha sido el contacto con el personal de salud del hospital?</p>	<p>“Sí, el médico me dijo que cuando naciera solo le diera lactancia materna hasta los 6 meses, ya después puré, no se, algo suave”</p>
<p>MÉDICO DEL HOSPITAL DE NAZARETH RESPUESTAS</p>	

HALLAZGOS DE LA REALIDAD

• •

<p>¿Como cataloga el funcionamiento operativo y administrativo del hospital?</p>	<p>“Pero esta institución que es de baja complejidad que se basa en una contratación de unos recursos limitados es difícil.” “Como ustedes decían la atención si hubiese unas especialidades básicas como medicina interna, pediatría, ginecología ya que tenemos hipertensos, diabéticos, etc. y los niños que tenemos una cantidad y tenemos materno y esas causas de morbimortalidad de materno perinatal uno con esa atención inmediata estaría mejor no importa que sea mensual, bimensual o trimestral pero desgraciadamente no la hay” “Nosotros tenemos una zona de influencia hay 8 corregimiento tenemos 4 centros de salud que son (Paraíso, Flor de La Guajira, Ciafani y Puerto Estrella) 2 puestos de salud que son VILLA FATIMA Y GUARPAI. En esos puntos tenemos personal para hacer atención en esa zona, pero aun así hay una zona que está dispersa y lejana a esos puntos que vendrían siendo nuestras atenciones intramural por eso nosotros también hacemos atenciones extramural que son visitas domiciliaria, jornadas, una unidad móvil que tengamos de medicina, citología, odontología, psicología, nutrición, trabajo social eso es lo que manejamos en nuestro portafolio de servicios”.</p>
<p>¿Cómo se manifiesta la cultura wayuu con la prestación del servicio de salud?</p>	<p>“La atención especializada eso también les debilita a ellos la parte de unos y costumbres desde la idiosincrasia que ellos manejen ya eso es una limitación cultural hay personas que por cuestiones de creencias no salen y en pandemia menos por eso sería muy bueno que un ente o la institución brinde personal especializado”.</p>
<p>¿Existe limitaciones para la práctica de la medicina tradicional vinculada con la medicina formal en el hospital?</p>	<p>“Claro que sí hay una limitación, pero aquí se tiene que educar más ya que nosotros nunca prohibimos más bien nosotros hacemos atención simultánea, permitimos que si ellos requieren de su medicina tradicional que la utilicen, también hay ciertos casos muy puntuales que hay que individualizarlo que los dejamos que lo hagan ahí mismo en el centro hospitalario le decimos que traigan su médico tradicional (...) entonces se les permite que ellas lleguen y hagan su atención y estén a la vigilancia obviamente de nosotros y tengan su tranquilidad psicológicamente hablando y que ellos se sientan bien”. “Nosotros no podemos ir en contra de ellos ya que nosotros estamos en su territorio estamos atendiendo su población o su etnia como tal, tenemos que respetar nosotros nos tenemos que moldear a ellos no ellos a nosotros obviamente orientamos y advertimos el punto de vista de la medicina de la práctica occidental por decirlo así o de la medicina química pero siempre respetando sus usos sus creencias sus pensamientos y permitimos que hagan la práctica de la medicina tradicional pero siempre hay familias que si hay un choque cultural que nos permiten hacer ciertas cosas y nos limitan se cierran y hay en ese punto ya no podemos hacer más nada”</p>

HALLAZGOS DE LA REALIDAD

• •

¿El tema del lenguaje afecta?	Claro eso es un problema muy grande, desde el momento que yo como alijuna voy a atender un paciente wayuu pero tengo a mi auxiliar propiamente wayuu que entiende el lenguaje en este estrecho ya hay un tiempo perdido y también tengo que creer que lo que el paciente le dijo a mi auxiliar sea exactamente lo que la auxiliar me está diciendo por que muchas veces le digo a mi auxiliar pregúntale desde cuando tiene la fiebre o si la fiebre es constante o va y viene y ella de pronto diciéndoles unas cuantas cosas tarda 10 segundo y yo me demoré todo un minuto preguntado entonces queda información en el aire aquí lo ideal es que el médico sea muy bueno y si no es wayuu tratar de que hable wayunaiki lo único es que el tiempo estando acá uno ya entiende varias cosas y me ha tocado quedarme en consultas solos como hay algunos wayuu que hablan perfectamente el castellano pero hay otro que no y por mucho que yo entienda una que otra cosa puede que yo pregunte y ella no me entienda y me diga una cosa que no lo es ahí se pierde información y eso conlleva a que yo pueda hacer un mal diagnóstico (...) por el simple hecho del lenguaje, por la mala comunicación.
-------------------------------	--

A partir de la transcripción realizada de las respuestas que aportaron los sujetos informantes presentadas en el cuadro 2, se procedió a realizar el análisis de los contenidos y se aplicó la codificación abierta y axial a través del microanálisis, con el propósito de distinguir los conceptos relevantes que explican cómo los informantes conciben la problemática objeto de estudio. Para visualizar la estructura cognitiva integrada de los participantes, se presenta la figura 22 a continuación:

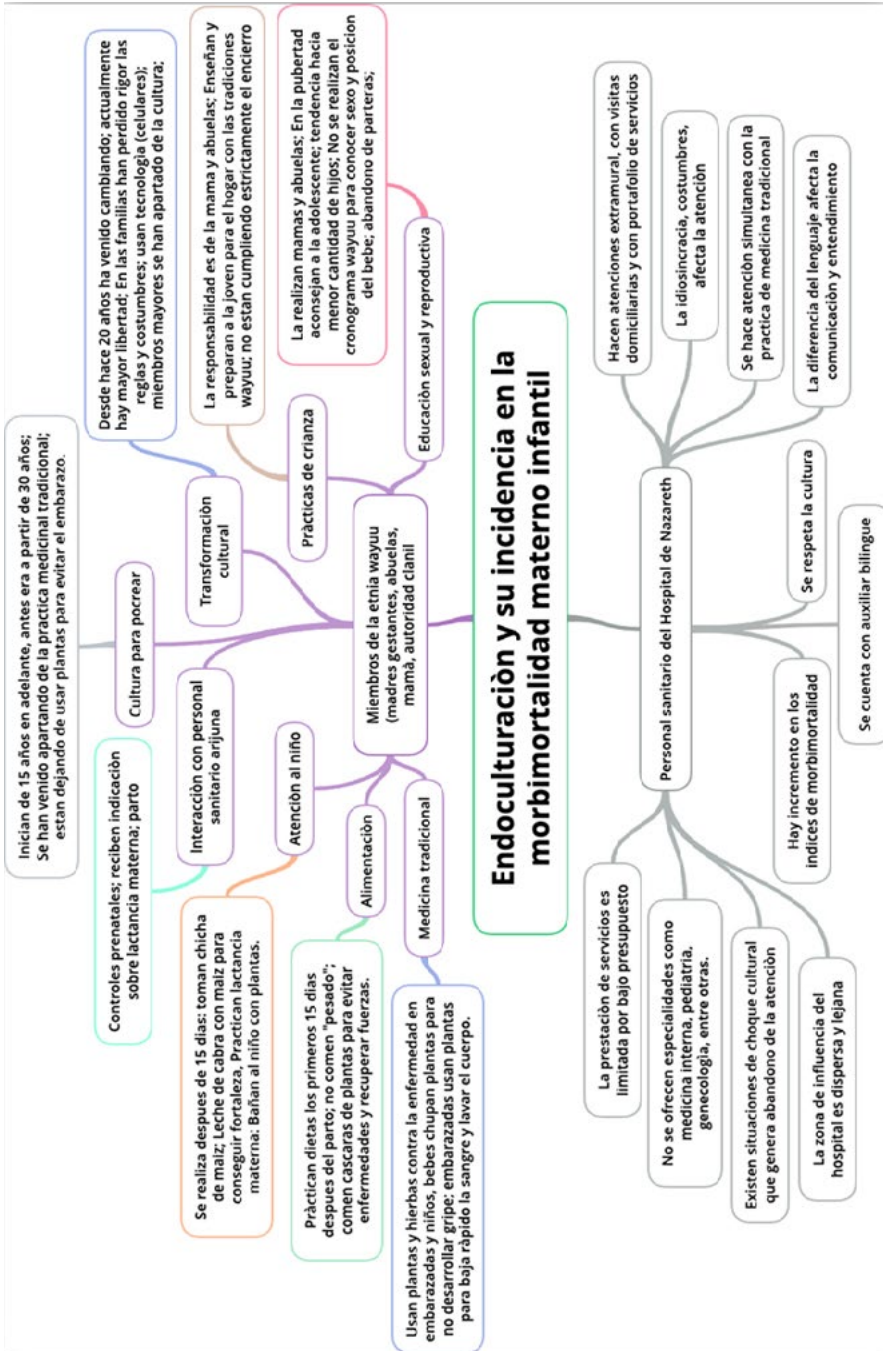


Figura 22. Estructura cognitiva integrada de los sujetos informantes

HALLAZGOS DE LA REALIDAD

• •

De las respuestas de los miembros participantes pertenecientes a la comunidad wayuu que habita en el corregimiento de Nazareth, se puede indicar que el proceso de endoculturación durante los últimos veinte años ha venido sufriendo cambios muy notorios, particularmente en algunos aspectos relacionados con la conducta y los patrones culturales que manifiestan las generaciones más jóvenes de la etnia; así como en la actitud que han tomado las generaciones precedentes en el desarrollo de ese proceso de transmisión de saberes, creencias, costumbres propios de la cosmovisión wayuu.

En efecto, cuando se revisan exhaustivamente a través del análisis los conceptos que derivan de su visión de la realidad, los wayuu evidencian que los miembros actuales en el cumplimiento de los procesos de educación de los más jóvenes en la organización familiar, han dejado en el olvido muchas de las prácticas ancestrales orientadas a los cuidados de adolescentes, embarazadas y los propios infantes, demostrando conductas que en épocas pasadas no eran vistas en la comunidad.

En el caso de la medicina tradicional, tanto las madres y abuelas de las familia han dejado de aplicar tratamientos tradicionales para los casos particulares del cuidado de la mujer embarazada y el niño; por la conducta que en la actualidad están asumiendo las mujeres jóvenes en la comunidad, donde no están cumpliendo con los ritos propios de la cosmovisión, han cambiado los tratamientos con plantas y hierbas que usaban para tratarse las enfermedades, por el uso de la medicina química de los arijuna, hecho que también significa un mayor acercamiento a los servicios de salud.

No obstante, se puede inferir que existe la convivencia de ambos sistemas de salud, ya que la mujer gestante que habita en las rancherías ubicadas en las zonas más dispersas y alejadas del hospital, necesariamente debe ceñirse por las prácticas de la medicina tradicional y por la atención de la partera, por causa de

las dificultades que les representa asistir a un proceso de control prenatal en el hospital. En cambio, aquellas que viven en las zonas más cercanas al hospital manifiestan mayor disposición para asistir a las consultas prenatales y posteriormente al parto.

Cabe destacar, que el inicio de la etapa sexual y reproductiva de la mujer wayuu se inicia a más temprana edad, generalmente 14 o 15 años, constituyéndose en una población de alto riesgo para los indicadores de salud asociados a la morbilidad materno infantil. Así mismo, los resultados develan que las jóvenes no se cuidan tradicionalmente para evitar el embarazo, dejando la puerta abierta para la continuidad del riesgo en los próximos embarazos, aunque es importante señalar que en sus patrones de pensamiento ya no desean tener muchos hijos, un cambio muy representativo dentro de la identidad cultural de los wayuu pero afectado por la situación socioeconómica que se vive en la Alta Guajira en particular.

Sin duda, que los resultados develan cómo la realidad del entorno, ha incidido para que las madres y abuelas cuiden la cantidad de embarazos de las nuevas generaciones, dejando a un lado aquella tradición de orgullo que significa para la etnia que sus mujeres tengan gran cantidad de hijos para perpetuar la cultura. Entonces, estos son cambios bien importantes que se producen en la endoculturación.

Por otra parte, el aspecto alimenticio precario que se vive en algunas de las comunidades del corregimiento, donde no hay animales por la sequía, la falta de agua es una situación dramática para ellos, sin posibilidades de abastecerse de pozos cercanos, sino que solo bajo el esquema de una distribución de camión tanque que les llena algunos recipientes, es la manera que tienen para conseguir el vital líquido, si no tienen que caminar grandes distancias bajo el inclemente sol, característico del territorio para obtenerla.

Lo anterior, impacta en las condiciones de higiene y de alimentación de la mujer gestante creando condiciones de alto riesgo de mortalidad materna y mortalidad infantil por el advenimiento de enfermedades producto de esta situación complicada que viven diariamente y que tiene incidencia directa sobre el embarazo y el posterior cuidado del niño. De tal manera, que esto de alguna manera explica porqué las madres enseñan ahora a sus hijas a no tener tantos hijos a pesar de los que significa culturalmente para la comunidad.

Desde la perspectiva del personal de salud, se puede extraer que algunos elementos culturales como el lenguaje nativo de las gestantes (wayuunaiki) puede ser causa de un complejo proceso de atención en salud para realizar los controles y su posterior seguimiento. Estas dificultades de comunicación y entendimiento buscan ser subsanadas mediante una auxiliar bilingüe, pero que en algunos casos particulares no tiene los resultados esperados.

Igualmente, aspectos propios de la idiosincrasia del wayuu representados en determinadas costumbres y creencias han afectado la atención de los servicios de salud, independientemente del respeto que reciben por la práctica de su medicina tradicional, incluyendo el acompañamiento de su médico tradicional como una forma de crear confianza y que se sientan seguros en la atención del embarazo, pero estos factores obstaculizan en algunas situaciones los procesos de atención en salud por parte del personal sanitario del hospital.

Ante los resultados anteriores, se puede afirmar que “La cultura tiene incidencia directa en la relación salud-enfermedad” [24], y la endocultura wayuu es un proceso donde la educación interviene con elementos relacionados a la transmisión de saberes, creencias, prácticas, hábitos y costumbres de la etnia [78,79], para atender su salud, el embarazo, el parto y los cuidados del niño; entonces la

endoculturación incide en un fenómeno de salud pública como es la morbilidad materno infantil.

Además, entre los múltiples factores de riesgo para la morbilidad se encuentran los factores educativos que contienen tradiciones, creencias, hábitos y costumbres de las personas que ejercen gran influencia sobre su estado de salud; sumado a factores sociales como la educación, el estilo de vida, las conductas y los cuidados que aplican las familias, destacando el proceso salud-enfermedad de las mujeres embarazadas, donde intervienen los hábitos alimentarios deficientes, el poco acceso a la atención de salud de calidad, la condición socioeconómica, las características de los servicios disponibles, entre otros; que tienen gran impacto sobre la salud materna [59].

De tal forma, que los argumentos anteriores fundamentan la proposición que la endoculturación wayuu impacta moderadamente la morbilidad materno infantil en el corregimiento de Nazareth, del municipio de Uribia, Alta Guajira. La relación es moderada, porque producto de “el contacto de dos o más culturas o civilizaciones por un tiempo prolongado sea natural o forzoso da la posibilidad de una transculturación (mezcla de culturas) o de una aculturación (desplazamiento de una cultura por otra dominante)” [22], propiciada por la interacción entre los miembros de la comunidad wayuu con personas de diferente cultura (arijuna) y también por la influencia cultural que han ejercido sus miembros retornados (que vivían en otros lugares como Venezuela).

Por tanto, se ha configurado un espacio multicultural donde muchas prácticas que se generan de la endoculturación han venido teniendo menos vigor y presencia en las mujeres jóvenes de la etnia, pero en el caso de aquellas que viven alejadas y dispersas con menos posibilidades de acceder a los servicios de salud, entonces

sigue vigente la práctica de la medicina tradicional, con todos los elementos de su cosmovisión.

En referencia a las que han accedido a los servicios de salud en el hospital de Nazareth, han participado de la medicina formal y sus procesos, aunque limitados por las capacidades que se tienen en los servicios de control prenatal y de parto. Por consiguiente, la endoculturación tiene incidencia sobre un cierto porcentaje de los índices de morbilidad materno infantil y la otra parte es causada por las dificultades que tienen las mujeres de la población para acceder de manera oportuna a los servicios de salud para el control del embarazo y posterior a él.

De igual modo, el enfoque diferencial debe permitir una apertura en la transformación de la atención de los servicios que se ofrecen a la comunidad y del reconocimiento de prácticas y saberes en el territorio [25]. Esto sugiere entonces que la morbilidad materno infantil en las comunidades wayuu del corregimiento de Nazareth, se derivan de la endoculturación de la etnia, como a factores exógenos en el territorio.

Luego de contrastar los resultados obtenidos con la teoría referencial propuesta por los autores, es posible esgrimir algunas soluciones ante la problemática, sobre todo porque existen estudios donde “La principal intervención para reducir la mortalidad infantil fue el control prenatal”. [140]. Esto invita a educar y sensibilizar a la comunidad wayuu para que sigan interactuando con la medicina occidental y el personal médico arijuña, que puedan comprender que la sinergia de ambas culturas puede lograr mejorar la salud en ellos.

En cuanto al embarazo en las comunidades wayuu, estos hacen parte de las concepciones de la salud de la etnia, tomando en cuenta que ellos priorizan generalmente sus saberes y creencias antes que a la aplicación de métodos para la salud como sería el

control prenatal y control de la natalidad [18]. Este punto es muy importante, porque ya se mencionó la trascendencia que tiene el control prenatal para evitar la mortalidad infantil, con lo cual se reducen los índices de morbilidad materno infantil.

Sin embargo, se pudo evidenciar que a pesar de diferencias bien marcadas, muchas mujeres wayuu buscan ayuda tanto dentro de su cultura o en la medicina occidental para poder controlar el número de embarazos y no aumentar la cantidad de hijos. De tal manera, que dentro de la cultura wayuu están conscientes que el crecimiento de una familia implica esfuerzos mayores para la satisfacción de las necesidades básicas [18]. Esta combinación significa también un cambio cultural importante, diferente al que la endoculturación por años les fue mostrado, así que esto también es una vía para la reducción de los índices de salud que se han estudiado.

Los hallazgos encontrados y observados durante el periodo de investigación permiten crear una línea de argumentos donde se reconoce que la endoculturación wayuu efectivamente tiene incidencia sobre los índices de salud de la morbilidad materno infantil en la población wayuu de Nazareth, especialmente en aquel segmento de la población de mujeres gestantes que se ubican en las zonas dispersas y lejanas al centro de salud, porque su única opción es la práctica de la medicina tradicional para atender las afectaciones en las embarazadas y en la etapa posterior al parto.

En cambio, en aquellas que, sí logran acceder a los servicios de salud en el hospital de Nazareth, la endoculturación tiene menos influencia porque este segmento de la población participa de los controles prenatales que le aplica el personal sanitario; además de los tratamientos con base en la medicina química de los *arjunas*. Este hecho, devela un cambio cultural en las prácticas de cuidado y seguimiento que se hace durante el embarazo y posterior a él, tanto para la madre como para el niño. Entonces, los indicadores de

morbimortalidad materno infantil sí son influenciados por la cosmovisión wayuu con sus prácticas ancestrales, pero esa influencia se muestra con menor intensidad en la realidad actual de las comunidades, donde la rigurosidad de los patrones de conductas para atender el embarazo y sus cuidados han venido siendo permeados por las prácticas culturales de los ariajuna, además de otros factores determinantes dentro del fenómeno.

Con respecto al sistema normativo wayuu ancestral este se aplica conjuntamente frente a la jurisdicción especial indígena, prevaleciendo la palabra como fuente principal de derecho y el palabrero (*pitchipu*) como conciliador o mediador frente a los conflictos entre clanes con el fin de mantener la tranquilidad dentro de la comunidad. Ahora, frente a los derechos fundamentales de la mujer wayuu, como los sexuales y reproductivos, concordantes con la organización ancestral, antiguamente ellas no podían decidir sobre su cuerpo y el acceso a la salud que podían tener, era únicamente a la ancestral y la medicina natural.

En palabras de las mujeres entrevistadas en Nazareth en el marco del proyecto de investigación, se cita el siguiente diálogo realizado en un grupo focal de la comunidad:

“Desde que cumplimos los doce años, ya dejan los muñecos, empiezan a crecer y nosotras empezamos a notarlo y comenzamos a educarlas, hacer las responsabilidades de la mamá y de la abuela y uno mismo tiene que bañarlas así sea una vez a la semana, porque de pronto ella misma se esconde en la primera menstruación. Cuando llega la primera menstruación se habla con ella; ya no eres una niña, ya eres una mujer, algún día vas a ser madre, abuela, esto es sagrado tienes que estar guardada y bajo dieta, majayu: ya no eres niña. Se acuesta en el suelo, se le pone un trapo ahí

abajo, se pone boca abajo, la que va a guardar puede ser la tía, la abuela, alguien que sepa guardar. La que la guarda tiene que ser una persona especial; porque ella hereda el comportamiento de esa persona. Cuando ella está acostada tiene que darle los medicamentos que ella tiene que tomar; hay unas plantas, unas piedras, no es cualquier piedra es una piedra medicinal que es blanca le dicen “casivoque”, el sabor es como arena. agüitas, hierbas y así. Tienen que cortarse el cabello, hay unas que demoran un año o más encerradas”.

El anterior relato es uno de los apartes de la entrevista a mujeres wayuu que manifestaban cuáles eran los cuidados, tradiciones que se tenían frente a los temas de reproducción y salud en las comunidades. Estas costumbres, aunque siguen vigentes y siguen transmitiéndose de generación en generación, se complementan con la medicina bioquímica aunado al hecho que muchas mujeres han salido del seno de la comunidad a estudiar, trabajar y esto ha traído consigo nuevas costumbres, cambio en su rol y respeto ante la dignidad de la mujer. Tradiciones como las del encierro se dejaron de practicar hace tiempo ya.

Entender todas estas costumbres, abarca un sinnúmero de factores, uno de ellos es el jurídico, debido a que se hace necesario hablar del sistema normativo wayuu, que implica esencialmente comprender su cultura, que es la que ha dado origen a su forma de organización y las normas por las que se rigen. Esto coincide con lo expresado por Polo [87] quien manifiesta que “estas normas son aplicadas por las personas más sabias entre los tíos maternos (*alaülayü*) y que poseen experiencia en la resolución de problemas como los ancianos (*laülayü*). Por lo cual estas dos cualidades las asume el palabrero, (*pütchipü*)”.

En Colombia, se creó dentro del Plan Nacional de Desarrollo, el programa anual que busca encaminar proyectos para promover puntos importantes dentro del país; en el año 2011 a través de la Ley 1450 de 2011 y por medio del Decreto 1953 de 2014 se creó un régimen especial “El Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) [141] con el fin de que los pueblos indígenas pongan en funcionamiento un sistema de salud intercultural bajo el conjunto de políticas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que desde la sabiduría ancestral conjugada con la medicina convencional sirvan para orientar dicho sistema, en armonía con la naturaleza, pilar fundamental de estos pueblos y según la cosmovisión de cada uno.

El SISPI se articula, y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y es un compromiso del Estado Colombiano. A partir de ahí, vino un comienzo importante para reforzar el sistema de salud de las comunidades étnicas, han venido consiguiendo leyes y Decretos importantes que permiten la promoción y prevención de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas wayuu. Por citar algunos, Decreto 1973 de 2013 del Ministerio Salud y Protección Social, Decreto 1953 de 2014 del Ministerio del Interior, Decreto Ley 4633 de 2011 del Ministerio del Interior, Decreto 1848 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Gracias al SISPI, hoy las mujeres en el E.S.E Hospital Público de Nazareth logran encontrar saberes ancestrales y de medicina tradicional. Entendido entonces el sistema político y normativo ancestral y el legal colombiano encaminado a la protección de los derechos ancestrales, los hallazgos encontrados dejan evidencia que a pesar de las tradiciones de esta comunidad están muy marcadas en cada familia, la incidencia y evolución propia de la sociedad ha traído consigo cambios o modificaciones culturales.

En palabras de las mismas mujeres de la comunidad, en las entrevistas hechas dentro del desarrollo del proyecto de investigación, hoy día las mujeres más jóvenes frente al tema de los derechos sexuales y reproductivos, prefieren ir al médico por vitaminas, medicinas, hasta métodos de planificación familiar, cuando antiguamente:

para que no vayan a parir continuamente le dábamos medicamento para eso, había medicina ¡había no! que, si lo hay, pues no lo estamos utilizando, lo hemos dejado de lado, y como las plantas son amargas, las niñas prefieren las medicina (las vitaminas y otros) y los controles y por eso es que eso se va quedando atrás. Las plantas están en la serranía de macuira, aún están vivas, lo que pasa es que nosotros estamos descuidando.

De la misma forma para las mujeres que se encuentran en etapa de gestación o posparto, existe una gran influencia por parte de la medicina occidental; dicen las entrevistadas dentro de la comunidad que:

antes nosotros teníamos unas parteras, pero la juventud las ha abandonado, dejándolas solas, ya no se hacen el ecograma wayuu ahora se hacen el ecograma normal. El ecograma wayuu se hacía tocándoles la barriga para saber de qué sexo era él bebé, depende cómo tenía la cabeza, en qué posición estaba, etcétera, ellas podían dar un informe de cómo estaba, y lo acomodaban si estaba en mala posición para que naciera bien, de tal forma que no hubiese complicaciones a la hora de nacer, y se le daban planticas también por si tenía dolores o calambre y acomodaban al bebé; (la partera debía ir a donde estaba la mujer embarazada).

Es menester dejar claro, que, aunque existe también una marcada incidencia de la medicina tradicional, realmente coexisten dos tipos de medicina, la ancestral y la occidental, que entre ellas se complementan y que en el evento que una por sí sola no pueda tratar, curar o intervenir frente a una situación, la otra la complementa sin ningún problema cultural y sin ninguna oponibilidad por parte de la comunidad.

De hecho, las mujeres de la comunidad aceptan y respetan ambas prácticas, manifiestan que los programas de prevención y promoción de sus derechos han sido de gran importancia y ayuda para empezar a decidir sobre su cuerpo y su cuidado. Que aún falta mucho camino por recorrer, cosas por mejorar, pero se está en un gran inicio. También existe evidencia para afirmar que la cosmovisión wayuu es la principal fuente en las prácticas de atención a las mujeres en edad reproductiva, gestación y posparto, dado que la atención primaria en salud normalmente se lleva a cabo por Los Piache, respondiendo principalmente a las características sociales, demográficas, económicas y culturales.

No hay que dejar de lado que lo anterior responde a la realidad del municipio, sus factores socioculturales. Sin embargo, contrario a las ideas que se podrían tener antes de la investigación se puede observar ampliamente que las mujeres wayuu tienen mucho más conocimiento hoy día, de sus derechos, cómo acceder a ellos, los planes existentes en materia de promoción y prevención de enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar, control pre natal, posparto, salud de los infantes.

Por otra parte, la entrevista realizada con el personal sanitario del hospital de Nazareth, arrojó información muy importante sobre la problemática abordada, pero también sobre posibles soluciones relacionadas con la prestación de servicios de calidad y la mejora en la atención primaria en salud que incluye nuevas metodologías

HALLAZGOS DE LA REALIDAD

• •

que pueden implementarse para ofrecer atención de especialistas en diversas áreas de la salud. En el Cuadro 3 se presenta la transcripción de las preguntas y respuestas:

Cuadro 3. Transcripción de preguntas y respuestas sobre la problemática objeto de estudio

INTERROGANTES DURANTE EL DIALOGO CON EL PERSONAL DE SALUD	RESPUESTAS DEL INFORMANTE CLAVE
¿Cómo se organiza la Institución desde el punto de vista de la atención materno infantil?	<i>Desde el punto de vista Materno fetal es una situación multi-factorial, ya que desde la Institución puede haber falencias en talento humano, en adquisición de equipos, en la capacitación del personal que, sumado a ciertas limitaciones desde lo cultural o de la comunidad, como ocurre con su cosmovisión configuran algo bastante complejo. Por eso, cuando se une la institución con la comunidad forman algo social con un espacio bien grande para que se pueda dar una atención integral como uno quisiera. Desde ese punto de vista yo le podría comentar todas las debilidades de cada uno y su infraestructura, no sé si recorrieron todo el hospital, podrán notar que no está dividido y no es culpa del gerente, eso ya viene de atrás hay un proyecto en el departamento del ministerio que ya está aprobado para la mejoría de la infraestructura de la Institución, ahora faltaría el dinero que si no me equivoco serían de 12 a 15 mil millones de pesos, ahora nos toca esperar esa mejora y ahí si se verá más organizado.</i>

¿Esa mejora pretende dar un orden al hospital tanto operativo como administrativo?

Claro que si porque prácticamente el hospital esta adoptado, **se tiene un consultorio** que es el primero allí **se atiende toda la urgencia y también hacer el TRIAGE**, que lo puede hacer cualquier médico que este de turno en su consultorio, pero como sabrán el TRIAGE desde el punto de vista de habilitación **con una mejoría de la infraestructura se organiza**, pero esta institución que **es de baja complejidad basada en una contratación de recursos limitados**, es difícil. **Se necesita la atención en especialidades básicas como medicina interna, pediatría o ginecología** porque existen hipertensos, diabéticos, etc. y **se podría mejorar los índices de morbimortalidad materno perinatal con esa atención inmediata, no importa que sea mensual, bimensual o trimestral pero desgraciadamente no la hay.**

Por ejemplo, **si llega una persona hipertensa se tendría que hacer una remisión** que por la resolución 3280 amerita una atención especializada por medicina interna, se hace la remisión y la EPS anaguayu y confaguajira que es la Asociación Indígenas del Cauca (AIC) con la cual se tiene contrato lo pondría en espera de la autorización la EPS para que lo valore un médico internista, entonces **puede pasar tiempo y no se logra una valoración.** En cambio, si aquí hubiese una consecución de esa atención por parte de alguien especializado sería lo ideal, se sabe que no va a valorar en 3 o 4 días a todos los pacientes; pero **se haría una programación tomando en cuenta la cantidad de pacientes que el especialista pueda atender** y enseguida se pueden ir dándoles orientación y conducta a esos pacientes. Las remisiones en el caso de la EPS puede que responda o que no, porque **un paciente de esta zona es indígena, de bajos recurso, vulnerable y con un acceso a la salud bien difícil**, porque a veces solo tienen para una sola comida al día y **no puede gastarse un pasaje que cuesta 80 mil pesos, que le sirven para comprar alimentos**, con el agravante que de generalmente pertenecen a núcleos familiares grandes, entonces es **muy complejo desde el punto de vista económico**, por eso se dice que es **multifactorial con gran cantidad de situaciones** que están presentes. Entonces aquí el proceso de la habilitación no se puede hacer por falta de esa atención especializada y en la red hospitalaria esa atención especializada de urgencia la haría el Hospital San Jose de Maicao, allá se remiten los pacientes de urgencias y las EPS son las que se encargan. Sería favorable una articulación entre la EPS y el Hospital porque **el paciente cuando sale de su resguardo le genera intranquilidad y han tenido experiencias desagradables**, porque generalmente tienen un paciente desnutrido y de pronto no tienen el cuidado donde le están haciendo la atención especializada, eso también les debilita porque **afecta sus costumbres, esto es una limitación cultural incluso existen wayuu que por cuestiones de creencias no salen y en pandemia menos con lo cual se justifique que la institución pueda brindar atención especializada con personal preparado con ayudas o recursos económicos.** Esta institución tiene una zona de influencia donde hay 8 corregimientos, existen 4 centros de salud que son Paraíso, Flor de la guajira, Ciafani y Puerto estrella); además 2 puestos de salud que son Villa Fátima y Guarpai, en esos puntos hay personal para hacer atención en esa zona, pero aun así, **hay una zona que esta dispersa y lejana** a esos puntos que vendrían siendo parte de **las atenciones extramural que son visitas domiciliaria, jornadas, una unidad móvil con la que se cuente de medicina, citología, odontología, psicología, nutrición, trabajo social, como parte del portafolio de servicios que se maneja.**

HALLAZGOS DE LA REALIDAD

• •

<p>¿Tiene una frecuencia de cuánto?</p>	<p>Las atenciones en los centros son todos los viernes, salen a una comunidad y se hace una mensual con un recorrido completo que se realiza durante una semana fuera en cierta zona donde los centros de salud atienden de manera intramural y también salen a zonas que son distantes a 1º 2 horas</p>
<p>Con respecto a los indicadores de salud, ¿cuentan con toda esa información?</p>	<p>En la parte de indicadores contamos con censo poblacional, el perfil epidemiológico, también el censo con su grupo, es decir cuánto se tienen de población menores de 1 año, de 5 años, mujeres fértiles, adultos, etc. También que personas están aseguradas y quienes no quienes, extranjeros en este caso la mayoría venezolanos con documentación y sin ella, también los que son retornantes porque vivían aquí tienen sus documentos y se fueron al exterior, entonces manejamos ese tipo de indicadores. Igual hay indicadores publicados según la dosis 46 la 1502 hay esta la producción. También manejamos ciertos indicadores de atenciones que se han hecho conjunto a la medicina, por ejemplo fuimos prueba piloto de telemedicina con cierto apoyo por parte de la cancillería el año antes pasado, ellos fueron los que financiaban eso porque el hospital no puede financiar algo si por la poca capacidad económica, pero por lo menos que tenga un programa que sea autosostenible donde no dependa del hospital que no tiene la capacidad para invertir y lo que se necesita es un programa que realmente impacte positivamente como por ejemplo un Pediatra o un Ginecólogo que por lo menos con una tele consulta los pueda valorar, esa es una iniciativa buena pero las que se han implementado no han durado el tiempo suficiente por el costo que genera y todos tienen un recurso mínimo.</p>
<p>Basado en su experiencia, el tema de la medicina tradicional cultural que ellos usan contra la que le puede ofrecer el hospital, ¿ha tenido incidencia en el tema materno infantil?</p>	<p>Claro que sí, hay una limitación, pero se debe educar porque en el hospital no se prohíbe la medicina wayuu, más bien se hace atención simultánea, se permite que ellos usen su medicina tradicional, pero hay ciertos casos muy puntuales donde se permite que realicen sus prácticas allí mismo en el hospital, se les dice que traigan su médico tradicional que puede ser el Huesólogo que sería el Ortopedista, también está el Pediatra, la ginecóloga que viene siendo la Partera, entonces se permite que esos miembros de la etnia lleguen y hagan su atención, bajo la vigilancia del personal sanitario del hospital con el objetivo de que tengan su tranquilidad psicológicamente hablando y se sientan bien. Esta práctica de atención en conjunto se ha realizado en trabajo de parto, en pacientes fracturados, con pacientes con tuberculosis, con pacientes desnutridos, etc. Pero siempre hay una brecha, un punto donde no todos los pacientes van a querer y acepten, aunque nosotros desde la parte de medicina tratamos de que si se pueda dar. Nosotros no podemos ir en contra de ellos ya que nosotros estamos en su territorio, estamos atendiendo su población o su etnia como tal, pero debemos respetar, obviamente orientamos y advertimos el punto de vista de la medicina de la practica occidental, de la medicina química pero siempre respetando sus usos, sus creencias, sus pensamientos y se acepta la práctica de la medicina tradicional.</p>

HALLAZGOS DE LA REALIDAD

• •

<p>¿Esa integración de atención intercultural sigue algunos lineamientos en particular?</p>	<p><i>Si, hay un modelo de atención que se debe adoptar, pero también está el modelo SISPI que es un modelo propiamente indígena que igual se tiene que trabajar, de forma y de fondo porque faltan muchas cosas que necesitan inversión económica que no está disponible. Por ejemplo, la infraestructura cuando se divide enseguida tendría que contratar más personal y el hospital no tiene capacidad para contratar más personal no sería autosuficiente, entraría a liquidación. El hospital depende de un capital de la contratación, no hay como tal otro tipo de contratación, además la pandemia ha interferido cualquier convenio que se pueda lograr.</i></p>
<p>¿En la prestación de servicios del hospital, como han manejado el tema del idioma?</p>	<p><i>Eso es un problema muy grande, desde el momento que el personal médico arijuna atiende un paciente wayuu tiene un auxiliar propiamente wayuu que entiende el lenguaje donde se crea ese proceso de interacción y hay que confiar en las versiones traducidas del idioma de cada quien para la intervención médica. Para evitar información en el aire por efectos del idioma se recomienda que el medico pueda desarrollar habilidades en el idioma wayunaiki eso evitara muchas situaciones de obstáculos para realizar un correcto diagnostico por el tema del lenguaje, pero además puede incidir en la alteración de un indicador por la falta de comunicación como sería el de satisfacción del usuario.</i></p>

A partir de la transcripción realizada, se procedió a realizar el análisis de los contenidos y se aplicó la codificación abierta, axial y selectiva a través del microanálisis, con el propósito de distinguir los conceptos relevantes que explican cómo el personal de salud concibe la problemática de la APS en el centro de salud del corregimiento de Nazareth. Para visualizar la estructura cognitiva del personal de salud se presenta la Figura 23 a continuación:

• •

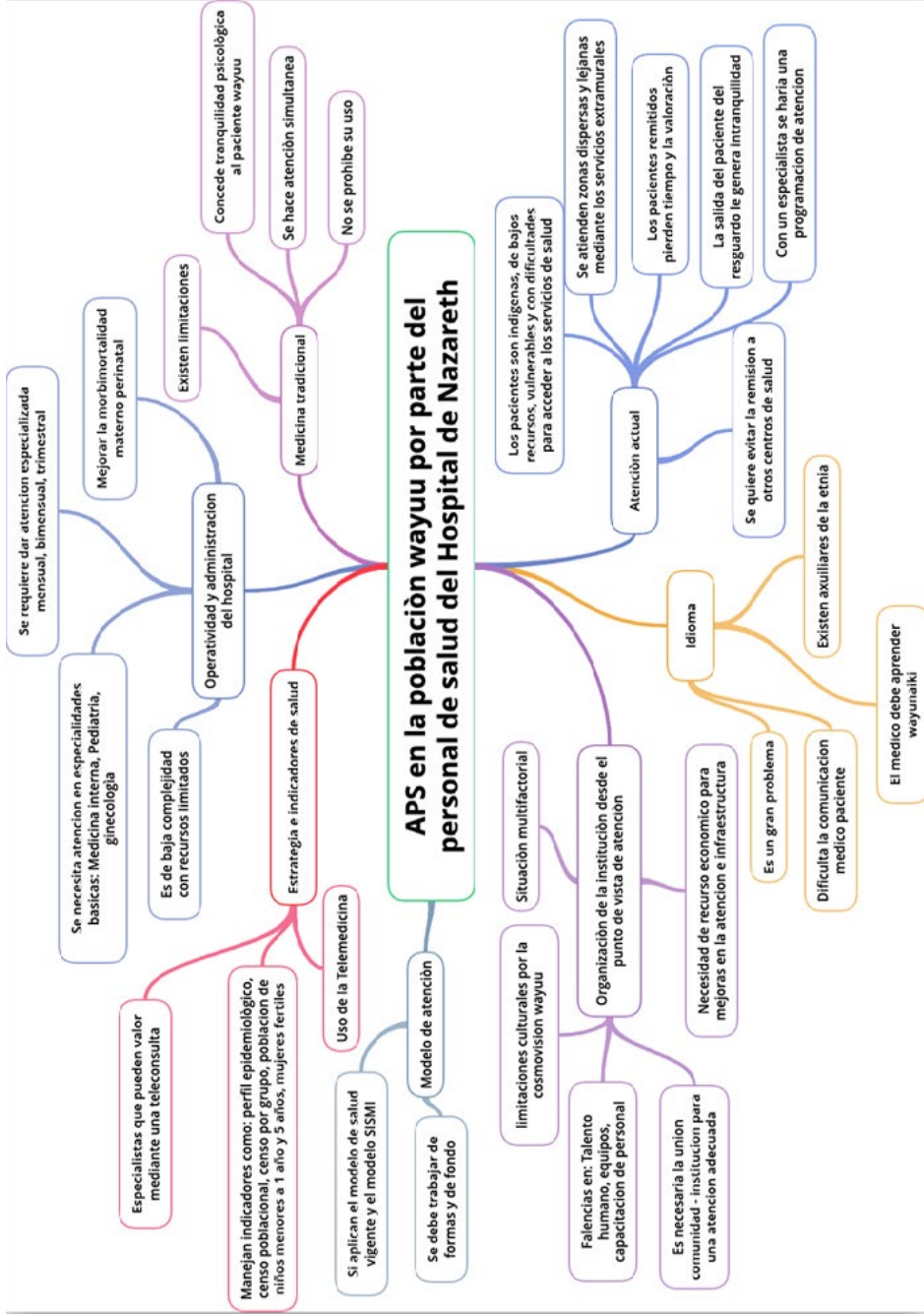


Figura 23. Estructura cognitiva informante clave del personal de salud

HALLAZGOS DE LA REALIDAD

• •

De las respuestas obtenidas del personal de salud del hospital de Nazareth se desprenden elementos que permiten conocer cómo se ha aplicado la APS dentro de la comunidad wayuu ubicada en un territorio disperso, rural, con condiciones socioeconómicas difíciles como el estudiado. Resalta de los aportes la existencia de factores positivos y otros negativos sobre los cuales se debe intervenir con una estrategia nueva, con enfoque diferencial adaptado a las características que describen el territorio.

