



Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Sociología

Entre chinchorros y camillas de parto

Relatos sobre el cuidado de la salud en el embarazo, parto y posparto de mujeres
indígenas wayuu del Corregimiento de Nazareth en la Alta Guajira

Angie Paola Cepeda Vargas

Bogotá, D.C., 2019

Entre chinchorros y camillas de parto

Relatos sobre el cuidado de la salud en el embarazo, parto y posparto de mujeres
indígenas wayuu del Corregimiento de Nazareth en la Alta Guajira

Angie Paola Cepeda Vargas

Trabajo de grado para optar por el título de Socióloga

Directora

Ángela María Jaramillo de Mendoza

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Sociología

Bogotá, D.C., 2019

A todas aquellas y aquellos wayuu que me hicieron sentir acogida en su hermosa tierra, en especial a Mireya, Chela, Alejandra, Dayana, Silenes, Rita, Isabel, Piedad, Mística, Raquel, Ana, Yusmery, Siul, Fabiola, Mercedes, Mauricio, Ángel, Wilson, Kendry y Ender. Infinitas gracias por las palabras, las historias, las miradas, las sonrisas, los abrazos, los dibujos, la chicha y el café.

A todos los alijuna del territorio que estuvieron siempre prestos a responder mis preguntas, en particular a Dina y Apolinar.

A mi familia por el incommensurable amor y apoyo, fundamentalmente a mi mamá y a mi hermano, pues son la certeza de mi vida.

A quienes me acompañaron en el enriquecedor e incómodo camino de “hacer un trabajo de grado”, principalmente a Sebastián, Dina Luz, Leonidas y Natalia, quienes escucharon y se emocionaron con mis reflexiones e inquietudes y también me recomfortaron cuando mi confianza y mis ideas se enredaban.

A mis amigas de la carrera por las tertulias y la sororidad, especialmente a Viviana y Laura.

A mis profesores del colegio y de la universidad por enseñarme que, para cambiar el mundo, primero hay que entenderlo.

A todo el equipo de la Fundación Keralty por ser parte de mi comunidad y por apostarle a los vínculos y a los recursos propios de las personas para crear y mantener la salud.

A todas aquellas personas que a lo largo de la vida me han enseñado y aumentado tantísimo el alma, aunque los caminos se hayan bifurcado.

Por siempre mi cariño, gratitud y el honor de haber coincidido.

Índice de contenido

| | |
|---|-----------|
| Introducción | 8 |
| 1. Conocimiento, cultura y salud | 11 |
| 1.1. Problema y justificación | 11 |
| 1.2. Referentes teóricos y conceptuales | 15 |
| 1.3. Objetivo..... | 29 |
| 1.4. Metodología | 29 |
| 2. El territorio y su gente | 31 |
| 2.1. Nazareth, el lugar de las calabazas | 32 |
| 2.2. Ser wayuu en la Alta Guajira | 36 |
| 3. Entre chinchorros y camillas de parto | 38 |
| 3.1. Relatos del cuidado de la salud materna | 39 |
| 3.1.1. <i>La partera</i> | 39 |
| 3.1.2. <i>El médico</i> | 47 |
| 3.2. Hallazgos comparados, tensiones y posibilidades de encuentro..... | 57 |
| 4. La salud en la cultura wayuu entre cambios y permanencias | 70 |
| 4.1. Relatos de tres generaciones de mujeres wayuu | 70 |
| 4.1.1. <i>La abuela</i> | 72 |
| 4.1.2. <i>La madre</i> | 75 |
| 4.1.3. <i>La nieta</i> | 78 |
| 4.2. Trayectorias médicas y nuevos desafíos | 83 |

| | |
|--------------------------------------|------------|
| Consideraciones finales | 88 |
| Referencias..... | 92 |
| Anexos | 100 |

Índice de imágenes

| | |
|---|----|
| Imagen 1: Ubicación del Corregimiento de Nazareth en la Península de la Guajira..... | 11 |
| Imagen 2: Determinantes de la salud..... | 17 |
| Imagen 3: Teoría del sistema médico. | 20 |
| Imagen 4: Teoría trayectorias médicas | 27 |
| Imagen 5: Fechas de nacimiento y edades de las mujeres entrevistadas para cada relato | 30 |
| Imagen 6: Departamento de la Guajira, municipio de Uribia, corregimiento de Nazareth | 32 |
| Imagen 7: Las Salinas llegando a Bahía Portete | 33 |
| Imagen 8: Nazareth visto desde el Mirador de la Virgen en época de lluvia | 34 |
| Imagen 9: Demostración de masaje para acomodar bebé..... | 41 |
| Imagen 10: Plantas bija roja en hoja y en crema; malambo seco y en chirrinchi. | 42 |
| Imagen 11: Demostración del parto vertical wayuu y del rol de la partera | 43 |
| Imagen 12: El piache | 45 |
| Imagen 13: E.S.E Hospital de Nazareth, Uribia, La Guajira | 48 |
| Imagen 14: Parto simulado en posición de litotomía..... | 54 |
| Imagen 15: Relación entre la medicina tradicional y la biomedicina en territorio. | 64 |
| Imagen 16: Tres generaciones de mujeres wayuu: 72, 36 y 21 años | 70 |
| Imagen 17: Trayectoria médica de la generación 1 (La abuela)..... | 84 |

| | |
|---|----|
| Imagen 18: Trayectoria médica de la generación 2 (La madre) | 85 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Imagen 19: Trayectoria médica de la generación 3 (La nieta)..... | 86 |
|--|----|

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Criterios en la selección de los perfiles | 31 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| Tabla 2: Hallazgos comparados de las prácticas de cuidado de la salud, identificación del riesgo y prácticas de atención a la enfermedad..... | 60 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Tabla 3: Trayectorias medicas comparadas generacionalmente | 86 |
|--|----|

Índice de anexos

| | |
|---|-----|
| Anexo 1: Preguntas orientadoras para las entrevistas..... | 100 |
|---|-----|

| | |
|--|-----|
| Anexo 2: Perfiles de las entrevistas | 100 |
|--|-----|

| | |
|--|-----|
| Anexo 3: Vídeo Demostración masaje wayuu para acomodar al bebé durante el embarazo | 103 |
|--|-----|

| | |
|---|-----|
| Anexo 4: Vídeo Demostración parto vertical wayuu..... | 104 |
|---|-----|