En primer término, se considera positivo que la atención en salud se realiza por encima de cualquier barrera cultural del paciente, incluso se acepta la incorporación de las prácticas en salud que derivan de la cosmovisión del wayuu al que se le atiende respetando su cultura, sus creencias y la aplicación de la medicina tradicional para la atención de la salud y la enfermedad. La prestación del servicio se realiza con la colaboración de un auxiliar que pertenece a la etnia, buscando facilitar de esta manera una atención de mayor calidad y precisión; además de una tranquilidad psicológica para el paciente.

Sin duda, que aceptar el uso de la medicina tradicional y también el acompañamiento de los médicos de la etnia, constituye la operatividad del enfoque diferencial con el cual debe tratarse esta cultura tan particular, que tienen sus propias explicaciones sobre la salud y la enfermedad pero que se ha demostrado puede integrarse a la medicina occidental de los arijuña. Los miembros de estas comunidades se caracterizan por su condición socioeconómica precaria, de bajos recursos, vulnerables y con muchas dificultades demográficas para acceder a los servicios de salud por las características propias del territorio, por eso la atención que el centro de salud ofrece a través de las actividades extramurales, compuestas por visitas domiciliarias en zonas rurales y dispersas es una estrategia sumamente beneficiosa para la atención.

En efecto, en las visitas domiciliarias se lleva un portafolio de servicios para atender las principales patologías y necesidades que requiere la población que tiene mayor dificultad para acceder a los servicios en el hospital, esta novedad también representa parte de lo que estas comunidades realmente necesitan, tomando en cuenta que la salida de su resguardo le implica inseguridad, intranquilidad. No obstante, es una acción estratégica que requiere de recursos y personal apropiado, para que pueda tener mayor frecuencia de aplicación.

Entre los factores negativos en la APS que se realiza actualmente, están las propias condiciones en las que opera y se administra la institución de salud, la cual es de baja complejidad y requiere de inversión para mejorar su infraestructura en función de atender de mejor manera a la población. Los recursos con los cuales funciona son escasos, hecho que limita ampliar su oferta de servicio especializado, tan necesario para atender las patologías que caracterizan a los pacientes wayuu, por ejemplo, en medicina interna, pediatría, ginecología, entre otras; esto reduce su capacidad de actuación para la atención en salud.

Por otra parte, no cuenta con la posibilidad de financiar la visita de médicos especialistas que mediante una planificación pueden atenderse periódicamente, con lo cual se podría solventar las falencias de talento humano disponible en los centros de salud, tanto los del hospital como los ubicados en las otras zonas dispersas. Adicionalmente, no se cuenta con la capacidad económica para invertir en otras estrategias que anteriormente utilizaron como la telemedicina, con buenos resultados durante su aplicación, pero no fue concebida como un proyecto autosostenible, por tanto, solo fue parte de una prueba piloto que convendría retomar.

Así mismo, el hospital cuenta con datos epidemiológicos y demográficos que pueden ser parte de programas o iniciativas de APS para ofrecer mejores herramientas y estrategias de atención a la

HALLAZGOS DE LA REALIDAD

• •

comunidad wayuu, tomando en cuenta que el enfoque diferencial se basa en considerar más que aspectos de los sistemas de salud, incluye otros factores determinantes para cuando se desea mejorar las condiciones de salud de una población. En definitiva, el personal de salud concibe la APS como un evento multifactorial que requiere de modificaciones de forma y de fondo, para que tengan mejores resultados en los territorios rurales dispersos y étnicos, como ocurre con el corregimiento de Nazareth.

En síntesis, los hallazgos encontrados y observados durante el periodo de investigación permiten crear una línea de argumentos donde se reconoce que todo lo que ha implicado la APS desde su creación hasta la actualidad todavía no genera los beneficios que las poblaciones diferenciadas culturalmente deberían disfrutar; al contrario, distan en llegarles y como lo han expresado los expertos las razones se circunscriben a factores que involucran a quienes están capacitados y les asiste el deber de ejercerla; así como a la falta de apoyo económico por parte de los entes gubernamentales e institucionales encargados de hacer cumplir con las políticas sanitarias establecidas en el país.

En definitiva, se adeuda a la comunidad wayuu de Nazareth el principio de equidad y ofrecerles lo que por derecho universal también les corresponde, como lo es el derecho a una salud integral que involucre su biopsicosocialidad. En este punto la estrategia de APS es muy bien conocida, es clara, ha sido probada en muchos países como por ejemplo España donde sus resultados han sido publicados y aunado a esto también se ha hecho mención de todo el aparataje tecnológico disponible para la atención materno infantil de calidad, digna, humanizada, ajustada al derecho jurídico, ético, moral, profesional y cualquier otra ley que se quiera nombrar.

Por tanto, debe implementarse en la práctica una estrategia de intervención como la que se propone en esta investigación, al menos iniciar con el recorrido a un continuo replicar en el tiempo

HALLAZGOS DE LA REALIDAD

• •

mejorándola y creando mecanismos que le den permanencia en el tiempo para convertirla en autosostenible. Por eso, se propone el uso de la telemedicina, pero no para pretender eliminar la atención médica presencial tradicional, sino para sumar mayores esfuerzos de atención como un ente sumatorio generador de salud. La telemedicina acerca distancias y facilita información oportuna para las madres y sus médicos tratantes.

Visto de esta forma, esta estrategia aumentará considerablemente la cobertura de los programas de salud en cuanto a la planificación familiar, control prenatal, atención del parto, control post natal, cuidados del recién nacido, apoyos en las primeras semanas de vida de los recién nacidos, lactancia materna entre muchos otros alcances y lo hará con un profesional de salud especializado, dotado de una gran calidez y sensibilidad humana, adiestrado en telemedicina y que de esta manera se superen las relucientes trabas tradicionales como la pobreza, la distancia, la falta de información, la escasez de servicios adecuados y las prácticas culturales.



*Jaapuii tuü
woopuii nounajatkaalü*

“El largo Camino a una Esperanza
de Vida”

CAPÍTULO 5

APORTES AL CONOCIMIENTO

5. APORTES AL CONOCIMIENTO

5.1. CATEGORÍAS DE APORTES AL CONOCIMIENTO

Estos son coherentes con los propósitos del estudio, los cuales a través de la metodología empleada permitieron que los resultados constituyan aportes desde estas tres categorías:

Generación de nuevo conocimiento: con el desarrollo de cada objetivo se crea un documento científico donde queda plasmado el nuevo conocimiento generado del procesamiento de la información como parte de la contribución al quehacer científico sobre la endocultura, la etnoeducación, la cosmovisión wayuu, la atención primaria con enfoque diferencial, el sistema normativo wayuu, los sistemas de salud pública y las políticas públicas en salud dentro del país vinculadas a las comunidades wayuu.

Fortalecimiento de la comunidad científica nacional: en relación con este aporte, los resultados de los propósitos permiten la creación de redes de conocimiento para profundizar aún más en esta temática social, involucrando a otros centros de estudios universitarios, así como también a distintos entes públicos con responsabilidades en la salud y el bienestar de la población, especialmente en las comunidades indígenas. Finalmente las universidades se plantearon nuevos proyectos, o temas de investigación que amplían

el estudio del fenómeno relacionado con la realidad que caracteriza a las comunidades wayuu en Colombia.

Apropiación social del conocimiento: los resultados se socializan mediante la creación de reportes de investigación como son los artículos científicos y libros producto de investigación que se presentarán posteriormente en eventos científicos, encuentros de saberes culturales, exposiciones científicas relacionadas con la temática, publicaciones en revistas científicas, entre otras oportunidades de difusión del conocimiento.

5.2. ASPECTOS RELEVANTES EN LA TRANSCULTURACIÓN DE LAS COSTUMBRES ANCESTRALES REPRODUCTIVAS DE LA MUJER WAYUU DE NAZARETH

Resulta relevante que a partir de la observación de la vida en sociedad de los wayuu, como del uso de instrumentos de investigación como entrevistas, diálogos y otras técnicas de recolección de información propias del paradigma post-positivista cualitativo-etnográfico, un grupo de investigadores pudo adentrarse en los asuntos de la cosmovisión wayuu, su estructura política, sistema normativo y de organización social, sus prácticas culturales, sus procesos de endoculturación, los factores etnoeducativos y de identidad con respecto a la salud, la familia y la mujer, pudo documentar aspectos relevantes de la vida en comunidad.

El proceso anterior, develó que, aunque han mantenido la tradición ancestral, de alguna manera también se han venido transformado por factores incidentes y realidades sociales que impactan la cosmovisión de su pueblo. Es por eso, que uno de los fenómenos observados fue la transculturación de las costumbres ancestrales reproductivas de la mujer wayuu. Es más, entiéndase a la transculturación como la pérdida parcial de las prácticas ancestrales en

cuidado de salud con respecto a la mujer wayuu gestante y en edad reproductiva, para adoptar formas culturales sin enfoque diferencial propias del sistema de salud occidental representado en el Estado colombiano.

Lo anterior, se ha convertido en un obstáculo para salvaguardar la cosmovisión e identidad étnica del pueblo wayuu y en especial de las prácticas ancestrales del cuidado de la mujer gestante y/o madre de niño y niña wayuu menores de 5 años de edad, porque no se han transmitido de generación en generación los conocimientos de la medicina ancestral impartida por los Outsü (médicos wayuu) y cada vez más las mujeres de la etnia se han acercado a prácticas de atención primaria en salud del sistema occidental de salud colombiano, sin un enfoque diferencial que exalte, respete y vincule su cosmovisión y medicina ancestral.

Ahora, producto de las condiciones económicas, políticas y sociales de Nazareth, es necesario que el pueblo wayuu que habita este territorio, tenga una relación estrecha con el Estado colombiano y con todas sus políticas públicas y programas financiados por gasto social, así como también con su sistema de salud, por ser ellos comunidad étnica protegida dentro del territorio colombiano. No obstante, lo anterior, debería darse manteniendo la naturaleza de sus costumbres; empero, se está perdiendo lo valioso de su cosmogonía y no precisamente por la incidencia del Estado colombiano.

En ese sentido, la transculturación de las costumbres ancestrales reproductivas de la mujer wayuu, como uno de los hallazgos del estudio sobre la morbilidad materno infantil en la comunidad wayuu de Nazareth, se debe estudiar a la luz de contribuir a la difusión y divulgación del fenómeno que está impactando de forma negativa la cosmovisión e identidad del pueblo indígena bajo estudio, además de que no propicia la promoción de atención primaria en salud desde un enfoque diferencial que respete la libre

autodeterminación de la mujer wayuu, pues lo que para ellas es conocido como ancestral y propio de su cultura se ha ido perdiendo con el paso del tiempo, por la desaparición de la mujer outsü o piache como médico ancestral así como de las parteras y todos sus conocimientos [80].

En adición, este fenómeno también se debe estudiar entendiendo, que existen un contexto social que no permite un goce real y efectivo de derechos fundamentales por parte de los integrantes del pueblo indígena wayuu en La Guajira, pues la Corte Constitucional en Sentencia T-302 de 2017 [142] afirmó que, por la falta de asistencia estatal con los servicios públicos esenciales, la ausencia de acciones públicas para satisfacer necesidades básicas de la población desde un enfoque diferencial, por las sequías, cierres fronterizos y la incidencia de actividades extractivas en el departamento de La Guajira, estos han perdido progresivamente las prácticas productivas que les permitían asegurar autónomamente la alimentación.

De tal suerte, que este pueblo ha desarrollado como consecuencia una tasa alta de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años en el municipio de Uribia, razón por la cual la Corte declaró un estado inconstitucional de las cosas en este territorio y hoy este estudio ha permitido observar de cerca a la transculturación del pueblo wayuu, en especial de la mujer como resultado de la pérdida progresiva de su identidad ancestral y del fenómeno de la morbilidad materno infantil.

Lo anterior, resulta importante estudiarlo porque en Colombia, actualmente son 1.905.617 personas las que se autorreconocen como indígenas según el más reciente Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) realizado en 2018 por el DANE, de los cuales el 2,58 % de ellas corresponden al pueblo indígena wayuu con una suma total de 49.302 indígenas. De hecho, el 81,5 % de ellos

(16.960 indígenas wayuu) residen en la Alta – Media Guajira, jurisdicción a la que pertenece el corregimiento de Nazareth, por estar ubicado en el municipio de Uribia [143].

5.2.1. Vida en comunidad del pueblo indígena wayuu de Nazareth

Actualmente, la vida en comunidad del pueblo wayuu de Nazareth, La Guajira, tiene una identidad, cosmovisión y un territorio enmarcado entre dos países Colombia y Venezuela; un sistema ancestral normativo de organización política y administrativa; una estructura familiar reconocida, una forma preestablecida de resolver conflictos producto de la convivencia entre clanes y una forma también de atender la salud sexual de la mujer en edad reproductiva y en etapa de gestación vinculada a la medicina ancestral wayuu. Además, suele tener una economía basada en actividades de artesanía, comercio, agricultura y ganadería ovina.

No obstante, las prácticas comunes de la vida en comunidad de los wayuu se han venido transformando con el devenir del tiempo, por factores socioculturales como la educación en todos los niveles impartida por fuera de su territorio, el difícil acceso a su región que incrementa su complejidad en olas invernales, las largas temporadas de sequías durante el año que generan escasez de agua, según González [144], los cierres fronterizos colombo-venezolanos, la incidencia de actividades extractivas en el departamento de La Guajira, la inseguridad alimentaria derivada de la caída de sus actividades económicas por estos factores incidentes según la Corte Constitucional [145].

Por otra parte, la pandemia por covid-19 que también los impactó limitando el libre tránsito para trabajar y generar recursos; la falta de asistencia estatal con los servicios públicos esenciales, por la ausencia de acciones estratégicas organizadas en forma de

políticas públicas que satisfagan las necesidades básicas de la población desde un real enfoque diferencial. Así las cosas, se presenta a continuación lo observado e investigado sobre la vida en comunidad de este pueblo ancestral.

Identidad, cosmovisión y territorio

Inicialmente, se encontró que el término wayuu significa ‘gente’ o ‘persona’, quienes son grandes artesanos y comerciantes, y cuyo territorio como comunidad está circunscrito a La Guajira colombiana y parte de La Guajira venezolana, razón por la que el pueblo wayuu es considerado una cultura aborígen amerindia, caracterizada por el respeto a todas las formas de vida, a la naturaleza en particular y por la adopción de instituciones sociales tradicionales, sistemas de justicia propios y formas culturales, económicas, de organización política y ambientales [146].

Tiene en su territorio al Parque Natural de Macuira reconocido por su gran valor mitológico y por su bosque nublado [148]. De hecho, los wayuu habitan entre Colombia y Venezuela por su histórico asentamiento establecido incluso antes de la delimitación territorial de ambos países; de ahí que, se autodenominen como ‘La Gran Nación Wayuu’. En ese sentido, desde tiempos históricos se ha desconocido la existencia e historia del pueblo indígena wayuu, pues al momento de determinar límites geográficos entre ambos Estados, su territorio ancestral era binacional.

Ahora bien, el territorio de la comunidad wayuu colombiana, está ubicado al norte del país, sobre toda la costa del mar Caribe y el océano Atlántico, especialmente en el departamento de La Guajira. Dicho territorio no solo es considerado como una región sino también como una cultura étnica de Colombia. Igualmente, es una zona única del Estado colombiano por su sabana xerofítica y semidesértica que se extiende a lo largo de estos dos municipios

(Uribía y Manaure), mayoritariamente se encuentra la población indígena wayuu con 49.302 al año 2018; por su cifra poblacional, se considera a los wayuu como el grupo étnico más numeroso del departamento y de todo el Caribe colombiano, lo cual en algún momento se pudo traducir como una forma de resistencia al dominio de la influencia del sistema occidental en su cultura [148].

Sistema ancestral normativo, de organización política y administrativa

Inicialmente, se identificó que la estructura del sistema ancestral normativo wayuu está dada por *a)* el derecho consuetudinario, es decir, leyes o códigos de convivencia no escritos pero aceptados por todos; *b)* las costumbres, como acciones que se han venido realizando de generación en generación y que son libremente difundidas, practicadas y conocidas por todos; *c)* los principios como mandatos de vida en comunidad reconocidos en la unión, la hermandad, la reciprocidad, la solidaridad familiar, la compensación y los bienes colectivos como los cementerios o cualquier otro bien familiar que se pudiera utilizar para compensar un daño o pagar una dote; y finalmente *d)* la Palabra, entendida en primera instancia como la capacidad de que quien se haga un compromiso con un tercero pueda cumplir con lo prometido.

Lo anterior, se resume en la siguiente ilustración como las fuentes de derecho del sistema ancestral normativo wayuu tal como se observa en la Figura 24 que se presenta a continuación:

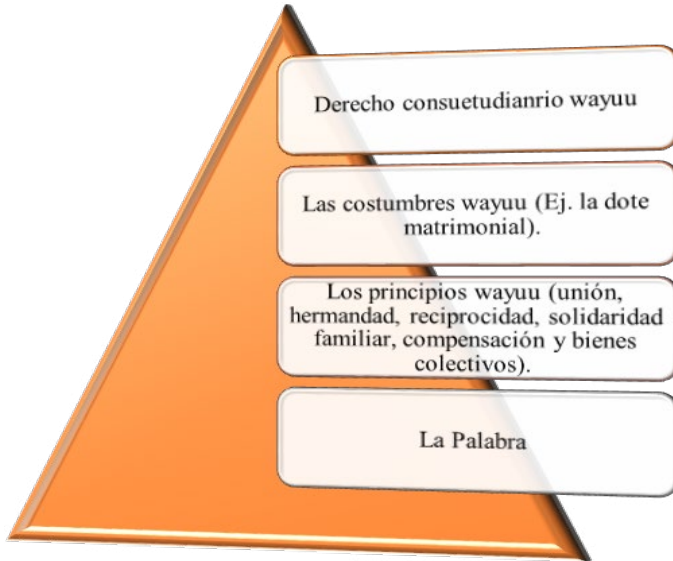


Figura 24. Las fuentes de derecho del sistema ancestral normativo wayuu

En este punto, se resalta que el sistema de fuentes de derecho del pueblo wayuu posee un grado igualitario de importancia para cada uno de los eslabones del sistema normativo wayuu, los cuales permiten gestionar de forma adecuada, oportuna y concreta los conflictos que se suscitan a partir de la vida de comunidad. Por ende, resulta importante la conciliación en la cultura wayuu, ya que esta figura jurídica está basada en la fuente de derecho de La Palabra y el principio de la compensación.

Por su parte, el palabrero es dentro de la cultura wayuu, quien hace las veces de conciliador en el sistema occidental del Estado colombiano, donde se usa tanto la retórica del palabrero como la voluntad de las partes. Así, siempre se opta por tener de palabreritos familiares al tío materno de la persona que causó el daño o generó un problema/conflicto. En consecuencia, es bien sabido que el wayuu paga sus deudas y pendientes por sus principios de comunidad, por su palabra y buen nombre para estar en paz con las otras familias del clan y de la comunidad en general.

APORTES AL CONOCIMIENTO

• •

En síntesis, es por eso que se habla de que la organización política y administrativa del pueblo indígena wayuu pertenece a una sociedad matrilineal, que se representa y contrasta frente a las siguientes instituciones y autoridades con respecto al sistema occidental, como se describe en el Cuadro 4 a continuación:

Cuadro 4. Autoridades de indígenas wayuu vs Instituciones políticas del Estado colombiano

AUTORIDADES INDÍGENAS	INSTITUCIONES DEL ESTADO COLOMBIANO EN NAZARETH
<i>Primera instancia para los wayuu:</i> son sus autoridades culturales debidamente reconocidas por las instituciones competentes del Estado colombiano.	
<i>1. Autoridad política:</i> Está compuesta por las instituciones jurídicas del Estado colombiano en Nazareth, pues actualmente las reconocen como tal.	Ministerio del Interior y su Representante en Nazareth. Corregidor de Nazareth.
<i>2. Autoridad tradicional:</i> Líder normalmente anciano de la comunidad o del clan, el cual se posesiona ante la Secretaría Municipal de Asuntos Indígenas de la Alcaldía de Uribía.	Este líder debe ser reconocido por la Secretaría de Asuntos indígenas a nivel municipal.
<i>Palabrero</i> No tiene jurisdicción, pero sí inhabilidades morales o por conflicto de intereses.	El Palabrero que ocupa el cargo oficial debe ser reconocido por la Secretaría de asuntos indígenas (a nivel municipal).
<i>Tío – abuelo materno</i> Hace las veces de palabrero cuando aquel está impedido y es el líder de todo un clan familiar.	El Corregidor e Inspector de policía (a nivel local) son quienes se equiparán a la autoridad del tío – abuelo materno en el Estado colombiano.
<i>Segunda instancia para los wayuu:</i> Policía Nacional de Colombia.	

Nota: el Cuadro 4 muestra que las autoridades indígenas wayuu tienen sus propios eslabones de liderazgo como la autoridad tradicional (líder anciano), pero, aun así, reconocen también al corregidor y al Ministerio del Interior como autoridad política.

Además, el cuadro anterior presenta al palabrero como un cargo importante dentro de su comunidad, el cual cuenta con una jurisdicción amplia, o sea, que puede ejercer su autoridad en cualquier clan del territorio pero que puede tener conflictos de intereses con ciertas familias-clanes por motivos morales o de lazos de consanguinidad, afinidad o civiles. Finalmente, está el tío-abuelo materno

más anciano de la familia, para gestionar los intereses familiares y hasta hacer las veces de palabrero de la familia o clan, cuando haya conflicto de intereses por parte de quien ostenta el cargo oficial de Palabrero de la comunidad.

Lo anterior, muestra cómo las autoridades del Estado colombiano deben reconocer a través de sus secretarías de asuntos indígenas tanto locales, departamentales y nacionales quienes ostenten los cargos de autoridades tradicionales y Palabrero dentro del pueblo indígena wayuu. No obstante, no es obligación inscribir a los tíos-abuelos maternos en estas dependencias como palabrerros familiares o interclaniles, pues es considerada una costumbre wayuu que no es necesaria que esté escrita. De ahí la razón del derecho consuetudinario como fuente de derecho en la comunidad wayuu.

Por último, es importante resaltar que los wayuu siempre acuden en primera instancia a sus autoridades culturales y tradicionales, empero, en caso de no poder ser solucionado un conflicto determinado a través de aquellas, optan por buscar la ayuda y comparecencia del Corregidor, la Policía Nacional de Colombia, la Secretaría de asuntos indígenas local o departamental y hasta el representante del Ministerio del Interior.

Sistema y estructura familiar

El sistema y estructura familiar de los wayuu está basado en una sociedad matrilineal, donde es importante el tío-abuelo materno de las distintas familias que están organizadas en forma de clan. Por eso, esta figura del tío-abuelo materno termina desarrollando las funciones de un palabrero interclanil. Por ejemplo, cuando a una familia o clan le fue causado un daño, el tío-abuelo materno de la familia agraviada, se acerca al tío-abuelo materno de la causante, con el objeto de anunciar que el daño ha sido causado en deter-

minada magnitud y que es obligación de ellos reunirse a estudiar de qué manera compensarán el daño provocado. Entonces, es cuando los bienes colectivos familiares sirven de dote para poder pagar el daño generado. Por ende, todo lo decidido dentro de la familia proviene de la gestión y decisión del tío-abuelo materno con mayor edad.

De igual forma, se conoció que, con anterioridad, alrededor de veinte años atrás, la familia o algún integrante de esta que fuese hombre, era quien llevaba y acompañaba a la mujer a reuniones sociales, culturales o de integración. Por lo que, la mujer no era tan libre de circular como quería y debía estar siempre sujeta al familiar designado para dicho cometido. Asimismo, el hombre antes pasaba mayor tiempo en su hogar pues su lugar de trabajo era en el mismo espacio, pero cercado (corral) donde contenía a los animales y podía desarrollar la agricultura.

Es así como se puede afirmar que el rol del hombre dentro de la estructura familiar wayuu ha cambiado con respecto a esto y de alguna manera, la mujer ha empezado a tener participación en otros espacios sin la representación de un familiar varón. De hecho, el hombre y la mujer wayuu practican la poligamia al casarse, ya que eso le da prestigio al varón. Sin embargo, hoy en día es permitido que el hombre pueda tener el número de mujeres que quiera, siempre y cuando pueda proveerles, darles una casa y un corral con animales.

Por otro lado, con respecto a los niños y niñas de las familias wayuu se puede afirmar que son criados bajo un estricto funcionamiento familiar, donde juegan mucho los roles de autoridad de cada integrante de la familia y el de los menores en particular, consiste en ser respetuosos siempre con sus familiares y semejantes, en

aprender sobre su cultura y ocupación clanil todo lo que más puedan para ayudar con la producción familiar, en escuchar a sus abuelos y tíos maternos sobre sus experiencias de vida y la identidad de su pueblo wayuu.

Por ende, al tener un rol sumiso en su estructura de funcionamiento familiar, cuando llegan a la ciudad son considerados como personas tímidas, convirtiéndose este en otro factor que complejiza la transición de la vida rural a la vida en la ciudad. Empero, es así como las narrativas wayuu son un activo ancestral valioso, que refleja su cosmogonía y forma de ver al mundo, permitiendo compartir historias para generar cohesión cultural desde los más ancianos hasta los más pequeños [149].

No obstante, el hábito de sentarse a escuchar historias de los tíos-abuelos y/o de integrantes familiares más ancianos, durante la puesta del sol hasta la noche y aprovechando la ausencia de la luz solar para el gasto productivo del tiempo en aprendizaje sobre lo ancestral, ha venido desapareciendo por la introducción del servicio público de energía eléctrica. Los niños y niñas que antes se quedaban a escuchar historias de vida, ahora realizan otras actividades o utilizan la telefonía móvil para aprender cosas diferentes a la de su cultura wayuu [150].

Finalmente, resulta importante mencionar que según Montaña [151] la comunidad wayuu basados en su estructura social matrilineal, presenta casi inalterablemente una serie de ceremonias ancestrales centradas en tres hechos sociales específicos, los cuales son: I) la pubertad; II) la unión de pareja y, III) la muerte. Por consiguiente, se conoce que la vida de los wayuu y en especial, la vida de la mujer wayuu tiene ciclos divididos en etapas, los cuales son acuñados por Espejo [152] así:

Cuadro 5. Principales etapas de la vida del hombre y la mujer wayuu

Atulayüli'iyá	Lactancia con el seno, la teta.
Aikajúina	Manipula objetos y balbucea.
Ansunajúina/ amajúina	Se desplaza sentado apoyándose en las manos, explora a través del gateo, expresa palabras.
Asha'waajúina	Se pone de pie, expresa sus necesidades, incrementa su vocabulario.
Akoyójúina	Empieza a caminar poco a poco, imita a los mayores y se expresa con frases sencillas.
Kakuáina	Camina, corre, hace mandados, se involucra en actividades cotidianas de la ranchería.
Kawatiraina	Corre, imita oficios, repite acciones, reconoce la autoridad, obedece.
Jintut nümaa jintjúi	Asume responsabilidades y oficios propios de la cultura.
Jimo'olu	Desde los tres años se nombra y reconoce como niña mujer.
Jima'í	Desde los tres años se nombra y reconoce como hombre.

Nota: el Cuadro 5 permite referenciar las etapas importantes del hombre y la mujer wayuu en función de sus ciclos de vida, que son reconocidos y celebrados por su familia matrilineal. Fuente: Espejo (2017, p. 90).

Educación

Se encontró que Nazareth cuenta con dos instituciones etnoeducativas, una situada en el casco urbano y otra en zona rural, a la que deben caminar por horas o tomar un transporte informal motorizado, si cuentan con recursos para pagarlo, con el fin de poder asistir a clases y lograr una formación que les permita llegar a ser bachilleres. En caso de lograr tener unos resultados buenos o altos en las pruebas Saber 11 realizadas por el Estado colombiano, pueden gestionar la posibilidad de ingreso a una universidad pública del país.

Sin embargo, a pesar de no contar con los mismos beneficios y facilidades de un estudiante de la ciudad, los miden en conoci-

miento, habilidad y capacidad de la misma forma que lo hacen con un estudiante ciudadano, obstaculizando una real movilidad social dentro del pueblo wayuu, pues una vez más no tienen en cuenta el enfoque diferencial de su etnia y las necesidades básicas insatisfechas a las que se enfrentan día a día.

En adición, no reciben recursos suficientes ni seguimiento de sus necesidades de cara a una vida universitaria, que les permita garantizar su permanencia en la educación superior, por lo que podría existir una alta deserción universitaria por parte de los jóvenes que logran entrar a una universidad del país, ya que solo pueden apelar a los valores familiares impartidos para poder superar la incertidumbre causada por la transición de una vida rural en una escuela etnoeducativa, a una vida en la urbe para recibir formación universitaria.

No obstante, hay otros que a pesar de las carencias aprovechan las oportunidades para hacerse profesionales. En la mayoría de las ocasiones, vuelven a territorio wayuu para aplicar sus conocimientos a las comunidades, pero en muchas otras no regresan a territorio étnico, generándose una ‘fuga de cerebros’ y el inicio de una aculturación. De igual forma, se resalta que los jóvenes wayuu que logran entrar a la educación universitaria, normalmente, estudian carreras de las ciencias jurídicas y humanas como trabajo social, derecho, psicología o sociología; poco estudian programas académicos relacionados con las ciencias exactas, tecnología, ingeniería, artes o matemáticas - STEAM por sus siglas en inglés.

Dadas las duras condiciones para acceder a la educación superior, muchos de los jóvenes wayuu o se quedan haciendo actividades primarias de producción para llevar sustento a sus hogares, o salen a la ciudad para desarrollar trabajos informales basados en ‘el rebusque’ e incluso terminan prestando el servicio militar como una opción de vida, pero no logran entrar a las Escuelas de Formación

Militar por falta de recursos. Luego entonces, quedan siendo soldados rasos sin espacios de participación en altos cargos o de administración en las fuerzas armadas.

Economía

Ahora bien, la economía del pueblo wayuu consiste en actividades artesanales, de comercio, agricultura y ganadería ovina dada la presencia de pastos áridos o semiáridos en Nazareth y sus alrededores. En adición, específicamente los indígenas wayuu asentados en Nazareth no se dedican a la pesca, pues según Guerra y Múnera [153] esta actividad era considerada como indigna de pastoreo a las que se dedicaban personas de bajo estatus en el interior de su sociedad; naturalmente quienes la practicaban era los *apaalanchi* que también son indígenas wayuu.

De hecho, según mujeres de la comunidad wayuu, las actividades comerciales se vieron irrigadas y acaparadas por el contrabando durante los tiempos de bonanza económica de Venezuela; fenómeno que fue perdiendo fuerza por la caída decreciente de la economía venezolana y por el deterioro de las relaciones políticas y diplomáticas del Estado colombiano con el venezolano.

Sin embargo, la economía wayuu ha decaído por las olas invernales que no permiten la siembra de frijol guajiro, maíz y otras hortalizas, así como también por la pandemia causada por la covid-19 que los impactó limitando el libre tránsito para trabajar y crear recursos, generando una inseguridad alimentaria derivada de las difíciles condiciones meteorológicas y el cambio climático, pues, anteriormente ellos conocían las fechas exactas de temporadas tanto de sequías como de lluvias y planificaban el ejercicio de la agricultura.

Precisamente, por las dificultades que han venido presentándose en materia económica wayuu, Rojano *et al.*, [154] manifiestan

que se ha evidenciado una relación natural entre el turismo y el pueblo wayuu, como una nascente actividad productiva que toma como referente la cultura ancestral, gastronómica y artesanal de la comunidad como principales productos turísticos, aprovechando la existencia del Parque Nacional Natural Macuira desde 1977, que en medio del bosque de niebla y su oferta hídrica tiene a su serranía contrastando con montañas, montes como el Cerro Palúa y el Jibome, bosques y suelo desértico, eso, sin mencionar la fauna representada en tigrillos, micos, gatopardos, venados y aves como los azulejos y guacharacas [147].

Así es como esta zona de gran importancia ambiental comienza a ser punta de lanza para la incipiente actividad económica de explotación ecoturística en Nazareth y sus alrededores, por parte de los pobladores wayuu como acompañantes conocedores de la zona de influencia, dejando de tener solo un valor cosmogónico y mitológico para pasar a tener la posibilidad de explotación de un remanente en la parte comercial y ecoturística. No obstante, si los indígenas wayuu quieren ser reconocidos y contratados por la entidad de Parques Nacionales Naturales de Colombia, se deben capacitar para convertirse en intérpretes del patrimonio natural y cultural autorizados y eso también debería coordinarlo el Estado colombiano.

Finalmente, no es absurda la idea de Florián *et al.*, [155] al proponer el diseño replicable de una etno-aldea turística, como estrategia de promoción y visibilización de la cultura y tradición del pueblo wayuu. Por último, no es posible soslayar que según Novo *et al.*, [156] la entrada de grandes multinacionales para ejecutar procesos extractivistas de carbón en el departamento de La Guajira, ha transformado el papel de la mujer wayuu en su comunidad y ha propiciado la pérdida de su participación dentro y fuera de su territorio.

Asimismo, al haber sido otorgadas miles de hectáreas para la explotación minera, se arrebató a los resguardos indígenas la

oportunidad de expandir el trabajo de la tierra con actividades agrícolas y de pastoreo, reduciéndose el acceso y la calidad de los animales para comercio y consumo de hogar, así como también la de los alimentos cultivados. En conclusión, la economía wayuu está resquebrajada y actualmente se han distorsionado los roles de producción y fuerza de trabajo en la familia.

5.2.2. Comparativo de las antiguas costumbres ancestrales reproductivas de la mujer wayuu con las actuales

El comparativo de las antiguas costumbres ancestrales reproductivas de la mujer wayuu con las de ahora, se realiza para mostrar la transformación de su noción de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, se debe mencionar que mucho de esto tiene que ver con factores sociales que han impactado a la mujer, como la tecnología y el uso de celulares en jóvenes wayuu, la vivencia universitaria en la ciudad, la continua salida de los indígenas wayuu hacia diferentes urbes a nivel nacional en búsqueda de recursos, oportunidades y hasta trabajo, o hasta el cambio del rol del hombre en el hogar wayuu explicado en el acápite de la estructura familiar.

De igual forma, se cree que el cambio de las prácticas ancestrales en la mujer está dada por el desinterés en el conocimiento ancestral y medicinal, prefiriendo atender su salud sexual y reproductiva bajo procedimientos e intervenciones asistenciales propias del sistema de salud del Estado colombiano. Asimismo, se cree que la falta de una estrategia coordinada con los diferentes actores sociales del pueblo wayuu, incluyendo a las parteras, es lo que ha denigrado la divulgación y apropiación de las prácticas ancestrales reproductivas en la mujer wayuu.

Por tanto, se ha debido trabajar de la mano de quienes tienen conocimientos de *Outsü* (médicos ancestrales) y aprovechar a las pocas parteras que quedan, para que a través del enfoque

diferencial se brinden servicios de control prenatal, la atención del parto, el control del postparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia e incluso la atención primaria en salud para todos y todas, que mezclen tratamientos ancestrales con la medicina tradicional en el ESE Hospital público de Nazareth.

Lo anterior, resulta relevante porque de acuerdo con Antúñez *et al.*, [157], el sistema sociocultural wayuu diferencia y reconoce las enfermedades que pueden ser tratadas a través de la medicina ancestral de su pueblo (enfermedades ayulee), o a través de la medicina tradicional del sistema occidental (enfermedades wanülüü), otorgándoles esto, ventajas sobre qué poder hacer frente a situaciones concretas y complementar una con la otra, en aras de obtener mejores resultados en las intervenciones terapéuticas [158].

De ahí, la importancia de la creación y coordinación de sistemas de participación interculturales entre todos los actores, donde se exalte y reconozca el gran aporte que puede hacer el conocimiento ancestral y medicinal wayuu dentro de políticas públicas y guías de diagnóstico, tratamiento y pronóstico de enfermedades con enfoques diferenciales; de esta forma, se ayuda a la conservación y divulgación de las tradiciones indígenas propias del pueblo wayuu como comunidad étnica protegida [159].

De hecho, hablar de sistemas de participación intercultural en el escenario de salud, permite enfrentar los problemas particulares de cada comunidad de una manera más efectiva, sobre todo, si a quienes aquejan son comunidades indígenas. Por ejemplo, Bula y Galarza [25] aseguran que, a través de un estudio realizado en el municipio de Uribia durante el 31 de diciembre de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2016, hubo un aumento exponencial de la mortalidad materno infantil en la gestante wayuu, precisamente, porque

solo se intervenían y trataban a partir de la medicina ancestral y el parto atendido por madres, abuelas o hermanas mayores debido a la falta de disponibilidad creciente de parteras wayuu.

Lo anterior, las expone a complicaciones obstétricas en la atención del parto como la hemorragia posparto, siendo esta la mayor complicación de la morbilidad materna en la mujer wayuu, que posteriormente se traduce en la pérdida de la vida de la madre gestante por no ser asistida a tiempo en un hospital. En consecuencia, es lógico que si se facilitaran estos espacios de participación intercultural, se haga desde un enfoque diferencial o interseccional, entendiendo la necesidad de obtener información del pueblo wayuu fehaciente, para luego, difundirla con características específicas en razón de su etnia, edades, ciclos de vida, discapacidades, orientaciones de género, entre otras.

Por ende, Ruiz y Oime [22] describen desde este enfoque interseccional que una de las barreras de acceso más notorias que tiene la mujer wayuu en el ESE Hospital 'Nuestra Señora del Perpetuo Socorro' de Nazareth, es que solo puede ingresar a controles prenatales cuando cumpla las primeras doce semanas de gestación como lo demanda la normatividad vigente.

Dicho lo anterior, resulta imprescindible que se expongan las costumbres ancestrales reproductivas de antes, en función de compararlas con las actuales para evidenciar cómo salvo las diferencias entre sí y demostrar la urgencia de la toma de decisiones para preservar y salvaguardar lo que todavía subsiste de la cultura wayuu, específicamente las prácticas asociadas a la salud sexual y reproductiva de la mujer wayuu; así como se muestra en el Cuadro 6:

APORTES AL CONOCIMIENTO

• •

Cuadro 6. Comparativo de las costumbres ancestrales reproductivas de la mujer wayuu antiguas vs las actuales

ANTIGUAS COSTUMBRES ANCESTRALES REPRODUCTIVAS	ACTUALES COSTUMBRES ANCESTRALES REPRODUCTIVAS
<p>El encierro que era practicado cuando la mujer presentaba su primer sangrado menstrual, por medio del aislamiento de la niña-mujer, durante un mes, una semana y hasta por un año en una habitación de la casa familiar, para que los hombres de la comunidad pudieran conocer que la niña ya estaba en edad reproductiva e incluso, quien quisiera la pudiera reclamar como esposa ante el tío-abuelo materno, sometiéndose a pagar la debida dote. De igual manera, muchas veces se le cortaba el cabello a la niña-mujer cuando presentaba su primera menstruación.</p>	<p>Ausencia de la práctica del encierro y hasta del corte de cabello desde hace muchos años atrás.</p>
<p>También era costumbre que, una vez, la mujer fuese reclamada en matrimonio ante el tío-abuelo materno, esta debía irse a convivir al territorio del clan materno de su esposo.</p>	<p>Hoy en día, muchas familias compuestas por esposo y esposa, se encuentran viviendo en la misma casa familiar de cuando la niña-mujer era soltera.</p>
<p>Solo era bien visto socialmente hablando, que la mujer quedara en embarazo a la edad de 30 años.</p>	<p>Actualmente, está bien si la mujer se embaraza desde los 18-20 años de edad. Esta situación cambió desde hace alrededor de veinte años atrás según informan madres wayuu de Nazareth.</p>
<p>Se les daban plantas medicinales que por naturaleza son amargas para preparar a la niña-mujer a uno de los eventos más importantes de su ciclo de vida: tener hijos. Las familias wayuu se distinguían por ser numerosas en hijos. Más adelante, estas mismas plantas que crecen en la Serranía del Macuira, se empezaron a consumir con el fin de evitar el embarazo continuo de las mujeres.</p>	<p>Actualmente, las mujeres jóvenes wayuu prefieren la medicina tradicional, el consumo de anticonceptivos como planificación familiar y los controles dados en el Hospital de Nazareth, dejando de lado lo amargo de las plantas ancestrales medicinales que anteriormente consumían para esto.</p>
<p>Normalmente, cuando la mujer quedaba en embarazo, era común que su barriga fuese preparada por medio de medicinas ancestrales compuestas por chirrinchí, indio rojo y la bija, para evitar enfermedades físicas y espirituales de la madre y el bebé.</p>	<p>Se continúa haciendo la preparación de la barriga con masajes utilizando plantas medicinales, pero ya se realiza en menor proporción y solo por parte de las madres con sus hijas. Las parteras ya poco participan de esto.</p>

APORTES AL CONOCIMIENTO

• •

<p>En embarazo, también era normal practicar el ecograma wayuu por parte de una partera para saber el sexo del bebé a través de pequeños toques sobre la barriga, la posición del feto y hasta la forma de la cabeza.</p>	<p>Hoy en día, se realizan los controles médicos convencionales en el Hospital de Nazareth. Sin embargo, cuando la medicina tradicional del sistema occidental no logra ayudarlas con algún asunto relacionado al embarazo o al posparto buscan a una partera.</p>
<p>Durante el embarazo, la mujer toma chicha que tiene leche de cabra con maíz cocido y come alimentos pesados como la carne para tener fuerzas en el parto y evitar enfermedades.</p>	<p>Actualmente, la agricultura ha perdido fuerza entre los integrantes wayuu. Ya no se cultivan en sus propias tierras el alimento a consumir, sino que se consumen alimentos procesados, empaçados y obtenidos en las grandes urbes o de las ayudas del gobierno.</p>
<p>El parto era trabajado e inducido por las parteras y la mujer Outsü o médico ancestral.</p>	<p>Ya no queda ni un solo Outsü o médico ancestral dentro de la comunidad wayuu de Nazareth y parteras todavía existen, pero ya poco se ven. Las mujeres ahora dan a luz en el Hospital Municipal de Nazareth.</p>
<p>Cuando el niño nace es bañado con agua de una planta medicinal llamada la maru-wasca para que este no se enferme, se le imponen las manos en el cuello junto a esta planta y se le permite al niño tomar de esta agua para evitar la gripa y las flemas en ellos.</p>	<p>Todavía se practica como método de aseguranza para el bebé y la mujer wayuu gestante. Empero, también se le aplica a ambos todas las dosis de vacunas pertinentes de la medicina tradicional impartida por el ESE Hospital de Nazareth.</p>
<p>Por su parte, la madre recién parida toma agua aromática ancestral de muchas plantas como medicina para hacer bajar rápido la sangre y lavar todo el cuerpo. También, utilizan cáscaras de plantas cocinadas para beberlas en agua; y comen comida liviana durante los primeros 15 días después del parto. De recién paridas, no consumen comidas pesadas, solo cosas livianas para no enfermar. Por lo tanto, no cocinan ni realizan labores de hogar durante este tiempo.</p>	<p>Se limitan a seguir las prescripciones médicas de la medicina tradicional y en caso de sentirse mal, buscan a las parteras para recibir tratamiento de la medicina ancestral wayuu.</p>
<p>En caso de muerte de una mujer en estado de gestación o haciendo trabajo de parto, el esposo se ve comprometido a compensar la muerte de esta, a la familia materna de la madre y esposa fallecida, a través de una dote que recolecta de bienes familiares y de amigos (principio de solidaridad); viene siendo este un pago igual o parecido al que dio para casarse con la mujer.</p>	<p>Actualmente, quien no tiene para pagar la dote simplemente deja de hacerlo, sin ningún tipo de consecuencia o repudio social.</p>

Nota: el Cuadro 6 fue elaborado a partir del relato de grupos focales de madres wayuu gestantes y/o de niños menores de cinco años de edad de la comunidad.

5.2.3. Transculturación de las costumbres ancestrales

Para la identificación de los aspectos incidentes en la transculturación de las costumbres ancestrales reproductivas de la mujer wayuu de Nazareth, fue necesario observar y documentar toda la vida en comunidad que ellas desarrollan, sus múltiples roles, espacios de participación, las realidades socioculturales que han obligado al cambio de paradigmas, su sistema normativo y de administración política e incluso su educación, economía, estructura familiar y la comparación entre sus antiguas costumbres ancestrales reproductivas vs las actuales. Lo anterior, se resumen como factores de cambio que ha sufrido por sí solo el pueblo wayuu desde dinámicas de relación que se han transformado con el paso del tiempo.

Ahora bien, los factores externos a los cambios culturales wayuu causados por el devenir histórico, se resumen según González [144] y la Corte Constitucional [145] en:

- a. la educación superior o la educación para el desarrollo humano y el trabajo, impartida por fuera de su territorio ancestral que aculturiza;
- b. el difícil acceso a su región que se complejiza aún más durante las olas invernales;
- c. las largas temporadas de sequías de todo el año, que generan escasez de agua potable;
- d. el cambio climático que ha vuelto impredecible las condiciones meteorológicas y ha impactado negativamente la planificación de la agricultura familiar;
- e. la inseguridad alimentaria producto de la incertidumbre sobre las condiciones climáticas y la poca o nula actividad de siembra;
- f. el servicio de luz eléctrica que ha obstaculizado la continuidad de las narrativas históricas de los tíos-abuelos hacia los más pequeños de la familia cuando desaparecía la luz solar;

- g. los constantes cierres fronterizos colombo-venezolanos;
- h. la incidencia de actividades extractivas en el departamento de La Guajira que incluso ha llegado a cambiar los estereotipos de trabajo y la tierra con respecto al hombre y la mujer wayuu;
- i. la pandemia por la covid-19 que también los impactó limitando el libre tránsito para trabajar y generar recursos;
- j. la falta de asistencia estatal con los servicios públicos esenciales;
- k. la ausencia de acciones estratégicas organizadas en forma de políticas públicas para satisfacer necesidades básicas de la población desde un real enfoque diferencial y;
- l. la homogenización del sistema tanto educativo, como político y hasta de salud sin reconocer la cosmovisión y cosmogonía del pueblo wayuu.

Todo lo anterior, ha propiciado la transculturación como cambios progresivos en la cultura wayuu, influenciados por una cultura o sociedad dominante representada por la ciudadanía del Estado colombiano; y esto resulta preocupante porque para la Asamblea Departamental de La Guajira [160], los Wayuu son fundamento de la 'guajiridad' y es deber de las instituciones descentralizadas del Estado en La Guajira procurar apoyar los procesos de autonomía cultural y preservación, protección, defensa, promoción, fomento e investigación etnolingüística de las lenguas culturales indígenas según la Ordenanza 001 de 1992.

De hecho, el daño a la cultura wayuu ha sobrevenido también por I) la pérdida de los principios de la comunidad como la hermandad, la reciprocidad, la solidaridad y la compensación, ocasionando el velar solo por intereses y bienes propios y ya no por los colectivos; II) por la migración del pueblo indígena hacia territorio venezolano donde se crían, crecen y aprenden costumbres diferentes fuera de los principios convencionales de los wayuu [150]. Ejemplo de

esta última causa del daño a la cultura wayuu son las extorsiones por utilizar la zona o el territorio (cementerio, jagüey) de un clan diferente al que lo ocupa y la apropiación ilegal de los mismos.

En efecto, la disputa de territorios y guerras interclaniles que producen masacres, venganza, hurto y/o robo de bienes, como consecuencia del interés de poseer propiedades, para cuando los grandes proyectos del Estado colombiano lleguen a su territorio ellos puedan vender, dar en concesión, grabar con garantías reales o crear servidumbres que les genere dinero. De hecho, son los casos anteriores, los que se han convertido en situaciones difíciles que últimamente a pesar del arte de la palabra que reposa en el palabrero, son escenarios de compleja gestión del conflicto que escalan a tal punto, que es necesario buscar la solución en la justicia ordinaria del Estado colombiano.

Asimismo, III) se cree que cuando los servicios públicos básicos se presten completamente a toda la comunidad wayuu, podrían cambiar costumbres de reuniones familiares para divulgar las soluciones históricamente dadas a los problemas presentados entre clanes.

Por otro lado, se resalta el espectro amplio de participación con el que cuenta hoy en día la mujer wayuu, sobre su cuerpo, su salud sexual y reproductiva, sus relaciones y hasta su hogar; debería ser el trampolín para que todo su esfuerzo y poder de decisión sea direccionado hacia la pugna por la simbiosis y homogenización de la medicina biomédica tradicional y la medicina ancestral wayuu, a diferencia de lo planteado por Amaya *et al.*, [161] que habla de la falta de autonomía, empoderamiento y poder de decisión de la mujer en comunidades indígenas, se impacta negativamente la salud reproductiva femenina por los resultados adversos durante el embarazo, a causa de la dependencia de la hegemonía masculina y de su estructura familiar.

Así, Amaya *et al.*, [161] reconoce que hay factores no-médicos como los mencionados que inciden en la morbilidad materno infantil. Por lo tanto, la mujer wayuu debe aprovechar al máximo su empoderamiento y autonomía para concientizar sobre esta realidad a las instituciones estatales competentes, que a futuro vayan a construir y ejecutar programas comunitarios en razón de la mujer wayuu y sus derechos sexuales reproductivos.

Lo anterior, cobraría sentido si se comprende lo que afirma Forero [162], pues para él no basta con que la Constitución Política colombiana reconozca los derechos de los indígenas en medio de una sociedad pluricultural, ni tampoco que reconozca la necesidad de preservación y transmisión de su mitología, costumbres ancestrales, lengua, y ritos; sino que antes bien, es menester conocer lo suficiente a estas comunidades indígenas para poder difundir su cultura, respetarla e integrarla al sistema tradicional de occidente o viceversa.

Es claro que, hoy en día, existe un desconocimiento social generalizado de las culturas indígenas asentadas en el territorio nacional. De ahí que, para Ortega [163] la actual sociedad del sistema occidental debe procurar reconectar con la sabiduría de sus pueblos originarios y protegidos, que establece al ser humano como un todo relacionado con el mundo, la naturaleza, sus semejantes y que propicia acciones de bienestar colectivo basadas en prácticas solidarias, entendiendo la pluriculturalidad como un factor diferencial de todos.

Finalmente, hay que lograr la homogenización del sistema tanto educativo, como político y hasta de salud con el conocimiento y reconocimiento de la cosmovisión y cosmogonía del pueblo wayuu, sin olvidar que surgirán barreras en su intento, construcción y ejecución. Por ejemplo, Serrano [158] asegura que el chamanismo y los sueños como fuente de distinción del tipo de enfermedad, el

APORTES AL CONOCIMIENTO

• •

tratamiento y curación en la medicina ancestral wayuu, no permiten brindar información específica al respecto en un eventual espacio de participación intercultural con el sistema de salud del Estado colombiano.

Empero, eso no debe ser óbice para dar la espalda a la necesaria simbiosis de las culturas para preservar el legado étnico wayuu, sobre todo en sus propios territorios ancestrales. Ahora, es de suma importancia, que, una vez reconocida la transculturación de las costumbres ancestrales reproductivas wayuu, se pueda trabajar en función de la preservación de lo actual, a través de la adopción de un modelo binacional de salud en la frontera colombo-venezolana para el pueblo indígena wayuu, que tenga los siguientes componentes:

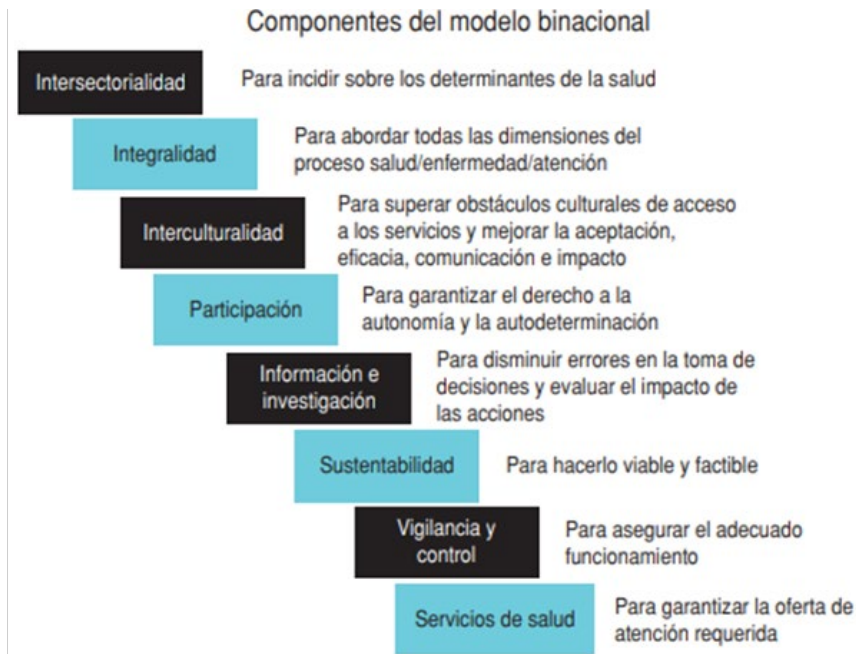


Figura 25. Componentes adecuados para la construcción de un modelo binacional de salud en frontera colombo – venezolana para el pueblo indígena wayuu, Duarte (2011, p. 274)

A partir de la Figura 25 elaborada por Duarte [164], se logra observar un modelo binacional de salud basado en:

- a. *intersectorialidad*, con el fin de incidir en todos los actores e instituciones tanto del pueblo indígena wayuu como del Estado colombiano a través de sus autoridades político – administrativas y de salud;
- b. *integridad*, para tener la capacidad de incluir todas las dimensiones de atención en salud;
- c. *interculturalidad*, para mezclar sin prejuicios y estereotipos a los diferentes actores, culturas y prácticas médicas y/o curativas;
- d. *participación*, que dignifique la libre autodeterminación del usuario-paciente wayuu;
- e. *información e investigación*, que permita la obtención y divulgación de ambas culturas a través del método científico en aras de tomar decisiones incluyentes y evaluar sus impactos desde la cosmovisión-perspectivas de los involucrados;
- f. *sustentabilidad*, para identificar y establecer las fuentes de financiación público-privadas;
- g. *vigilancia y control*, para garantizar la constante retroalimentación, auditoría y evaluación de resultados e impacto;
- h. *servicios de salud*, que genere una oferta de servicios apropiados e idóneos para el pueblo wayuu con perspectiva intersectorial y de enfoque diferencial.

En adición, se resalta que el personal asistencial debe basarse en la interculturalidad para que personal nativo capacitado en educación superior y *alijunas* (personas no wayuu) profesionales de la salud, puedan integrar un grupo de trabajo binacional para atender y prestar los servicios de salud; empero, no de una forma aislada sino coordinada con todos los involucrados procurando una atención integral primaria en salud y porque no, atenciones de

servicios especializados relacionados con ginecología y obstetricia que mezcle medicina tradicional con la ancestral.

En síntesis, los aspectos relevantes en la transculturación de las costumbres ancestrales reproductivas de la mujer wayuu de Nazareth en el departamento de La Guajira, no es lo único que ha sufrido cambios y transformaciones por I) el devenir histórico del paso de los años y II) los factores de un contexto social complejo, sino también todas las características de la vida en comunidad de su pueblo aborígen, donde la tecnología y la influencia de los sistemas educativos, políticos y de salud del Estado colombiano han irrumpido y absorbido esas raíces ancestrales wayuu. Por lo anterior, ha habido un detrimento cultural sobre el pueblo wayuu a causa de la falta de preservación de su cosmovisión a nivel comunitario, y también debido a la incidencia directa de la sociedad dominante.

Por otra parte, aunque la mujer wayuu ha transformado sus prácticas ancestrales de salud sexual-reproductiva, basadas en la libre autodeterminación y la clara autonomía de ella en su sociedad tradicional, es necesario que ahora, se preocupe por preservar lo que hasta hoy poseen en este aspecto y trabaje para lograr un espacio de participación intercultural importante en escenarios del Estado colombiano, con el fin de promover la homogenización con enfoque diferencial del sistema de salud, de educación y de administración política tanto del régimen occidental como del ancestral, en función de los intereses comunitarios y culturales de todos y todas las wayuu.

Por último, una vez reconocido el fenómeno de la transculturación de todos los aspectos de la vida en comunidad del pueblo indígena wayuu, procurar en el escenario específico de salud, la orientación a la construcción de un modelo binacional de salud con enfoque diferencial adoptado para todos los indígenas wayuu en la frontera

colombo-venezolana, donde participe mayoritariamente el pueblo nativo y también los demás actores involucrados. Sin embargo, no se debe procurar solo la homogenización de la salud occidental con la ancestral, sino también la del aspecto ambiental, político, etnoturístico, económico y etnoeducativo.

5.2.4. Sistema Legal de Salud del Estado Colombiano para Comunidades Étnicas

Muchas son las costumbres que caracterizan la historia de las mujeres wayuu, desde enterrar la placenta, hasta tomar leche de cabra para aumentar la producción de leche materna, estas y muchas más prácticas propias de la comunidad indígena son las que reemplazan las atenciones y cuidados médicos que buscan prevenir las enfermedades de las mujeres gestantes y de las que se encuentran en edad reproductiva en esta zona del país. Sin embargo, identificados los factores de riesgo es necesario el estudio de su cultura, etnia, religión, condición económica, social y de escolaridad, desde un enfoque diferencial que permita entender las costumbres ancestrales en esta comunidad [62].

Entender todas estas costumbres, abarca un sinnúmero de factores, uno de ellos es el jurídico, debido a que se hace necesario hablar del sistema normativo wayuu, que implica esencialmente comprender su cultura, que es la que ha dado origen a su forma de organización y las normas por las que se rigen. En los artículos 246 y 330 de la Constitución Política de Colombia de 1991, se le otorga reconocimiento especial a la cultura indígena, con alcance a la protección y conservación de sus tradiciones y su riqueza cultural. A partir de este mandato constitucional, de especial protección a las comunidades indígenas, empezó un camino legal y jurisprudencial para la conservación de las tradiciones.

En los textos constitucionales se les otorga la facultad para desplegar jurisdiccionalmente, lo que quiere decir que tendrán la

potestad territorial de ejercer poder y/o autoridad dentro de su territorio sin ir en contra de la Carta Magna y la ley, pero aplicando sus propias normas, de acuerdo a sus costumbres y tradiciones, permitiendo esto que las comunidades aborígenes puedan diseñar, planear y promover sus programas encaminados al desarrollo de la comunidad, el territorio y los recursos. Polo [87] manifiesta que “estas normas son aplicadas por las personas más sabias entre los tíos maternos (*alaülayü*) y que poseen experiencia en la resolución de problemas como los ancianos (*laülayü*). Por lo cual estas dos cualidades las asume el palabrero, (*pütchipü*)”.

El palabrero por medio de una conciliación busca resolver los conflictos, lo que directamente va asociado a su actividad económica debido a que utilizan su patrimonio o sus ganancias, haciendo una especie de trato compensando a la persona afectada ya sea con ganado o frutos producto de la agricultura. Ahora bien, en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas se les reconoce a estos “*el derecho de todos los pueblos a la libre determinación, en virtud del cual estos determinan libremente su condición política, jurídica y persiguen libremente su desarrollo económico, social y cultural, alentando a los Estados a que cumplan y apliquen eficazmente todas sus obligaciones para con los pueblos indígenas*” [140].

En el artículo cinco de la aludida declaración se les reconoce a los pueblos indígenas el derecho a conservar y reforzar sus instituciones políticas y jurídicas para que participen si desean en cualquier aspecto económico, cultural, social o político del país si así ellos lo desean. En ese entendido, el sistema de salud del Estado colombiano para comunidades étnicas, específicamente la wayuu se ha enfocado de manera diferencial, desde el respeto a todo lo anteriormente mencionado. Sin embargo, una parte es la norma puramente escrita desde el deber ser, a su aplicación debido a los diferentes inconvenientes territoriales y socioculturales.

En Colombia, se creó un régimen especial “*El Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI)* [141], el cual se articula, y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y es un compromiso del Estado colombiano. A partir de ahí, vino un comienzo importante para reforzar el sistema de salud de las comunidades étnicas; han venido consigo leyes y Decretos importantes que permiten la promoción y prevención de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas wayuu. Por citar algunos, Decreto 1973 de 2013 del Ministerio Salud y Protección Social, Decreto 1953 de 2014 del Ministerio del Interior, Decreto Ley 4633 de 2011 del Ministerio del Interior, Decreto 1848 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Las poblaciones indígenas en Colombia han vivido en una lucha constante para el reconocimiento de sus derechos fundamentales, no es la excepción para el caso del derecho a la salud, desde el respeto a sus cosmovisiones y cosmogonías. El sistema legal en salud del Estado Colombiano, encaminado a la protección de las indígenas y sus derechos reproductivos y sexuales, se puede enmarcar en tres épocas importantes:

1. el sistema nacional de salud para lo indígena desde 1981 hasta 1993;
2. luego desde 1993 y la aparición de la Ley 100;
3. la aparición del SISPI [165]. Es entonces este último sistema uno de los más importantes dado que sobre él recaen muchas exigencias para el respeto y reconocimiento de la cultura, algo totalmente diferente a lo que les ofrecía la Ley 100 de 1993.

Dentro de las políticas públicas que abarcan el área de la salud sexual y reproductiva se han manejado debates constantes, dado que convergen ideas tradicionales o convencionales del territorio

nacional, junto con las costumbres y cosmogonía de las mujeres wayuu. Quienes aún son practicantes de la medicina natural y propia de su región, construyen también nociones y prácticas sobre el cuerpo, la sexualidad, la reproducción, métodos anticonceptivos, enfermedades e infecciones de transmisión sexual, nociones de riesgo, etc. Todo esto debido a la gran incidencia de la medicina occidental hoy día, escogida por las más jóvenes quienes prefieren asistir al hospital, (en este caso al E.S.E Hospital Público de Nazareth) antes que donde una partera.

Hoy día, existe una normativa que deja expreso el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, como derechos humanos de carácter fundamental, se empieza a hablar entonces de la protección constitucional con la que están revestidos estos derechos. En ese sentido, la Corte Constitucional en Sentencia C-355 de 2006 señala que la protección y garantía de los DDSSRR parten de reconocer la igualdad, la equidad de género y la autonomía de la mujer, elementos esenciales para la sociedad pues promueven la dignidad humana [166]. Tomando en cuenta los elementos esenciales dentro de la jurisprudencia del Estado colombiano, se pueden resumir los derechos sexuales y reproductivos como se presentan en el Cuadro 7 a continuación:

Cuadro 7. Derechos Sexuales y Reproductivos

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS
• Dignidad humana
• Libertad sexual
• Salud sexual
• Intimidad
• Derecho a un parto seguro y respetado
• Derecho a mantener integridad física, psíquica y social
• Ejercer libremente la sexualidad

<ul style="list-style-type: none"> • Elegir si desean tener hijos, cuántos hijos y cada cuanto tiempo
<ul style="list-style-type: none"> • Escoger el método anticonceptivo de preferencia
<ul style="list-style-type: none"> • Recibir oportunamente servicios de salud reproductiva
<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a la interrupción voluntaria del embarazo

5.2.5. Derechos Sexuales y Reproductivos de las Indígenas wayuu desde la interculturalidad

Entendido entonces el sistema político y normativo ancestral y el legal colombiano encaminado a la protección de los derechos ancestrales, específicamente los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR) de las mujeres indígenas wayuu, se pudo observar que, aunque las tradiciones de esta comunidad están muy marcadas en cada familia, la incidencia y evolución propia de la sociedad ha traído consigo cambios o modificaciones culturales.

En la actualidad de la comunidad wayuu de Nazareth, se observó que cuando las mujeres wayuu se encuentran en la etapa de gestación y posparto, los cuidados y consejos en materia de salud seguidos por las mujeres wayuu se basan normalmente en las tradiciones de las matronas, los chamanes, los *Ouutsü* (Piache-Médica), *Alüjülii* (Yerbateras) y mujeres de su familia, sin embargo por la influencia occidental que ha llegado al territorio muchas mujeres gestantes empiezan a asistir a hospitales o centros de salud.

Los chamanes, los *Ouutsü* (Piache-Médica) y *Alüjülii* (Yerbateras), considerados los expertos en el aspecto medicinal de la población, se basan en las plantas, en los espíritus y ritos ancestrales para superar sus dolencias. Restrepo [167] manifiesta que “Los Piache son, en su mayoría, mujeres, entre ancianas y jóvenes, dotadas de un poder sobrenatural que proviene de espíritus llamados *Asheyüü* o “buenos *Wanülüü*”. Según la tradición, son evocados absorbiendo

jugo de tabaco masticado, cantando y agitando una maraca; son ellos los que revelan el nombre de la enfermedad, identifican a los “dañadores” del alma del enfermo y sugieren el tratamiento”.

Por otra parte, las yerbateras son mujeres que han recibido sus conocimientos en forma oral de generación en generación (endoculturación), son dotadas de la facultad de conocer las plantas medicinales y gozan de un profundo respeto y prestigio entre las comunidades. Ellas las recolectan, preparan y usan para prevenir y curar las enfermedades.

La maternidad y la medicina en la comunidad wayuu representan su esencia, para entenderla es necesario asumir un enfoque diferencial, que vaya asociado a sus creencias religiosas y su identificación étnica, pues a raíz de todo esto se podrían entender los factores y circunstancias que han dado origen a problemas de salud pública, dentro de los cuales se ubica la morbilidad materno infantil, la muerte de madres gestantes, embarazos no deseados o a temprana edad y desconocimiento de la planificación familiar.

En palabras de Bula y Galarza [25] “La salud materna no solo es el resultado de las condiciones de las mujeres durante la gestación, el parto y el posparto, sino que es un indicador del grado de desarrollo de un país y su capacidad para garantizar derechos humanos y salud a su población”. Aquí se puede reconocer el alcance de la importancia que implica atender la problemática de morbilidad materno infantil en la comunidad wayuu, como una responsabilidad compartida de todos los actores sociales involucrados.

Conviene decir, que la tradición wayuu posee elementos propios en su comunidad sobre la sexualidad y reproducción, “*Tener relaciones sexuales es algo sumamente personal, muy de uno y su pareja*”, dicen los wayuu; la sexualidad para esta comunidad está relacionada con el crecimiento del clan, asociada a la pareja wayuu,

al matrimonio; es a través de la unión matrimonial, que se consuma a través del sexo, que los clanes se fortalecen y crecen, de ahí que una de las premisas sea casarse entre wayuu y no con personas arijuña o mestizas.

En palabras de los wayuu entrevistados *“reproducción es algo que es para reproducir o sea para aumentar ya sea en cantidad, ya sea como en animales, personas; los animales, los chivos que tengo; si tiene cinco ojalá que estos se multipliquen más adelante”*. Se desprende de sus definiciones que ellos conciben la reproducción como una acción de incremento en la cantidad de hijos, algo que durante su existencia fue una práctica bien vista, pero que por los impactos de factores socioculturales fue cambiando en el tiempo.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se observa que en materia de derechos sexuales y reproductivos en la comunidad wayuu existe una coexistencia de dos culturas, lógicamente más marcada la ancestral debido a sus condiciones sociales y culturales. Sin embargo, no se puede desconocer la gran influencia de la medicina bioquímica occidental, que con dificultades a través de los años ha venido permeando varias esferas de la comunidad wayuu tal como ellos mismos lo indican.

Ha sido importante el consenso al que ha llegado la comunidad, con el fin de proteger y garantizar los DDSSRR de manera oportuna y con un enfoque diferencial, la base ha sido la dignidad humana, para contrarrestar las situaciones que se puedan presentar a nivel de salud pública, para que ambas medicinas ancestral y occidental trabajen mancomunadamente con el fin de salvaguardar a las mujeres de la comunidad.

En la comunidad de Nazareth, se pudo evidenciar que los derechos sexuales y reproductivos de la mujer han tenido evolución conforme han ido transcurriendo los años, principalmente desde la promulgación de la Constitución de 1991, que reconoció y dio partici-

pación política a las comunidades indígenas, y que aunque siguen vigentes muchas tradiciones ancestrales frente a los DDSSRR de las indígenas wayuu, el avance ha sido grande y la coexistencia de ambas culturas (occidental y ancestral) se está desarrollando de manera pacífica.

Quedó evidenciado también que la cosmovisión wayuu es la principal fuente en las prácticas de atención a las mujeres en edad reproductiva, gestación y posparto, dado que la atención primaria en salud normalmente se lleva a cabo por *Los Piache*, respondiendo principalmente a las características sociales, demográficas, económicas y culturales. No hay que dejar de lado que lo anterior responde a la realidad del municipio, sus factores socioculturales.

Sin embargo, contrario a las ideas que se podrían tener antes de la investigación, se puede observar ampliamente que las mujeres wayuu en el corregimiento tienen mucho más conocimiento hoy día de sus derechos; tales observaciones dan cuenta que el rol de la mujer, frente al respeto de sus derechos ha ido adquiriendo un carácter fundamental; queda mucho camino por recorrer pero se han logrado avances en aspectos como el acceso a partos seguros, controles prenatales, planificación familiar, cumpliendo así con parte de lo consagrado en la Carta Magna, bajo la figura de Estado Constitucional de Derecho.

A modo de conclusión, queda por sentado que Los Derechos Sexuales y Reproductivos son reconocidos por el Estado colombiano como derechos humanos de carácter fundamental, lo reconocen a través de la normatividad vigente, desde los tratados internacionales hasta decretos de orden nacional, que buscan garantizar en las mujeres indígenas wayuu, desde un enfoque diferencial, sus libertades sexuales, dándole preminencia a la salud sexual y reproductiva a través de las garantías para el respeto de las tradiciones y costumbres ancestrales.

Los de derechos sexuales y reproductivos van ligados a otros derechos como se mencionó anteriormente, como la autonomía, la libertad, la integridad, la dignidad, entre otros; y el Estado colombiano a través de la normatividad encaminada a proteger los derechos de las comunidades étnicas ha creado e implementado programas para trabajar mancomunadamente de su mano, por tanto existe la Jurisdicción Especial Indígena, bajo una guía de atención que debe ser respetado para el trato y la coexistencia del ordenamiento jurídico colombiano y el sistema normativo wayuu.

Para la población wayuu la sexualidad y reproducción se entiende desde la cosmovisión, sus tradiciones orales, costumbres, relación con la naturaleza y territorios, es por ello que su salvaguarda debe ir encaminada al respeto y reconocimiento de su identidad étnica.

Así las cosas, aunque hay normatividad existente y políticas públicas orientadas al amparo de los DDSSRR, aún queda mucho camino por recorrer, dada la dificultad que existe muchas veces para la implementación adecuada de la legislación, por la realidad de la jurisdicción de Nazareth, y el acceso a la educación de todas las mujeres indígenas wayuu, para mayor conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos.

5.3. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD CON ENFOQUE DIFERENCIAL PARA LA COMUNIDAD RURAL, DISPERSA Y ÉTNICA DEL CORREGIMIENTO DE NAZARETH

En virtud de la grave situación prevaleciente que la comunidad indígena wayuu del corregimiento de Nazareth, situada en la Alta Guajira colombiana posee, y que la posiciona a una alta susceptibilidad y vulnerabilidad a procesos nocivos de salud que trajeron entre sus principales consecuencias el incremento de sus tasas de morbimortalidad materno infantil, entre otras; por causas de diversos factores de índole demográficos y socioculturales a la que está expuesta dicha población, es oportuno traer a colación la

existencia de directrices y protocolos de atención materno infantil bien establecidos por los organismos internacionales que se han mencionado a lo largo de todo este desarrollo investigativo.

Por tal razón, surge la necesidad de implementar una estrategia para dar operatividad a una Atención Primaria en Salud (APS) donde se conjuguen los saberes y prácticas culturales de la etnia wayuu con los beneficios y servicios en salud que ofrece la medicina bioquímica que sostiene el Estado colombiano a través de su sistema de salud. Esta sinergia, lejos de entenderse como algo imposible o mutuamente excluyente, es el gran valor que se puede conseguir con el enfoque diferencial y que de alguna manera se aplica en la actualidad en el hospital de Nazareth, de acuerdo a la opinión del personal de salud entrevistado.

Ahora bien, en la comunidad wayuu de Nazareth ya están identificados los tres elementos fundamentales de la tríada ecológica, un pueblo compuesto por un número importante de mujeres en edad reproductiva y del mismo modo un conglomerado infantil susceptible por las características propias a las comunidades indígenas, y que por lo tanto los hace ser más vulnerables ante los diversos agentes biológicos y no biológicos, aunado al hecho de vivir en un ambiente sumamente complejo, difícil del suelo colombiano, y que ha quedado reflejado a manera de subregistro en la casuística de morbilidad materno infantil como ya se ha descrito en diferentes acápites de esta investigación.

Leavell y Clark [109] muestran que ante un proceso de La Historia Natural de la Enfermedad es posible tomar medidas y realizar acciones de intervención específicas acorde al periodo donde esta se encuentre, con el propósito de controlar los agentes causales y factores de riesgos que conllevarían a evolucionar y llevar a la muerte. A estas acciones se les denominaron Acciones Preventivas y existen tres tipos de Acciones Preventivas: las Acciones Primarias asociadas al Periodo Prepatogénico y las Acciones Preventivas Secundarias y Terciarias correspondientes con el Periodo

Patogénico. Estas acciones preventivas de intervención es lo que conocen como los Niveles de Prevención.

De acuerdo con Leavell y Clark [109] pueden establecerse cinco Niveles de Prevención de las enfermedades que se pueden observar gráficamente en la Figura 26 que se muestra seguidamente:

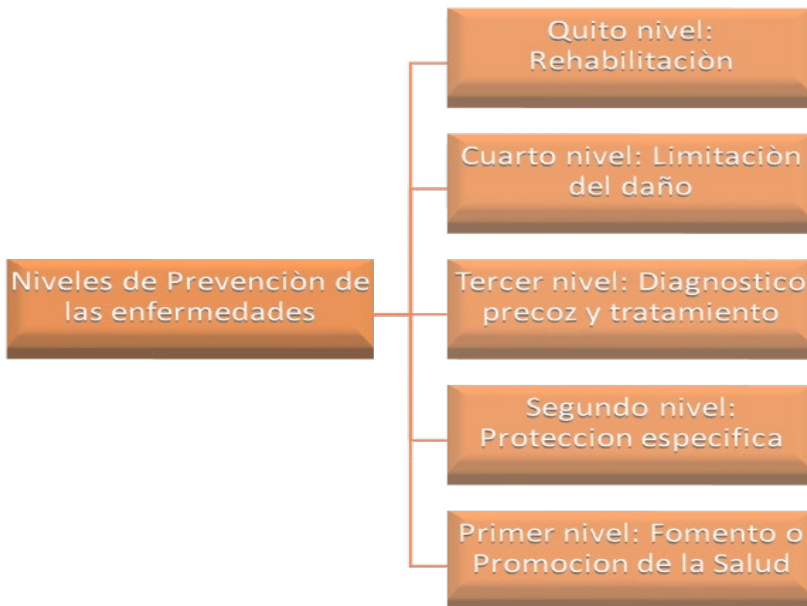


Figura 26. Niveles de prevención de la enfermedad, según Leavell y Clark (1965)

Los dos primeros Niveles de Prevención, representan la Prevención Primaria que forma parte de los programas generales de salud. El tercer nivel Diagnóstico precoz y Tratamiento oportuno o inmediato, así como el cuarto nivel Limitación del daño pasan a formar parte de la Prevención Secundaria que depende de atención médica especializada, así como también en parte de la participación interesada del paciente, estos niveles se ofrecen institucionalmente. El quinto nivel la Rehabilitación depende más del individuo mismo, que aunque esté auxiliado debidamente por todo el equipo de salud y las instituciones, solo dependerá de él si logra satisfacto-

riamente adaptarse a una nueva situación, a pesar de su invalidez parcial o total.

Cabe destacar, que a pesar de los años de su creación, el Modelo de Leavell y Clark aún sigue en vigencia y por su forma de presentación estructural sigue sustentando las bases por donde los organismos internacionales encaminan la atención y las acciones en los diferentes programas de salud. A partir de esta estructura referencial se puede diseñar una estrategia que se corresponda con el enfoque diferencial que exige la atención del pueblo wayuu.