Resumen: Con la inquietud de cómo construir un sistema de salud sensible a las particularidades culturales y territoriales de una población, este trabajo analiza la relación entre la medicina tradicional y la biomedicina, así como las tensiones y posibilidades de encuentro entre ambas; especialmente en el embarazo, parto y postparto de mujeres wayuu del Corregimiento de Nazareth en la Alta Guajira colombiana. A partir de postulados de la sociología del conocimiento y de la antropología de la salud; y haciendo uso de la metodología cualitativa de relatos de vida, se compara la teoría y la praxis de la medicina tradicional y la biomedicina en el territorio; y se reconstruyen las trayectorias medicas de mujeres que acceden a estas medicinas, con una perspectiva generacional. Se concluye que, en el proceso social, ambos sistemas médicos ya combinan recursos para intentar responder a situaciones de difícil manejo, no obstante, esta relación no es articulada ni formal. En esta medida, se corrobora que, para mejorar el acceso y el derecho a la salud de estos pueblos con una perspectiva intercultural, es indispensable la emergencia de diálogos y legitimidades compartidas, en donde ambos sistemas médicos puedan reconocer sus recursos, principalmente en las prácticas de cuidado de la salud y en la identificación del riesgo. De igual manera, es necesario que ambos sistemas médicos entiendan reflexivamente el carácter dinámico y cambiante de la cultura, para que así puedan responder de la forma más cercana y eficaz posible a las expectativas y necesidades diferenciales en salud de las mujeres indígenas.

Palabras claves: salud intercultural, salud materna indígena, sociología de la salud, sistemas médicos, medicina tradicional wayuu, biomedicina.

Abstract: With the concern of how to build a health system sensitive to the cultural and territorial particularities of a population, this work analyzes the relationship between traditional medicine and biomedicine, as well as the tensions and meeting possibilities between both; especially in the pregnancy, childbirth and postpartum of Wayuu women of the Nazareth region in the Colombian Alta Guajira. From postulates of the sociology of knowledge and anthropology of health; and using the qualitative methodology of life stories, the theory and praxis of traditional medicine and biomedicine in the territory are compared; and the medical trajectories of women who access these medicines are reconstructed, with a generational perspective. The conclusion is that, in the social process both medical systems already combine resources to try to respond to situations of difficult management, however, this relationship is neither articulated nor formal. In this measure, it is corroborated that, in order to improve access and the right to health of these peoples with an intercultural perspective, the emergence of

shared dialogues and legitimacies is indispensable, where both medical systems can recognize their resources, mainly in practices of health care and risk identification. Similarly, it is necessary that both medical systems reflectively understand the dynamic and changing nature of culture, so that they can respond as closely and effectively as possible to the differential health expectations and needs of indigenous women.

Keywords: intercultural health, indigenous maternal health, health sociology, medical systems, traditional Wayuu medicine, biomedicine.

Introducción

Uno de los mayores desafíos de la salud pública en la actualidad es el bienestar de los pueblos indígenas, puesto que hay “diferencias significativas y sistemáticas entre la situación de salud de la población indígena frente población no indígena, (...) demostrando situaciones de vulnerabilidad, y no goce de los derechos humanos” que se refleja en morbilidades y mortalidades “por causas que son evitables, innecesarias e injustas” (Minsalud, 2016, p. 123).

Frente a estas dificultades en salud, los diferentes pueblos indígenas han emprendido luchas por el reconocimiento de sus formas propias de entender el cuidado de la vida y de la salud (Lozano y Salazar, 2017). De igual manera, numerosos profesionales del área de la salud han empezado a advertir –a ritmo lento pero constante– las limitaciones de la medicina en la que fueron formados, en especial cuando se trata de comunidades dispersas y de pertenencias étnicas disímiles (Cepeda, 2019). Así, cada vez con más contundencia, se hace evidente que “ni la salud ni la medicina pueden ser únicas como no es única la cultura” (Arbeláez, 2005, p. 43).

Por ello, a nivel internacional y nacional se ha reconocido la necesidad de articular la biomedicina y las medicinas tradicionales como una apuesta para mejorar el acceso y el derecho a la salud de estos pueblos (Minsalud, 2019; Rosado, 2017). Legislativamente se han dado pasos importantes, sin embargo, el camino práctico aún es incipiente y genera múltiples dudas, pues existe “una corriente trasnacional de discursos cargados de bonhomía y utopismo, o de unas retóricas más o menos institucionalizadas” (Flores, 2011, p.2), que con dificultad se concretan en políticas, programas y proyectos en salud eficaces y sensibles a las particularidades territoriales y culturales de la población (Campos, Peña y Maya, 2017).

En este sentido, el objetivo principal mi ejercicio de investigación es evidenciar y analizar la relación entre la medicina tradicional y la biomedicina, así como las tensiones y posibilidades de encuentro entre ambas; especialmente el embarazo, parto y posparto de mujeres indígenas wayuu del corregimiento de Nazareth, en la Alta Guajira. Estos tres momentos hacen parte del indicador Razón de Mortalidad Materna (RMM), el cual es prioritario en el Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3, que busca “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades” y que el territorio presenta una gran brecha con respecto a las cifras nacionales e internacionales (Gobernación de la Guajira, 2017).

Para alcanzar el objetivo retomo los postulados de la sociología del conocimiento y de la antropología de la salud. Con la premisa fundamental de que todos grupos humanos han desarrollado sistemas médicos, entendidos como el conjunto de conocimientos teóricos y prácticos sobre el cuidado de la salud y la atención de la enfermedad (Gutiérrez de Pineda, 1985), los cuales se pueden aprehender a partir de la comprensión de los cuidados en salud, la identificación del riesgo y la atención de la enfermedad. Además, cada sistema médico forma parte de un complejo cultural que provee sentido dentro de un contexto socialmente producido e históricamente situado, en el que puede ganar, conservar o perder legitimidad. Estas relaciones se pueden comprender a partir de las trayectorias médicas de las personas que acceden a los sistemas médicos, a partir de un análisis generacional.

Teniendo en cuenta lo anterior, mis objetivos específicos son i) comparar la teoría y la praxis de la medicina tradicional y la biomedicina en el embarazo, parto y postparto de mujeres indígenas wayuu; y ii) reconstruir las trayectorias medicas de mujeres indígenas wayuu en el territorio, con una perspectiva generacional. Para desarrollarlos, empleo la metodología cualitativa de relatos de vida. Esta metodología ha sido poco explorada en los estudios de salud –tanto desde el ámbito clínico, como del ámbito social–, pero por su riqueza, fuerza y matices puede trazar caminos de comprensión y puentes de diálogo entre formas diversas de entender el cuidado de la vida.