Por otra parte, la OMS define a la prevención como “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” [91]. En este caso, el organismo clasifica las actividades preventivas en tres niveles, tal como se ilustra en la Figura 27:

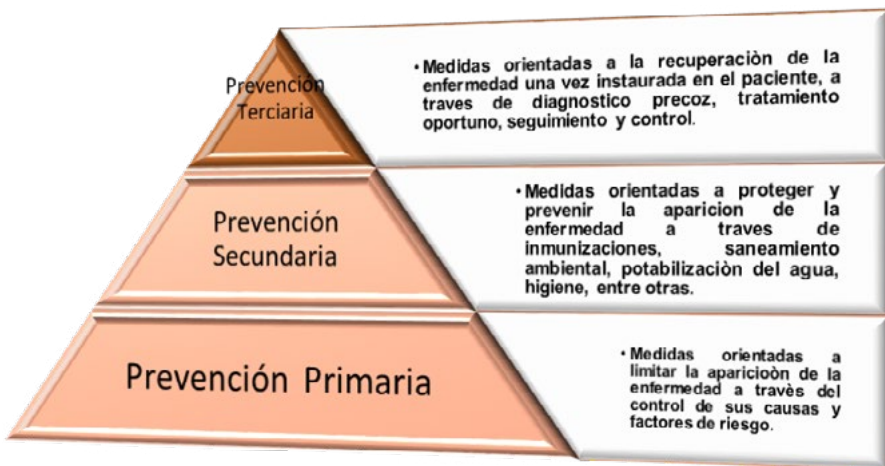


Figura 27. Clasificación de las actividades preventivas, según OMS

Esquemáticamente se han representado estos tres niveles de prevención de forma piramidal conocida como la Pirámide de Prevención, correspondiendo su base al Primer Nivel de Prevención,

en orden sucesivo sigue el Segundo Nivel de Prevención para finalmente ocupar el vértice de la pirámide el Tercer Nivel de Prevención. Se espera que en ese primer nivel quede resuelto el 85 % de las patologías prevalentes. En el segundo nivel el 10 % de las patologías por lo que entre el Primer nivel y el Segundo se pueden resolver la totalidad de un 95 % de los problemas de salud de una población. Por último el Tercer Nivel queda para resolver el 5 % de patologías con muy poca prevalencia [91].

Lamentablemente en el sistema de salud colombiano así como en la mayoría de los países latinoamericanos, se realizan cuantiosas inversiones de dinero dirigidas al tercer nivel de atención, porqué en la práctica no existe una educación sanitaria y concientización en la población asistente, para evitar colapsar la gran mayoría de los centros asistenciales diseñados para atención médica especializada, que por su alta complejidad conlleva a mayores gastos del presupuesto de la nación [168].

Los centros asistenciales que conforman cada nivel cuentan con un sistema llamado de referencia y contrarreferencia. La referencia no es más que aquel procedimiento asistencial administrativo a través del cual el establecimiento de salud transfiere la responsabilidad de la atención del paciente a un nivel superior para la ejecución de alguna prueba diagnóstica, tratamiento u otro que no se pueda realizar a ese nivel, es decir a un centro de salud con mayor capacidad resolutive.

En el caso de la contrarreferencia, la cual es el otro procedimiento asistencial administrativo en donde una vez que el centro de salud objeto de la referencia resuelva el problema de salud, nuevamente envía la responsabilidad del paciente, resultado de prueba diagnóstica realizada, etc., al establecimiento de salud referente. Ambos procedimientos permiten la continencia de cada uno de los mismos de acuerdo con las necesidades existentes pero que en la

realidad actual operan de manera ineficiente. Es importante que exista una coordinación entre los tres diferentes niveles para el flujo óptimo de la pirámide.

Siguiendo la narrativa descriptiva de este sistema de salud en cuestión, también se debe hacer una mención más completa en cuanto a los Niveles de Complejidad, aunque ya se han ido mencionado someramente a la hora de la descripción de los Niveles de Prevención. En ese sentido, un nivel de complejidad es referido al número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella [91].

Cada Nivel de Atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento. Vignolo *et al.*, [91] mencionan que el grado de complejidad establece que tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos son necesarios para cumplir los objetivos de la Unidad Asistencial, sus servicios y organización. De todo este andamiaje es entonces que se sustenta la existencia de tres Niveles de Complejidad en correspondencia a los tres niveles de atención: primer, segundo y tercer nivel. En la Figura 28 se hace la ilustración de los niveles mencionados:



Figura 28. Niveles de Complejidad

A la par de todo este conocimiento se debe recalcar que es mandatorio en la comunidad indígena de Nazareth que estos tres niveles de Prevención funcionen, operen de manera eficaz y eficiente para garantizar recibir la atención sanitaria que le corresponde como conciudadanos colombianos y por lo tanto merecedores de una atención humanizada y no desnaturalizada, sin escatimar en ofrecer toda la logística en cuanto a recursos humanos, métodos de diagnósticos, terapias apropiadas, medidas de fomento de la salud, inmunizaciones, suplementos nutricionales, entre otros; así como se le suministran al resto de la población en toda la nación sin la redundante e injusta excusa de su remota ubicación geográfica.

No obstante, el énfasis en la estrategia del enfoque diferencial de la APS será la misma que se sustenta en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, es decir, en el primer nivel de atención. La misma, debe ser una estrategia dirigida a todos los sectores sociales sin ningún tipo de distingo y no una atención de segunda para poblaciones de alta vulnerabilidad socioeconómica.

Los elementos esenciales de la APS que se propone para la atención de la población wayuu del Nazareth y sus zonas circunvecinas, se ilustran en la Figura 29 que se muestra seguidamente:

Elementos esenciales de la APS

La estrategia concibe como líneas de acción para su ejecución reorientar al personal sanitario hacia la APS, participación activa de toda la comunidad, una coordinación intersectorial e interinstitucional, centralización normativa y descentralización ejecutiva, enfoque de riesgo, coordinación docente asistencial y cooperación internacional.



Figura 29. Elementos esenciales de la APS

5.3.1. Propuesta de APS para la población wayuu del corregimiento de Nazareth

Es sabido que la composición demográfica es uno de los elementos que orientan el diseño e implementación de las políticas públicas en salud, porque “el número de personas determina la demanda a los servicios de salud y como consecuencia influye en la demanda por profesionales de salud, instituciones de salud, ambulancias, medicamentos y biológicos” [37]. Lo que quiere decir que la inversión que un país hace en sus sistemas de salud dependen de varios factores, además de la carga de enfermedades que manejen, mientras esta sea mayor, deben realizarse mayores aportes del ingreso nacional en salud.

Ante la realidad anterior, el diseño de la estrategia se concibe con niveles de factibilidad aceptables, comprendiendo las dificultades presupuestarias que una estrategia pudiera exigir en la inversión que el país debe realizar para su aplicación. Por otra parte, la estrategia viabiliza la complementariedad entre el sistema de medicina tradicional de la etnia wayuu con el sistema biomédico que se implementa bajo las directrices del sistema de salud que apalanca el Estado colombiano; esta integración es en la práctica el enfoque diferencial del que se ha explicado durante todo el desarrollo de la investigación. En la Figura 30 se observa el esquemático de la filosofía de integración con los elementos a tomar en cuenta para las acciones de la propuesta.

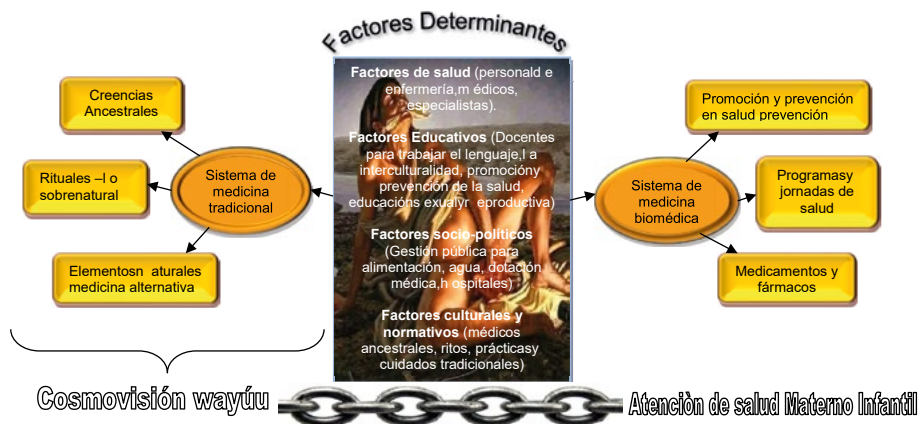


Figura 30. Modelo de integración de factores para lograr la complementariedad entre los sistemas de medicina tradicional y biomédico

APS

Salud Ginecológica

Línea estratégica

- Prevención de cáncer de cuello uterino y mamas mediante la realización oportuna y regular de la pesquisa en la atención integral de la mujer.
- Prevención de Infecciones de Transmisión sexual ITS y el VIH/SIDA mediante la realización de las pruebas de VDRL y VIH previo consentimiento informado y orientación de las pacientes.
- Garantizar de accesos y atención integral de las usuarias a todos los servicios de salud sexual y reproductiva ofreciendo información, apoyo psicosocial, así como también el acceso a exámenes y tratamientos adecuados en el caso de patologías.

Acciones a realizar

- Realización de examen médico integral

APORTES AL CONOCIMIENTO

• •

- Realización de laboratorio general que incluya serología para Sífilis y VIH/SIDA
- Citología cervicovaginal una vez al año para pacientes de bajo riesgo y 4 veces al año para las pacientes de alto riesgo.
- Examen de mamas y educar las pacientes sobre el autoexamen mamario
- Ultrasonido pélvico.
- Colposcopia para pacientes con patologías de cuello uterino.
- Control médico para notificar resultados presenciales o vía telemedicina.

Niveles de Atención

- I, II y III de acuerdo a la complejidad del caso.

Instancias Administrativas

- Programa nacional de pesquisa oncológica de cáncer de cuello uterino y cáncer de mamas.
- Programas nacional ITS VIH/SIDA.

Salud preconcepcional

Línea estratégica

- Prevención de los embarazos no deseados mediante la información, orientación, servicios y accesos a métodos anticonceptivos adecuados a las necesidades específicas de las pacientes.
- Orientación oportuna de planificación familiar y asesoramiento preconcepcional mediante estrategias específicas de salud sexual y reproductiva para sectores sociales dispersos o de riesgo social a métodos y tecnologías anticonceptivos variadas y disponibles incluyendo la anticoncepción de emergencia y esterilización quirúrgica.

APORTES AL CONOCIMIENTO

• •

- Asesoramiento preconcepcional a las usuarias en edad fértil y con alto riesgo de enfermedades genéticas y problemas relacionados a la infertilidad.

Acciones a realizar

- Consejería y asesoría personal a las usuarias.
- Consejería y asesoría especializada vía telemedicina.

Niveles de Atención

- I, II y III de acuerdo a la complejidad del caso.

Instancias administrativas

- Programa nacional de planificación familiar.
- Programa nacional de suministro de anticonceptivos.

Salud Sexual y planificación familiar

Línea estratégica

- Acceso a información, comunicación, educación, asesoramiento y servicios de planificación familiar en el marco de los derechos sexuales y reproductivos y a la dignidad humana y libre decisión de los individuos y parejas.

Acciones a realizar

- Consejería y asesoría personal a las usuarias.
- Consejería y asesoría especializada vía telemedicina.

Niveles de Atención

- I, II y III de acuerdo a la complejidad del caso.

Instancias administrativas

- Programa nacional de suministro de anticonceptivos.

Salud sexual y perinatal

Línea estratégica

- Atención integral y humanizada a la mujer y su pareja a lo largo de todo el proceso reproductivo.
- Atención integral oportuna, universal, equitativa y humanizada del embarazo, parto y puerperio.
- Atención integral de los abortos en condiciones de riesgo.
- Promoción de la preparación psicoprofiláctica, el autocuidado de la salud perinatal y la crianza de los hijos.
- Suministro de medicamentos esenciales, así como el soporte nutricional a toda mujer embarazada.
- Suministro oportuno de vacunas para erradicar enfermedades y muertes inmunoprevenibles en la etapa perinatal.
- Garantía de la atención institucional de parto libre de riesgos preservando la participación activa de la gestante y su pareja sin ningún tipo de discriminación o maltrato.
- Atención integral del parto y postparto.
- Promoción de la participación activa de la pareja u otra persona elegida por la pareja como parte del apoyo psicoafectivo.
- Garantía de atención inmediata a las gestantes con Alto riesgo obstétrico, emergencias obstétricas, amenazas de abortos u otras emergencias haciendo uso de las referencias al nivel de atención apropiado a fin de garantizar evitar complicaciones y salvaguardar la vida de la gestante y su bebé.
- Atención integral de las puérperas con enfoque de riesgo y orientarlas sobre los cuidados del recién nacido, lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y planificación familiar.

Acciones a realizar

- Control prenatal.

Es el conjunto de todas las acciones médicas, asistenciales y educativas con fines preventivos, diagnósticos y curativos que están programadas por el equipo de salud con la finalidad de controlar la evolución del embarazo y así obtener una adecuada preparación para el parto y de este modo disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. La evaluación debe ser precoz, periódica, integral y de amplia cobertura.

Elementos que la integran:

- **Primera visita** en esta se le realiza a la paciente la anamnesis y una evaluación general, estimación de la edad de gestación y fecha probable de parto. Se solicitan exámenes de rutina.

En la **anamnesis** se registran los datos personales de las pacientes, estado civil, nivel de instrucción, ocupación o profesión, datos de la pareja, tipo de etnia, gestación actual que se calcula por fecha de su última menstruación.

Del mismo modo se recolecta la información pertinente a sus antecedentes familiares interrogándose sobre enfermedades hereditarias, defectos congénitos, muertes perinatales, enfermedades infectocontagiosas en el entorno perinatal directo así también otras patologías como diabetes, hipertensión, cáncer y causa de muerte de familiares directos en primer grado.

Igualmente, también se pregunta sobre antecedentes personales entre los que se investiga sus hábitos psicobiológicos, antecedentes ginecoobstétricos, gestaciones anteriores e hijos anteriores.

Respecto al **examen físico** se debe realizar un examen físico integral. Tomar presión arterial, datos antropométricos como peso y talla, con esos datos obtenidos realizar el cálculo de índice de masa corporal para establecer estado nutricional de la paciente. Se realiza el resto del examen físico con énfasis en el área ginecológica. Examen de mamas (se aprovecha de instruir a la paciente sobre el autoexamen de mamas) Exploración obstétrica midiendo altura uterina, evaluando movimientos fetales y latidos cardiacos fetales.

Se toma citología cérvico vaginal.

Administración de primer toxoide tetánico.

Exploraciones complementarias

Exámenes de laboratorio al inició del control: hematología completa, glicemia, úrea, creatinina, **primer VDRL y HIV**, heces, orina, y urocultivo, tipiaje. Serología para toxoplasmosis y rubeola (en caso de no haber sido vacunada). En caso de Rh – solicitar el tipiaje de la pareja. Toma de muestra para albuminuria (test de Roberts).

Ultrasonido básico para establecer edad gestacional, la vitalidad embrionaria, así como la localización del saco gestacional, número de fetos, cantidad de líquido amniótico y ubicación de la placenta.

- **Consultas sucesivas** que se realizan bajo el siguiente cronograma : segunda consulta entre las 13 y 18 semanas; tercera consulta entre las 22 y 24 semanas; la cuarta consulta entre las 24 y las 29 semanas; la quinta consulta entre las 32 y las 35 semanas y la sexta entre las 38 y las 40 semanas. Después de las 38 semanas se deben realizar consultas semanales hasta la semana 41 y si aún no ha parido referir al siguiente nivel de atención.

Exámenes de laboratorio: Segundo trimestre se solicita el 2do. VDRL y HIV y en el Tercer trimestre se solicita 3er. VDRL y segunda glicemia.

Administrar segundo toxoide tetánico en el segundo trimestre.

Identificación del riesgo: se clasifica en bajo riesgo y alto riesgo.

Bajo riesgo es el estado de las gestantes que una vez evaluadas integralmente presentan condiciones óptimas para el bienestar de la madre y el feto y tampoco existe evidencia alguna de factores epidemiológicos de riesgo, antecedentes gineco obstétricos o patología general interrecurrente.

Alto riesgo

Tipo 1: embarazadas en buenas condiciones de salud pero que poseen uno o más factores de riesgo tipo epidemiológico y/o social como analfabetismo, pobreza crítica, domicilio lejano al establecimiento de salud, unión inestable, tabaquismo, alcohol, drogas, estrés, trabajo con esfuerzo físico, embarazo no deseado, control prenatal tardío, edad materna menor de 19 años y mayor de 35 años, talla de 1,50 metros o menos y peso de 45 kgrs o menos u obesidad, paridad menor de 4, intervalo intergenésico menor de 2 años y mayor de 5 años.

Tipo 2: embarazadas en buenas condiciones de salud pero con uno o más antecedentes de patologías ginecoobstétricas perinatal o general, con o sin morbilidad materna o perinatal como por ejemplo peso inadecuado para la edad gestacional, malformaciones congénitas fetales, trauma o infección fetal, edad gestacional desconocida, retardo mental, parálisis cerebral, paridad mayor de 4, parto pretérmino, embarazo prolongado, preeclampsia, eclampsia, cesárea anterior, ruptura prematura de membranas amnióticas, distocias dinámicas, hemorragias obstétricas, mola hidatiforme, accidentes anestésicos, trastornos neurológicos periféricos.

Tipo 3: incluye todas las embarazadas que poseen el mayor riesgo y por lo tanto ameritan atención especializada obligatoria. Las patologías que forman parte de este grupo son pérdida fetal recurrente, infertilidad, incompetencia del cérvix, malformaciones uterinas, tumores en toda el área ginecológica, hemorragias obstétricas, presentaciones distócicas, desproporciones fertopélvicas, placenta previa, anemia, diabetes u otras endocrinopatías, cardiopatías, nefropatías, colagenosis, purpura trombocitopénica, hemoglobinopatías, desnutrición severa, psicopatías.

Niveles de Atención

Determinar el Alto Riesgo Obstétrico (**ARO**).

- Nivel de atención para embarazadas de bajo riesgo.

Nivel I: evaluación e identificación de riesgos. Riesgo 1 (excepto edades extremas de la vida reproductiva).

Nivel II: evaluación prenatal del parto y del puerperio.

Instancias administrativas

- Programa nacional de salud sexual y reproductiva

Atención del parto

Desde el punto de vista médico se le denomina **parto normal** a aquel de inicio espontáneo de trabajo de parto en un embarazo de 37 a 42 semanas cumplidas, con feto en cefálica y nacimiento en cefálica y que posteriormente después del mismo tanto la madre como el recién nacido se encuentran en buenas condiciones. Este término aplica a lo que también se conoce como el parto convencional, que es que ocurre según los protocolos médicos modernos en contraposición del conocido como **parto natural** que es el que

transcurre sin intervención médica, sin uso de medicamentos y que respeta los ritmos fisiológicos del proceso a su vez que protege y favorece la experiencia familiar y busca garantizar el bienestar de la madre y el recién nacido.

Acciones

- Clasificación del riesgo: bajo riesgo – alto riesgo.
- Determinar el nivel de atención para determinar el sitio donde se pueda ofrecer los cuidados mínimos maternos y fetales con personal capacitado.
- Establecer el tratamiento o plan terapéutico (atención del parto en todos sus periodos)
- Establecer si hay criterios de referencias.

Niveles de Atención

- I, II y III de acuerdo a la complejidad del caso.

Instancias administrativas

- Programa nacional de salud sexual y reproductiva.

Control Postnatal

Está conformada por el total de mujeres en periodo de puerperio, es decir posterior al parto hasta los 42 días del mismo.

Elementos que la integran

Se estructura esta consulta tomando como referencia su bajo o alto riesgo.

Bajo riesgo: reciben 2 consultas por mujer puérpera hasta los 42 días de ocurrido el parto de la siguiente manera: primera consulta

a los 7 días posterior al parto y segunda consulta entre los 27 y 42 días posterior al parto.

Alto riesgo: el número de consultas necesarias de acuerdo al riesgo que presenta la puérpera.

Niveles de Atención

- I, II y III de acuerdo a la complejidad del caso.

Instancias administrativas

- Programa nacional de salud sexual y reproductiva.
- Programa nacional de suministros de anticonceptivos

Lactancia Materna

La lactancia materna es considerada como el medio capaz de proporcionar al niño no solo las sustancias nutritivas que necesita para su crecimiento y desarrollo, sino que sus beneficios van más allá porque también ofrecen protección contra enfermedades ya que a través de esta se traspasa al niño un valioso arsenal inmunológico aportando además seguridad emocional y amor. Así mismo la lactancia ofrece beneficios sobre la salud de la madre y ayuda a establecer un vínculo especial entre ella y su hijo. La lactancia materna, por los beneficios anteriormente mencionados, ha sido considerada por lo tanto una estrategia mundial de supervivencia infantil, de seguridad alimentaria, de calidad de vida y derecho humano. Su fomento es una de las herramientas más útiles, de más bajo costo que se puede utilizar para contribuir a la salud y bienestar de las madres y al crecimiento y desarrollo de los niños. En este sentido, todos los servicios de salud están llamados a contar con personal capacitado y con adecuadas condiciones para llevar a cabo esta tarea.

Línea estratégica

Realización de acciones que tengan como propósito proteger y apoyar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y alimentación complementaria oportuna adecuada, inocua y debidamente administrada hasta los dos años de edad.

Acciones a realizar

- Entregar a todas las madres el recién nacido en los primeros 30 minutos posterior del parto a fin de que la madre y su recién nacido hagan contacto piel a piel y estimular el amamantamiento. En aquellos casos donde el recién nacido ha sido obtenido por medio de cesárea, se le entregará a la madre en la primera media hora post operatorio cuando ya esta pueda comunicarse para que hagan contacto piel a piel e inicie la lactancia materna.
- Donde quiera que se produzca el parto se deberá facilitar el alojamiento conjunto a la madre con su recién nacido las 24 horas al día, salvo alguna indicación médica para que esto no sea posible.
- A todas las embarazadas en sus controles prenatales se les debe orientar sobre el autocuidado de sus mamas para que de este modo puedan sensibilizarse para el proceso de amamantar.
- De existir alguna situación donde sea necesario interrumpir la lactancia materna o postergarla se debe enseñar y ayudar a la madre cómo extraer manualmente la leche (método mecánico con un tiraleche como preparación al restablecimiento de la misma posteriormente).

APORTES AL CONOCIMIENTO

• •

- En los casos de madres HIV positivas en el post parto no se recomienda la lactancia materna por el incremento al riesgo de la trasmisión del VIH de la madre al recién nacido.
- Proveer a las madres un asesoramiento y cuidados sobre el uso de algunas drogas y sustancias que pueden afectar la lactancia materna, así como también de otras contraindicaciones.
- Atención y asesoramiento a las madres sobre algunos problemas tempranos momentáneos que pudieran presentarse en el proceso como la congestión de los pechos, la fiebre láctica, los pechos que gotean, los quistes lácteos por retención, obstrucción de los conductos galactóforos y las mastitis, absceso mamario, pezones adoloridos y pezones agrietados.
- Atención y asesoramiento a las madres sobre algunos problemas tardíos que afectan además al recién nacido como cantidad insuficiente de leche, llantos debidos al cólico infantil, llanto debido a crisis de la lactancia, regreso al trabajo de la madre, toma de anticonceptivos orales por parte de la madre.

Niveles de Atención

- I, II y III de acuerdo a la complejidad del caso.

Instancias administrativas

- Programa nacional de promoción de la lactancia materna.

Inmunizaciones

El programa ampliado de inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir

las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles y con un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas.

Estrategias

Realizar monitoreo y evaluación al comportamiento de las coberturas con cada uno de los biológicos del programa a todo nivel gubernamental.

Fortalecer las acciones de manera coordinada entre los actores para el desarrollo de la estrategia de vacunación sin barreras, con el fin de disminuir las oportunidades de pérdidas y evitar las barreras del acceso a la vacunación.

Gestionar la suficiencia, oportunidad, transporte y almacenamiento de los biológicos e insumos del PAI.

Niveles de Atención

- Todos los niveles I, II y III.

Instancias administrativas

- Programa nacional de inmunizaciones.
- Programa ampliado de inmunizaciones.

En esta comunidad de estudio resulta importante resaltar el hecho de que son grupos muy dispersos y tal vez con muy poca o ninguna información sobre las inmunizaciones y sus beneficios en el control de enfermedades inmunoprevenibles con alta tasa de letalidad para ellos, por lo tanto, la educación es la punta de lanza para lograr el éxito y la vacunación masiva tipo campaña pareciera ser muy buena opción.

Otros problemas que han incidido en la salud materno infantil de la comunidad

Se ha desarrollado un programa de APS para la atención materno infantil para ser adaptado en una comunidad indígena wayuu, pero como también se ha descrito ya, la misma reside en una zona de difícil acceso por su ubicación geográfica y ausencia de urbanismos pero también por un conglomerado de carencias indispensables para la existencia humana como lo es el agua, necesaria para su consumo, preparación de alimentos, cría de animales, siembra, aseo personal y una larga lista que realmente pone esta comunidad a estar viviendo una verdadera crisis humanitaria por tales motivos. Siendo las cosas así, resulta claro que hay que apropiarse de muchas otras estrategias que de una u otra forman mitiguen un poco esa situación de crisis para esos conciudadanos que tanto lo necesitan. Es vital que se doten a esas comunidades de almacenajes para posteriormente llevarles agua e implementar estrategias para su consumo. En este respecto se pueden tomar las experiencias descritas en el proyecto **Esfera** formado de organizaciones no gubernamentales humanitarias y el Movimiento de la Cruz Roja y la Media Luna Roja con el fin de mejorar la calidad de las respuestas humanitarias y de que las organizaciones rindan cuentas por sus acciones. Esfera refleja además de un compromiso una respuesta humanitaria basada en principios y derechos pues también se basa en el derecho de las personas a participar plenamente en las decisiones que afecten su recuperación. La Carta humanitaria es la piedra angular de Esfera y sus cuatro principales líneas de acción son Abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene (**WASH**, de sus siglas en inglés wáter, sanitation, hygiene and health); seguridad alimentaria y nutrición, alojamiento y asentamiento y por último Salud.



*Jaapui tüü
woopui nounajatkaali*

“El largo Camino a una Esperanza
de Vida”

CAPÍTULO 6

**CONCLUSIONES –
RECOMENDACIONES REFERENCIAS
BIBLIOGRAFICAS**

6. CONCLUSIONES – RECOMENDACIONES REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

6.1. CONCLUSIONES

El término de todo proceso investigativo son aquellas conclusiones a las que se llega con base en los resultados o hallazgos obtenidos sobre un fenómeno objeto de estudio. Así, es menester de los investigadores dar las explicaciones a las respuestas de cada uno de los objetivos que guiaron el desarrollo del proyecto de investigación, a los fines de explicitar los aspectos más relevantes sobre los cuales se alcanzó la generación de nuevo conocimiento científico.

Esto subraya la importancia de haber profundizado en una temática de tanta relevancia para la sociedad como han sido los factores socioculturales que inciden sobre una problemática social y de salud pública como la morbilidad materno infantil en una población vulnerable, con una realidad socioeconómica compleja como es la comunidad wayuu ubicada en el territorio del corregimiento de Nazareth y sus zonas circunvecinas.

En virtud de cumplir con lo mencionado, estas conclusiones se desagregan en función de cada uno de los objetivos iniciales del proyecto, donde el primero consistió en Identificar las condiciones socio-demográficas de la comunidad wayuu, jurisdicción corregimiento de Nazareth, municipio de Uribia departamento de La Guajira. La evidencia encontrada devela que la comunidad wayuu en esta zona de la Alta Guajira colombiana se encuentra sumergida

en una inequidad y desigualdad social que explica porqué alcanza niveles de pobreza por encima del 90 % que se refleja fundamentalmente en la escasez de alimentos, falta de agua potable, malnutrición, dificultades para acceder al sistema educativo de sus niños, entre otros.

En efecto, existen diferencias marcadas de estas comunidades wayuu con respecto al resto del país, muchas familias manejan solo el lenguaje wayunaiki, compuestas por una estructura familiar extensa producto de la cantidad de embarazos que sus mujeres han practicado en tiempos precedentes, pero que en la actualidad ha venido mostrando cambios por los aprendizajes que ahora tienen las mujeres en la comunidad. Desde la perspectiva económica, estos pobladores viven de la crianza de animales como chivos, ovejos, burros, actividad que por la falta de agua también ha recibido impactos importantes. Lo mismo sucede con la agricultura, la siembra de frijoles y otras especies se ha convertido en una incertidumbre por tantos factores adversos en su cultivo.

Los hallazgos indican que las condiciones antes mencionadas configuran un escenario que explica porqué tienen muchas necesidades básicas insatisfechas, impactando en su desarrollo humano, dentro de un contexto geográfico sumamente difícil, por las grandes extensiones de tierra, mayormente desértica, con una vegetación típica de zonas áridas donde la escasez del agua es uno de los puntos de mayor vulnerabilidad para ellos. Cabe mencionar, que las familias se ubican en el territorio obedeciendo los criterios que rigen cada uno de los clanes, por eso hay disparidad entre algunas comunidades y otras.

Entonces, entre las mismas comunidades existen disparidades sociales, económicas y geográficas, como ocurre en el caso de Lana Paz, una comunidad con escasas posibilidades por estar ubicada en las orillas del mar Caribe en la zona más norte del corregimiento, teniendo que caminar largas distancias en el inclemente sol para abastecerse del vital líquido, evento que afecta aproximadamente

80 familias en esa zona. Esto explica sus condiciones extremas de pobreza, principalmente una condición sumamente difícil para las madres gestantes y niños de la comunidad.

En cuanto al segundo de los objetivos del proyecto, describir la cosmovisión wayuu dentro de su sistema de salud tradicional sobre la atención materno infantil, las evidencias dejaron claro que esta cosmovisión wayuu y su esencia se ha mantenido en los miembros mayores de la comunidad, pero de manera conceptual, ya que las generaciones recientes han dejado de cumplir muchas de las prácticas características que describen sus creencias y conductas, como por ejemplo el rito del encierro.

Sin embargo, las evidencias permitieron conocer en profundidad muchas de sus creencias relacionadas con la salud y la enfermedad, basadas en el equilibrio que existe entre el cuerpo, la mente y lo espiritual. En la cultura *wayuu*, los *outsü* son los médicos ancestrales responsables de cumplir las prácticas de la medicina tradicional, convirtiéndose en guía espiritual dentro de los distintos procesos de preservar la vida por medio de sus ritos característicos.

Entonces la principal función del *outsü* es aplicar las prácticas de medicina tradicional para sanar la vida y el espíritu del *wayuu*. Dentro de la cosmovisión wayuu los cuidados de la madre, inician desde el vientre, hasta que llega el momento del parto donde son asistidos por la abuela materna, la mamá o al *outsü*. En cuanto al cuidado del bebé, su cosmovisión indica que la madre se encarga desde su nacimiento de la educación y tratamientos menores, inclusive prácticas culturales como juegos, castigos y estímulos.

Así mismo, otro cuidado para los niños consiste en la recolección de plantas medicinales por parte de la *outsü*, que bajo la guía de los antepasados a través de los sueños dan las indicaciones para el tratamiento y cura de las enfermedades. Dependiendo de la enfermedad, las hojas de las plantas son trituradas y compactadas,

secadas al sol, rayadas y mezcladas en agua, para dárselas a los niños en dos dosis: al salir y ocultarse el sol.

Sin embargo, los resultados mostraron que muchas de las mujeres generalmente no practican estilos de vida saludables para los cuidados del embarazo, como ocurre por ejemplo en sus condiciones de higiene, el cumplimiento de las prácticas de autocuidado que sus antecesoras les enseñan ha sido olvidado por las nuevas generaciones, que prefieren la atención médica del sistema de salud biomédico, evitando sobre todo algunas prácticas culturales y de medicina tradicional que ya no son de su gusto.

Es muy importante señalar, que la evidencia encontrada apunta hacia un periodo de cambios en la cultura wayuu, ya las prácticas de su sistema de salud tradicional no son lo rigurosas que fueron en el tiempo pasado, esto desde la perspectiva negativa significa una transculturación dentro de la población wayuu, pero desde lo positivo es una oportunidad para acceder a los servicios de salud de la medicina occidental y poder cumplir con los programas de atención necesarios para promover la salud y prevenir la enfermedad, con lo cual se reducirían los índices de morbilidad materna infantil en el territorio.

En relación al tercer objetivo de la investigación, describir los aspectos etnoeducativos presentes en la morbilidad materna infantil de la comunidad wayuu. Se puede afirmar que a través de los resultados que las principales consideraciones dentro del factor etnoeducativo que impacta la morbilidad materna infantil de la población wayuu en el corregimiento de Nazareth pasa por la poca efectividad de realizar campañas educativas de prevención para la salud; precariedad en el sistema educativo evidenciado por los niveles de analfabetismo; las barreras de comunicación de las jóvenes wayuu por la falta de habilidad en aprender el español como segunda lengua.

Adicionalmente, se suman las condiciones socioeconómicas y de localización geográfica que inciden en la educación de los niños, como también la falta de una educación orientada hacia los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, el embarazo, los autocuidados, y los cuidados en el periodo de gestación y posterior nacimiento del niño. Entonces, el factor etnoeducativo mostró en los hallazgos del estudio ser uno de los principales elementos que permitirían un acercamiento efectivo donde se soslaya aquella práctica de distanciamiento con la población wayuu.

Además, para el personal de salud se requiere educación en salud para las comunidades, haciendo efectivas las interacciones con la cultura occidental; además de facilitar como vía expedita la aplicación de políticas de salud en estas comunidades, en conjunto con la articulación de la educación con la salud, lo que beneficia las condiciones que hasta ahora han caracterizado a la comunidad wayuu en general.

Ahora, el cuarto objetivo fue establecer las relaciones entre la endocultura y la morbimortalidad materno infantil en la comunidad wayuu. Sobre este aspecto en particular, los resultados fueron convincentes para afirmar que los hallazgos encontrados y observados durante el periodo de investigación permitieron crear una línea de argumentos donde se reconoce que la endoculturación wayuu efectivamente tiene incidencia sobre los índices de morbimortalidad materno infantil en la población wayuu de Nazareth, especialmente en aquel segmento de la población de mujeres gestantes que se ubican en las zonas dispersas y lejanas al centro de salud, porque su única opción es la práctica de la medicina tradicional para atender las afectaciones en las embarazadas y en las etapas posteriores al parto.

En cambio, en aquellas que sí logran acceder a los servicios de salud en el hospital de Nazareth, la endoculturación tiene menos influencia porque este segmento de la población participa de los controles prenatales que le aplica el personal sanitario; además de

los tratamientos con base en la medicina química de los arijuna. Este hecho, devela un cambio cultural en las prácticas de cuidado y seguimiento que se hace durante el embarazo y posterior a él, tanto para la madre como para el niño.

Entonces, los indicadores de morbilidad materno infantil sí son influenciados por la cosmovisión wayuu con sus prácticas ancestrales, pero esa influencia se muestra con menor intensidad en la realidad actual de las comunidades wayuu, donde la rigurosidad de los patrones de conductas para atender el embarazo y sus cuidados han venido siendo permeados por las prácticas culturales de los arijuna, además de otros factores determinantes dentro del fenómeno.

El quinto objetivo estuvo centrado en determinar el sistema normativo y su relación con la morbilidad materno infantil dentro de la población wayuu. Sobre esto en particular la población wayuu dejó evidencias para afirmar que cualquier situación de salud y enfermedad es visto desde la cosmovisión, sus tradiciones orales, costumbres, relación con la naturaleza y el territorio, lo que implica el reconocimiento de aspectos fundamentales de su sistema normativo wayuu que contempla entre otras cosas, la función de su médico ancestral, la *outsü*.

El sistema normativo wayuu es entonces un conjunto de principios, o ritos que regulan a la comunidad, para direccionar su conducta, por eso las mujeres de la población wayuu cumplen un rol importante en la preservación de las prácticas y tradiciones ancestrales. Las autoridades claniles fueron enfáticas en reconocer que el sistema normativo wayuu se corresponde con sus propios ordenamientos culturales, espirituales, morales, jurídicos, que se han adaptado o tienen su origen en las costumbres mismas de la etnia.

Los elementos mencionados, se imparten de una generación a otra, pues los portadores de esta cultura transmiten su forma de ver la tierra, la sociedad, la religión, la maternidad, las enfermedades, la

medicina tradicional, entre otras; derivado de la cosmovisión propia de la herencia de sus ancestros. Bajo estos principios rectores que orientan el sistema normativo wayuu, que incluye como uno de sus principales componentes el aspecto de salud y maternidad de la mujer, se afirma que efectivamente tienen mucha influencia en el tema de morbilidad materno infantil, como uno de los problemas que afrontan desde su práctica cultural.

El sexto objetivo consistió en la generación de un programa de atención primaria en salud materno infantil adecuado a las realidades y necesidades de la población wayuu. Los resultados muestran que el programa se basa en los lineamientos vigentes de organismos internacionales, razón por la cual se diseñó una estrategia de atención primaria en salud con enfoque diferencial para la comunidad rural, dispersa y étnica del corregimiento de Nazareth, que cumple absolutamente con las realidades encontradas en el sitio.

Cabe destacar, que se desarrolla un conjunto de áreas principales, con su línea estratégica, indicando también las principales acciones que se deben aplicar conforme el nivel de atención. Este aporte le confiere a la investigación una trascendencia en la generación de conocimiento, porque tomando en cuenta los aportes del personal de salud del hospital de Nazareth, se suman actividades como la telemedicina que le confiere un valor agregado a la estrategia, porque ante los hallazgos que mostraron la dificultad para financiamientos y presupuestos reducidos en la atención especializada, esta opción puede viabilizarse para dar operatividad a mejoras sustanciales en la prestación de los servicios de salud en el lugar.

Para finalizar, se presenta el objetivo general del proyecto de investigación, el cual consistió en analizar los factores socioculturales que inciden en la morbilidad materno infantil, en la comunidad Indígena wayuu, jurisdicción corregimiento de Nazareth, municipio

de Uribia, departamento de La Guajira. Luego de sumar los resultados que se fueron alcanzando en los objetivos precedentes, se confirma que una problemática en salud como lo representa la morbimortalidad materno infantil en la población de mujeres gestantes y niños de la comunidad wayuu, es un evento multifactorial, multidimensional, revestido de gran complejidad.

Las evidencias develaron que desde la perspectiva del wayuu, el tema de la salud no es un hecho netamente físico, biológico o fisiológico, ya que su visión cosmogónica lo inserta dentro de un contexto cultural donde intervienen elementos como lo espiritual, los sueños, la medicina tradicional revelada por los espíritus, los tratamientos, entre otros; que configuran dentro de su realidad una situación de desequilibrio entre el wayuu con ese universo que le rodea. Sin embargo, las interacciones interculturales donde involucran la medicina bioquímica, ha permeado en la práctica la atención de su sistema de salud tradicional.

En consecuencia, esta dualidad de prácticas, ha creado un nuevo escenario donde la atención primaria en salud es la clave para preservar la salud de las maternas y los infantes de la etnia, por consiguiente todas las enfermedades asociadas. Esta realidad es la que actualmente impera en la población wayuu del corregimiento de Nazareth, convirtiéndose en una oportunidad única para lograr la complementariedad entre los sistemas de salud tradicionales y el sistema de salud que dictamina el Estado colombiano.

Sin embargo, atender esa población implica involucrar otros factores que son sumamente importantes para el éxito de una estrategia de atención primaria en salud, con enfoque diferencial que mejore los principales indicadores de salud, entre ellos los de morbimortalidad. Esos factores se desprende desde diferentes ámbitos como el social, cultural, económico, político, ambiental, geográfico,

educativo, étnico; que le confieren a cualquier iniciativa de solución un alto grado de complejidad; pero que igualmente es solucionable.