Así, este trabajo incluye cinco relatos que se nutren de 18 entrevistas a profundidad, diarios de campo y revisión bibliográfica, cada uno de ellos construido a partir de un personaje central que narra en primera persona una experiencia particular del cuidado de la salud en el territorio. De esta manera, cada personaje es un “tipo ideal”, como diría Alfredo Molano (en Banredcultural, 2017), que muestra una arista de la complejidad de los problemas de salud de la población en Nazareth. No es un tema menor que sean sus voces las que narran, pues para

que un diálogo de saberes sea posible, es fundamental que los saberes hablen, se escuchen y se reconozcan, lo cual pocas veces ocurre. He allí la riqueza de esta metodología.

En el apartado entre *Chinchorros y camillas de parto* se encuentran los dos primeros relatos que dan cuenta de los sistemas médicos de interés en el territorio. El primer relato narra la experiencia de la medicina tradicional wayuu en el embarazo, parto y posparto, a partir de la voz de *La partera*. Este personaje se nutre de tres entrevistas a parteras, una entrevista a un *piache* (medico tradicional wayuu) y una entrevista al profesor Hilario Chacín, autor de los libros *Asombros del pueblo wayuu* (2016) y *Semántica y Etnomedicina wayuu* (2005). El segundo relato refiere a la experiencia de la biomedicina en el territorio, a partir de la voz de *El médico* del Hospital de Nazareth. Este personaje se construye a partir de cuatro entrevistas a funcionarios del Hospital: i) el subgerente científico, ii) la coordinadora del programa de promotores comunitarios, iii) una enfermera y iv) una promotora de salud.

En el apartado *La salud en la cultura wayuu entre cambios y permanencias* se encuentran tres relatos que dan cuenta de las trayectorias médicas de las mujeres que acceden a estos sistemas médicos con una perspectiva generacional. El tercer relato denominado *La abuela*, narra la experiencia de una mujer perteneciente a la generación entre 1947 y 1972. El cuarto relato denominado *La madre* cuenta la experiencia de una mujer perteneciente a la generación entre 1971 y 1986. El sexto relato denominado *La nieta* describe la experiencia de una mujer perteneciente a la generación entre 1985 y el 2000.

Para tejer estos relatos con mi interés investigativo, la voz de la socióloga —es decir, mi propia voz— es transversal al documento. En el apartado *Conocimiento, cultura y salud* presento cómo surge esta investigación, qué referentes teóricos la orientan y qué metodología utilizo para desarrollarla. En el apartado *El territorio y su gente* describo el Corregimiento de Nazareth y algunas características del pueblo wayuu en el territorio. En el apartado *Entre chinchorros y camillas de parto* comparo y analizo los principales hallazgos del relato de *La partera* y *El Medico* en torno a sus limitaciones, tensiones y posibilidades de encuentro. En el apartado *La salud en la cultura wayuu entre cambios y permanencias* presento y analizo los principales hallazgos del relato de *La abuela*, *La madre* y *La nieta* en torno a los cambios y continuidades en las trayectorias médicas. Por último, en las *Consideraciones finales* recojo las principales conclusiones del ejercicio investigativo y las sugerencias a futuras investigaciones.

Con esto dicho, espero que este trabajo de grado *palabreado* sea enriquecedor y que las voces que no emergen en las descripciones etnográficas ni en los perfiles epidemiológicos –la voz de la partera, del *piache*, del médico, de la enfermera, de la abuela, de la madre, de la nieta y de la socióloga– sean valiosas para pensar y a construir un modelo de salud ajustado cultural y territorialmente a las visiones de mundo y a las necesidades en salud de su gente.

1. Conocimiento, cultura y salud

1.1. Problema y justificación

Las inquietudes que motivan este trabajo de grado se empiezan a gestar en mi primera visita a la Alta Guajira. Viajé al norte del país por primera vez en agosto de 2018, con la Fundación Keralty en el Proyecto A-Guajira¹, que busca incrementar el bienestar de la comunidad indígena wayuu del corregimiento de Nazareth, en el municipio de Uribia, una de las regiones de más difícil acceso de Colombia, declarada en estado inconstitucional por violación a derechos fundamentales como la vida, la salud, la diversidad étnica, entre otros (Corte Constitucional, Sentencia T32 – 2017).

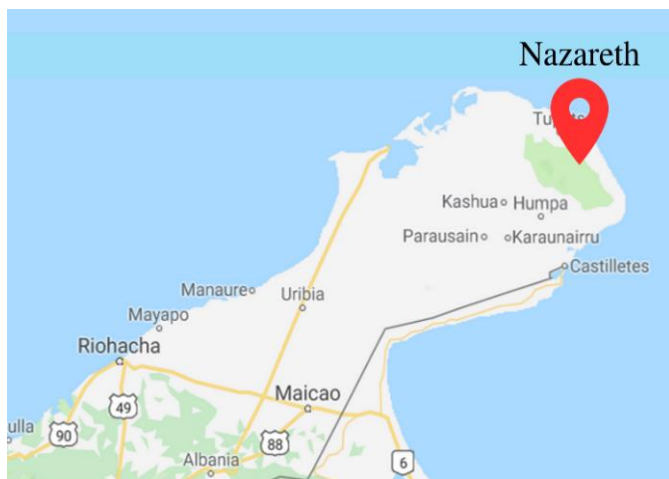


Imagen 1: Ubicación del Corregimiento de Nazareth en la Península de la Guajira. Fuente: Google Maps

<https://www.google.com/maps?q=la+guajira+google+maps&um=1&ie=UTF8&sa=X&ved=0ahUKEwi7wbrWlanlAhVRKawKHOp8CRoQAUIEigB> y elaboración propia.

En aquel agosto, la Fundación realizó una jornada de trabajo de tres días con líderes indígenas wayuu, entre los que se encontraban líderes del territorio, promotores de salud del Hospital de Nazareth, profesores del Internado Indígena de Nazareth y funcionarios de Parques Nacionales Naturales Serranía de la Macuira. Uno de los diálogos que más llamó mi atención se centró en los elementos o limitantes que dificultan la salud en la población. Fueron dos las

visiones. Por un lado, el rechazo a los conocimientos en salud y en prevención de la *medicina alijuna*², con la creencia de que la salud no puede provenir de fuera de la comunidad wayuu.