Por tanto, haber entendido que muchas de las muertes maternas y de infantes se han debido a causas que pudieron evitarse con una atención oportuna del personal de salud, es lo que apalanca cualquier alternativa de solución viable para mejorar la realidad que viven las comunidades wayuu en el corregimiento de Nazareth, con voluntad, conocimiento e intervenciones oportunas, es posible lograr cambios significativos desde el punto de vista de los indicadores de salud del sistema de salud del país.

RECOMENDACIONES

Es imperativo que las políticas de salud del país incluyan con mayor protagonismo las iniciativas o proyectos direccionados a la atención primaria en salud de las comunidades wayuu en el departamento de La Guajira. Aunque en la época reciente se han aplicado propuestas interesantes e importantes enmarcadas dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS); como han sido el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE) o el mismo Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), existen problemáticas de salud pública que continúan siendo urgentes, como el caso de la morbilidad materno infantil en la población wayuu del país.

Entonces, la principal recomendación que el desarrollo de este proyecto de investigación deja, es la necesidad de dar continuidad al conocimiento generado, mediante proyectos de intervención donde se pueda dar operatividad a las propuestas que fueron elaboradas. En ese contexto, las nuevas iniciativas deben estar orientadas a la resolución de problemáticas transversales a la salud, como por ejemplo intervención en educación, en generación de energía solar y eólica, en mejoramiento de las vías, en sistemas de distribución de agua potable, en sistemas de transporte para la asistencia de los centros de salud, en potenciar las actividades extramurales del Hospital de Nazareth, entre otras.

En virtud de lo anterior, desde las diferentes entidades gubernamentales, como el Ministerio de Ciencia y Tecnología, Ministerio de Educación Nacional, Ministerios de Salud y Protección Social, entre otros entes públicos y privados, pueden hacer convocatorias donde el talento humano del país pueda seguir presentando propuestas de solución a problemáticas reales dentro del país. Es imprescindible seguir conectados a los centros de producción científica para atender las necesidades de los ciudadanos colombianos, especialmente estas poblaciones étnicas tan vulnerables y particularmente diferenciadas.

Por tanto, se recomienda que sobre las bases del conocimiento generado dentro de este proyecto de investigación, se puedan sustentar otras propuestas en la búsqueda de soluciones eficientes, eficaces y sostenibles a la realidad que viven las mujeres gestantes y la infancia en la Alta Guajira, tan llena de problemas y que merecen ser atendidas desde diferentes fuentes de ayuda, como en este caso, la científica.

Por otra parte, sirva este proyecto como antecedente para guiar el desarrollo de otros proyectos de investigación relacionados con la temática principal, con las categorías de estudio y con el contexto étnico en general. Una travesía que al final deja importantes aportes a la comunidad científica y la sociedad en general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Angulo, J., Cortés, L., Torres, G., Aguayo, G., Hernández, S. y Avalos, J. Análisis de la mortalidad materna, en tres periodos, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente. *Ginecología Obstétrica, México*. 75 (7), 384-93. 2015.
2. Organización Mundial de la Salud. Estimaciones de Mortalidad Materna, Un Nuevo Acercamiento entre la OMS y UNICEF, en Informe sobre Salud en el Mundo 2017. 2017.
3. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Washington: OMS. 2017.
4. Cortés Díaz, D. (2010). Mortalidad materna y salud pública: décadas pérdidas. *Revista de la Facultad de Medicina*, 58(3), 167-171.
5. Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS: Mortalidad materna; c2019 [citado el 25 de marzo 2022]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
6. Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS. (2020). Análisis de situación de salud (ASIS), Colombia 2020. Editorial Minsalud – Imprenta Nacional de Colombia.
7. Calderón-Torres A, Calderón-Chipana JC, Mamani-Flores A. Percepción cultural del “embarazo y parto”, en las comunidades campesinas del distrito Ayaviri-Puno. *riv [Internet]*. 30 de julio de 2021 [citado 2 de julio de 2022];15(3):161-9. Dispo-

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• •

- nible en: <https://revistas.unheval.edu.pe/index.php/riv/article/view/1103>
8. Álvarez, M., Becerra, M., Meneses, F. (2011). El desarrollo social y afectivo en los niños de primer ciclo básico. (Tesis), Universidad Mayor, Facultad de Educación, Santiago de Chile
 9. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Estadísticas de nacimientos y defunciones. 2015. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/nacimientos-y-defunciones>
 10. Bello, L. y Parada, A. Caracterización de la mortalidad materna en comunidades indígenas colombianas, 2011 a 2013. Estudio de los registros de vigilancia epidemiológica de casos centinela. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 68 No. 4 • Octubre-Diciembre 2017 • (256-265). 2017.
 11. Donoso, E. Mortalidad materna, Chile 2005. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2008 [citado 23 marzo 2022]; 73 (3): 143-144. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300001>.
 12. Departamento Administrativo de Planeación de La Guajira. Evaluación y seguimiento morbimortalidad y bajo peso al nacer por desnutrición, departamento de La Guajira. Gobernación de La Guajira. 2014.
 13. Ortegón E, Pacheco JF y Prieto A. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas [Internet]. 2da ed. Santiago de Chile: Publicaciones de la ONU - Cepal; 2015 [citado el 16 marzo 2022]. 127 p. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518_es.pdf
 14. Cordero Rizo MZ y González GJ. Factores socio económicos y de servicios de salud asociados con la mortalidad materna: una revisión [Internet]. *Rev.cienc.biomed.* 2011 [citado el 15 marzo 2022]; 2(1): 77-85. Disponible de: http://saludpublica.cucs.udg.mx/tem/_6GQ0RB493.pdf
 15. Gutiérrez, M. y Velásquez, E. (2017). Morbimortalidad materna. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(3), 413-427.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• •

16. Oliveira Neto AF, Parpinelli MA, Cecatti JG, Souza JP, Sousa MH. Factors associated with maternal death in women admitted to an intensive care unit with severe maternal morbidity. *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 105(3): 252-6.
17. Organización Panamericana de la Salud – OPS. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. 2018. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=1926&lang=es#gsc.tab=0
18. Bautista Guerra M, Diazgranados Cotes S. y Hernández Guerra A. Análisis de los factores socio culturales que aumentan los riesgos de morbi - mortalidad materna en gestantes atendidas en el hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro del municipio de Uribia - La Guajira. [Tesis de Especialización en Internet]. Riohacha, Colombia: Universidad de La Guajira, 2021. [citado el 5 de agosto 2022]. 106 p. Disponible de <https://repositoryinst.uniguajira.edu.co>
19. Sánchez Jiménez J. La salud en las comunidades indígenas de La Guajira: evaluación de políticas de atención e infraestructura en salud. [Tesis de grado en internet]. Foz do Iguacu: Universidad Federal Latinoamericana, 2021. [citado de internet 4 de agosto 2022]. 125 p. Disponible de <https://dspace.unila.edu.br/handle/123456789/6093>
20. Ortiz, AS. Aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes de tres comunidades del Resguardo Indígena San Lorenzo, Caldas: trabajo doméstico, partería tradicional y procesos organizativos de mujeres indígenas. *Rev. Cienc. salud [Internet]*. 27 de agosto de 2019 [citado 16 de agosto 2022];17(Especial):145-62. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/8126>
21. Arregoces Ariño AL. Apropriación del conocimiento impartido en entrenamiento para atención del parto en parteras indígenas de la etnia wayuu: barreras y oportunidades en el territorio, en el municipio de Manaure, departamento de La Guajira, año 2019. [tesis de maestría en internet]. Barran-

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• •

- quilla, Colombia: Universidad del Norte, 2019. [citado el 3 de agosto 2022]. 80 p. Disponible de <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/9395/138920.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 22.** Ruiz Manjarrez YY y Oime Ochoa M. Barreras de acceso a las indígenas wayuu gestantes para acceder a controles prenatales antes de las doce semanas de gestación en el Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro de Uribia, La Guajira. *Cienc Tecnol Salud Vis Ocul.* 2018;(2): 21-31. doi: <https://doi.org/10.19052/sv.5164>
- 23.** Ruiz JM. Prácticas culturales de cuidado en gestantes indígenas de la etnia wayuu: una mirada etnográfica. [Tesis de Maestría en internet]. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo, 2017. [citado el 4 de agosto 2022]. 109 p. Disponible de <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/6214/jruiz.pdf?sequ>
- 24.** Hernández Bello A, Rodríguez Hernández JM, Cubillos Novella AF, Santacruz Caicedo MA, Van der Werf Cuadros L, Vega Romero R y García Becerra A. Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas arhuaca y wayuu: evidencias y propuestas de intervención [Internet]. Bogotá, Colombia: UNFPA, OPS/OMS, UNICEF, PMA, PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA; 2017 [citado el 22 de julio 2022]. 189 p. Disponible de <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/DeterminantesMortalidadMaternalIndi%CC%81gena-3-7-19.pdf>
- 25.** Bula Romero AJ, Galarza K. Mortalidad materna en la gestante wayuu de Uribia, departamento de La Guajira, Colombia. Estudio descriptivo año 2016. *Enfermería [Internet]*. 2017. [citado el 15 de agosto 2022]; 6(1): 46-53. Doi: <https://doi.org/10.22235/ech.v6i1.1369>.
- 26.** Bonita, R.; Beaglehole, R.; Kjellstrom, T. *Epidemiología básica*. 2da ed. Washington, D.C: Editorial OPS; 2008. 279 p.
- 27.** Sánchez González, MA. *Historia de la Medicina y humanidades médicas*. 3ra ed. Editorial Elsevier Health Sciences; 2022. 472 p.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• •

28. Martin Colimon, K. Fundamentos de epidemiología. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.; 2015. 368 p.
29. Henao Robledo F. Diagnóstico integral de las condiciones de trabajo y salud [Internet]. 2da ed. Bogotá, Colombia: Ecoe ediciones; 2017 [citado el 6 de agosto 2022]. 196 p. Disponible de https://books.google.co.ve/books?id=6q5JDwAAQBAJ&source=gbs_navlinks_s
30. “Morbilidad”. En: Significados.com. Disponible en: <https://www.significados.com/morbilidad/> Consultado: 17 de julio 2022.
31. Minsalud. Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016. [consultado el 27 de marzo de 2022]. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>
32. León, G. Epidemiología. 5ta ed. Barcelona: Editorial Elsevier España, S.L.; 2015. 281 p.
33. De Miguel Sesmero, JR.; Quintana Pantaleón, C. y Odriozola Feu, JM. La cesárea: ¿cuándo, cómo y por qué?. Editorial Universidad de Cantabria. 2022.
34. Centers for Disease Control and Prevention -CDC. Pregnancy complications [Internet]. CDC, 2018 [consultado 16 de marzo 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/reproductive-health/maternalinfanthealth/pregnancy-complications.html>
35. Cortés Díaz, D. Mortalidad materna y salud pública: décadas perdidas. Revista de la Facultad de Medicina, 58(3), 167-171. 2010.
36. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Argentina: OMS – OPS; c2018. Definición de defunción materna. Consulta 7 de marzo 2018 [citado el 5 de julio 2022]. Disponible de <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/887-foro-becker-definicion-de-defuncion-materna>
37. Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Indicadores de salud: aspectos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• •

- conceptuales y operativos [Internet]. Brasil: OPS; 2014 [citado el 22 de Julio 2022]. Disponible de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=health-analysis-metrics-evidence-9907&alias=45250-indicadores-salud-aspectos-conceptuales-operativos-250&Itemid=270&lang=es
- 38.** UNICEF- ACNUR. Análisis situacional del cumplimiento de los derechos fundamentales en salud y educación de la primera infancia indígena en La Guajira. Bogotá, Colombia: Editorial Gente Nueva. 2007 [citado el 16 julio 2022]. 136 p. Disponible de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2007/5528.pdf>
- 39.** Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad de recién nacidos [Internet]. Nota descriptiva N°333. 2019 [citado el 16 de julio 2022]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>.
- 40.** Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS: Mortalidad materna; c2019 [citado el 15 de julio 2022]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- 41.** Organización Panamericana de la Salud [Internet]. OPS 2022. Un estudio de OPS sobre mortalidad materna y covid-19 muestra barreras en el acceso de las embarazadas a cuidados críticos [citado el 6 de agosto 2022]. Disponible en <https://www.paho.org/es/noticias/12-5-2022-estudio-ops-sobre-mortalidad-materna-covid-19-muestra-barreras-acceso>
- 42.** Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS 2012. [citado el 15 de julio 2022]. Disponible en <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CIE10MM.pdf>
- 43.** Gómez-Dávila JG, Osorio-Castaño JH, Vélez-Álvarez GA, Zuleta-Tobón JJ, Londoño-Cardona JG, Velásquez-Penagos JA. Guía de práctica clínica para la prevención y el manejo de la hemorragia posparto y complicaciones del choque hemorrágico. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2013 Dec [citado el 16 de julio 2022]; 64 (4): 425-452. Disponible de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342013000400004&lng=en.

44. Carvajal J y Ralph C. Manual de obstetricia y ginecología [Internet]. 9na ed. Chile: Facultad de Medicina – Universidad Católica de Chile, 2018 [citado el 16 julio 2020]. 638 p. Disponible de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
45. Hernández Ugalde F, Martínez Leyva G, Rodríguez Acosta Y, Hernández Suárez D, Pérez García A, Almeida Campos S. Ácido fólico y embarazo, ¿beneficio o riesgo?. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2019 Feb [citado 16 de julio 2022]; 41(1): 142-155. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000100142&lng=es.
46. Organización Mundial de la Salud. Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH. Recomendaciones para un enfoque de salud pública [Internet]. Londres: OMS, 2013 [citado el 6 de agosto 2022]. Disponible de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/129493/9789243505725_spa.pdf;jsessionid=11EFCABF7D3971E03093D74DF4BB1AD0?sequence=1
47. Nares-Torices MA, Hernández-Pacheco JA, Estrada-Altamirano A, Lomelí-Terán JM, Mendoza-Calderón SA, Flores-Cortés MI. et al. Manejo de sepsis y choque séptico en el embarazo. Perinatol. Reprod. Hum. [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 6 agosto 2022]; 27 (4): 248-261. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000400008&lng=es.
48. Ministerio del Poder popular para la Salud- MPPS. Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia [internet]. Caracas, Venezuela: OMS-OPS-UNI-CEF-UNFPA; 2014 [citado el 7 agosto 2022]. 288 p. Disponible de https://www.paho.org/ven/images/stories/VEN/protocolos/obstetrico/PROTOCOLO_OBSTETRICO.pdf
49. Lacunza-Paredes RO y Santis-Moya F. Sulfato de magnesio y el cerebro en la preeclampsia. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2017 Abr [citado el 17 de julio 2022]; 63(2): 235-240.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• •

Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000200012&lng=es.

50. Grillo-Ardila CF, Bautista-Charry AA, Diosa-Restrepo M. Atención del parto con feto en presentación pelviana: revisión de la semiología, el mecanismo y la atención del parto. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2019 Dec [citado el 17 de julio 2022]; 70 (4): 253-265. Disponible de <https://doi.org/10.18597/rcog.3345>.
51. Londoño Fernández, Juan L. Metodología de la investigación epidemiológica. 6ta ed. Bogotá: Editorial El Manual Moderno; 2022. 259 p.
52. OECD. (2022). Society at al Glance: Asia/Pacific 2022. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7ef894e5-en>
53. Minsalud. Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016. [consultado el 27 de marzo de 2022]. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>
54. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; c2020. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños; 9 de septiembre 2020 [citado el 7 de agosto 2022]. Disponible de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
55. Aguilar Cordero, MJ. Tratado de enfermería del niño y el adolescente: Cuidados pediátricos. 2 ed. Madrid: Ediciones Elsevier; 2012. 586 p.
56. Sandoval Castaño, E. Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud Colombia 2016. Bogotá: Ediciones Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia – MSPS; 2016. 135 p.
57. Rodríguez Leal, D. Muertes maternas: crisis familiares y fallos institucionales, Tesis doctoral, Universidad de alicante. 2013. <https://core.ac.uk/download/pdf/16698691.pdf>
58. ONU Mujeres [Internet]. España: Centro virtual de conocimiento para poner fin a la violencia contra mujeres y niñas,

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• •

- c2010 [citado el 17 de julio 2022]. Disponible de <https://www.endvawnnow.org/es/articles/336-indicadores.html>
59. Vaca Kahut, JD y Cordero González A. Morbilidad materna. *Panorama Cuba y Salud*. 2018; 13 (Especial): 434-440. http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/1010/pdf_220
 60. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, Colombia: Minsalud; c2016. *Indicadores básicos 2015*. [citado el 17 de julio 2022]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/vs/ED/GCFi/indicadores-basicos-en-salud-2015.pdf>
 61. Organización Mundial de la Salud y la Organización panamericana de la Salud. OMS/OPS: 2016. *Salud Materna* [citado el 16 de julio 2022]. Disponible de <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
 62. Almanza K. Almanza R. y Pimienta S. Reflexiones sobre la cosmovisión y cosmogonía de la etnia wayuu: relevancia para la práctica educativa. *Revista Redhecs*. 2017 [citado el 17 de julio 2022]; 23 (2): 198-217. Disponible en <http://ojs.urbe.edu/index.php/redhecs/article/download/708/632?inline=1>
 63. Patiño, S.; Mignone, J.; Castro, D.; Gómez, N. y Rojas, C. (2016). Guías bilingües: una estrategia para disminuir las barreras culturales en el acceso y la atención en salud de las comunidades wayuu de Maicao, Colombia. *Salud Colectiva*, 12 (3), 415-428. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.883>
 64. Organización Panamericana de la Salud – OPS. Educación, ingreso y etnia son los factores sociales que más influyen en la salud de niños, niñas adolescentes y madres - Hallazgos del informe [Internet]. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2016 [citado el 17 de julio 2022]. Disponible en https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12822:social-determinants-mch&Itemid=39620&limitstart=1&lang=es#gsc.tab=0
 65. Ramírez, N. (2011). *Embarazo, Parto y Puerperio: Concepciones y Prácticas de la mujer Wayúu en el municipio de Hatonuevo- La Guajira* [Tesis de grado, Universidad del

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• •

- Magdalena]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/198275832.pdf>
- 66.** Redondo, A., Pinto, B., Zabaraín-Cogollo, S. Entorno familiar y crianza del menor Wayuü trabajador del basurero de Riohacha- Colombia. *Revista Psicoespacios*, 2018 [citado el 18 de julio 2022]. 12 (21): 39-59. Disponible en: <https://doi.org/10.25057/issn.2145-2776>
- 67.** Departamento administrativo de Planeación de La Guajira. Evaluación y seguimiento morbilidad y bajo peso al nacer por desnutrición, departamento de la Guajira. Gobernación de La Guajira [Internet]. 2014 [citado el 17 de julio 2022]. Disponible en: <https://guajira360.org/wp-content/uploads/2018/08/INFORME-MORBI-MORTALIDAD-INFANTIL-DPTO-DE-LA-GUAJIRA-I.pdf>
- 68.** Otálora L.; Acosta, M.; Saldarriaga, A.; López, G. y Sáchica, C. Lo que saben los Wayuu=Tü natüjalakat Wayuu. Bogotá: Editorial Tadeo Lozano; 2017. 248 p.
- 69.** Freire, G. Perspectivas en salud indígena: cosmovisión, enfermedad y políticas públicas. Quito, Ecuador: Ediciones GEA; 2012. 497 p.
- 70.** García Araque, Fabio Alberto. La etnoeducación como elemento fundamental en las comunidades afrocolombianas. *Diálogos sobre educación* [Internet]. Temas actuales en investigación educativa, 2017 [citado el 17 de julio 2022]: 8(15). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-21712017000100005&lng=es&tlng=es.
- 71.** Moreno Parra, Héctor Alonso, Rodríguez Sánchez, Adolfo León. Etnicidad, resistencias y políticas públicas. Programa Editorial UNIVALLE, 2014. 380 pp.
- 72.** Chalá Mena, JE. La etnoeducación como factor de fortalecimiento de la identidad cultural en niños y niñas afrodescendientes de 5 a 6 años. [Tesis en internet]. Quito: Universidad Central del Ecuador, 2018 [citado el 18 de julio 2022]. 133 p. Disponible de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/16104/1/T-UCE-0010-FIL-082.pdf>

- 73.** Sánchez Castellón EB. Etnoeducación y prácticas interculturales para saberes otros. / Ethno-Education and Intercultural Practices for Other Knowledge. Utopía y prax. latinoam. [Internet]. 2018 [citado 17 de julio 2022]; 23(83):166-81. Disponible en: <https://produccioncientificaluz.org/index.php/utopia/article/view/33334>
- 74.** Erazo Pineda, Á. Factores que afectan la calidad y cambio educativo de las escuelas de nivel preescolar [Internet]. Acta Educativa. 2019 [citado el 17 de julio 2022]; 5 (2): 1-45. Disponible de <https://revista.universidadabierta.edu.mx/2019/12/30/factores-que-afectan-la-calidad-y-cambio-educativo-de-las-escuelas-de-nivel-preescolar/>
- 75.** Organización Panamericana de la Salud. Reducción de la mortalidad materna y neonatal con enfoque intercultural de derechos y de género [Internet]. Bogotá: OPS; 2016 [citado el 17 de julio 2022]. 20 p. Disponible de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33713/9789275319314-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 76.** Balseca Romero C. Aproximación para un análisis semiótico del rito de la diablada pillareña. [Tesis de grado]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2021. 158 p. <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/32010/1/BJCS-CS-609.pdf>
- 77.** Ríos, L. La educación, la enculturación y la salud en la cárcel. Estudio realizado con población Pospenada. [Internet]. 2019. [citado: 2022, octubre] Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12209/11441>
- 78.** Lozano Hernández D. Centro de desarrollo cultural y artesanal de los grupos wayuu en La Guajira. [tesis de grado]. Tunja, Colombia: Universidad Santo Tomás; 2017. 106 p.
- 79.** Iguarán Montiel G, Sánchez Fontalvo I y Ortiz Segrera J. Wayunkeera, un trenzado metodológico epistémico del desarrollo humano wayuu como un anclaje a la metodología. RIAEE – Rev.Iber.de Est.en Educ. 2020; 15 (1): 840-871. <https://doi.org/10.21723/riaee.v15iesp.1.13353>
- 80.** Daza Tovar YB. Transformaciones culturales de las prácticas de medicina ancestral wayuu, según las narrativas de las

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• •

tres últimas generaciones de dos resguardos del sur de La Guajira. [Tesis de grado]. Colombia: Universidad externada de Colombia, 2017. 79 p.

- 81.** Rincón Soto L. Enfermarse y curarse en La Guajira: la salud entre tradición y modernidad. Praxis [Internet]. 15jun.2007 [citado el 18 de julio 2022]; (59): 19-3. Disponible de: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/praxis/article/view/4651>
- 82.** Serrano López SR. Outsü, enfermedades y práctica curativa ritual en los Wayuu de la Media Guajira, Colombia. Jangwa Pana [Internet]. 5 de junio de 2020 [citado 18 de julio 2022]; 19 (2): 261-82. Disponible en: <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/jangwapana/article/view/3643>
- 83.** Suárez HM y López Uriana RS. Articulación de la oralidad wayuu como eje transversal para la propuesta de transformación curricular del proyecto educativo comunitario para mejorar la calidad educativa en la institución etnoeducativa integral rural internado indígena de Puerto Estrella y Nuestra Señora de Fátima de Nazareth [tesis de maestría]. Colombia: Universidad deLa Sabana; 2021. 93 p.
- 84.** Ortiz Ricaurte EH. La justicia intercultural como criterio fundamental de las normas de coordinación entre el sistema judicial nacional y la jurisdicción especial indígena [tesis doctoral en internet]. Colombia: Universidad Externado de Colombia, 2021. [citado el 19 de julio 2022]. 247 p. Disponible de: <https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/708757cf-3486-46a6-8ae0-d721733d7a41/content>
- 85.** Ministerio de Cultura y Fondo Mixto para la Promoción de la Cultura y las Artes de La Guajira. Plan especial de salvaguarda del SNW Sistema Normativo Wayuu Aplicado por el Pütchipü'üi [Internet]. [citado el 18 de julio 2022]. Disponible de: <http://patrimonio.mincultura.gov.co/SiteAssets/Paginas/PLAN-ESPECIAL-DE-SALVAGUARDA-DEL-SNW-SISTEMA-NORMATIVO-WAYUU-Aplicado-por-el-Putchipu.pdf>
- 86.** Universidad de los Andes [Internet]. El sistema normativo de los Wayuu, aplicado por el Pütchipü'üi [citado el 18 de julio 2022]. Disponible de: <https://facartes.uniandes>.

edu.co/patrimonio/inmaterial/el-sistema-normativo-de-los-wayuus-aplicado-por-el-putchipuui/

- 87.** Polo Figueroa, N. Sistema normativo wayuu: módulo intercultural (línea de investigación indigenista). Bogotá: Universidad Sergio Arboleda; 2017. 120 p.
- 88.** [88] Martín Zurro A. y Jodar Solà G. Atención familiar y salud comunitaria: Conceptos y materiales para docentes y estudiantes. 2da ed. España: Elsevier Health Sciences; 2018. 384 p.
- 89.** Martín Zurro A., Cano Pérez JF y Gené Badia J. Compendio de Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica en Medicina de Familia. 5ta ed. España: Elsevier Health Sciences; 2021. 936 p.
- 90.** Pan American Health Organization. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 [Internet]. PAHO, octubre 2012 [citado el 18 de julio 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- 91.** Vignolo J., Vacarezza M., Álvarez C., y Sosa Alicia. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch. Med Int [Internet]. 2011 Abr [citado 16 de julio]; 33(1): 7-11. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es.
- 92.** Organización Panamericana de la salud. Alma Ata: 25 años después [Internet]. OPS: 2003 [citado el 16 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues>
- 93.** World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2018). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>.
- 94.** Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria en Salud. OMS, abril 2021 [citado el 16 de agosto 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• •

95. Organización Panamericana de la Salud. “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <http://iris.paho.org>
96. Campus formación Granada [Internet]. Andalucía: Centro de formación profesional especializado en sanidad; c2021. Influencia de la tecnología en la salud; 22 de marzo 2021 [citado el 18 de julio 2022]. Disponible en <https://www.campusformaciongranada.es/blog/influencia-tecnologia-salud/>
97. Barrientos Gómez, JG, Marín Castro AE, Becerra Ruiz L, Tobón Arango MA. La evaluación de nuevas tecnologías en salud en hospitales: revisión narrativa. Medicina U.P.B. [Internet]. 2016;35(2):120-134. Disponible de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159049704006>
98. Organización Mundial de la Salud. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la Covid-19 celebrada el 11 de marzo de 2020 [citado el 18 de julio 2022]. Disponible en <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
99. Pola Alvarado L. Fundamentos para una plataforma nacional de interconsulta digital en trastornos de la motilidad ocular. RCIM [Internet]. 2013 Dic [citado 18 de julio 2022]; 5(2): 200-209. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18592013000200010&lng=es
100. Marina Malanda N, Gáldiz Iturri JB. Intervenciones no farmacológicas en EPOC: utilidad de la telemedicina en la deshabituación tabáquica. Monogr Arch Bronconeumol [Internet]. 2016 [citado 18 julio 2022]; 3(8): 207-212. Disponible en: <http://separcontenidos.es/revista/index.php/revista/article/download/230/334>
101. Linares Cánovas LP, Linares Cánovas LB, Herrera Forcelledo A. Telemedicina, impacto y perspectivas para la sociedad actual. Rev.galeno [Internet]. 2018 [citado 16 agosto 2022]; 14 (32). Disponible de <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/299/html>

102. Pérez O y Guevara M. Transforma tu consulta al mundo digital: Guía práctica de Telemedicina para profesionales de salud. Caracas: Independently published; 2021. 168 p.
103. Strickler AS, Palma J, Charris R, Candia T, Grez M, González B, et al. Aporte del uso de herramientas básicas de Telemedicina en la atención de niños y adolescentes con Artritis idiopática juvenil, en el Hospital de Puerto Montt. Chile. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2018 Feb [citado 18 julio 2022]; 89(1): 59-66. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000100059&lng=es
104. Bodeker, Gerard, Ong, Chi-Keong, Grundy, Chris, Burford, Gemma, Shein, Kin. et al. WHO global atlas of traditional, complementary and alternative medicine [Internet]. Vol. 2. Kobe, Japan: WHO Centre for Health Development; 2005. [citado el 18 de julio 2022]. 216 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43108>
105. Freire G. (ed.). Perspectivas en salud indígena. Cosmovisión, enfermedad y políticas públicas [Internet]. Quito: Ediciones Abya Yala; 2011 [citado el 18 de julio 2022]. 497 p. Disponible en <https://doi.org/10.4000/jsa.12683>
106. Ministerio de Salud y Protección social. Plan Decenal de Salud Pública. 2012-2021: la salud en Colombia la construyes tu [Internet]. Bogotá, Colombia: Minsalud; 2013 [citado el 18 de julio 2022]. Disponible de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
107. Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud y protección social de Colombia. Programa Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) [Internet]. 2da ed. Bogotá, D.C.: OPS, 2016 [citado el 18 de julio 2022]. Disponible en: http://www2.udea.edu.co/webmaster/unidades_academicas/medicina/nacer/0813-aiiep-clinico-2016.pdf
108. Varios autores. Auxiliar de Enfermería. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana. Temario Vol. I. Parte Específica. Madrid: Editorial CEP; 2017. 496 p.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• •

109. Leavell, H. & Clark, E. Preventive medicine for the doctor in his community: An epidemiological approach. 3rd ed. New York: McGraw Hill Book Co; 1965. 684 p.
110. Madrid Valdebenito V. Manual de Parasitología Humana. Chile: Universidad de concepción; 2012. 223 p.
111. Barreros Balarezo P. y Correa Maila JL. Aplicación de las medidas de bioseguridad en la atención integral del paciente por el profesional de enfermería en el servicio de cirugía del hospital provincial general docente riobamba en el periodo octubre 2015 a febrero 2016 [Tesis en Internet]. Quito: Universidad Central del Ecuador, 2016. [citado el 18 de julio 2022]. 153 p. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/6298/1/T-UCE-0006-041.pdf>
112. Organización Panamericana de la Salud. Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE) salud y enfermedad en la población. 2da ed. Washington, D.C: OPS, 2011. 46 p.
113. Organización Panamericana de la Salud. Programa ampliado de inmunizaciones (PAI) programa materno infantil. Taller sobre planificación, administración y evaluación. Glosario. OPS [citado el 18 de julio 2022]. 14 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/10665.2/3300/TallerGlosario.pdf>.
114. Bavaresco de Prieto AM. Proceso metodológico en la investigación ¿Cómo hacer un diseño de investigación?. 6ta ed. Maracaibo: Imprenta internacional C.A., 2013. 243 p.
115. Hincapié M JP. Elementos ontológicos, epistemológicos y metodológicos para la construcción de un marco teórico de estudio de los activos intangibles [Internet]. Cuadernos de Contabilidad, 2017[citado el 19 de julio 2022]; 18 (45): 1-24. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.cc18-45.eoem>
116. López López, MV. Enfermería y ciencias sociales: posibilidades para la formación profesional. Medellín: Universidad de Antioquia, 2021. 106 p.
117. Martínez Miguelez, M. Evaluación cualitativa de programas. México: Editorial Trillas, 2007. 104 p.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• •

118. Ramos CA. Los paradigmas de investigación científica [Internet]. *Av.psicol*, 2015 [citado el 19 de julio 2022]: 23 (1). 9-17. Disponible en: https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_1/Carlos_Ramos.pdf
119. Arias, F. El Proyecto de investigación. Introducción a la Metodología Científica. 6ta ed. Venezuela: Editorial Episteme, 2012. 146 p.
120. Durán Martínez, R.; Gómez Goncalves, A. y Sánchez Sánchez, M. Guía didáctica para la elaboración de un trabajo académico. España: Editorial Iberoprinter, 2017. 48 p.
121. Parra Castrillo E. Las fases del proyecto de investigación. Medellín, Colombia: José Eucario Parra Castrillón; 2018. 132 p.
122. Sánchez Carlessi, H., Reyes Romero, C. y Mejías Sáenz, K. Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística. Lima: Universidad Ricardo Palma, 2018. 146 p.
123. Burns, N. y Grove, S. Investigación en enfermería. 5ta ed. España: Editorial Elsevier, 2012. 580 p.
124. Hernández Sampieri, R. y Mendoza Torres, C.P. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativas, cualitativas y mixtas. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C. V.; 2018. 753 p.
125. Rodríguez Sánchez, Y. Metodología de la investigación. México: Editorial Klik soluciones Educativas, 2020. 108 p.
126. Monje Álvarez, C.A. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa, guía didáctica. Neiva, Colombia: Universidad Surcolombiana, 2011. 217 p.
127. Kottak Conrad P. Antropología cultural. 14ta ed. México, DF: McGraw-Hill; 2011. 423 p.
128. Hurtado de Barrera, J. Metodología de la investigación: Guía para la comprensión holística de la ciencia. 4 ed. Bogotá – Caracas: Sypal y Quirón ediciones, 2010. 1.292 p.
129. López de Bozik, E. Metodología de la investigación: Guía instruccional. Caracas: UNA, 2011. 232 p.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• •

130. Balcázar, P.; González, N.; Gurrola, G. y Moysén, A. Investigación cualitativa. Toluca, Edo. De México: Universidad autónoma del Estado de México UAEM, 2013. 241 p.
131. Zarco Colón, J., Ramasco Gutiérrez, M., Pedraz Marcos, A. y Palmar Santos, AM. Investigación cualitativa en salud. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas CIS, 2019. 345 p.
132. Sáez López, JM. Investigación educativa: fundamentos teóricos, procesos y elementos prácticos. Madrid: UNED, 2017. 204 p.
133. Hidalgo, L. Confiabilidad y validez en el contexto de la investigación y evaluación cualitativas. Sinopsis educativa, 2005. 5 (1 y 2): 225-243.
134. Mondragón Mullor, M. Enseñanza y aprendizaje de la gramática y ortografía en la educación secundaria obligatoria a través de los libros de texto. [Tesis doctoral]. España: Universidad de Almería; 2014.
135. Codina, L. Glosario de investigación cualitativa. Comunicación y documentación [Internet]. 2018 [citado el 20 de julio 2022]. Disponible en: <https://www.lluis-codina.com/investigacion-cualitativa-recursos/investigacion-cualitativa-glosario/>
136. Bonet, J. y Hahn, L. La mortalidad y desnutrición infantil en la guajira. Documentos de trabajo sobre economía regional, publicaciones del Banco de la República, sucursal Cartagena, Núm. 255, 1-63. 2017. http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_255.pdf
137. Cárdenas, M. Población guajira, pobreza, desarrollo humano y oportunidades humanas para los niños en La Guajira. [Tesis de maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2011.
138. Rocha, M. Mingas de la palabra: Mingas de la palabra textualidades oraliegráficas y visiones de cabeza en las oralituras y literaturas indígenas contemporáneas. Bogotá, Colombia: Ediciones Uniandes-Universidad de los Andes, pontificia Universidad Javeriana. 2018.

- 139.** Veneman, Ann M. La educación es la clave para reducir la mortalidad infantil: El vínculo entre la salud materna y la educación. Organización de la Naciones Unidas – ONU. <https://www.un.org/es/chronicle/article/la-educacion-es-la-clave-para-reducir-la-mortalidad-infantil-el-vinculo-entre-la-salud-materna-y-la>
- 140.** Jaramillo-Mejía MC, Chernichovsky D. y Jiménez-Moleón JJ. Determinantes de la mortalidad infantil en Colombia. Path Análisis [Internet]. Rev. Salud Pública, 2018 [citado el 19 de julio 2022]; 20 (1): 3-9. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n1.39247>
- 141.** Ministerio de Cultura, Republica de Colombia. Wayuu, gente de arena, sol y viento. (acceso 20 de julio 2022) Disponible en: <https://www.mincultura.gov.co/prensa/noticias/Documents/Poblaciones/PUEBLO%20WAY%3%9AU.pdf>
- 142.** Corte Constitucional de Colombia. (2017). Sentencia T-302. M.P. Aquiles Arrieta Gómez. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-302-17.htm>
- 143.** Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Grupos étnicos – información técnica. Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV-2018). [Internet] 2019 [citado el 25 de julio 2022]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/grupos-eticos/informacion-tecnica>
- 144.** González-Solano D. Modelo de mejoramiento del hábitat para la comunidad indígena wayuu en Riohacha, La Guajira. [Internet] [Tesis de pregrado, Universidad de Ibagué]. 2019. Disponible en: <https://repositorio.unibague.edu.co/jspui/bitstream/20.500.12313/2096/1/Trabajo%20de%20grado.pdf>
- 145.** Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-359 de 2017. M.P. Diana Fajardo Rivera. 2017. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/t-359-18.htm>
- 146.** Ortega Y. Pueblos originarios: oralidades y cosmogonías del Caribe a la Patagonia. Bordes, Revista de estudios culturales, [Internet]. 2019 [citado el 20 de julio 2022]; 17: 43-53. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/bordes/article/viewFile/16304/21921927451>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• •

147. Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible. Parque Nacional Natural Macuira; 2022. [citado el 20 de julio 2022]. Disponible en: <https://www.parquesnacionales.gov.co/portal/es/ecoturismo/parques/region-caribe/parque-nacional-natural-macuira/>
148. Ibarra C. Danzas de La Guajira: pedagogía, técnica y estrategias de enseñanza. Riohacha, La Guajira: Ediciones Fondo Mixto para la Promoción de la Cultura y las Artes de La Guajira de la Gobernación de La Guajira; 2019.
149. Giraldo-Polanco M. Narrativas indígenas Wayuu: de los saberes ancestrales para la educación corporal. [Internet] 2018 [citado el 20 de julio 2022] Expomotricidad-2018. Sexto Coloquio Internacional de la Educación Corporal: experiencias del enseñar y el aprender en tiempos de convivencia. 1-7. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/expomotricidad/article/view/336127>
150. Echeto L. Entrevista virtual a miembro wayuu, egresado del programa de Derecho de la Universidad del Atlántico. [Realizada 21 de julio 2022] 2022 [Google Meet].
151. Montañó L. Las ceremonias ancestrales y tradicionales de la etnia wayuu, un estudio a través de su ceremonial y protocolo. Revista Estudios Institucionales [Internet] 2017 [citado el 21 de julio 2022]; 4 (6):165-178. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6513299>
152. Espejo P. Relatos de voz y mano con la crianza Wayuu. Uribia, La Guajira - 2016. Revista Para América Latina. [Internet] 2017 [citado el 21 de julio 2022] Ed. Especial. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psilat/nspe/a07nspe.pdf>
153. Guerra W, y Múnera J. Los apaalanchi: una visión del mar entre los Wayuu. Ed. Banco de la República. [Internet] 2011 [citado el 22 de julio 2022]. Disponible en: <https://babel.banrepcultural.org/digital/collection/p17054coll18/id/417>
154. Rojano Y, Araújo L, y Rojano A. Cultura wayuu y actividad turística: una perspectiva desde el ordenamiento territorial costero en La Guajira –Colombia. Universidad de La Guajira (Colombia). [Internet] 2020. [citado el 21 de julio 2022]. Dispo-

nible en: <https://www.riico.net/index.php/riico/article/view/1789>

- 155.** Florián K, Foronda L, García A, y Muñoz K. Diseño de una etno-aldea turística para promover la cultura y tradición del pueblo wayuu en la Ranchería Kayushiwarralu, La Guajira. [Tesis de pregrado]. Universidad Piloto de Colombia, 2020. Disponible en: <http://repository.unipiloto.edu.co/bitstream/handle/20.500.12277/9712>
- 156.** Novo-Martínez MP, Hernández-Becerra MP, y Peralta-Sanabria JG. Influencia de la explotación de carbón a cielo abierto en el rol de la mujer wayuu (2014 – 2016). Bogotá D.C. [Internet] 2018. [citado el 21 de julio 2022]. Disponible en: https://ciencia.lasalle.edu.co/negocios_relaciones/100
- 157.** Antúnez C, Paz C, García N, y Valbuena C. Perspectivas. Representación del VPH en mujeres Wayuu. Revista de Historia, Geografía, Arte y Cultura de la UNERMB 90. [Internet] 2020 [citado el 21 de julio 2022]; 8(16): 88–100. Disponible en: <http://perspectivas.unermb.web.ve/index.php/Perspectivas/article/view/303>
- 158.** Serrano S. Outsü, enfermedades y práctica curativa ritual en los Wayuu de la Media Guajira, Colombia. Revista Jangwa Panamericana, [Internet] 2020 [citado el 21 de julio 2022]; 19 (2): 261-282. DOI: <https://doi.org/10.21676/16574923.3643>
- 159.** Pitta-Osses N, Acosta-González S. Propuesta para la aplicación de los Métodos Alternativos de Solución de Conflictos (MASC) en instituciones etnoeducativas wayuu en La Guajira. Revista Praxis. [Internet] 2020 [citado el 21 de julio 2022]; 16(1). Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/praxis/article/view/3032>
- 160.** Asamblea Departamental de La Guajira. Declaración del Wayuunaiki como lengua oficial del departamento de La Guajira. Ordenanza 001. 1992.
- 161.** Amaya C, Shamah-Levy T, Escalante E, Turnbull P, Núñez R. Empoderamiento y búsqueda de atención en salud: un factor ignorado de la mortalidad materna en una comunidad indígena mexicana. Promoción de la salud mundial. [Internet]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


• •

- 2020 [citado el 22 de julio 2022]; 27 (2): 166-174. Doi: 10.1177 / 1757975918821052
- 162.** Forero A. Nosotros los wayuu. [Tesis de pregrado] Colombia: Universidad Distrital Francisco José de Caldas; 2019 [citado el 22 de julio 2022]. Disponible en: <http://biblioteca.udea.edu.co:8080/leo/handle/123456789/4371>
- 163.** Ortega Y. Pueblos originarios: oralidades y cosmogonías del Caribe a la Patagonia. Bordes, Revista de estudios culturales, [Internet] 2019 [citado el 21 de julio 2022]; 17: 43-53. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/bordes/article/viewFile/16304/21921927451>
- 164.** Duarte-Gómez M, Ortega-Alegría M, Mora-Ríos L, Coromoto-Fernández N. Un modelo de atención en salud al pueblo wayuu en la frontera colombo-venezolana. Revista Panamericana de Salud Pública; [Internet] 2011 [citado el 21 de julio 2022]; 30 (3): 272-8. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2011.v30n3/272-278/es>
- 165.** Vallejo, E. Problemas de indios ¿soluciones de blancos? Análisis narrativo de la política nacional de salud sexual y reproductiva de Colombia 2003-2015. El caso de los indígenas wayuu de las rancherías Marbasella y El Horno. Universidad Nacional de Colombia. Oct 2018. 1-302. [citado el 22 de julio 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/76185/>
- 166.** Ministerio de Salud de Colombia. Mortalidad materno-infantil y financiamiento por gestión a la demanda en los municipios de Colombia 2008-2012. Observatorio de Economía de la Salud OESA Observatorio de Salud Materna OMAT Sistema de Seguimiento a la Infancia y Adolescencia de Colombia Sistema de Registros, Observatorio y Sistemas de Seguimiento Nacionales en Salud Dirección de Epidemiología y Demografía Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de Información. Colombia Abr de 2015 [citado el 22 de julio 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Plan-analisis-materno-infantil-Mpios.pdf>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• •

- 167.** Restrepo, J. La medicina ancestral de los wayuu. Periódico el Tiempo; Oct 2015. [citado el 23 de julio 2022]. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16405104>
- 168.** Moya Sáenz OL. La seguridad del paciente en atención primaria en salud. ¿Una actividad que podría quedar en el olvido? Rev Gerenc Polít Salud. 2017; 17(34): xx-xx. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-34.apap>



*Jaapui tüü
woopui nounajatkaali*

“El largo Camino a una Esperanza
de Vida”

ANEXOS

ANEXO 1.

PRINCIPALES EXTRACTOS DE LAS ENTREVISTAS Y DIÁLOGOS

Mi nombre es Angélica García Moreno, enfermera de profesión, también soy docente de la Universidad Simón Bolívar, estamos trabajando actualmente con la Universidad de La Guajira, en un proyecto que se llama FACTORES SOCIOCULTURALES DE LA MORBIMORTALIDAD MATERNO INFANTIL DE LA COMUNIDAD DE NAZARET, GUAJIRA, por cosas de Dios nos enamoramos de este territorio sin conocerlo, sin saber dónde quedaba, y lo que queremos conocer de acá en esta primera parte de la investigación, es cómo es su cultura con respecto a las maternas, a las niñas, cómo crecen, cómo se educan y cómo desde los ancestros ustedes desde su propia cultura enseñan a esas niñas a ser mujer y cómo cuidan a sus hijos, como hacen desde el mismo momento de que la mujer se embaraza, como la cuidan, como va a los controles, como hacen todo este proceso y si no lo hacen cómo lo hacen desde aquí desde la casa, ya que nos han contado que las abuelitas son las que están pendientes, las abuelas maternas, o las abuelas en general son las que se encargan de apoyar sobre todo, no dejando de lado el hombre que es la cabeza de la familia, en fin queremos escucharlos a ustedes, cómo es esa parte y la idea es que posteriormente a esto nosotros podamos sacar un trabajo muy bonito y de alguna manera poder apoyarles en beneficio de ustedes y obtener algo positivo pero desde su cultura, no desde lo que nosotros queramos

hacer, porque nosotros queremos respetársela, conocerla y poder saber qué le podemos nosotros de alguna manera ayudar después que conozcamos esa forma como viven ustedes, porque yo no puedo llegar aquí a decirle voy hacer tal cosa, sin saber cuáles son sus costumbre, de igual somos una sola nación, somos Colombia, somos seres humanos, pero vivimos con costumbres diferentes ya que estamos en lugares distintos y tenemos culturas diferentes.

Les traigo estas personas que hacen parte de los investigadores para que se presenten; y les agradecemos inmensamente que estén aquí y queremos escucharlos si tienen alguna duda, pregunten con mucho gusto estaremos atentos y de igual forma queremos que nos colaboren en las dudas que podamos tener con respecto a la comunidad, les seguimos agradeciendo por el consentir estar aquí y a la autoridad que nos ha permitido venir hasta acá por medio de la señora Magali

investigadores: retomando un poco lo que dice la Dra. Angélica, la finalidad es conocer ese proceso, que lleva la mujer wayuu incluso desde pequeña, que la van enseñando a sus cosas y la van preparando, para otros eventos que ocurren cuando ya ella entra en su etapa de inicio de mujer, cuando se casa y se embaraza, nos interesa esa historia que ocurre desde ese momento hasta que tiene a su primer hijo, y muy importante qué sucede después que el niño nace, cuáles son esos cuidados, hasta cuánto tiempo le hacen lactancia materna solamente, a qué tiempo le empiezan a dar otro tipo de alimentos y queremos saber por ejemplo en los cuidados, cuáles son los cuidados que le dan a la mujer cuando está embarazada y cuando tiene a su bebé, porque como nosotros tenemos otro tipo de procesos que tienen que ver con controles en hospitales, con la ingesta de ciertas vitaminas etc. ¿Pero qué hace la mujer wayuu?, cuáles son las medicinas tradicionales, que toman

para fortalecerla, para que esté bien preparada para esos eventos, esos son detalles que nosotros estamos descubriendo.

La autoridad cómo nos permitiría hacer la interacción

La señora Magali modera la charla tomando la palabra. Habla en Wayuu

Investigador: ¿Hay aquí con bebés pequeños?

Señora de sombrero Yialucila: Bueno, nosotros somos madres wayuu como dicen que somos wayuu ya sabemos que las plantas que utilizamos, para no tener enfermedad para los muchachos hacemos la misma cura para los niños

Investigador: ¿y qué planta son las que mayormente usan?

Sra. Yialucila: mayormente son maru-wasca (no sé cómo se dice en español) con ella se bañan los niños recién nacidos con esa planta, cuando uno pare ya tenemos preparado eso.

Investigador: ¿y para qué le colocan eso? ¿para qué?

Sra. Yialucila: se la colocan en las manos y en el cuello, esa mata que le dije yede (huele) sabroso, y él bebé chupa eso también para que no le dé gripe.

Dr. Orlando: O sea que es una protección para el niño.

Sra. Yialucila: sí es una protección para el niño, para que no agarre flemas.

Investigador: ¿y a la mamá qué le dan?

Sra. Yialucila: también tomamos medicina para bajar rápido la sangre y lavar todo el cuerpo, tomamos también cáscaras de plantas, cocinadas; y comemos comida de recién parida, no son comidas pesadas, solo cosas livianas para que una no se enferme.

investigador: ¿cuánto tiempo esperan para que ellas puedan comer lo normal?

Sra. Yialucila: comer normal se espera 15 días, es como una dieta, después de esos 15 días ya nos podemos levantar, de ahí para atender los niños, atender la gente, pero no cocinamos, no lavamos, tenemos cuarentena, nos cuidamos nosotras mismas.

Investigador: ¿cuándo está embarazada le dan una alimentación diferente o especial, para cuando llegue el momento del parto, la mamá esté fuerte.

Sra. Yialucila: sí, tomamos chicha, tomamos así cosas como carne, cosas pesadas para tener fuerzas, “yajauchi” la leche de cabra con maíz la cocinamos, esa es una que nos da fuerza para que no cojamos otra enfermedad.

Dra. Angélica: ¿desde cuándo la mujer wayuu está preparada para tener hijo? ¿cuándo cree usted que ya está lista?

Sra. Yialucila: (risas) ... cuando ya tiene 15, 18 o 20 años.

Investigador: ¿ya de 15 años ya tiene permiso para quedar embarazada?

Sra. Yialucila: no de 15 o 14 años está muy pequeña para quedar embarazada, antes quedaban embarazada de 30 años y no se permitía otra cosa.

Investigador: ¿desde cuándo cambió eso?

Sra. Yialucila: hace como 20 años

Investigador: ¿por qué cambió eso, ¿Por qué antes eran de 30 y ahora permiten que sea de 18 años?

Sra. Yialucila: porque ahora hay más libertad, (risas) antes iban a una fiesta con el hermano una tía, la mamá o con un acompañante.

Investigador: ¿eso no lo aceptan las muchachas jóvenes ahora?

Sra. Yialucila: y ahora nosotros mismos le hemos dado a nuestras hijas que sean libres y con eso de celulares es peor (risas...).

Investigador: ¡y eso no pertenece a la cultura wayuu!

Sra. Yialucila: Eso no pertenece, eso está muy avanzado ya.

Dra. Angélica: y cómo harán para cuidar y arraigar nuevamente esa cultura de que se cuide esa identidad suya que venía de años tras años desde sus ancestros.

Señoras Wayuu: eso depende de nosotras de la crianza de las mamás, nosotras las mamás y las abuelas tenemos que salvar nuestra cultura ¡y como la salvamos! hablándoles, dándoles consejos, dándoles los medicamentos que se daban en el momento del encierro, en el desarrollo de las niñas, en el tiempo de su pubertad.

Dra. Angélica: Cuéntenos eso del encierro.

Señoras Wayuu: antes para que no vayan a parir continuamente le dábamos medicamento para eso, había medicina ¡había no! que, sí lo hay, pues no lo estamos utilizando, lo hemos dejado de lado.

Investigador: ¿ahí es donde se pierde la cultura?

Señoras Wayuu: Lo que influye más es que uno va al médico, cuando se siente así y allá le dan controles, y como las plantas son amargas, las niñas prefieren las medicinas (las vitaminas y otros) y los controles y por eso es que eso se va quedando atrás.

Las plantas están en la serranía de macuira, están vivas aún están vivas lo que pasa es que nosotros estamos descuidando.

Investigador: leyendo historias nos damos cuenta que las mujeres wayuu de antes tenían muchos hijos, y ahora no, es más, en las entrevistas que hemos hecho las mujeres manifiestan tener de 2 a 3 hijos máximo, en cambio antes era como un orgullo tener muchos hijos, eso ya también ha cambiado.

Señoras Wayuu: uno tiene medicina para que no le salga o queden esas barrigas grandes porque uno tiene que estar es delgadito queda bien bonita y siempre todo el tiempo.

Investigador: ¿y el comportamiento del hombre ha cambiado con respecto a estos cambios que han pasado?

Señoras Wayuu: sí claro, pero, aunque pueda tener cinco, seis o siete mujeres, esas siete tiene que mantenerlas. ¿Cómo las mantiene si no trabaja? Si no trabaja les da chivo con su corralito a cada una, les dan su casita así sea que no cueste tanto, y a cada una la organiza y responde por todas esas mujeres y hay otras que son irresponsables que siempre los buscan también.

Investigador: por ejemplo, hablamos con un señor representante de una comunidad, señor mayor de edad y manifestaba que antes él buscaba a su mujer y se quedaba en la casa, ósea que todo el tiempo estaba con su mujer. Hoy día parece que le gusta salir mucho con los amigos y buscan menos a la mujer, las descuidan y por eso tiene menos hijos; otro señor también nos contaba que la situación no es la misma tampoco y eso es entendible, pero creo que debe prevalecer lo que para ustedes es la identidad del wayuu, ya que he leído mucho que las familias wayuu se caracterizan por ser muy numerosas, es un orgullo tener muchos hijos, le da como poder a la familia y veo que eso ya está cambiando también, luego

entonces si son cada vez menos wayuu nos preocupa esto ya que pueden perder la identidad; qué va a pasar dentro de unos años con ustedes, que son patrimonio del país, es importante rescatar la identidad y la cultura, el idioma también lo han perdido, ya se habla más español que wayuu.

Señoras Wayuu: el vestir también ha cambiado mucho, las niñas usan muchos mochos (shores), ropa muy ajustada y corta, cada vez usan menos mantas y la manta tiene un significado cultural.

Investigador: en el estudio que estamos realizando estamos viendo los factores socio culturales y en esto intervienen muchas cosas, por ejemplo, una señora nos cuenta “prefiero ir al hospital, para los controles, y las medicinas” si antes ustedes realizaban todo ese proceso y lo hacían bien, los niños estaban bien.

Señoras Wayuu: si claro, antes nosotros teníamos unas parteras, pero la juventud las ha abandonado, dejándolas solas, ya no se hacen el ecograma wayuu ahora se hacen el ecograma normal.

Investigador: ¿hay un ecograma Wayuu?

Señoras Wayuu: sí lo hay, y lo hacían tocándoles la barriga para saber de qué sexo era él bebé, depende cómo tenía la cabeza, en qué posición estaba etcétera, ellas podían dar un informe de cómo estaba, y lo acomodaban si estaba en mala posición para que naciera bien, de tal forma que no hubiese complicaciones a la hora de nacer, y se le daban planticas también por si tenía dolores o calambres y acomodaban al bebé, (la partera debía ir a donde estaba la mujer embarazada).

Investigador: ya se han perdido todas las funciones que estas personas tenían en esta comunidad porque, ya prefieren ir a los hospitales.

Señoras wayuu: pero cuando están apuradas sí van a las parteras, van y no dicen nada.

Investigador: ¿las lleva la mamá?

Señoras wayuu: claro, van corriendo.

Dra. Angélica: Yo creería que esas parteras y todos los médicos deberían estar en el hospital haciendo...

Investigador: trabajando ahí.

Señoras wayuu: claro, yo no sé, las tenían en cuenta.

Investigador: nos dijeron que en los hospitales aceptaban esas culturas.

En el caso por ejemplo hemos llegado a la conclusión en las entrevistas que ya hemos hecho el fenómeno de la distancia, por ejemplo hay chicas que caminaban hasta dos horas para ir al hospital allá en Nazareth embarazada y sola, esto nos llama la atención.

Señoras wayuu: a veces han parido en el camino o en las ambulancias.

Investigador: ¿Con las chicas que están embarazadas cómo se movilizan?

Señoras wayuu: se van a pie, desde acá son dos horas, ahora como está la moto.

Investigador: es un riesgo la moto, por las vibraciones, los huecos. En el caso del estudio todas las mujeres fueron a estudiar.

Señoras wayuu: se levantan desde las tres de la mañana, deben hacerse el desayuno. Ya a las cuatro deben estar arrancando

porque entran a las 6 am. La señora Josefa estudiando 11 años aguantando sol yendo a la universidad para quedarse acá.

Dra. Angélica: por qué no van a la universidad?

Señoras wayuu: por falta de recursos.

Dra. Angélica: se ha hablado con la directora y dice que a los adolescentes les da temor asistir y a algunos les han dado la oportunidad y se han devuelto. Les han dado becas y se devuelven. Y los que se gradúan son pocos, dos o cinco.

Señoras wayuu: depende como son los hijos, si son aplicados y si el resultado de las pruebas icfes les ayuda. Si no, se dedican a cuidar chivos. Los jóvenes de acá no tienen las mismas posibilidades que los de la ciudad. No tienen las mismas comodidades, Tienen que madrugar, a veces sin alimentación.

Dra. Angélica: ustedes creen que una de las soluciones es que el internado fuera más grande para que menos niños tuvieran que caminar, se quedarán allá y solo vendrían los fines de semana.

Señoras wayuu: sería bueno, con la alimentación, ya que en tiempos de invierno no llegan los recursos. Por eso desisten en ir. Para asistir a la universidad deben contar con recursos, estadía, alimentación. Allá no conocen a nadie, así es difícil.

Investigador: según se gradúan 120 de escolaridad y solo 2 o 3 logran llegar a estudios universitarios. La doctora Angélica les comentó aumentar la cobertura del internado, ya que actualmente cuentan con 256 de capacidad, si llegase a 1000 con el espacio suficiente para colocar chinchorros (lugares donde dormir), pero sería un problema el tema de alimentación y según no habría problema por acuerdos con alguna entidad. El problema radica en el espacio para construcción ya que esto sí es costoso. Según el

problema no radica tanto en la alimentación. Ustedes qué opinan. ¿Sí existe problema de alimentación? Teniendo en cuenta que con el invierno afecta el desplazamiento de los alimentos.

Señoras wayuu: con el invierno no podemos sembrar frijoles para hacerle los almuerzos. Por lo menos yo cuando estaba en el internado desayunaba, almorzaba y cenaba pan con leche. Ya que los panes los hacen ahí mismo, a veces consiguen el trigo, y ha mejorado con los programas de ayuda.

Investigador: las condiciones actualmente son diferentes.

Señoras wayuu: la preocupación más grande son las universidades. Qué lástima que un chico se levante desde las tres de la mañana, llegue a las tres de la tarde, se gradúe de bachiller y se quede acá sin hacer nada.

Dra. Angélica: ustedes creen que si hubiese una propuesta donde pudiera llevarme voy a sacar 50 jóvenes que se hayan graduado para ir a la universidad. ¿Se van?

Señoras wayuu: claro, se van. Es una ayuda, eso es lo que más quisiéramos.

Dra. Angélica: la idea es que estudien, pero que estudien para producir acá dentro de Nazareth, dentro de la comunidad, Claro está que si se quedaran afuera, también es beneficio.

Señoras wayuu: acá salió un abogado, el joven por sí solo hizo un esfuerzo y consiguió lo que quería, él mismo buscaba sus cosas, entró como indígena, con ayuda de sus padres y se gradúa en este año.

Investigador: en un caso que nos comentaron, había dos jóvenes de sexo femenino que tuvieron la oportunidad de las becas; luego

llegaron dos más para no perder la oportunidad y por desmotivación por decirlo así, perdieron la oportunidad porque, sí, asistían a las clases, pero donde se hospedaban no querían ayudar con las tareas principales en una casa (cocinar, barrer, trapear, limpiar, entre otras).

Dra. Angélica: eso depende de lo que les enseñen la familia en su casa; porque ese era el acuerdo de su estadía y las mamás decían que ellas sabían hacer todo eso. Pero cuando llegaba el momento de hacer la tarea decían que ellas no sabían, que no sabían planchar porque en su comunidad no había luz y otras excusas, resumiendo, no querían hacer nada.

Señoras wayuu: no estaban interesadas, porque cualquiera, que quisiera, tiene que tener las ganas de aprender.

Dra. Angélica: yo creo que hay que concientizar mucho desde el colegio, y aquí dentro de sus comunidades, ustedes como madres. Para mí que estoy en la ciudad tampoco fue muy fácil estudiar; llegué a tener un par de zapatos, a veces me quedaba sin dinero para el transporte y me tocaba caminar de la universidad a mi casa, no es nada comparado para las caminatas tan largas que hacen ustedes, pero para mí que no estaba acostumbrada sí era bastante, era más o menos una hora y media de recorrido que no es lo mismo claro, porque era en carretera por ser la ciudad, pero lo que quiero darles a entender es que no siempre tenemos las comodidades que queremos pero que si queremos podemos, muchas veces me tocó decidir si comía o sacaba las copias de mis clases, no es fácil, todos tenemos que concientizarnos de que en la vida tenemos que esforzarnos para lograr lo que queremos, gracias a Dios hoy estoy recogiendo los frutos de todos mis sacrificios, mi mamá también tuvo que viajar lejos para poder pagar mis estudios.

Miren que no solamente ustedes tienen que pasar algunas situaciones, para salir adelante, esas son historias de vida de cada uno. Pero como dije antes la señora Magali y una de sus líderes aquí presentes, cuando uno tiene ganas hace lo posible y lucha por salir adelante.

Me gustaría que las personas que fueran por estas becas, tengan esas ganas de salir adelante de verdad.

Por ejemplo, en la clínica donde yo trabajo en Barranquilla hay una paisana de ustedes; ella se llama Luz Mary Viayu, la familia de ella sé que está aquí en Nazaret, pero Luz Mary vivía en las afueras de Nazaret. Ella estuvo primero en Venezuela, cuando se puso fea la situación económica, se vino a Colombia, para salir adelante.

Lo importante es salir de nuestro terreno para poder lograr nuestros sueños, pero sin perder nuestra identidad, yo trabajo en Barranquilla, pero soy de un pueblo (Repelón). Así pueden concientizar a sus jóvenes para que todo lo que aprendan en la universidad lo apliquen para sus comunidades, sin perder lo que los caracteriza, lo que los identifica, no perder las costumbres ancestrales.

Investigador: eso es muy importante; ¿si el abuelo y la mamá hablan wayuu, como es que la hija no lo habla? La doctora del internado incluso nos decía que muchos se quedan hablando wayunaiki y no hablan el español. Entonces es importante que manejen los dos idiomas para que cuando salgan del pueblo no se les dificulte y para que eso no sea in limitante para poder estudiar. Ella también nos decía que ustedes son como tímidos, ¿Qué opinas tú de eso? Porque los que yo conozco no son nada tímidos.

Señoras wayuu: son niños que no son callejeros, o sea, que son niños que todo el tiempo están en casa que, en la tarde con los chivos, que siempre ayuda en la casa, ese es el niño que dicen que es como tímido. Pero no es porque sean tímidos, cuando ellos

están callados es porque están escuchando, son muy respetuosos, no hablan si nadie les pide su opinión.

También es que hay mucho abuso de autoridad, a veces en ese internado de algunos profesores. Ejemplo; se vio un caso de unas niñas que decían que un profesor les ponía malas notas si no se dejaban tocar, entonces ellos vienen es a educar no a manipular a la gente. El problema es que la directora es nueva y la que estaba antes era wayuu y cuando había un problema se lo comunicaba a las autoridades y la dirección que está ahora no habla con los padres de familia.

Investigador: ¿los docentes son de Nazaret?

Señoras wayuu: algunos... hay unos que los traen de bien lejos de Bogotá y aquí hay mucho docente en Nazaret.

Investigador: ¿como cuántos son wayuu?

Señoras wayuu: como un 70 % son wayuu porque hay veces no tienen especialidad.

Investigador: el 30 % son de otros lugares porque tienen licenciatura en algunas áreas.

Dra. Angélica: eso es lo que les digo, ustedes pueden estudiar alguna licenciatura, ser líderes, todavía a su edad lo pueden hacer, estudiar química, física, entre otros.

Señoras wayuu: ¿pero aquí en Nazaret?

Dra. Angélica: no tiene que estudiar donde haya universidades, por lo menos aquí en Riohacha pueden estudiar.

Investigador: pero no van a llegar todavía, porque hay muchos incidentes en el colegio entonces es imposible que lleguen así hasta la universidad.

Señoras wayuu: yo estoy estudiando matemática en la Universidad del Atlántico. Y el hermano es abogado.

Dra. Angélica: bueno qué bien ya ella viene a remplazar uno de esos profesores que traen de otros lados. La idea es que estudien y se especialicen para que tengan, profesores, abogados, médicos, etc. Si tienen jóvenes que son inteligentes, estudiosos con ganas de trabajar ustedes nos dicen para otorgarles algunas becas, pero si se lo merecen, siendo buenos estudiantes, buenos bachilleres.

Señoras wayuu: aquí hay muchos niños, que son bachilleres pero que no les permitimos soñar porque si no tenemos recursos para qué ilusionarlos.

Dra. Angélica: no, no, no diga eso ustedes en las universidades por pertenecer a su comunidad tienen muchos beneficios y tienen varias universidades cerca, acuérdense que con sacrificio todo se puede.

Señoras wayuu: mis hijas terminaron e hice lo posible para que fueran y se presentaran en la Universidad de La Guajira, pero se devolvió porque tenía un puntaje muy bajo en las pruebas Icfes, con trabajo volvió hacer las pruebas y subió el puntaje, pero todavía no han habilitado la carrera que ella escogió. Entones se hacen esfuerzos, pero no vemos frutos y nos desanimamos.

Dra. Angélica: no, miren, me gustaría que ustedes las líderes de la comunidad estén ahí para todas estas personas que hacen sus esfuerzos y no ven resultados enseguida, para que les den una voz de aliento, para que les hagan entender que tienen que luchar hasta que se les dé la oportunidad, que requiere de mucho esfuerzo, pero se puede. Porque si se meten en la cabeza que no pueden no hay forma, los unos con los otros pueden ir ayudándose entre sí. ¿Qué experiencia ha tenido usted en la comunidad de Nazaret?

Señoras wayuu: bueno mi hija termino la universidad y ayudó a su esposo después ayudaron a mi otra hija y así se han ayudado todos.

Señoras wayuu: mi hija está haciendo con el ICTEX.

Dra. Angélica: eso está muy bien, incluso miren que con el ICETEX no les toca pagar ni un solo peso solo hasta que termine y trabajen.

Investigador: Oportunidades sí van a tener solo que les toca, volver a intentarlo, y es mucho mejor si es antes de casarse porque con una familia es más difícil, hay que estar pendiente del esposo (sa), los hijos, es un se puede, pero es un poco más difícil.

Bueno, fíjense con el resultado de esta primera parte del proyecto, nosotros vamos hacer un libro, donde vamos a darle visibilidad a Nazareth, pero desde la realidad. Para nosotros es una travesía llegar hasta Nazareth, no es fácil en la comodidad de nosotros, los caminos son muy difíciles y lejanos. Pero vale la pena, porque la satisfacción que me llevo de aquí. Yo tuve que mirar el mapa, casi me caigo en el agua.

Nos vamos con un pensamiento totalmente distrito; porque los escuchamos, los vimos y esas son las realidades que queremos plasmar en ese documento que ya hemos estado pensando. Para que de ese otro proyecto quisiéramos dejarles algo tangible, que todavía no les vamos a mencionar, primero tenemos que recopilar la información de las otras comunidades en acción. Ya nos veremos otra vez por medio de Dios o por medio de la señora Magali.

Nos vamos inmensamente agradecidos por su atención, su apoyo, gracias por habernos recibido; hemos pasado una tarde amena...

Señoras wayuu: ¿quedo con la inquietud de la preparación de la majayu? Quién nos la va a explicar.

Dra. Angélica: si eso es importante, ella va quedar siendo la partera, la ginecóloga, la pediatra, etc.

Señoras wayuu: eso pasa desde que cumplen los doce años, ya dejan los muñecos, empiezan a crecer y nosotras empezamos a notarlos y comenzamos a educarlas, hacer las responsabilidades de la mamá y de la abuela y uno mismo tiene que bañarlas así sea una vez a la semana, porque de pronto ella misma se esconde en la primera menstruación.

Investigador: Y si eso ocurre, ¿qué hay que hacer?

Señoras wayuu: no, ella tiene que decir, uno le dice todos los días tienes que avisarnos cuando te venga la menstruación porque es por tu bien, por tu salud, porque tengo que guardarte, tienes que guardar dieta, no tienes que esconder, eso es sagrado porque tú vas a ser madre algún día, porque después puede ser una madre enferma, uno tiene que ir explicando eso todos los días.

Investigador: ¿y cuando ese momento de la primera menstruación pasa, qué hacen?

Señoras wayuu: cuando llega la primera menstruación se habla con ella; ya no eres una niña, ya eres una mujer, algún día vas a ser madre, abuela, esto es sagrado tienes que estar guardada y bajo dieta, majayu: ya no eres niña.

Dra. Angélica: ¿majayu, es señorita?

Señoras wayuu: sí, es señorita.

Investigador: ¿como es el proceso de guardarse?

Señoras wayuu: se acuesta en el suelo, se le pone un trapo ahí abajo, se pone boca abajo, la que va a guardar puede ser la tía, la abuela, alguien que sepa guardar.

La que la guarda tiene que ser una persona especial; porque ella hereda el comportamiento de esa persona. Cuando ella está acostada tiene que darle los medicamentos que ella tiene que tomar; hay unas plantas, unas piedras, no es cualquier piedra es una piedra medicinal que es blanca le dicen "casivoque" el sabor es como arena.

Investigador: ¿el papá no la ve?

Señoras wayuu: no la ve, como a la semana siguiente.

Investigador: ¿y en qué consiste la dieta?

Señoras wayuu: agüitas, hierbas y así. Tienen que cortarse el cabello, hay unas que demoran un año o más encerradas.

Dra. Angélica: por un lado, es bonito porque es la cultura de ustedes. Son historias bonitas.

SEGUNDA GRABACIÓN

Investigador: estamos haciendo una investigación con las madres wayuu, que tengan niños hasta los 5 años, porque queremos saber cómo es su cultura; sobre todo del tratamiento que hacen durante el embarazo y durante el crecimiento del bebé, porque el embarazo es una etapa, ya cuando nace cuáles son los cuidados, por ejemplo: hasta qué edad le diste la leche materna, quién te hizo el control, tú fuiste al hospital, cómo te movilizabas, ibas caminando, tenías transporte; vamos a comenzar conociéndote un poco. ¿Cómo te llamas? ¿Estudiaste? ¿Cómo estudiaste? ¿Cuántos años tienes? ¿Cuántos niños tienes?

Sra. Sierra Valle: mi nombre es Sierra Valle, tengo dos hijos, estudié la básica primaria y me gradué de bachiller, hice una carrera técnica, Bueno yo me levantaba desde las 5 am para ir a estudiar. En el

proceso de embarazo de la niña sí me ayudaban a transportarme para la clínica porque vieron que era embarazo de alto riesgo, pero en el proceso del niño no me ayudaron porque creyeron que no era de riesgo. Pensaron que vivía cerca y no me pusieron transporte.

Investigador: ¿Qué indicaciones te daba el médico?

Sra. Sierra Valle: que tenía que guardar reposo.

Investigador: ¿y qué te ponías a hacer?

Sra. Sierra Valle: me ponía a tejer, como eso lo podía hacer acostada. Se me dificultó un poco fue el parto. Me tenían que ayudar con leche materna, porque a mí, no me salía mucho.

Dra. Angélica: ¿Y cómo era tu alimentación?

Sra. Sierra Valle: aquí hay días que no se come; pero cuando se come, comemos carne, arroz, frijol.

Investigador: ¿cuántos hijos aspiras tener?

Sra. Sierra Valle: ya con los dos que tengo.

Investigador: antes las familias wayuu tenían más hijos, tenían hasta 10, 12 hijos.

Señoras(res) wayuu: es porque las cosas ya no son como antes, los hombres estaban más metidos en la casa, ya tienen otras entretenimientos, y las mujeres ya no están tan dispuestas como antes. La situación económica era diferente porque así no tuviéramos dinero, con los chivitos podíamos vivir; de la leche de los chivitos, ya ahora no. Nuestras costumbres se han perdido ya hay familias que no tienen chivos y se dedican a otras cosas.

Investigador: ¿qué ayudas reciben ustedes del gobierno?

Señoras(res) wayuu: Hay familias aquí que no tienen ayudas del gobierno porque desde que actualizaron el Sisbén a muchos los sacaron de los beneficios, para meter a otro y hasta la hora todavía hay personas luchando para poder tener algún subsidio. Entonces hay niños que solo comen una vez. Había 21 niños beneficiados y los sacaron para meter a otros 21 nuevos, y qué podemos decir ahí si son decisiones del gobierno.

TERCERA GRABACIÓN

Esta entrevista se hizo a través de un traductor porque la señora Wayuu no hablaba en español

Investigador: para saber ¿cómo fue tu embarazo? ¿tu mamá o tu abuela te dieron algún consejo? ¿Cómo hacías para ir hasta el hospital? Cuando tenías la barriga más grande: ¿cuáles fueron los cuidados?, ¿utilizabas la medicina que te mandaba el médico o utilizabas medicina tradicional? Queremos investigar todo eso. ¿Después que nació el niño qué cuidados le diste? ¿Cuánto tiempo le diste leche materna? ¿Cómo te fue con todos tus embarazos?

Señora wayuu: mi primer embarazo fue a los 16 años, estudié en otro corregimiento y después me regresé para terminar mis estudios y enseguida sali embarazada, mi control me lo hacía en el hospital, me iba caminando al hospital yo solita, los primeros meses era fácil pero después sí fue un poco pesado, mi primer hijo fue varón, tengo tres hijos.

Investigador: en el caso de parto con partera ¿todas las wayuu paren normal o si hay algunas que les tienen que hacer cesárea?

Señoras(res) wayuu: sí, aquí se presentó un caso así, pero la partera lo acomodó y lo sacó, bastante difícil, pero sí parió.

Investigador: ¿cuánto tiempo, les mantuvo la lactancia a los niños?

Señora wayuu: ellos tomaron leche materna hasta los 2 años, los 3 niños.

Investigador: ¿además de la leche materna con qué más los alimentaba?

Señora wayuu: con chicha, así están sanos.

Esta señora sí hablaba en español.

Investigador: la otra señora aquí presente ¿Cómo es su nombre?

Señora wayuu: Edelmira Suárez

Investigador: ¿A qué edad tuvo su primer hijo?

Señora wayuu Edelmira Suárez: a los 22 años

Investigador: ¿siempre ha vivido aquí?

Señora wayuu Edelmira Suarez: sí, sí señor

Investigador: ¿en qué se iba para el hospital y cuánto se demoraba para ir al hospital?

Señora wayuu Edelmira Suarez: me iba caminando y me demoraba dos horas para llegar, hasta con la barriga grande y sola.

Investigador: ¿tienen una alimentación especial o no?

Traductor.

Señoras wayuu: no, hay veces nos dan antojos, a mí me dio antojos de mango y de ciruela. aquí comemos arroz, frijoles, chivo, gallina y frijoles. No todos los días, todos los días comemos es arroz, ese nunca falta.

Investigador: sí porque aquí la electricidad...

Señoras(res) wayuu: electricidad hay a dos horas de aquí y también servicio de agua, para lavar hay que salir de aquí bien temprano, todos los días.

CUARTA GRABACIÓN

Dra. Angélica: ¿cuántos hijos tiene?

Señora wayuu: tengo 2 hijos.

Investigador: ¿Qué edad tienen?

Señora wayuu: el mayor tiene 4 años y el menor de 5 meses.

Investigador: ¿cuántos años tienes?

Señora wayuu: tengo 24 años.

Dra. Angélica: Estamos realizando un proyecto con la Universidad Simón Bolívar y la Universidad de La Guajira, la universidad del Magdalena financiados por Colciencias, en el que investigamos cómo es el proceso de las madres en el embarazo, en el parto y cómo es el proceso de la niñez en la comunidad wayuu.

Señora wayuu: desde niña comencé a estudiar desde los 5 años, en el colegio, desde prescolar aquí no existía CDI ni nada de eso.

Dra. Angelica: ¿en qué colegio?

Señora wayuu: empecé prescolar hasta tercero, en un colegio que eso ya está abandonado por aquí cerca y de ahí empecé en el internado hasta que terminé, me gradué en el año 2015, vivía aquí, me levantaba a las 4 y demoraba 2 horas caminando, salía del internado a la 1 y llegaba a la casa a las 3 de la tarde. Nunca estuve

interna. A veces me daba tiempo de desayunar, otras no y en el almuerzo en el internado nos daban merienda uno que otro día, comía bien era cuando llegaba a mi casa en la tarde. Cuando me gradué hice un curso de enfermería de dos años en el hospital.

Dra. Angélica: ¿todavía siguen dando ese curso en la actualidad?

Señora wayuu: sí, ahí estuve en un trabajo 8 meses, tuve a mi hija a los 20 años.

Dr. Orlando: un punto que nos interesa bastante ¿cuándo quedaste embarazada? ¿cómo fue ese proceso? ¿cuáles fueron los cuidados que tuviste? Cuéntanos.

Señora wayuu: cuando quedé embarazada, entré a control prenatal a los 3 meses e iba mensual hasta los 9 meses; me decían cómo tenía que cuidarlo y una dieta pues que tenía que hacer, que hiciera ejercicio para que el día del parto no tuviera problema.

Investigador: ¿eso te lo dijeron en el hospital?

Señora wayuu: sí, en el hospital.

Investigador: ¿cuando ya tenías más o menos 6 meses cómo te desplazabas hasta el hospital?

Señora wayuu: a los 6 meses, en moto.

Investigador: en moto era un riesgo.

Dra. Angélica: sí, en moto es un riesgo, sobre todo que los caminos no tienen las mejores condiciones.

Dra. Angélica: y ¿qué recomendación, te hacía tu familia?

Señora wayuu: bueno, me decían que no saliera para ningún lado, para que no le echaran mal de ojo al niño.

Investigador: ¿cuándo ya nació tu bebé, te dieron alguna recomendación? ¿de cómo tenía que ser la lactancia? ¿hasta qué edad era?

Señora wayuu: sí, el médico me dijo que cuando naciera solo le diera lactancia materna.

Investigador: ¿hasta cuándo te dijo que hicieras eso?

Señora wayuu: hasta los 6 meses, ya después puré, no se; algo suave.

Investigador: ¿hasta qué tiempo le diste tú lactancia materna?

Señora wayuu: hasta los 6 meses, porque la niña no quiso tomar más, como ella no quiso más yo le daba de tomar cereales y leche.