¹ La A porque en *salud o bienestar* traduce Anás wayuunaiki (Cepeda, 2018).

² Para la mayoría de los wayuu la palabra *alijuna* hace referencia a las personas que no pertenecen al pueblo wayuu, por ello, medicina *alijuna* es equivalente a la medicina del extranjero. No obstante, la palabra tiene un

Por otro lado, la apropiación de los conocimientos de la *medicina alijuna* sin utilizar los conocimientos y saberes wayuu, desconociéndolos y desvalorizándolos. Sobre estas dos reflexiones, los participantes llegaron a una postura compartida, desde la cual resulta imprescindible que la medicina tradicional wayuu permanezca y se fortalezca, pero articulada y potenciada con la biomedicina (Cepeda, 2018).

La pertinencia de promover dicho acercamiento también se ha hecho explícita en consensos y acuerdos internacionales y nacionales. A nivel internacional se destaca la inclusión de los conocimientos tradicionales en el Convenio de las Naciones Unidas sobre Diversidad Biológica en 1992, que constituyó un hito fundamental, tanto para el reconocimiento de su valor e importancia, como para explicitar su íntima relación con la conservación y uso de la biodiversidad. Este Convenio reconoce la estrecha dependencia que tienen las comunidades indígenas y locales con los sistemas tradicionales basados en los recursos biológicos, y establece que se respetarán, preservarán y promoverán los conocimientos tradicionales (Rosado, 2017).

A nivel nacional, la Constitución Política de Colombia de 1991, fue pionera en el país en reconocer la diversidad étnica y cultural de la Nación y asumir su protección como una obligación (Const., 1991, art. 7). Sin embargo, solo fue hasta el Plan de Desarrollo “Prosperidad para Todos” a través de la Ley 1450 de 2011 que se plantearon preguntas sobre interculturalidad en salud y la determinación social en salud propia de cada una de las microculturas indígenas. A partir de esta ley, iniciaron los diálogos para la estructuración del Sistema Indígena de Salud Propia (SISPI) y su posterior implementación como uno de los temas fundamentales en el Decreto autónomo de los pueblos indígenas³⁴ en el 2014 (Lozano y Salazar, 2017). El Ministerio de Salud concibe el SISPI como:

significado y un peso histórico más potente. *Ali* significa “golpe” y *juna* hace referencia a “dar”, es decir, que *alijuna* traduce “dar el golpe” o “el que da el golpe” (Cepeda, 2019). El trasfondo simbólico de esta palabra no es menor, puesto que hace referencia a la forma violenta con la que los extranjeros llegaron a tierras guajiras y se relacionaron con los wayuu.

³ Los cuatro temas fundamentales del Decreto 1953 de 2014 son: i) el SGP o Sistema General de Participaciones de los resguardos indígenas, que orienta el manejo de los recursos a las gobernaciones indígenas y no a los alcaldes; ii) el SEIP o Sistema de Educación Indígena Propia; iii) la Jurisdicción Especial Indígena y iv) el SISPI, que incluye el sistema de promoción y prevención de estas microculturas (Lozano y Salazar, 2017).

⁴ Es importante señalar que el marco jurídico colombiano que incluye y transversaliza una mirada de intercultural en salud es más amplio y se puede consultar de forma más detallada en el documento del Ministerio de Salud y Protección Social denominado *Lineamientos técnicos para la articulación de las medicinas y terapias alternativas y complementarias, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud* (Minsalud, 2018).

El conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para orientar dicho Sistema, en armonía con la madre tierra y según la cosmovisión de cada pueblo. El SISPI se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y es un compromiso concertar con las autoridades y organizaciones indígenas la estructuración, desarrollo e implementación de un sistema de salud (Minsalud, 2019).

Pese a estos avances normativos, el camino práctico aún es incipiente y genera múltiples dudas, pues existe “una corriente trasnacional de discursos cargados de bonhomía y utopismo, o de unas retóricas más o menos institucionalizadas” (Flores, 2011, p. 2), pero que con dificultad se concretan en políticas, programas y proyectos sensibles y coherentes con las particularidades territoriales y culturales de una población (Campos, Peña y Maya, 2017).

Con lo anterior en mente, la pregunta sobre cómo lograr un acercamiento entre la medicina tradicional wayuu y la biomédica me suscitó gran interés. La inquietud se hizo más intensa durante mi segundo viaje al territorio en noviembre del 2018, cuando conversé con un médico tradicional wayuu –*outsü* en wayuunaiki- y con una joven wayuu sobre sus experiencias personales de enfermedad. Sus relatos incluían historias y anécdotas de diagnóstico y tratamiento relacionadas con sueños, tabaco, chirrinchi, espíritus que curan y otros que enferman, santos, telas y amuletos de color rojo (Cepeda, 2018).

Para mí fue evidente que los problemas en salud de la población indígena wayuu de la Alta Guajira, no están relacionados únicamente con las explicaciones más recurrentes y estudiadas como la inseguridad alimentaria, la escasez de agua, la alta dispersión de la población, la crisis económica de Venezuela, la expansión de la población rural, la baja capacidad institucional y la corrupción (Banco de la República, 2017, p. 42), sino también con visiones de mundo que tienen diferentes formas de entender, nominar, significar y actuar frente a la salud y la enfermedad y que poco o nada se entienden la una a la otra.

De manera tal, es innegable interés sociológico investigar empíricamente cómo se configura la medicina tradicional y la biomedicina en el cuidado de la salud, si se relacionan o no y hasta qué punto esa relación influye en la situación de salud de la población, aproximándome a la lógica con la que cada una ofrece respuestas a problemas y necesidades humanas en el cuidado de la vida, más allá de juzgar y jerarquizar una sobre otra.

Delimitando mi ejercicio de investigación

Como el cuidado de la salud es un tema tan amplio, elegí delimitar mi ejercicio de investigación al embarazo⁵, parto⁶ y puerperio⁷ de mujeres wayuu, puesto que estos tres momentos hacen parte del indicador de Razón de Mortalidad Materna (RMM), que es entendido como número de mujeres que fallecen en los tres momentos mencionados en relación al número de nacidos vivos en un período dado (DANE, 2013). Este indicador constituye un elemento prioritario en el Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3, que busca “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades” (Gobernación de la Guajira, 2017), puesto que no sólo da cuenta de las condiciones de las mujeres durante la gestación, el parto y el posparto, sino también del grado de desarrollo de un país y su capacidad para garantizar derechos humanos y la salud a su población (WHO, 2019b; Bula y Galarza, 2017).