Investigador: ¿la segunda niña que tiempo demoró lactando?

Señora wayuu: todavía está lactando, apenas tiene 5 meses.

Investigador: ¿cuéntanos, cómo te fue en el segundo embarazo?

Señora wayuu: bien, en el segundo parto duré 2 horitas nada más. La primera también no sufrí tanto, fueron rápidos los dos partos.

Dra. Angélica: ¿cuántos hijos aspiras tener?

Señora wayuu: cuatro, para que salga un niño varón.

Investigador: ¿y si después de los 4 niños quedas embarazada otra vez?

Señora wayuu: no, eso se planifica, por ejemplo; yo aquí donde estoy, estoy planificando, cuando ya quiera tener más hijos ya dejo de planificar.

Dra. Angélica: y si entre los 4 niños que vas a tener no sale un varón.

Señora wayuu: (entre risas) a pues... ya, ahí, si, ya, yo qué voy hacer.

Investigador: ¿y si tu esposo quiere tener más hijos?

Señora wayuu: no, por él quiere hasta 10 hijos, sí estuviera trabajando sí, pero después para criarlos, ya la primera niña mía está estudiando la primaria.

Investigador: ¿quién la lleva a la escuela?

Señora wayuu: el papá, en la moto.

Investigador: ¿Cómo hacen para reciclar el agua?

Señora wayuu: para el bebé la compro.

Dra. Angélica: y ¿para usarla ustedes? ¿para los quehaceres de la casa?

Señora wayuu: esa sí la traen en carro tanques, o la buscamos en tanques en el pozo, queda como a media hora; antes los traíamos en burro, pero ya tenemos moto.

QUINTA GRABACIÓN

Dra. Angélica: En estos momentos estoy aquí por medio de la universidad Simón Bolívar, haciendo un proyecto que nació creo que, por cosas de la vida, Dios lo puso en mi camino. Yo tuve una estudiante que era de Uribia; ella desde hace mucho rato me comento algunas cosas, luego se graduó y no pasó nada, eso quedó ahí, pero a mí me quedó la inquietud. Más tarde hicieron un concurso a nivel nacional en Colciencias y pues yo aposté con un proyecto que se

llama: **Factores socioculturales de la morbimortalidad materno infantil de la Alta Guajira en Nazaret – Uribia.** Dentro de los factores socioculturales mencionamos: lo que es la población, la educación, entre otras cosas. Por eso estamos aquí, porque nos gustaría saber ¿cómo es el tema de la educación de los niños indígenas, cómo la manejan desde su cultura? Con el conocimiento que tenemos de las áreas geográficas donde se encuentran. ¿Cómo se desenvuelven en el día a día, cómo manejan el tema de las lejanías para poder subsistir? Esperamos no quitarles mucho tiempo, la idea es recopilar toda esta información que nos pueda ayudar para la investigación del proyecto. La idea de esta investigación es poder hacer más adelante un proyecto de intervención, que tenga un impacto positivo; aportando varios recursos para ayudar a mejorar un poco la calidad de vida de esta hermosa comunidad.

Investigador: uno de estos factores socioculturales importantes es la educación; aquí nos gustaría saber ¿qué tanta cercanía tienen los profesores con los padres? Para darles unas que otras recomendaciones para mejorar el aprendizaje del niño, sabemos que muchos padres no tienen estudios, pero por lo menos en cosas básicas que influyen para el buen aprendizaje del niño. Por ejemplo, cómo es la alimentación. Otros temas a tratar serían los procesos del embarazo y una vez que el niño nace, qué controles se le hace, qué medidas usan para una buena lactancia, entre otros.

Rectora de la institución de la comunidad: yo les sugiero que se enfoquen en la comunidad materno infantil, para que empiecen un proceso de cero a siempre. Empiecen con los CDI y los distintos organismos que estén en este momento trabajando por la comunidad. Ahí se van a encontrar con niños que no han terminado sus estudios básicos, con padres y abuelos que no son bachilleres y son adultos que no saben leer, no saben escribir, y por lo tanto no hablan el español. Es para que empiecen con lo micro y luego lo

macro. Después que ya tengas todo lo de materno infantil ahí si ya empiezas la contextualización.

Porque nosotros trabajamos con los niños del CDI, pero desde el concepto psicosocial esos niños vienen con una historia. Nosotros contamos con una psicóloga y por hacer parte de la diócesis de Riohacha, tenemos también una nutricionista, que nos prepara toda la parte del menú, de la alimentación.

Entonces la realidad es esta; para poder trabajar con los niños primero debemos tener conocimiento del contexto, nosotras como hermanas somos movibles, como venimos de otras culturas indígenas, tenemos que investigar mucho para entrar en contacto con la gente y así no enredar las costumbres de cada grupo indígena.

Aquí se abre una escuela de padres o lo que aquí se le llama pastoral educativa, Trabajamos mucho con los padres en lo que es la formación y la educación de los niños y también insistiéndoles a ellos porque hay muchos abuelos que son jóvenes, para que puedan seguir su proceso de formación; aquí tienen todas las oportunidades, todos los recursos, los empleados también son jóvenes y estamos ayudándolos para que tengan la iniciativa, porque son empleados que nunca han tenido prima, entonces en este momento tenemos como 5 que ya van a terminar sus estudios para que puedan tener remuneración en su trabajo. Porque la formación viene desde casa y aquí vemos que en sus casas la mayoría viven con sus abuelos, vienen desde lejos, que les toca caminar 3 o 4 horas, que les toca salir de sus casas a las 2-3 de la mañana para poder llegar a las 6 de la mañana para empezar clases, entonces de ahí mirar como cuáles son los niños que caminan 5 horas y así vemos si el niño se tiene que quedar interno. Este es proceso que hacemos nosotros aquí y es un trabajo que se hacer todos los días. Yo no soy una rectora de quedarme en una oficina; si no estoy dentro de la comunidad

me voy para las otras sedes, porque yo pienso que la única forma de tener una buena información es mezclándose con la población, para ayudarlos y comprenderlos, para poder hablar de algo que conozca. Así no juzgar, que si un niño no aprende no es porque sea flojo, si no, porque hay otras circunstancias que hacen que ese niño no tenga un buen aprendizaje, entonces hay que más bien crear una serie de incentivos para mejorar el aprendizaje; el atraso del niño se da por la mala alimentación, por las largas caminatas solos sin una supervisión, sin agua, cuando llueve aquí es muy feo, ellos tienen que esperar que baje el arroyo para no tener el peligro de ahogarse. Otro factor del lento aprendizaje de estos niños es su vivienda; las viviendas son rancherías, duermen al aire libre que se pueden enfermar, encima de sus enramadas y las condiciones económicas no son favorables, es una tierra prácticamente árida por más que las personas cultiven si no hay agua no se puede hacer nada al respecto. Como institución nosotros le damos el aprendizaje a los niños de cómo cultivar en el terreno a pesar de la aridez y de la escasez de agua, se le enseñan pequeños trucos para que ellos puedan tener sostenibilidad en su casa.

Nosotros tenemos un convenio con el SENA, tenemos la parte de agroindustria ya que no podemos perder la parte de la cultura a los niños, en el internado se le enseña lo que es el sombrero y a las niñas la mochila y el chinchorro; también se le implementó arte y cultura que el docente les enseña a hacer sus mantas personalizadas, pueden ser con bordado ya que esas mantas se incrementan para el próximo año 2 días a la semana en el comando, para no perder la cultura ya que antes venían con el uniforme así las niñas elaboran sus mantas y los niños sus camisas.

Investigador: ¿Cómo es el incentivo con el deporte?

Rectora de la Institución de la comunidad: Cada año se promueve el evento Diocesano donde participan todos los colegios de la diócesis, se llevan los niños de Riohacha para participar, los juegos propios de aquí son el fútbol y ajedrez. Para seguir con sus estudios a los niños se les facilitan tablets, tenemos el teatro que es el fuerte de nosotros y lo representa el profesor que se llama Lirios Simón es escritor, también tenemos la poesía, los niños de Nazaret se inclinan mucho en la poesía. Se incentivan para participar en proyectos de investigación; ya llevamos 3 años con ARGELCOCE, el año pasado íbamos a participar lo cual la pandemia no nos dejó avanzar y tocó suspender, pero la idea de estos proyectos de investigación y deporte es mostrarles a los niños que pueden ir más allá de un lápiz que pueden hacer cosas que lo lleven a darse a conocer. Ya que la cultura wayuu tiene una riqueza en todo sentido, ya que solo se habla de su pobreza, su hambre, etc., tiene una belleza cultural muy enriquecedora, su medicina tradicional si así fuera de aquí salieran grandes científicos, Ahora con la confusión de la vacuna del covid-19 es lastimoso que no se incentiven a estos niños a estudiar química y eso es lo que hay que motivar a los niños a no estancarse, que no se sientan menos que nadie, todos somos iguales ante Dios. Yo les recuerdo mucho a los niños ustedes son inteligentes tienen capacidades pero les falta ganas hay que sacar a flote toda esa potencialidad que tienen.

Investigador: ¿Qué capacidad máxima tiene la Institución?

Rectora de la Institución de la comunidad: La capacidad máxima son 944 niños, pero en este momento construyeron un bloque para la primaria, pero es una estructura americana que no cabe aquí por ser tan despoblado a pesar de que hay tanta arborización, el colegio tiene prácticamente 7 hectáreas, los vientos fuertes fueron volando estructuras, no se puede mover nada de esa estructura

hasta que no hagan interventoría; por eso hay nidos de culebras, alacranes, etc., aquí uno aprende a vivir con todo; la semana pasada fui picada por un alacrán pero hay medicina tradicional por eso no me preocupo, pero desgraciadamente tenemos esa desventaja, estamos buscando la manera haciendo cartas para que nos ayuden a construir la escuela. Ya que no se puede arreglar ese bloque porque fue una fundación que lo donó, nosotros ya tenemos el lote que es la parte de la entrada ya que esta despoblado ahí se va a construir la primaria para que se independice del bachillerato; llevamos prácticamente 3 años y nos tocó en este momento para que los niños no pierdan sus clases sacrificar espacios como por ejemplo: El rincón cultural, el salón de profesores, sala de informática, la biblioteca en total fueron 11 lugares para la primaria y ahora con el tema de la pandemia es peor, hay espacio pero no lo hemos construido y amerita mucho gasto, el mantenimiento es impresionante.

Dra. Angélica García: Hay tantos niños que están en la lejanía que aún faltan, y como lo dice usted la solución de este problema es que estén internados ya que nadie los va a mover de su territorio; para este caso usted creería que se necesitaría ampliación o una prolongación de este pero que sea internado también.

Rectora de la Institución de la comunidad: lo que pasa, es que satélite como internado no funcionaría porque aquí está la sede principal y como hay espacio para construir la idea es ampliar la cobertura aquí mismo, ya que el internado es una bodega grande, los niños cuelgan sus chinchorros para dormir, ya no se le colocan camas para seguir la tradición y no perder la cultura, la idea es ampliar la cobertura con una segunda planta en el mismo internado; ya tenemos 109 años de internado es el más viejo; aquí llegaron los capuchinos y empezaron a construir es una construcción prácticamente vieja lo nuevo es partícipe de acá, pero el internado sí es

antiguo parece ser que las construcciones viejas son mejores que las de ahora.

Investigador: ¿Con respecto a los docentes de la institución como son sus características son wayuu o son docentes que vienen de otras partes?

Rectora de la Institución de la comunidad: La idea es que sean wayuu, pero estamos concientizando a los niños de 11 que no solo estudien Tecno Educación porque luego se limitan por eso les estamos inculcando a los niños que estudien química, física, matemática, otra cosa que sea distinta porque luego no va a haber para contratarlos porque nosotros tenemos contratación y oficiales de planta por ejemplo el área de ciencias naturales tenemos a un wayuu que está terminando su carrera de química eso me pone feliz porque es lo suyo y es su cultura y puede demostrar que es capaz de salir adelante, pero la educación es cortante porque solo sería para la primaria, necesitamos más diversidad, Informática, física, etc. En Inglés tenemos a un guayu por eso estamos promocionando que hagan otras carreras.

Investigador: Eso es bueno porque estábamos comentando que aquí había pocas fuentes de empleo y esta podría ser una, terminar su carrera y quedarse trabajando.

Rectora de la Instuición de la comunidad: La idea es que ellos mismos puedan y mejor, aunque la Normal Superior está aquí en Uribia. Yo les digo a ellos, pueden estudiar en la Normal y se les abre el espacio a los que se puedan porque de 90 o 120 alumnos que salen cada año no se les puede dar a todos trabajo, pero tienen posibilidades en otras partes, todo el mundo quiere ser maestro, pero no todo mundo nace para ser maestro. Yo les digo a ellos es un error porque si yo lo hago porque no tengo nada que hacer, seré

el peor maestro, voy a construir carreteras y al mes ya se estarán cayendo, eso empieza desde preescolar.

Dra Angélica García: Hay que identificar las fortalezas de cada estudiante, hay que ir direccionándolos.

Rectora de la institución de la comunidad: Por eso el equipo psico-social trabaja mucho en el proyecto de vida de ellos para que desde el grado 9° identifiquen qué quieren ser porque muchos niños salen de 11 y no saben para dónde va, no sabe qué van a estudiar y los niños wayuu son tímidos y a veces es difícil de sacarle una palabra, hay que sentarse con ellos ya que ellos hablan en wuayunaiki, es enseñarlos de que no perderán su cultura si hablan en español; al contrario, se les abren las puertas; aquí han querido imponer esto con la educación propia de los wayuu pero no se puede, porque entonces se vuelve tan propia y originaria de ellos y no les dan posibilidades a los niños de estudiar en otros lados porque solamente van a enseñar la cultura del wayuu y más nada. El español hay que aumentarlo en ellos ya que los niños si van a otros lugares no podrán defenderse, entonces se limitan y se pueden sentir aislados del resto; aquí tenemos arte, cultura y folclor, y tenemos emprendimientos que hacen parte de la cultura, pero hay que aumentar aquellas áreas que van a favorecer a los niños wayuu.

Investigador: ¿No han intentado tecnificar un poco más de acuerdo con la necesidad que hay? Ya que anteriormente los wayuu andaban en burro ahora andan en moto, en Toyota ¿porqué no se busca una manera de que estudien técnico de mecánica automotriz?.

Rectora de la Institución de la comunidad: Hay que empezar primero por lo wayuu, la tecnomecánica ya sería de cada uno, de las inclinaciones de los niños; les comento que tenemos convenio de salir como técnico en agroindustria salen de acá como técnicos artesanales.

Investigador: En la realidad globalizar el mundo de hoy como por ejemplo la educación propia no tendría cabida, porque el propio mundo está impulsando a los pueblos a abrirse, ya es una cuestión multicultural, ya eso es imposible de echar atrás, los contextos, como se desenvuelve hoy en día la humanidad, es convergencia de cultura, solo que se hace un llamado de atención como lo hace la UNESCO a defender la identidad porque eso es lo que se está perdiendo, pero el mundo ya está contextualizado, que no puede vivir de una sola cultura, tienes que compartir y respetar esas culturas. Ayer nosotros escuchábamos de una señora de acá que las niñas salen y ya no se colocan las mantas, ya usa jeans rotos y están perdiendo su cultura, ellas pueden compartir con las otras niñas que usan diferentes ropas, pero sin llegar a perder la cultura.

Rectora de la Institución de la comunidad: Eso también viene en la propia familia porque si hay reglas y le dicen tú vienes acá pero aquí tienes que utilizar manta, debe ser una norma como familia, pero a cada uno le queda muy difícil decirle a un niño no te pongas eso si su mamá se lo compra y también la cultura se lleva por dentro, no externa porque ahora en la Universidad Católica una experiencia de una niña que salió de este colegio y yo le pregunto ¿Cómo hiciste para estudiar en esa Universidad si es muy costosa? Ella me dice yo empecé y le pedí permiso al rector y en mis horas libres empecé a tejer y vendo las mochilas y como él vio la iniciativa y constancia y mis buenas notas, ya que soy buena estudiante al segundo semestre me empezó a dar una beca y a la niña ya le falta poco para su grado, Yo la invité para que viniera a hablar con los niños, les comentara su experiencia y vieran que es de su propia cultura como salió adelante, es una motivación. Tenemos otro estudiante que ya está terminando su segunda carrera; el también empezó muy duro, empezó a tejer sombreros; yo le digo a él que instruya a sus compañeros, a sus paisanos cómo le fue, todo lo que le tocó pasar porque a veces creen que salen de aquí

enseguida a trabajar. Uno de los antiguos estudiantes se me acercó a mí y me dijo hermana no sé qué hacer, yo le pregunto de qué te graduaste él me comenta que Agroindustria, me dice que nunca había cultivado con tierra, le dije que le regalaría unas semillas; aquí se mantienen semillas para darle a los alumnos; hay muchos que ya están sacando la papaya, yuca, maíz que es lo propio de acá y lo venden y con eso se están pagando su universidad porque yo les digo no se estanquen que nadie se muere a punta de yuca y maíz ese va hacer la economía de ustedes.

Investigador: Lo único que no se estancó con el coronavirus fue la agroindustria.

Rectora de la Institución de la comunidad: De hecho muchos niños de nosotros toman fotos, hacen sus proyectos, yo les digo acá yo le puedo comprar la yuca para el internado o hacemos un trueque, muchos hacen trueque me traen papaya yo les doy el arroz, yo les ayudo de una y otra forma pero así como hay unos que arrancan se motivan, hay otros que se estancan, será por miedo a la innovación pero también depende de la formación familiar, con ellos hay que ir despacio no se puede tener el mismo ritmo que tengo en Valledupar, Montería, Valle del Cauca, acá es un proceso lento pero es una experiencia muy bonita.

Rectora de la Institución de la comunidad: la idea es trabajar mucho por los niños, es una lucha, de hecho el año pasado se le dio la oportunidad a dos niñas, se le busco donde vivir en Valledupar con familias conocidas, trabajaban cuidando un niño pero ellos le daban la universidad, las tratan como si fueran sus hijas, pero en verdad no sabemos lo que pasó y las niñas están acá otra vez, primero es que romper el lazo familiar es difícil, segundo no están acostumbradas a un trabajo fuerte por ejemplo la señora le decía por favor puedes planchar esta ropa, ella contestaba que no sabía planchar, porque acá no hay luz por eso yo les digo arriésguese, si lo quema

dígalo se me quemó porque es mi primera vez que plancho pero la idea es que se arriesguen, sean versátiles y ya la habían inscrito en una universidad, esos temas me da pesar pero no se les puede juzgar.

Investigador: ¡Y eso es quitarles la oportunidad a otras niñas!

Rectora de la Institución de la comunidad: Se mandaron otras niñas e hicieron lo mismo, entonces ya da pena mandar otras porque es dinero gastado también.

Investigador: Pero la labor ha sido exitosa hermana porque llevar 109 años y se han mantenido, entonces algo muy bueno estarán haciendo con estos niños, es muy grande lo que están haciendo, tantos años es respetable y obviamente la Institución. Son las personas que han pasado por aquí desde la primera hasta usted, la próxima directora que venga tendrá ese récord y desafío porque ahora le tocará desde el principio tiene que dar la batalla.

Rectora de la Institución de la comunidad: Es verdad siempre queda la tarea, por ejemplo, cuando Vicki se fue yo le recibí, me quedó la tarea de sacar delante todo lo que ella hizo de que sea mejor yo no me podía quedar atrás.

Investigador: Bueno hermana muchísimas. Gracias por habernos atendido y regalarnos de su tiempo, nos llevamos una buena información y conocimiento para nuestro proyecto, esperemos que pueda ver resultados, preguntaremos por aquí a ver si todavía se encuentra.

Rectora de la Institución de la comunidad: Bueno de pronto me quede otros años solamente Dios es el que dispone.

Rectora de la Institución de la comunidad: Pero es otra realidad distinta ya que esto es una ciudadela, pero si en verdad se dan

cuenta Nazaret es hermoso ya es por el camino que son 8 horas pero cuando llegan aquí se enamoran y no se quieren ir eso es lo que hay que hacer, que la gente se vaya enamorado de acá, que existe porque algunos creen que por ser tan lejos no es enriquecedora, aquí hay mucha gente valiosa y muy inteligente con capacidades.

SEXTA GRABACIÓN

Dr.: Desde el punto de vista materno fetal esta multifactorial desde la institución pueden haber falencias en talento humano, falencia es adquisición de equipo, también puede haber falencia en la capacitación del personal y también hay ciertas limitaciones desde lo cultural o de la comunidad, su cosmovisión es bastante compleja por eso cuando se une tanto la institución, como la comunidad entre ellos forman algo social, en eso hay un espacio bien grande para que haya atención integral como uno quisiera; desde ese punto de vista yo le podría comentar todas las debilidades de cada uno y su infraestructura no sé si recorrieron todo el hospital, lo podrán notar que no está dividido y no es culpa del gerente eso ya viene de atrás, hay un proyecto en el departamento del ministerio que ya está aprobado para la mejoría de la infraestructura de la Institución, ahora faltaría el dinero que si no me equivoco serían de 12 a 15 mil millones de pesos, ahora nos toca esperar esa mejora y ahí sí se verá más organizado.

Investigador: ¿Esa mejora pretende darle un orden al hospital tanto operativo como administrativo?

Dr.: Claro que sí porque prácticamente el hospital está adaptado, tenemos un consultorio que es el primero y allí podemos entrar toda la urgencia y ahí podemos para hacer el TRIAGE o el TRIAGE lo puede hacer cualquier médico en su consultorio, el que esté de turno, pero como sabrán el TRIAGE desde el punto de vista de habilitación con una mejoría de la infraestructura uno se organiza,

pero esta Institución que es de baja complejidad, que se basa en una contratación de unos recursos limitados es difícil. Como ustedes decían la atención si hubiese unas especialidades básicas como medicina interna, pediatría, ginecología ya que tenemos hipertensos, diabéticos, etc., y los niños que tenemos una cantidad y esas causas de morbimortalidad de materno perinatal uno con esa atención inmediata estaría mejor, no importa que sea mensual, bimensual o trimestral pero desgraciadamente no la hay. Aquí me llega usted hipertenso tendría que hacerle una remisión que por la Resolución 3280 amerita una atención especializada por medicina interna hago la remisión y la EPS Anaguayu y Confaguajira que es AIC que es ASOCIACIÓN INDÍGENAS DE CAUCA que tiene contrato con nosotros luego el Sr. Orlando tiene que esperar que dé la autorización la EPS para que lo pueda valorar el médico internista; a veces ha pasado tiempo y no se logra una valoración, si de pronto aquí hubiese una consecución de esa atención especializada, pero si viniera alguien especializado, sabemos que no va a valorar en 3 o 4 días a todos los pacientes, pero ya se haría una programación de cuántos pacientes que voy a ver en los días que yo esté como médico internista, ginecólogo, traumatólogo, etc., y enseguida yo puedo ir dándole orientación y conducta a esos pacientes por eso en caso de las remisiones puede ser que la EPS responda como puede ser que no, porque un paciente acá de bajos recursos, indígena, vulnerable y con un acceso a la salud bien difícil y nada más tenga para una sola comida al día no puede gastarse un pasaje que cuesta 80 mil pesos ya que eso sirve para comprar alimentos y como sabemos aquí el núcleo familiar es grande es muy complejo de ese punto de vista económico, por eso les digo es multifactorial aquí la cantidad de situaciones que se presentan. La cuestión es que aquí el proceso de la habilitación nosotros no podríamos tener atención especializada y nuestra red hospitalaria que nos brinda esa atención de urgencia es el Hospital SAN JOSÉ DE MAICAO ahí es donde remitimos los pacientes de urgencias y las EPS son

las que se encargan, no sé si tengan alguna unión temporal o tengan un contrato y hacen su valoración. Sería favorable donde esté una articulación porque también que el paciente salga de su resguardo a ellos les da intranquilidad y han tenido experiencias desagradables, en las noticias salen que el paciente se va del hospital, pero es que tienen un paciente desnutrido, de pronto no tienen el cuidado donde le están haciendo la atención especializada eso también les debilita a ellos la parte de sus costumbres, desde la idiosincrasia que ellos manejen, ya eso es una limitación cultural; hay personas que por cuestiones de creencias no salen y en pandemia menos, por eso sería muy bueno que un ente o la institución brinde personal especializado o ayudas con recursos económicos. Nosotros tenemos una zona de influencia hay 8 corregimiento tenemos 4 centros de salud que son (PARAÍSO, FLOR DE LA GUAJIRA, CIAFANI Y PUERTO EXTRELLA) 2 puestos de salud que son VILLA FÁTIMA y GUARPAI. En esos puntos tenemos personal para hacer atención en esa zona, pero aun así hay una zona que está dispersa y lejana a esos puntos que vendrían siendo nuestra atención intramural, por eso nosotros también hacemos atención extramural que son visitas domiciliarias, jornadas, una unidad móvil que tengamos de medicina, citología, odontología, psicología, nutrición, trabajo social, eso es lo que manejamos en nuestro portafolio de servicios.

Investigador: ¿Tiene una frecuencia de cuánto?

Dr.: Bueno nosotros damos las atenciones en los centros, todos los viernes salen a una comunidad y hay una que se hace mensual, se hace un recorrido completo que es una semana por fuera; en cierta zona los centros de salud atienden de manera intramural en el centro y también salen a zonas que son distantes a 1 o 2 horas. La parte de la economía por lo menos los de la zona de La Guajira de pronto cultivan los de la zona costera de pronto es la pesca, la zona

fronteriza con Venezuela hacen sus trueques, algunos entregan un ovejo y ellos reciben un bulto de maíz o sea comercializan, yo digo si le dieran la facilidad según su geografía ellos pudieran ser autosuficientes con los recursos que tengan sería mejor en vez de estar dándole cosas; yo escuché que ya ese programan lo habían hecho pero hay que concientizarlos y sensibilizarles mucho a ellos para que puedan salir adelante y no acostumbrarlos que siempre le van a dar.

Dra Angélica: Es que nunca van a salir de lo mismo, si siempre van a estar recibiendo ayudas qué van a hacer el día que se acabe, es una situación bastante compleja.

Dr.: En la parte de indicadores nosotros le podemos facilitar nuestro censo poblacional, el perfil epidemiológico, también se le puede colaborar con nuestro censo con sus grupos, es decir cuanto tenemos de población menores de 1 año, de 5 años, mujeres fértiles, adultos, etc. También qué personas están aseguradas y quienes no, quienes son extrajeros o en este caso más que todo venezolanos; hay algunos que no tienen ningún tipo de documentación, otros que sí tienen y como hay otros que son retornantes porque vivían a quié tienen sus documentos y se fueron al exterior podemos brindarles ese tipo de indicadores, igual hay indicadores que están publicados según la 46 la 1502 ahí están la producción. Manejamos ciertos indicadores, atenciones que se han hecho conjunto a la medicina; fuimos también prueba piloto de telemedicina pero hemos tenido apoyo en cierta parte con cancillería el año antepasado ellos eran los que financiaban eso, porque como le dije el hospital no puede financiar algo si no tiene la capacidad económica entonces por lo menos que tenga un programa que sea autosostenible que no se les tenga que deber y que se les tenga que quitar porque ya que el hospital no tiene la capacidad para estar invirtiendo y necesitamos un programa que realmente impacte positivamente, que un

pediatra o un ginecólogo por lo menos con una teleconsulta los pueda valorar, es una iniciativa buena pero nunca ha durado el tiempo suficiente, porque obviamente genera costo y todo el mundo tiene un recurso mínimo, entonces eso genera gastos y la Institución no está para tener esos gastos ahora. Todas las necesidades que ustedes requieran o puedan necesitar se las podemos facilitar.

Investigador: Una inquietud de nosotros, basado en su experiencia es algo que nos interesa conocer sobre el tema de la medicina tradicional cultural que ellos usan, contra la que le puede ofrecer el hospital esto tendrá mucha influencia en el caso que nosotros queremos estudiar, que es la materna infantil.

Dr.: Claro que sí hay una limitación, pero aquí se tiene que educar más ya que nosotros nunca prohibimos, más bien nosotros hacemos atención simultánea, más bien nosotros permitimos que si ellos requieren de su medicina tradicional que la utilicen, también hay ciertos casos muy puntuales que hay que individualizarlo que los dejamos que lo hagan aquí mismo en el centro hospitalario, le decimos que traigan su médico tradicional ya sea el huesólogo que es el ortopedista, está el pediatra, la ginecóloga que viene siendo la Partera entonces se les permite que ellas lleguen y hagan su atención y estén a la vigilancia obviamente de nosotros y tengan su tranquilidad psicológicamente hablando y que ellos se sientan bien.

Lo hemos hecho en trabajo de parto, en pacientes fracturados, con pacientes con tuberculosis, con pacientes desnutridos, etc. Pero siempre hay una brecha un punto en que no siempre va a haber un 100% de ellos que sí quieran y acepten porque nosotros desde la parte de medicina tratamos de que si se pueda dar. Nosotros no podemos ir en contra de ellos ya que nosotros estamos en su territorio, estamos atendiendo su población o su etnia como tal, tenemos que respetar, nosotros nos tenemos que moldear a ellos no ellos a nosotros obviamente orientamos y advertimos el punto

de vista de la medicina, de la práctica occidental por decirlo así o de la medicina química pero siempre respetando sus usos, sus creencias, sus pensamientos y permitimos que hagan la práctica de la medicina tradicional, pero siempre hay familias con las que sí hay un choque cultural que nos permiten hacer ciertas cosas y nos limitan, se cierran y en ese punto ya no podemos hacer más nada, pero llamamos a la psicóloga, a la trabajadora social, pero hay veces que se cierran tanto que tenemos que llamar a la autoridad pero si usted como autoridad dice la Sr. Angélica me dice que va a llamar al coved entonces no se quiere meter uno, hay que respetar, ahí termina lastimosamente en un retiro voluntario o un disentimiento, de una remisión queda uno impotente, pero respetamos obviamente con todo el papeleo legal que nos toca hacer, pero claro que lo respetamos también; hemos llegado a choques porque la ley nos dice algo en que ellos también se manejan en una autonomía y nosotros tenemos que activar la ruta, por ejemplo una ruta de un desnutrido nos toca activarla llamando al ICBF y con sus defensores de familia hacen toda la intervención legalmente y normativamente, algunos se los han llevado a la fuerza en ese momento tenemos que hacer lo que la ley nos indique y entonces entra esa disparidad de que no nos respetan; han sucedido casos satisfactorios como otros que también lamentable y quedan resentidos y no vuelven; hay pacientes que mueren en su casa simplemente por experiencias desagradables y la toman radical.

Para mi experiencia sin faltar el respeto a veces falta más compromiso de la autoridad y líderes, sin ofender a todos ya que algunos son muy comprometidos, pero hay muchos que son desprendidos, preguntamos dónde están y se encuentran en Bogotá tampoco pretendemos que estén exclusivamente todo el tiempo acá, porque esa no es la idea, no se si sea yo el imprudente que creo que a veces lo soy y mi pregunta es dónde está el líder y no es porque este apoyando un lado más que el otro pero busco una solución

objetiva, la idea es la VIDA, en este caso hablando de la salud, ese es el punto que me gustaría tocar.

Investigador: Esa integración, por ejemplo, lo que son los niños en la parte sanitaria entiendo lo que usted está diciendo, que ha sido complejo integrarla con lo que es la cultura.

Dr: sí, pero como ustedes sabrán hay un modelo de atención que uno debe adoptar, pero también está el modelo SISMI que es un modelo propiamente indígena que igual se tiene que trabajar, de forma y de fondo faltan muchas cosas, pero en todo hay que invertirlo, pero mientras no está esa materia prima o económica es muy difícil ya que todo no se hace hablando.

Investigador: El porcentaje que se hace con el dinero es muy alto.

Dr: Supongamos que hagan lo de la infraestructura ahora, así como está dividido enseguida tendría que contratar más personal y el hospital no tiene capacidad para contratar más personal, no sería autosuficiente después entraría a liquidación.

Investigador: ¿En el caso de Nazaret en el hospital, el tema del idioma?

Dr.: Claro eso es un problema muy grande, desde el momento que yo como alijuna voy a atender un paciente wayuu, pero tengo a mi auxiliar propiamente wayuu que entiende el lenguaje en este trecho ya hay un tiempo perdido y también tengo que creer que lo que el paciente le dijo a mi auxiliar, sea exactamente lo que la auxiliar, me está diciendo, porque muchas veces le digo a mi auxiliar pregúntale desde cuando tiene la fiebre o si la fiebre es constante o va y viene y ella de pronto diciéndoles unas cuantas cosas tarda 10 segundos y yo me demoré todo 1 minuto preguntado, entonces queda información en el aire; aquí lo ideal es que el médico sea muy bueno y si no es wayuu tratar de que hable wayunaiki, lo único es que el

tiempo estando acá uno ya entiende varias cosas y me ha tocado quedarme en consultas solos como hay algunos guayu que hablan perfectamente el castellano pero hay otro que no y por mucho que yo entienda una que otra cosa, puede que yo pregunte y ella no me entienda y me diga una cosa que no lo es ahí se pierde información y eso conlleva a que yo pueda hacer un mal diagnóstico y manejo y que se dispare un indicador a una reconsulta y eso puede pasar en una consulta externa, como una urgencia entonces ya hay un reconsultante en urgencia en menos de 48 horas o 24 horas y eso me dispara un indicador y son muchas cosas que se pierden y es por el simple hecho del lenguaje, por la mala comunicación.

Investigador: Eso lo he visto en varias investigaciones por eso la pregunta.

Dr: Si pasa entre alijunas qué se puede esperar entre diferentes lenguajes.

Investigador: Lo que pasa es que estos problemas son distintos, por ejemplo le pongo una comparación que aprendí hoy en su cultura la línea materna es la que manda y nosotros no tenemos esa cultura y ellos lo asumen o sea los wayuu saben que el tío materno es el líder de esa familia, también leí lo del idioma, por eso uno tiene que venir para saber, pensé que habían muchos traductores y era fácil, pero acá nos da el ejemplo usted de que se pierde tiempo, quedan muchas palabras en el aire y eso conlleva a un problema grande.

Dr: Claro así es por eso se dispara un indicador de satisfacción al usuario.

Dra. Angélica: Claro me imagino que se fastidian de que no les entienden, me dan siempre lo mismo me mandaste algo y no me mejoró y él deja de venir al hospital.

Dr: Por lo menos nuestro indicador de oportunidad de atención, como saben normalmente 3 días, pero ponemos el indicador 1 porque es lo que sale en las normas y toca colocar 1 día pero si usted llega hoy mismo se le atiende, lo único que usted tiene que ser paciente pero el indicador siempre está al 100%. No es como la ciudad que lo atienden a los 3 días o la otra semana o 15 días tiene la consulta en eso tiempo ya se le quita todos los males o se pudo empeorar y paso a urgencia aquí si se atiende enseguida como hay indicadores que estamos por el cielo hay otros que estamos por el suelo, pero tratamos de lo poco que se tiene tratar de ser recursivos y optimizar lo que se pueda en todos los sentidos.

SEPTIMA GRABACION.

Seño: Era de los capuchinos y pasaron a los colombianos y es interno y hay externo, pero aquí está el colegio del gobierno y el de nuestra señora de Fátima.

Seño: Pero ellos tienen satélites, a la comunidad donde yo les estoy diciendo ellos tienen una escuela la de Gregorio pertenece a esa unidad de Fátima.

Dra. Angelica: Me llamo mucho la atención porque el colegio tenía nada mas 2 salones como hace si tienen un niño de 5 años y otro de 11 años.

Seño: Las satélites del gobierno, por ejemplo, donde ustedes van están los cursos integrales en un salón puede tener 3 niños de 5to 2 niños de 3ro los tiene regados.

Dra. Angelica: ¿Como hace ese profesor en ese caso?

Seño: El atiende por grupo.

Investigador: Entonces el atiende personalizado, ósea que la educación es separada pero la ubicación es junta.

Seño: Si, ya que solo hay 2 salones nada más.

Seño: Por ejemplo, la anafa tiene 2 docentes una de nómina y una de contrato y la gente lo que le interesa es la cobertura yo soy profesora de preescolar tengo 10 niños de preescolar y 2 de primer grado los complemento con los otros.

Investigador: Para cumplir la cobertura.

Seño: Ese proceso para ser mágico y dictar yo no lo haría.

Seño2: Como esa escuela nada mas esta para eso de 1ro a 5to, si fuera así preescolar y 1ro a ellos le tocaría caminar a Warepar hora y horas caminando niños en esas condiciones o si no a Santa Rosa que son otras zonas como están en el medio irían a una satelital de la Curia que está a horas de acá, o a otra que está en otro corregimiento para salir madrugados y poder continuar con sus estudios.

Investigador: ¿Pero eso lo hacen si no lo hicieran integral? Pero integral es precisamente eso.

Seño2: También es la cobertura yo no creo que todos los niños de 5to están ahí, ya que mínimo son 25 niños en un salón se tendrán que quedar por fuera unos cuentos y a esos son los que le toca caminar.

Investigador: ¿Si conocen esa realidad porque le exigen esa cobertura? deberían de aceptarlo con los niños que hay ya que todos no viven en el mismo sitio!

Seño2: En realidad no lo se.

Investigador: ¿Porque tienen que cumplir esa cobertura? Si son 10 niños con eso deberían de trabajar igual tienen que pagarle su trabajo.

Seño2: Por lo mismo, el transporte de esa comunidad para la otra donde está la escuela no hay condiciones por ejemplo hay puntos como el acuria que tiene de 1ro a 5to de primaria y hay comunidades que nada mas es una escuelita como la José Gregorio y esos niños les toca caminar de la José Gregorio hasta acá cuando ya salgan niños de 7 o 8 años caminando.

Dra. Angelica: Si nosotros nos tardamos en el carro como 40 minutos!

Seño 2: Ahora la población aumento porque hay niños retornados y hay que incluirlos y ellos vienen con sus documentos venezolanos y el estado les da un Código para identificarlos mientras hacen el proceso de registro ósea aumento la población estudiantil, pero no aumenta para darles la alimentación el cupo del año pasado era Mil niños quedaron los mismo Mil niños

OCTAVA GRABACION

Investigador: dentro de 10 comunidades puedo hablar con las mamás sean 10, 4 o 5 pero las 10 comunidades para que el trabajo sea representativo para que sea vea la verdad. Porque si yo me venga para acá y aquí todo está bien voy a decir que todo está bien y resulta que no es así.

Señora: Tienen que ir para comunidades que son muy lejanas de acá pero dentro del mismo corregimiento de Nazaret. Mejor es ir para que ustedes hagan registros fotográficos y todo eso, Por ejemplo, LANAPAZ es una de ellas.

Dra Angelica: podemos ir a 5 familias la que estén más lejos y las 5 más cerca podemos citarlas aquí.

Señora: Pero es que las que están cercas son por aquí mismo, pero la que si me gustaría que fueran es la de ANAPAZ, porque esas son las que caminan 2 y 3 horas desde la madrugada

Investigador: La ves pasado nos vinimos con otros señores, pero nos metieron por otro camino y hay si vimos más la necesidad porque había niños que parecían que tenían como 4 o 5 días sin bañarse la piel se les ve muy recesa y la ropa sucia ósea que se bañaran cuando llueve o pase el camión.

Señora: Quien se va a bañar todos los días buscando agua desde las 2 de la mañana.