En la Guajira este indicador tiene un comportamiento preocupante dado que presenta una gran brecha con respecto a los indicadores nacionales e internacionales. Mientras la meta establecida en el ODS número 3 es de menos de 70 casos por 100.000 nacidos vivos, para el 2015, en la Guajira, la RMM fue de 144,12 casos por 100.000 nacidos vivos, mientras en Colombia fue de 53,71 casos por 100.000 nacidos vivos, y en Bogotá fue de 35,03 casos por 100.000 nacidos vivos (Gobernación de la Guajira, 2017).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, siendo i) la pobreza; ii) la distancia; iii) la falta de información; iv) la inexistencia de servicios adecuados; y v) las prácticas culturales, factores determinantes en esta mortalidad. En este sentido, tal como lo afirma la OMS, la mayoría de estas muertes son evitables si existen soluciones sanitarias para prevenir y/o tratar las cinco principales complicaciones causantes del 75% de las muertes maternas en estos tres momentos (WHO, 2019a), que son: i) las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto); ii) las infecciones (generalmente tras el parto); iii) la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); iv) complicaciones en el parto; y v) los abortos peligrosos (WHO, 2019).

⁵ Entendiendo el embarazo como “el tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, durante el cual en la cavidad uterina se forma y desarrolla un nuevo ser” (Emagister, s.f., p.1).

⁶ Entendiendo el parto como el “conjunto de procesos mediante los cuales, el feto, la placenta y las membranas ovulares son expulsadas al exterior del cuerpo materno” (Emagister, s.f., p.10).

⁷ Entendiendo el puerperio o postparto como “el periodo de tiempo que se extiende desde el parto hasta la aparición de la primera menstruación, dura aproximadamente seis semanas y se caracterizan por el lento retorno del organismo materno al estado anterior de la gestación y establecimiento de la lactancia” (Emagister, s.f., p. 29).

Adicionalmente, hay tres razones más que me llevaron a escoger estos momentos. Una de las razones es que el embarazo, parto y postparto ofrecen un campo valioso para indagar desde la medicina tradicional y la biomedicina, pues como lo advierte Virginia Gutiérrez de Pineda (1985), a estos momentos se les ha conferido un carácter de enfermedad antagónico, según el grupo humano y el momento histórico⁸. En algunos, se consideran como momentos de extrema vulnerabilidad física de la mujer, a la cual se le confiere un estatus de enfermedad, permitiendo una conducta divergente que le “permite escapes, concedidos para la defensa de la vida que gesta” como, por ejemplo, los antojos, la limitación de la actividad sexual, eximir de tareas domésticas, etc. (Gutiérrez de Pineda, 1985, p. 45). En otros, estos tres momentos se entienden como momentos naturales del ciclo de vida femenino en los cuales no se requiere ninguna consideración mayor.

La segunda razón, consiste en que en la comprensión de los problemas en salud materna hay lecturas opuestas según la rama del saber que la oriente. Desde la antropología, los problemas en la salud materna de las mujeres wayuu se derivan de la ruptura cultural y la pérdida de prácticas ancestrales en relación con la maternidad (Ramírez, 2011). Desde la enfermería, los problemas mencionados son resultado de las prácticas tradicionales de las mujeres indígenas y de su distancia de prácticas de cuidado *occidentales* (Ruiz, 2017).

La tercera razón, pero no menos importante, es el vínculo de profundo cariño que he tejido con varias mujeres wayuu, que conservan en su mirada y en su hablar una fuerza y una sensibilidad que me asombra y me interpela. La curiosidad de oírlas, como dice Alfredo Molano (en Banredcultural, 2017), de gozar su lenguaje y sus maneras particulares de entender el mundo, también guio mi elección. Hablar de su salud y de su bienestar fue mi excusa y la puerta para conocerlas y descubrirlas.

1.2. Referentes teóricos y conceptuales

Es imprescindible situar un interés investigativo, recogiendo las reflexiones y postulados precursores, para desde esos insumos explorar la investigación propia. De esta manera, este subapartado retomo las huellas teóricas de la sociología de la salud, la sociología del conocimiento, la antropología de la salud, la sociología de las generaciones y de los estudios biográficos para comprender la relación conocimiento-cultura-salud.

⁸ Como se verá más adelante, la definición de enfermedad es central en la forma en que se construye cada sistema médico.

Sociología de la salud

Dos autores que han contribuido con sus planteamientos a la sociología de la salud, han sido Emile Durkheim y Talcott Parsons. Desde Durkheim (1971), se encuentra una comprensión vinculante entre la esfera social con la de la salud. Él demuestra que el suicidio es un fenómeno social, estrechamente conectado con las transformaciones en las sociedades, el progreso de la ciencia, la noción de religión que orienta la conducta, las relaciones sentimentales, entre otros, a diferencia de la lectura de su época, en donde el suicidio se asociaba a la locura. De esta manera, Durkheim plantea algo relevante para la sociología de la salud y es la pregunta por cómo denominan las enfermedades, advirtiendo que este proceso de nominación está estrechamente vinculado con el sentido común, construido en un momento histórico.

Por su parte, Talcott Parsons (s.f) considera que la práctica médica constituye un subsistema estratégico en el sistema social; desde el cual la salud no es simplemente un fenómeno natural, exclusivamente biológico y fisiológico. En este sentido, entiende la enfermedad como “una forma de conducta desviada” (p. 304) que incapacita al ser humano para asumir efectivamente los roles sociales; y, por ende, la práctica médica se entiende como una ciencia dirigida a controlar las desviaciones de salud. Esta última visión fue la que apropió la sociología de la medicina, precursora de la sociología de la salud, enfocándose en las estructuras que se ubicaban dentro de la medicina, especialmente en la denominada *occidental*⁹(Donati, 1994).

En las últimas décadas, el desarrollo de la sociología de la salud ha buscado alejarse de los postulados estructuralistas y deterministas que traía consigo su antecesora (Donati, 1994), enfocándose en “la prevalencia de enfermedades entre individuos y grupos, la disponibilidad y aceptación del tratamiento y el funcionamiento del sistema de prestación de servicios de salud” (American Sociological Association, 2019; Donati, 1994).

En este sentido, la sociología de la salud se ha desarrollado principalmente en torno a cómo se ha estructurado e institucionalizado el sistema de salud, los métodos específicos que se utilizan en los tratamientos, en la relación médico-paciente y –en menor medida– en cómo la cultura influye en la salud (American Sociological Association, 2019; Masson, s.f). Desde esta última, se entiende que la salud está estrechamente relacionada con la cultura; a diferencia de la visión predominantemente que la entiende de forma individual, relacionándola con la fisiología y las

⁹ Abordaré este concepto más adelante.

elecciones sobre el estilo de vida de cada persona. Este vínculo se puede representar en la siguiente figura sobre los determinantes de la salud¹⁰ en Masson (s,f):

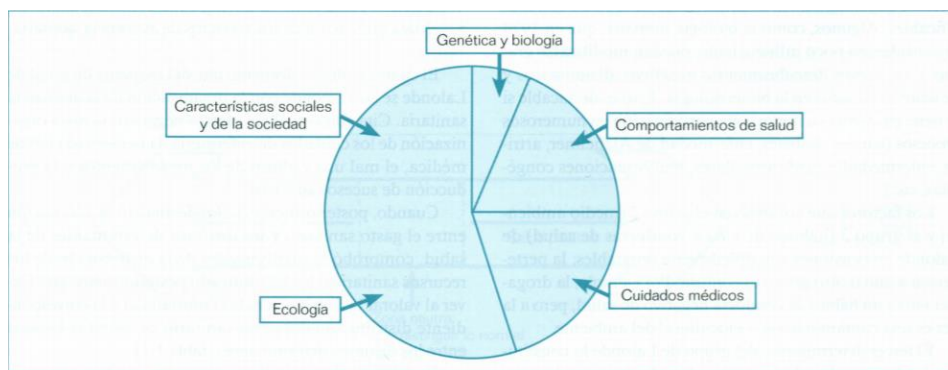


FIGURA 1-4. Determinantes de la salud de Tarlov. De Tarlov, 1999.

Imagen 2: Determinantes de la salud. Fuente: Tarlov en Masson (s.f).

De manera tal, desde la sociología de la salud se entiende que:

Abordar la esfera de la salud, independientemente de la esfera social, sería asumir un modelo abstracto y unilateral que nos daría una visión distorsionada de la realidad, puesto que el hombre al que se quiere brindar salud es un ser vivo que piensa, siente, actúa y se desarrolla en sociedad (Rojo y García, 2000, p. 91).

Según este limitado alcance de la sociología de la salud en el ámbito de interés, esto es, la relación conocimiento, cultura y salud, resulta conveniente considerar algunos postulados fundamentales de la sociología del conocimiento.

Sociología del conocimiento

Karl Marx y Friedrich Engels (1974) plantearon una premisa fundamental de la sociología del conocimiento, esto es que no existen individuos con características innatas, dadas o generales, y, en consecuencia, no hay una única visión del mundo; en cambio, hay individuos reales, entendiendo y comprobando su existencia en cuanto tienen una organización corpórea y tienen un comportamiento hacia el resto de la naturaleza en la que deben desenvolverse. Los individuos se construyen a partir de sus condiciones materiales de vida y desde ellas actúan en

¹⁰ “Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones” (Villar, 2011, p. 237).

el mundo, tratan de resolver los problemas que se le presentan, y en esa medida generan un conjunto de ideas que, de igual manera, hacen posible que continúe su desenvolvimiento.

Peter L. Berger y Thomas Luckmann (2004) por su parte, se centran en el conocimiento que guía la conducta de las personas en la vida cotidiana, que para ellos es la realidad por excelencia, entendiendo por realidad “la cualidad propia de los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra propia volición (no podemos hacerlos desaparecer) y el conocimiento como la certidumbre de que los fenómenos son reales y de que poseen características específicas” (p.13). Esta realidad es interpretada por los hombres y “para ellos tiene el significado subjetivo de un mundo coherente” (p. 36). La importancia de estudiar este conocimiento consiste en que en él se expresa el orden social de cada grupo humano construido por medio de la interacción y comunicación social e histórica. Este orden social es externalizado, objetivado e internalizado por los individuos, es decir, los precede, lo apropian a partir de procesos de socialización y rutinización, y lo significan y reproducen en nuevas interacciones con otros miembros del grupo. Todo esto como un proceso dialéctico, con permanencias y posibilidades de cambio.

De acuerdo con la sociología del conocimiento, es posible sugerir que la medicina tradicional wayuu y la biomedicina se guían por formas disimiles de conocimiento en torno a la salud y la enfermedad, construidas en condiciones sociales e históricas diferenciales; y, por ende, lo que tiene sentido y significado desde una, puede no tenerlo desde otra. Para profundizar con mayor agudeza en la forma en que se expresa esta relación en el área de la salud, recurro a los postulados de antropología de la salud.

Antropología de la salud

Desde los anteriores postulados de sociología del conocimiento, adquiere fuerza y sentido una premisa fundamental de la antropología de la salud, esto es, que todos los grupos humanos han desarrollado sistemas médicos, en la medida que todos los individuos han enfrentado las urgencias de un accidente o los malestares de una enfermedad, y al mismo tiempo tienen un afán de preservarse y sobrevivir. Los sistemas médicos son comprendidos como:

Un complejo de ideas acerca de las causas y curas de la enfermedad, ninguna de las cuales es enteramente racional ni completamente irracional. En el cual las prácticas y la mayoría de los procedimientos curativos son comprensibles y lógicos a la luz de las creencias sobre la salud y la enfermedad (Gutiérrez de Pineda, 1985, p.10).

De acuerdo con Foster y Anderson (1978) cada sistema médico está compuesto por dos partes, una es la teoría de la enfermedad y otra la del cuidado o la atención de salud, las cuales se conectan y cristalizan en la cabeza médica de cada sistema. La primera incluye el cuerpo teórico que refiere a la clasificación, explicación, causa y efecto de la enfermedad. La segunda refiere a la praxis, esto es, aquello que debe realizarse tanto para prevenir como para curar, según los principios teóricos sobre el origen de la enfermedad. Una ruta para aproximarse a la praxis, son i) las prácticas de cuidado de la salud, ii) el riesgo y la identificación del mismo y iii) las prácticas de atención a la enfermedad.