Dra Angelica: Y las enfermedades y las infecciones sobre todo las niñas en sus partes íntimas.

Señora: Claro de la piel un niño con parasito, gordos pipón o flaco y los piojos.

NOVENA GRABACIÓN.

Investigador: Nosotros nos centramos en la parte de las madres y niños, obviamente en otras situaciones tendríamos que hacer otro tipo de estudio, tenemos información que es lo que venimos a comprobar por ejemplo yo le puedo decir a usted una cosa y usted me la comprueba hoy mismo me voy enterando de muchas cosas. La media en Colombia ósea el promedio de niños que mueren al nacer es de un 30% de una población de Cien mil y en Nazaret dicen que es de 66% ósea que es el doble eso es un valor que aparece documentado y es preocupante no es un poquito más es el doble eso me llama la atención por eso estamos acá para ver que está pasando y si es cierto.

Señora: Esa información la da el hospital.

Investigador: lo vimos en un estudio

Señora: Esa base de datos la da el hospital, porque el como base tiene un control de las madres gestantes ya que ellas mensualmente van allá claro que hay casos de fallecimientos de niños pero no se de dónde sale eso, que yo sepa no te puedo decir pero al dar esa información no se si sea de los 9 corregimientos no se si abarcar el área total de la salud ya que el hospital atiende los 9 corregimientos

Dra Angelica: El tema es Uribia, nos dijeron que Nazaret tenía 58 comunidades ¿Son más o son menos?

Señora: Bueno te digo cada comunidad tiene su autoridad yo te permito y te autorizo porque es un beneficio a mi comunidad y te doy permiso a que entres a mi territorio yo te cito a las madres haces las encuestas o caminar y yo puedo ir explicando estas personas vienen a trabajar y él les va traduciendo todo.

Dra Angelica: Eso lo tenemos bastante claro de hecho el hizo eso con nosotros porque obviamente el no da el permiso, pero era como un guía o la persona que nos presentaba y decía miren lo que digan ellos de ahí fuimos con la señora zerafina de allá de monterrey y hay fuimos con la autoridad de la macuira que era un profesor el sr Gregorio y nos atendió muy bien por eso estamos intentando reunir 10 comunidades para tener suficiente material.

Señora: Yo te los puedo reunir, te voy hacer diferentes puntos la macuira es un territorio goza de agua si te envió a otra comunidad la yera costera ahí es donde van a ver que falta el agua que hay que caminar 2 y 3 horas en la madrugada para llegar al agua ya es un tema diferente al de acá y al de allá.

Dra Angelica: Nos dimos cuentas que los problemas son supremamente diferentes desde que venimos en el camino y que todo pertenece a Uribia y que algunas pertenecen a Nazaret.

Señora: Tu estas en estos momentos en el corregimiento de Nazaret seguido de Nazaret hay otro corregimiento que es Siapana, etc. y todos pertenecen al municipio Uribia nos dividimos en corregimiento y aquí se maneja por autoridad al ingreso de las comunas se visita a la autoridad y en eso entra el plan de socialización el autoriza y coloca a una persona de su confianza que se entiendan mutuamente y hacen la caminata la charla o donde van a focalizar si son 5 familias o más y tu le dices las características de la familia que buscas por decirte no te va a mandar donde viva una profesora que hay mejor calidad de vida tienen que decir una familia donde vivan del pastoreo o artesanía que es lo que hay aquí y no una familia que no sea asalariada ya que hay 3 fuentes de trabajo el hospital y la educación y el otro sector es cuando un familiar se va y le envían los recursos.

Dra Angelica: ¿Este es el municipio de Uribia y hay varios corregimientos, pero las comunidades como tal ya son otra cosa?

Señora: Mi comunidad se llama ISIMO donde zerafina se llama MONTERREY donde Gregorio es la misma MACUIRA, pero tiene otro nombre porque somos dos familias diferentes.

Dra Angelica: ¿Ósea que las comunidades las identifica las familias?

Señora: Es como decir somos Gonzáles, pero somos dos González diferente su comunidad está a mi lado, pero somos dos núcleos familiares diferentes.

Dra Angelica: Y como tal yo quisiera entender que es una comunidad aquí en la guajira.

Señora: Una comunidad es un espacio de tierra donde habita un clan un eiruku que traduciéndolo es como decir carne, pero el eiruku nuestro es lo que nos representa en figura que nos representa de un animal cuando usted fue donde Gregorio él tiene la finca él sabe cuál es el lindero de su territorio de su eiruku ósea a quien tiene de lindero al lado conoce todo ese es la comunidad.

Dra Angelica: ¿En esa comunidad viven varias familias?

Investigador: ¿De cuantos clanes estamos hablando, En cuanto se subdivide?

Josefa: Tomemos el caso cuando visito a Serafina ella es el Eiruku Orariyu, Gregorio es el eiruku Pausayu. Serafina tiene su comunidad su territorio ancestral se identifica con los cementerios de las bisabuelas para acá esa es la carta lo que le equivale a los alijunas lo que es su propiedad privada, el cementerio anterior netamente wayuu era enterrar en la tierra en las múcuras eso es lo que lo identifica a uno eso se reconoce y eso no se lo quita nadie hay están limitados y se sabe que de aquí para allá es el pedazo tuyo y este es el mío. Hay el alijuna sabe que parte es de quien quienes son sus vecinos y que linderos tiene.

Investigador: llama la atención que en la misma familia uno quiera separarse y quiera ocupar otro territorio.

Josefa: Cuando ocupas otro territorio, cuando formas pareja con otra persona eres hombre y eres del territorio de Gregorio, pero se va y se enamora de una muchacha de Serafina puede usted vivir allá o puede traer usted a su señora acá la única forma pero usted para otro territorio de ese señor no puede porque nada de nexo familiares, a ustedes los une a estos dos territorios un emparejamiento y conformar familia y tendrían que hablar con los tíos maternos.

Dra Angelica: ¿porque con los tíos y no con la mama o el papa?

Josefa: nuestra línea es materna el papa es de la familia del papa que viene siendo tío de esa familia pero yo tengo que contar es con mi tío materno bien sea que si no lo tengo como tío en estos momentos entonces nos representa un primo y tiene que ser el mayor nos representa como tío y como cabeza visible de este eiruku se toman en cuenta la opinión de los hermanos y otros tíos pero de la línea materna ustedes estuvieron en 2 comunidades totalmente diferentes la comunidad de serafina es la autoridad de esa comunidad que puede estar compuesto por 100 hogares.

Investigador: ¿quién elije eso? ¿se aceptan hombres y mujeres?

Josefa: Se acepta por desorden del ministerio, pero el deber ser estamos regidos por hombre la línea materna y el mayor que nos representa ante todo los problemas.

Investigador: Entonces tiene que ser obligado por línea materna pero el hombre y en ¿el caso de la señora serafina como lo acepta la comunidad?

Josefa: Lo acepta porque ella es de reconocimiento en la parte alijuna ella se presenta en la comunidad hace su proceso y ya es líder de su comuna.

Dra Angelica: son diferente cada necesidad cada situación de cada persona cada lugar donde una llega es completamente diferente. También dependiendo de la estrategia o lugar geográfico donde este dentro de esta misma comunidad.

Josefa: todas las comunidades son diferentes en algunas hay más necesidad que otras y estamos conformados así por nuestros tíos los mayores.

Investigador: ¿La autoridad hacen las mismas funciones tanto adentro como afuera por ejemplo si pasa algún problema ellos lo resuelven?

Josefa: La línea materna la encabeza el hombre, hermano o primo, pero tiene que ser el mayor de la familia ellos lideran todos los procesos, hay problemas entre las familias y eso se tiene que arreglar y ellos llegan a un acuerdo, pero los hombres las mujeres no podemos interceder porque nosotras como mosas, provocadoras, etc.

Si vamos a un arreglo están sentados los hombres mayores en cada parte de su familia y nosotras tenemos que estará tras mirando como espectadoras y viendo las decisiones que toman cada uno de ellos pero un aporte no lo podemos hacer público no podemos decir “ Oye señor está equivocado” tenemos que hacer un espacio autónomo y decir bueno me parece que tu opinaste mal hay o no debiste hacer eso o haz esta propuesta pero afuera aparte del grupo porque luego comentan que ellos son mandados por sus mujeres pero no es el solo no es todo esta manejado por los miembros de la familia.

Dra Angelica: Ya entiendo la función de la autoridad, yo me di cuenta un día en el caso del sr serafina estaba su tío su abuelo y ella cuenta con ellos.

Josefa: Ella es la autoridad porque hay un documento del ministerio de interior que lo dice, pero ella como natural wayuu no toma decisiones y no pasa por encima de ellos.

Josefa: Gregorio lo hace, pero también cuenta con las opiniones de sus mayores

Josefa: aquí el hospital el gobierno nacional hacia contratos a través del ministerio de salud pero que pasa que todo se va en estudios

pero que tantos estudios hacen de que la necesidad es el agua yo lo que quiero es solución también el municipio tiene contratado vehículos, pero no cumplen con el deber ser que es llevar a esas comunidades a buscar el agua.

Dra Angelica: En la parte donde esta Gregorio había un colegio ¿ellos hay le dan el desayuno o almuerzo?

Josefa: No, por el tema del Covid es por paquete alimentario, pero cuando era presencial si se hacia la comida hay pero no era almuerzo era merienda saludable.

Dra Angelica: Y que es mejor ¿qué le den la comida o que le den sus paquetes?

Josefa: Para tu garantizarle y no allá deserciones escolares, garanícele los 3 servicios a los niños porque el paquete no alcanza en la casa te consigues a la mama, abuelito, primo, querido y el que no querido también y el niño es el que menos come porque en nuestros usos y costumbre el hombre es el que primero come, entonces es mejor darle la asistencia que si el niño sale de su casa a las 6am el sabe que va a encontrar su desayuno a las 10am su merienda a las 12pm su almuerzo y para su casa va merendado.

Josefa: El ICBF exigen que los programas se lleven a cabo pero como si una UCA que es la parte escolar para un bebe del ICBF una UCA es posible que tenga que agarrar agua del jaguey eso no es vivir por que el hijo de usted no toma agua de un jaguey, entonces esas son las luchas de nosotros permanentes no se si los recursos están dados o enviados se presentaran proyectos y hay tenemos el problema intergubernamental y intermunicipal no sabemos si es cierto que no hay inversión de parte de gobierno cuando dicen El presidente envió tanto a donde va a dar eso porque uno dice bueno en Uribia se arregló esta parte ya uno va viendo ahorita se

nos acercan a nosotros pero no porque hay acueductos que nos funcionan y se supone que con la pandemia necesitamos tener eso funcionando por el tema del agua lavarse las manos.

Dra Angelica: Ósea que es una necesidad de primera línea.

Josefa: Estamos iguales no se mejora nada seguimos en la misma corrupción la misma necesidad los niños sufren en la época escolares por las caminatas, pero el presupuesto no alcanza.

Dra Angelica: por toda la situación que están padeciendo la cultura ha cambiado un poco.

Josefa: ¡Si! Tenemos el tema de los retornados que son los familiares que vivieron allá por ejemplo ella es una retornada pero se va y tiene su hogar aquí pero no se siente amañada aquí entonces hay un cambio fuerte y mucha influencia ya ellos vienen con tema de ciudad de salir a discotecas de vestir de pantalón y así entran en choque con los de acá y uno mira y queda en shock ya hay casos de alcoholismo y drogadicción la diferencia de la otra cultura y hay niños de aquí que para ellos esto es una ciudad e ir para Uribe es como decir que yo fui a NY peor para un niño que viene de la ciudad y luego venir a un monte los niños de acá quieren hacer lo mismo que los que vienen de la ciudad y viene una niña de 13 años que se crio aquí que está en desarrollo de educación porque aquí las madres inculcan para estudiar así sea que termine el bachillerato y sus padres hacen todo por comprar sus útiles humildemente pero viene otra niña de la ciudad con otro pensar aquí ya vemos embarazos de menos de edad.

Dra Angelica: ¿y dentro de esa cultura como es la crianza desde que nacen?

Josefa: La niña está bajo la tutoría de sus padres o abuelo y se le enseña aprender quienes eran sus ancestros aprender tejidos su

lengua sus territorios aprenden hacer mujer y los mismo al niño al pastoreo a la leña y si tienen que ir a estudiar van en la mañana y en la tarde pueden buscar el rebaño.

Dra. Angelica: Eso vimos que meten a unos niños con otro porque no hay salón y no saben lo que aprenden ya que hay diferentes edades

Josefa: Estamos en busca de una educación propia es como decir el inglés óseo que sea la lengua materna la primera y sin olvidar que existe el español y desde 7 años tenemos esa lucha y tenemos enemigo

Josefa: Te voy a decir porque hay comunidades más desarrolladas que otras por ejemplo ella es mi prima su territorio ancestral es al lado de Gregorio que pasa que su mama se emparejo con un sr de otro territorio entonces sus mama a es Querrau porque se emparejo con una persona de otro territorio el la muda para el territorio de el ella quedo viviendo hay cuando hay algún fallecido o cualquier ocasión visita su comunidad pero como nosotros somos lideres comunitarios voceros crecimos en un mundo político donde mi tío lideraba toda la alta guajira per la gente lo respeta te autorizo a preguntar por el como trabajaba se llamaba Carlos afanador y lo conocen como baron afanador y organizamos ella y yo todo lo que conseguíamos en años incluso hay un micro acueducto allá donde ella esta alpina su comunidad esta mas organizada y en mejores condiciones allá había una UCA ya no la hay.

DECIMA GRABACIÓN.

Investigador: con ustedes me enfocaría en su cultura, crianza, ¿familia y como es la educación, Como es la crianza en los niños me regala su nombre ocupación y edad por favor?

Mi nombre es Francisca González tengo 43 años soy docente de precolar de macuira de la institución educativa de la sede de Fátima de Nazaret la crianza que le dan los wayuu a sus hijos no le enseñamos como enseñan ustedes los alijunas ellos observan como hacemos más que todo el respeto tenemos que respetar a los mayores y ellos imitan lo que uno hace.

Investigador: ¿qué hacen ellos en su infancia?

Francisca: Ellos mismo tienen que aprender hacer sus juguetes buscan el barro con palo hacen carros, casitas hacen todo con el recuerdo del medio e imitan todo lo que nos ven hacer como ellos no tienen muñecas caras ellos buscan su manera arman burros carros de lo que ellos encuentran y con el barro es más fácil cuando están grandes que tienen 10 o 11 años la mamá lo enseña a respetar cuando están en pleno desarrollo las encierran las enseñan hacer chinchorro a tejer.

Investigador: ¿cuándo tiempo dura ese encierro y donde los encierran?

Francisca: Anteriormente duraban hasta 5 años encerradas, pero ya no como la gente está más civilizada los encerramos 2 o 3 días por cuestión del colegio después de una semana van a su colegio

Investigador: ¿quién está pendiente de ellos en ese momento? Y en ese proceso porque es tan importante para ustedes

Francisca: Su abuela sus tías que sea responsable aprenden a tejer hacer mochilas, chinchorros y es muy importante porque en esa etapa la niña es como si volviera a nacer porque si no la cuidamos o no la encerramos hace de su cuenta y no tiene un futuro

Estudiante: ¿Y en ese proceso le explican sobre la educación sexual?

Francisca: En algunas si, anteriormente no pero como ya la gente está más civilizada le explicamos por ejemplo yo no encerré a mis hijas ya que son 4 nosotros hablamos con ellas que ya era mujer le decimos lo que no deben de hacer los cuidados que hay cosas que no pueden comer solo pueden tomar chicha caliente durante un mes y sin azúcar no puede comer carne, queso, mantequilla, patas de chivo, ni la cabeza etc no puede agarrar cosas pesadas.

Estudiante: ¿qué representación tiene de tomar solo chicha caliente? ¿Y porque dejan de consumir carne? Y como están conformadas sus familias

Francisca: Dice los abuelos que no puede comer las patas de chivo porque luego los senos se les pone negros y no comen carne porque luego cuando le viene su periodo le sale mucha sangre como es carne roja hace muchos cambios le damos bebidas de puras plantas. Las familias se conforman por grupos o casas.

Estudiante: ¿Como adquieren esas casas?

Francisca: las casas tienen toten que representa un animal y tiene su origen de donde vienen los abuelos donde nacieron mi origen es un cichipan mis abuelos tienen un comentario donde los están enterrando hoy y yo aquí soy achon de los paisayu yo vengo siendo como una hija de el porque mis abuelos fueron paisayu y mi mama es de muchumana y nunca pierdo la casa porque vienen de parte de mi mama y de parte de mi papa si se pierde

Investigador: ¿de la formación y crianzas de las niñas quien se encarga? ¿un día normal para ustedes que hacen?

Francisca: nosotros como madre nos encargamos de los hijos claro el padre también, cocinamos, lavamos a los niños los mandamos a ser organizados que ayuden a buscar el agua que no vayan al arrollo los peligros le enseñamos en la leña puede ir los niños

antes buscamos agua del arroyo caminábamos 1 hora ya vienen por manguera ahora como estudian ya no van los días de semana ahora solo van los fines de semana

Investigador: ¿Todos los niños saben los 2 lenguajes castellano y wayunaiki?

Francisca: por ejemplo, si doy materia español les leo un cuento y a lo que termino se los traduzco en wayuaiki y así van aprendiendo algunos responden en español como otros no.

Investigador: ¿Entonces, siempre tienen que estar enseñando el castellano, cuando terminan acá pasan a la principal allá también siguen con el mismo proceso?

Francisca: Si. Hasta 5to pero de 6to no es con una sola lengua con el español porque los docentes vienen de afuera en primaria los enseñan con los dos idiomas para cuando estén grandes ya sepan las 2 lenguas

Investigador: ¿Que roles cumplen la abuela la tía los tíos el papa?

Francisca: Buena la abuela se encarga de hacerle los chinchorros a los niños buscar la manera de como tener el sustento de cada día y el papa es el pastoreo la artesanía más que todo porque el pastoreo no es complicado solo ordeñarlos los tíos son de la huerta no todos trabajan en la huerta algunos trabajan en la artesanía y el padre está pendiente de la crianza enseña al niño como debe hacer las cosas para cuando crezca si eres un niño de 10 años tienes que aprender hacer mochila y todo eso.

Investigador: ¿Que tan importante para ustedes es que los niños terminen su educación?

Francisca: Si es importante porque no los podemos abandonar en ese proceso.

Investigador: ¿cuántos docentes hay acá?

Francisca: solo hay 2 profesores

Investigador: ¿qué actividades realizan las mujeres aparte del aseo, que tan importante es la mujer en la comunidad?

Francisca: mucho por ejemplo si hay un problema con los hijos y no hay solución ella tiene el rol de buscar la manera de resolver ese problema porque los hombres no buscan como resolver los conflictos y escuchan mucho a las mujeres jóvenes.

Investigador: ¿cuándo están en embarazo que cuidados diferentes tienen?

Francisca: No pueden alzar la voz ni alzar peso y en la alimentación anteriormente había un cambio, pero ahora no mi primer embarazo mi mama me decía que tomara agua y que no comiera mucho para que el niño no saliera gordo porque después podía tener complicaciones pero actualmente ya eso no se ve ya comen todo y van a sus controles desde el primer mes y antes no iban y parían en las casa con las parteras ahora vana al hospital a parir

Investigador: ¿qué alimentos cultivan acá?

Francisca: el frijol guajiro, la batata, la yuca, la garzalia es parecido a ala caraota, pero de color blanco más que todo es el frijol y maíz.

Investigador: ¿Y cuantas veces comen al día?

Francisca: comemos 2 o 3 veces al día, a veces en la noche comemos solo una mazamorra y los niños comen mazamorra con leche en la noche y cuando van a su colegio van desayunados mis

hijos pero la verdad hay muchos niños que van sin comer porque ven que en el colegio hay meriendas a veces no tienen para comer solo comen en el colegio y cuando llegan no vuelven a comer en su casa.

Investigador: ¿Qué alimentación le dan en el colegio?

Francisca: de desayuno bollo con huevo y jugo, pero a veces no le dan jugo pero si hay muchos niños que van sin comer y solamente cuentan con la merienda del colegio y también van caminando.

Investigador: ¿que alimentación le dan al bebe cuando nace?

Francisca: Solo leche materna y si no le sale leche ordeñan a los chivos para darle esa leche cuando nacen le dan una bebida que se llama palize para limpiar todo el sucio que tiene por dentro los bebe y otras plantas para que no se enfermen y se desarrollen a loas 10 días ya le dan la leche de chivo.

Investigador: ¿son muchas las mujeres que continúan sus estudios hasta que nivel llegan?

Francisca: muy poco actualmente son pocas las que van a la universidad y llegan hasta 5to y no continúan porque no tienen los recursos de como seguir estudiando

UNDÉCIMA GRABACIÓN.

Dra. Angelica: Es un Proyecto muy bonito lo que queremos es entender de su cultura saber como ha sido todo el tema de raíces de su conocimiento y saber cómo podemos ayudarlo de una u otra manera de acuerdo a esas situaciones que podemos ver y a los mejor estamos viendo lo que no es eso es lo que queremos conocer desde la parte social, cultural y de salud que es lo que nosotros estamos mirando por eso ven aquí que hay profesores

socióloga, trabajadora social, enfermera y agradecidos que ustedes nos acepten como afortunados de hacer este viaje y de recibirnos aquí y vamos a estar viniendo porque la idea es visitar las comunidades para que se beneficien de una o otra manera, hoy es la primera en nuestras vidas que estamos en este lado conociendo, observando haciendo contacto con ustedes para en su momento tener un flujo más fuerte de trabajo .

Investigador: nosotros desde la educación y la parte de salud, aunque son dos grandes factores, estos se interrelacionan y muchas veces tenemos problemas de salud porque no estamos formados para manejar los elementos para tener buena salud y eso va de la mano lógicamente.

Dra Angelica: nos interesa saber desde la educación son muchas las cosas que se puede lograr desde ahí es donde nace todo nosotros estuvimos hablando con la gente de Nazareth con el hospital y si no hay educación desde la comunidades hay situaciones que se nos pueden salir de las manos, hay comunidades muy alejadas hay jóvenes en embarazo que no se toman los medicamentos desde las matronas que son las que están pendientes y a veces solo van al hospital cuando ya tienen el embarazo muy avanzado a veces no cuidan a los bebe como debe ser, por eso decimos que todo viene desde la educación.

¿qué niños tienen aquí? ¿Qué grados hacen?

Sr: Tenemos precolar y 1ro 2do y 3ro , el años pasado 2do y 3ro estaban juntos yo que trabajo en el área de matemáticas llevo igualar a todos.

Dra. Angelica: ¿y después que terminan aquí para donde los mandan?

Sra: se van a la sede principal porque están más grande y tienen que caminar todos los días y tardan 1 hora caminando a veces se vienen jugando por el camino salen a las 12 del medio día y llegan al las 4 o 5 de la tarde, hay más de 150 niños lo de la comunidad y en la escuela hay 54 niños de primero a tercero y los otros 100 están más avanzados en otro instituto o en el internado

Dra Angelica: eso es muy importante nos decía una autoridad que ella procuraba que todos los niños que tenía a cargo estudiaran porque luego no había forma ya que es muy difícil, por lo menos aquí estaban más privilegiados porque aquí había más agua, pero hay unos que están muy lejos y el único beneficio era estudiar para que salgan adelante y ayuden a sus abuelos y su familia.

Señora1: Profe, pero aquí se estudia sabroso aquí no hay calor siempre aquí hay brisa esta es un aula ecológica

Sra: los niños míos son de 8 a 11 son de preescolar y 1ro y los turno por semana esta semana me toca 1ro y la que viene preescolar.

Señora1: Y cuénteme profe usted trabajaba desde jovencita o como le nació esta vocación.

Sra: Desde joven yo trabajo con primera infancia 6 años en un lugar comunitaria después abandone y nos fuimos a Maracaibo y luego nos vinimos y trabaje en Nazareth en el hogar infantil solo trabaje un año allí luego pase a nuestra señora de Fátima estando hay seguí estudiando con él y a lo que me gradué me pasaron para acá y esta es mi comunidad y aquí me quede.

Señora1: ¿Y de que se graduó?

Sra.: Normalista superior

Señor1: ¿ Y usted también profe?

Sr: seguí, pero luego era virtual y me retire y prefiero presencial

Señora1: ¿Usted es contratada por el mismo departamento?

Sra.: Por el municipio Uribia por la alcaldía

DUODÉCIMA GRABACIÓN:

Investigador: Me pueden con un SI permiten o NO permiten. ¿Como es la crianza que le dan a los niños con qué fin y que costumbres hay en esa crianza?

Traductora: Ella dice que le da pena

Sra: déjala que ella ahorita habla aquí vinimos aprender de ustedes algo importante que dijo la autoridad todos somos iguales lo que nos diferencia es que ustedes tienen un conocimiento que nosotros no tenemos.

Investigador: Sin pena yo no sé nada, yo lo que quiero es aprender de ustedes para mi esto es nuevo

Traductora: Lo que dice ella es que a partir desde el nacimiento la alimentación del bebe siempre es la leche materna no usan leche en polvo hasta los 4 o 3 años hasta que entran a los UCA ósea el programa de gestantes, y allí atienden a los niños y brindar los consejos que deben de hacer y que no deben a lo que tengan 14 años que viene el desarrollo los abuelos son los que los orientan.

Investigador: ¿cómo tal cuáles son esas costumbres y de que manera le enseñan a los niños?

Traductora: Bueno ella comenta que a partir del desarrollo las abuelas le enseñan lo que es lo del comportamiento que es un cambio de niños adolescentes que ya no pueden estar jugando ahora tienen que tejer ser artesanos y tienen que durar anterior-

mente 1 año encerrados donde no se les permite comida solo chicha caliente y una planta medicinal que es para tomarlo y el cuerpo no madure tan rápido ósea que no se ponga tan vieja que mantenga su cuerpo de señorita.

Investigador: ¿Que juego hace cuando están niñas como los crean?

Señorita: bueno los juegos son montar burro, mulecos de barro ósea tremenduras de niños por ejemplo aquí hay hogares que vive una sola niña porque tiene 5 hermanos y hay la encargada es la mama o la tía la abuela y la orientan que ya no deben comportarse así porque tiene una nueva etapa. Por ejemplo, el encierro ya casi no se da ya no le paran a eso por lo menos en mi casa yo tengo 4 tíos y cuando me desarrolle ninguno estaba de acuerdo con el encierro y mi mama estaba firme en su costumbre, pero no dure mucho encerrada porque no aguante el hambre y mis tíos me pasaban la comida a veces.

Investigador: ¿Que sucede en el desarrollo aparte de cambios físicos que representa para ustedes ese cambio?

Señorita: Bueno es un cambio tanto físico como personal ya uno cambia madura más ya no juega con los primos ya hay más respeto.

Investigador: ¿Ósea le dan una educación sexual y luego de la primera menstruación como se identifican que importancia tienen?

Señorita: ya uno sabe que como mujer puede tener sus hijos mas adelante eso es importante yo me saltaba el tanque mi abuela me decía no hagas eso porque te vas a desarrollar rápido y ella nunca me explico como era todo eso y yo no sabía nada pensé que era solo la primera vez que uno botaba sangre y cuando fue llegando mensual yo lloraba pero después uno va entendiendo y madurando y uno acepta mi mama me decía que cuando uno se desarrolla no puede lavarse el pelo que es malo si uno no se cuida mas adelante

por ejemplo ya uno sabe la fecha que le llega uno lo tiene en cuenta y no se lava el cabello ya después que pasa sí.

Investigador: ¿Que costumbres se enseñan desde pequeñas?

Señora wayuu: tejidos, artesanía y todas las costumbres y todas las medicinas que ellas toman durante el encierro son preparadas ya que pasa una etapa nueva hay en esa oportunidad se le enseña mas hablamos con ellas y las enseñamos a comportarse como señoritas para que tengan un buen hogar.

Investigador: ¿cuáles son las etapas óseas las dividen?

Señora wayuu: Casi la mayoría preparan a la niña para el hombre para el hogar pero el modernismo que hay ya tienen que estudiar tienen que prepararse de seguir aspirando.

Investigador: ¿Cuántas mujeres hay en esta comunidad?

Señorita: 160 familias si hubiesen avisado con tiempo mi mama es la autoridad aquí ella hubiese reunido a toda la comunidad.

Investigador: ¿Cuántas mujeres alcanzan esa superación a que nivel académico llegan?

Señorita: Bachillerato, porque se casan y paren y ella creen que después de un hijo van a estudiar, pero luego viene otro y otro y se llenan de hijos pero ahora se enfocan que los hijos desde chiquitos en el bienestar lo educan porque yo he visto muchos casos de muchachas que dicen después de uno sigo estudiando y se llenan y después dicen ahora le toca mis hijos.

Investigador: ¿hay mujeres que si llegan a la parte universitaria?

Señorita: Si, tenemos profesora una tía mía es Ingeniera ella recorre las comunidades, yo le digo a mi primo lo que mis tíos y mi mama no fueron nosotros lo tenemos que ser vamos a estudiar.

Investigador: ¿Le están dando un valor a la educación muy grande lo importante que para seguir estudiando no tenemos que dejar nuestras costumbres? ¿Como está conformado la familia?

Señorita: Bueno más que todo la figura paterna, pero si no se encuentra el están los tíos, pero de parte de mama.

Señora Guayu: Es parte de mama por el Clan, por ejemplo, nosotros somos wayuu

Investigador: ¿Que es un clan?

Señora: Por ejemplo, cuando tiene un ganado y tiene la marca del hierro eso es tu clan la marca.

Investigador: ¿hay apellidos que identifican por grupos, cuantos Clan serian?

Señor: Son como 27, hay unos que ya se perdieron

Investigador: ¿Por qué se pierde porque el apellido no continuo?

Señor: van desapareciendo porque se emparejan con otras o se van a otro clan.

Señorita: es que tienen el apellido del papa, pero el que los representa es el de la mama por ejemplo podemos ser apellido Gonzales, Trum, Vinladez pero siempre el de su mama es su clan así migre para otro territorio siempre mantendrá su clan.

Investigador: ¿qué significado tienen ese clan a nivel social?

Señorita: Para mí es un símbolo representativo de cada núcleo familia así migremos a otra comunidad ya nos representa nuestro clan.

Investigador: ¿De qué se encarga el papa exactamente?

Señora: El rol del padre aquí nosotros los wayuu representa más que todo en la crianza porque la figura mas importante es la del tío porque ellos son los que responde por todo el padre es un apoyo es más familiar, el Padre es para responder por ellos en la casa para ayudarlos a su familia y apoyar a su esposa

Investigador: ¿Que otra representación tiene la mujer en la comunidad?

Señorita: Mas que todo el criar y enseñar a los hijos lo malo y lo bueno de la vida el apoyo en todo

Investigador: ¿la mama es como el apoyo moral la crianza y en la comunidad la mujer como tal cual sería el rol?

Señorita: Mi mama dice supongamos si hay un problema ella como mujer y hermana de ella y si ven que ellos quieren guerra ella puedo interrumpir y orientarlos recogerlos para que ellos abran los ojos porque la palabra de la mujer tiene poder.

Investigador: ¿Usted me dijo igualdad eso quiere decir tanto la mujer como el hombre pueden hacer la misma actividad no hay nada que los diferencie en la casa en la comunidad?

Señora wayuu: eso va más que todo en la crianza de cada familia, pero hoy en día se ve el machismo, pero hoy en día estamos preparados para que sean por igual.

Señorita: Yo no comparto eso que los hombres no pueden hacer algo porque son hombre el es mi primo hermano y a veces estamos los 2 solos y yo estoy embolatada lavando el me ayuda monta el arroz o me ayuda a lavar porque hay familias que si el hombre hace eso dicen que son del otro bando.

Señora wayuu: a medida que vas hablando con alguien ustedes pueden ver en cada comunidad como son en el hogar.

Feliberto Palmar: con mi mama la ayudo a lavar hacer cosas si veo que está cocinando meto la mano hay y lo hago con mi señora también hay personas que no lo hacen.

Señora Guayu: Así es porque yo lo veo con sus hijos lo amoroso que es atento son muchachos jóvenes el futuro de ahorita.

Señorita: en un hogar donde hay 3 muchachitos se ayudan una viste la otra los baña.

Investigador: ¿hemos visto que las familias son bastante numerosas, quienes por ejemplo conviven acá?

Señorita: Por ejemplo, en el caso de ellos tienen a su bisabuela una viejita ellos están hay todavía, pero ellos ya hicieron su casita cerquita para estar pendiente de la viejita, pero se independizaron a unos cuantos metro de ahí.

Investigador: ¿qué tan cerca queda la escuela?

Señorita: Cerca como a 15 minutos de aquí es cerca

Filiberto: De aquí es cerca, pero de otros lados no

Investigador: ¿Como se llama la escuela?

Filiberto: Monte Rey

Señorita: Pero te voy a decir algo en este tiempo ya no se ve tanto como antes los niños caminando todo el mundo tiene moto o hay burro cuando estudiaba en Nazareth caminaba hasta allá y madrugaba ahora hay trasportes o la alcaldía asigna esos contratos para trasportar a los estudiantes.

Investigador: ¿La secundaria se hace en el pueblo y la primaria aquí, y me imagino que hay muchos niños que caminan hasta allá ¿cuánto demoran en llegar?

Filiberto: 1 hora se podría decir.

Señorita: Pero hay gente que recorre más porque en la reunión pasada había gente que era de PANTERRAMANO que es una comunidad que está a 3 o 4 horas de aquí porque no todos tenemos la misma situación.

Filiberto: salen de allá a las 2 de la madrugada o 3 para llegar al colegio.

Investigador: ¿y vienen con sus padres?

Filiberto: No vienen solos, en grupo de compañeros.

Investigador: Las comunidades que están retiradas de aquí y están mucho más en la zona del desierto

Señora wayuu: aquí se dificulta el estudio por lo menos este muchacho tiene ganas de estudiar, pero otros no

Filiberto: Hay niños que viven lejos y quieren estudiar y no pueden por la distancia

Señorita: Y no todos tenemos ese corazón por ejemplo mi mama ayuda a todas las personas así no le agradezcan, pero Dios te lo compensa en salud aquí todos son bienvenidos.

Investigador: ¿Como hacen con el agua les llega o las compran?

Filiberto: La tenemos que comprar y cada viaje de ese son 300 o 400mil pesos.

Investigador: ¿cuánto le dura esa agua?

Señorita: Depende de la familia, 3 meses o 2 meses son 10mil litros por ejemplo donde mi abuela hay un tanque, tenemos un bañito un lavadero la cocinita tenemos un cacharrito todavía no prende, pero hay vamos.

Investigador: ¿tenemos una curiosidad las niñas cuando se desarrollan a que edad comienzan a tener familia “No lo excepcional”?

Señora wayuu: Todo depende a veces hay niñas que no tienen las mismas oportunidades y se van con el novio, pero como también hay niñas que tienen unas buenas oportunidades y igual se van con el novio depende la madurez y hay que hablarles mucho a ellas.

Señorita: es que las mama nos pueden decir no hagas eso, pero uno sale y ellas no saben qué hace uno afuera.

Investigador: Si porque lo normal es lo que más ocurre.

Señorita: Hay unas que después de desarrollarse enseguida se embarazan y hay vienen los golpes de la vida.

Investigadora: ¿En el colegio le hablan sobre la prevención sexual?

Manuel: Si sobre las enfermedades, antes de todo yo estudiaba en Venezuela pero como mi abuela estaba sola aquí y mis tíos estaban lejos ellos me trajeron para estudiar y para prender de la costumbre porque yo no tenía ni idea de la cultura hablaba español pero del wayunaiki no hablaba nada y cuando estude aquí se burlaban mío

porque no hablaba wayuu yo me aferre para aprender hablar hasta el 2do grado lo hable perfectamente de ahí me entro la curiosidad como se hacían los niños y mi abuela nos decía que si las muchachas se acostaban al lado de uno quedaba embarazada entonces yo con eso tenía miedo solo me acostaba con mi abuela porque ella me decía yo ya estoy vieja eso no me pasa a mí, cuando mis primas se acostaban al lado de uno yo brincaba porque decía que no las iba a embarazar admiro eso de mi abuela porque con el tiempo uno piensa en eso en no embarazar a las muchachas y cuando le preguntaba como nacían los niños y ella me decía que ella le decía a sus hijos y ella se iba al mar y le entregaban al niños y después venia y se los mostraba a las hermanas en el colegio entendimos sobre las trasmisiones sexuales y la prevenciones sexuales.

Investigador: ¿qué consejos les daban a ustedes luego del desarrollo?

Señora wayuu: él iba al ganado yo me iba con el yo hacía competencia con los muchachos luego después de eso ya no podía ya tenía que recogerme y cambia uno todo hasta la ropa porque ya lo que tus eras de niña lo cambias y estar peinada y cuando uno es señorita tiene que tener pena.

Sirle: Mi mama me decía que ya no podía ser la misma con mis primos ya no podía acostarme con los primos si las risas las carcajadas en una reunión porque la gente es mal pensada porque luego dicen que ya nos llevaron por delante y mi mama dice que si uno permite la tocadera llega un momento que sale una barriga.

Señora wayuu: Yo era muy tremenda mis hermanas no ellas antes de desarrollarse ya sabían tejer hacer chinchorros y a mí me encerraron 3 meses ya uno cambia físicamente también hay aprendí a tejer encerrada para nunca perder la cultura a las 5 de la mañana uno tiene que bañarse y mojarse el cabello para que

PRINCIPALES EXTRACTOS DE LAS ENTREVISTAS Y DIÁLOGOS

• •

el cabello te crezca todas sabemos lo que es aseo cocinar lavar tenemos que saber del hogar y cuando buscas esposo ya tienes que estar preparada para el hogar y para ser madre

Investigador: ¿Como tal en el momento que se emparejan que costumbres tienen para no tener más hijos?

Señora wayuu: Dice mi mama que hay matas que se tomaban y eso hacia no tener más hijos casi por 2 años cuando uno se desarrolla le dan toman para que su vida sexual

Sirle: Aguapi o casuchi lo preparan lo muelen con una piedra hacen como una cremita lo asolean y con la menstruación se los dan a las niñas.

ANEXO 2. GALERIA DE IMAGENES



Fotografía 1. Institución educativa rural mixta la Macuira. Lugar donde se aplicó el guion de entrevistas para la recolección de información del propósito educativo dentro del proyecto.

GALERIA DE IMAGENES

• •



Fotografía 2. Entrevista al personal docente de la institución educativa la Macuira.



Fotografía 3. Entrevista a los miembros de la comunidad de monterrey.

GALERIA DE IMAGENES

• •



Fotografía 4. Entrevista con madre y niño wayuu de la comunidad de monterrey



Fotografía 5. Reunión con las madres de la comunidad Cajashinou y la autoridad Clanil.

GALERIA DE IMAGENES

• •



Fotografía 6. Reunión con las madres de la comunidad Cajashinou y la autoridad Clanil

GALERIA DE IMAGENES

• •



Fotografía 7. Entrevista con madre de la comunidad

GALERIA DE IMAGENES

• •



Fotografía 8 y 9. Reunión con los docentes de la comunidad de Lana Paz

GALERIA DE IMAGENES

• •



Fotografía 10 y 11. Reunión con los docentes de la comunidad de Lana Paz

GALERIA DE IMAGENES

• •



Fotografía 12, 13, 14, 15. Taller de sensibilización como actividad de cierre.