En primer lugar, toda práctica de cuidado de la salud es una actividad “coherente y socialmente organizada que tiene una noción del bien (de lo bueno) y una variedad de significados comunes implícita o explícitamente articulados” (Melguizo y Alzate, 2008). En esa medida, toda práctica de cuidado da cuenta de lo que es importante cuidarse o prevenir para evitar una enfermedad, de acuerdo al conocimiento que cada grupo humano ha construido, independiente de la eficacia real de dicha práctica. Muchas de las prácticas de cuidado de la salud están orientadas a prevenir y/o mitigar el riesgo, entendiéndolo como “la probabilidad que existe de que tenga lugar un acontecimiento con un impacto negativo en la salud, o de que un factor aumente la probabilidad de que esto ocurra” (Suarez, Beltrán y Sánchez, 2006, p. 126). Así, el riesgo se concibe desde la salud pública como algo susceptible de ser evaluado, administrado y gestionado para reducir su efecto; y se identifica a partir de las tecnologías propias de cada sistema médico. En último lugar, las prácticas de atención a la enfermedad, bien sea una práctica para aliviar, curar, disminuir sus afectaciones a la salud o redireccionarla en caso de que desborde las competencias del sistema médico.

El sujeto conector entre la teoría y la praxis es la cabeza médica, quien ha aprendido e incorporado los postulados teóricos de su medicina; y los reproduce y transmite a partir de las prácticas. Se considera que debe reunir seis condiciones específicas: i) especialización, ii) selección y entrenamiento, iii) reconocimiento social, iv) imagen profesional; v) recibir honorarios y vi) creencia de las capacidades (Gutiérrez de Pineda, 1985). En la siguiente imagen se expresa gráficamente lo mencionado:

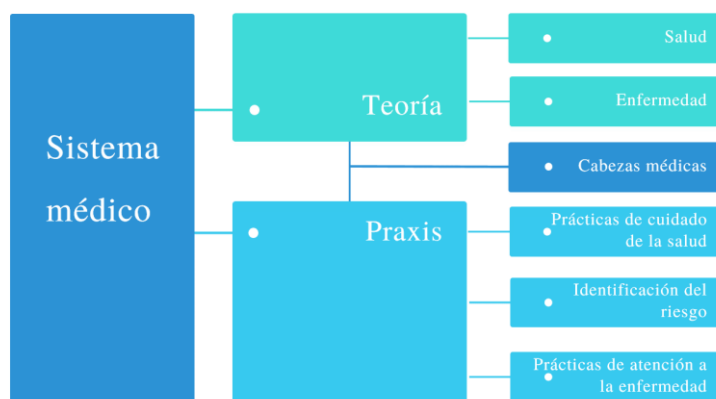


Imagen 3: Teoría del sistema médico. Fuente: Elaboración propia.

Es importante enfatizar, que estos sistemas médicos y sus cabezas medicas nunca son aislados ni espontáneos, son –como he enunciado– parte integrada de la cultura, porque emergen y se desarrollan temporal y espacialmente en estrecha correlación con la realidad económica, política, social y cultural de una comunidad o de un grupo social (Vergara, 2007; Gutiérrez de Pineda, 1985). Ahora bien, de acuerdo con el sociólogo Jaramillo (2004), la concepción de cultura tiene los siguientes presupuestos: a) es constitutiva, en tanto los seres humanos necesitan complementarse culturalmente para desarrollarse plenamente; b) es un sistema de símbolos y significados, que son aprendidos y se transmiten socialmente, c) es compartida y es común, en tanto produce homogeneidad e integra socialmente d) es aprendida y no genética, en tanto obedece a un complejo procesos de socialización, e) es plural o diversa, es decir que existen tantas formas culturales como grupos humanos; f) es históricamente particular y empíricamente abordable, es práctica, en tanto se expresa en formas de ser y de hacer particulares de cada comunidad o grupo social (p. 34).

En concordancia con los postulados de la sociología del conocimiento, la cultura debe ser comprendida como un complejo de sentidos que permiten a los individuos orientar sus acciones. No obstante, no es estática ni carente de conflicto, en la medida en la que se encuentra situada en campos en los que:

Hay conflictos de intereses y luchas hegemónicas por la detentación del poder. (...) La cultura engloba formas de organización, distribución, circulación y apropiación de bienes tanto materiales como simbólicos, (...) que son distribuidos y apropiados de forma asimétrica por los individuos en los distintos campos culturales. De allí que se conciba que las estructuras simbólicas de la cultura son estructuras de poder

evidenciadas y ratificadas a través de la legitimidad, el reconocimiento y el prestigio social (Jaramillo, 2004, p. 35).

En este orden de ideas, entiendo que tanto la medicina tradicional como biomédica son sistemas médicos, cada uno situado como parte de un complejo cultural que provee sentido dentro de un contexto socialmente producido e históricamente situado. Al mismo tiempo, se encuentran en un espacio de conflicto y de transformaciones, en donde las creencias y prácticas provenientes de ambos sistemas médicos se encuentran en disputa y van ganando o perdiendo legitimidad, entendiéndola como la explicación y la justificación de “por qué las cosas son como son”, y en ese sentido se consideran ciertas, válidas y lógicas.

En cuanto a la definición de la medicina tradicional y biomedicina, es necesario presentar la definición más genérica de medicina, entendida como “el conjunto de conceptos, procedimientos y recursos materiales, con los que se busca prevenir y curar las enfermedades” (León y Berendson, 1996) que –en coherencia con la definición dada de sistema médico– no “surge de la nada ni se ubica en el vacío, sino que se inserta en una tradición y en un contexto particular [en la cual] hacerse médico implica un proceso de socialización que moldea al sujeto de determinada manera para ser, pensar y actuar como tal, haciéndole interiorizar valores, principios y formas de ver el mundo” (Díaz, 2017).

Medicina tradicional (MT)

La medicina tradicional ha recibido diferentes denominaciones a lo largo de la historia, iniciando por el concepto de medicina primitiva, llegando a la folclórica y a la etnomedicina, consolidándose finalmente en la tradicional (Gutiérrez de Pineda, 1985). Actualmente, la OMS (Organización Mundial de la Salud) la entiende como:

La suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para el diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. También como una firma amalgama de práctica médica activa y experiencia ancestral (WHO, 2019b).

Otra propuesta conceptual, es la de Virginia Gutiérrez de Pineda (1985), quien considera que la medicina tradicional tiene las siguientes características:

Constituye conocimientos y prácticas populares, integradas culturalmente; se ajusta y funciona al ritmo del estudio tecnológico y científico de su entorno social; existe un trasfondo de creencia y fe individual y colectiva en ella, que fundamenta, estimula y dirige su acción; incorpora e innova con préstamos médicos foráneos, dentro de un complejo proceso aculturativo¹¹, que desciende de la avanzada médica –académica– y que paulatinamente es asimilado; se renueva con descubrimientos o hallazgos propios; da respuesta permanente a interrogantes de sus creyentes, y eventual a extraños culturales, cuando se hallan recursos propios en emergencias de salud; constituye un acto de comprobación a los postulados culturales, derivando un corpus médico integrado de pensamiento y acción, resultado interactuante del todo institucional; y demuestra una cultura manifiesta en un ceremonial y prácticas, y un contenido encubierto, de fe y creencia individual y de determinantes estructurales de la colectividad (Gutiérrez de Pineda, 1985, p. 30).

Adicionalmente, la medicina tradicional está conformada por dos partes definidas pero sobrepuestas, por un lado, la modalidad basada en el curanderismo y, por otro lado, la modalidad curativa sagrada (mágico-religiosa) (León y Berendson, 1996; Gutiérrez de Pineda, 1985). En la modalidad basada en el curanderismo, la etiología u origen de la enfermedad se fundamenta en principios naturales, como la acción física ambiental (la lluvia, el sereno, el clima en general), el traumatismo por un esfuerzo físico violento, entre otros. Sus recursos terapéuticos se encuentran en el medio cultural y biológico, cuyos conocimientos se transmiten familiarmente. Esta modalidad inicia en la medicina casera que es “la atención médica inicial, satisfecha a nivel del hogar, utilizando el saber que se encuentra en el ambiente cultural de la comunidad y que se inserta en los principios adscritos al curanderismo” (Gutiérrez de Pineda, 1985, p. 127). Y se especializa en el curanderismo propiamente dicho, cristalizándose en figuras como el yerbatero y la partera.

En la modalidad mágico-religiosa la etiología de la enfermedad es causada por la intervención o influencia de una agente sensorial sobrenatural o humano. Entre los agentes sobrenaturales que pueden causar el mal se encuentran: i) deidades, dios, diablo; ii) espíritus como las almas de los muertos, iii) entidades como el destino y la suerte y iv) astros y fenómenos físicos. Entre

¹¹ El concepto de aculturación refiere a procesos de desculturación –perdida de la cultura– de forma violenta y asimétrica, en los que se reemplaza la cultura precedente por una nueva. Fernando Ortiz (2002) realiza una crítica a este concepto anglosajón y propone el concepto de transculturación, en el cual las diferentes culturas aportan creencias y prácticas que se entretejen sincréticamente.

los agentes humanos se encuentran i) individuos con poder mágico y conocimiento ceremonial en la acción y ii) cadáveres de algunas personas (Gutiérrez de Pineda, 1985). Para enfrentar este tipo de enfermedades es común el uso de i) contras o amuletos: entendidos como elementos dotados de un poder mágico, para repeler, neutralizar o devolver el agresivo que enferma, ii) cierre del cuerpo/lugar a la asechanza mágica; iii) desahumerios con plantas mágicas, iv) riegos; v) acción mágica verbal como oraciones, recitativos, conjuros, maldiciones, etc., e vi) imágenes de santos (Gutiérrez de Pineda, 1985).

Con frecuencia ambas modalidades de la medicina tradicional se interrelacionan y potencian mutuamente su acción. No se puede reducir entonces la medicina tradicional a la efectividad de las plantas medicinales; ni a la efectividad simbólica de sus elementos rituales, pues es justamente “en la relación triádica de magia, religión y medicina en donde está la explicación de su poder curativo” (Garzón, 2015, p. 162). De igual manera, a todas las cabezas médicas tanto del curanderismo como de la modalidad mágico mítica se les atribuyen un “don” que no sólo proporciona legitimidad a las cabezas médicas, sino que configura, a partir de ellas, un tejido social basado la reciprocidad y en la dinámica de dar, recibir y devolver (Mauus en Jaramillo, 2018).

La comprensión dual de la medicina tradicional de Gutiérrez de Pineda (1985) es más pertinente para mi interés investigativo, en la medida en que en la medicina tradicional wayuu hay dos tipos de enfermedad que se corresponden con las dos modalidades de la medicina tradicional referenciadas previamente. Las enfermedades *ayulee*¹² son consideradas benignas¹³ y se agrupan en tres categorías: i) las ocasionadas por aguas contaminadas, ii) las ocasionadas por el viento, aire y polvo y iii) las ocasionadas por contacto con cosas sucias. Estas generalmente se tratan en el ámbito doméstico por parte de las abuelas o las madres, sobre todo con plantas, o se acude al médico para curarlas (Rosado, 2017). Las enfermedades *wanülüüü*, en cambio, se caracterizan por síntomas “espectaculares”, de carácter maligno y casi irreversible; entre estas se distinguen tres tipos: i) las atribuidas a encuentros con seres sobrenaturales, ii) las atribuidas al espíritu un ser humano muerto o *yolujaa*¹⁴ y iii) las provocadas por mujeres que han manipulado huesos de difuntos. Estas enfermedades requieren

¹² En wayuunaiki quiere decir natural o de sintomatología no preocupante.

¹³ “El término benigno(a) se refiere a una afección, tumor o crecimiento que no es canceroso. Esto significa que no se propaga a otras partes del cuerpo ni invade el tejido adyacente. Algunas veces, una afección se denomina benigna para sugerir que no es peligrosa o grave” (MedlinePlus, 2019).

¹⁴ A partir del ingreso de diferentes religiones al territorio, para muchos wayuu los *yoluja* son formas espirituales diabólicas o el diablo mismo (Cepeda, 2019).

la intervención de médicos tradicionales (*piache*), quienes tienen procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios de su cultura (Duarte, Ortega, Mora y Coromoto, 2011; Rosado, 2017).

Biomedicina (BM)

De otro lado, se encuentra la medicina que los wayuu reconocen como *alijuna* y que es ampliamente conocida como *occidental*. Esta tiene sus orígenes en Grecia con la medicina hipocrática, desde la cual se intentó “liberar al cuerpo de la tiranía de los dioses y de entenderlo fundamentalmente a partir de las leyes de la naturaleza. (...) [Desarrollándose] como la medicina del individuo: la enfermedad es del individuo, y la posibilidad y responsabilidad de curarse están en el organismo individual” (Díaz, 2017, p. 403). Así, esta medicina buscó liberarse de “las ataduras de la charlatanería, la mitología, la religión y la especulación sofisticada, buscando fundamentarla en el conocimiento verdadero o de ciencia” (Díaz, 2017, p. 405). Esta ruptura es primordial, porque la biomedicina ha tenido una separación del conocimiento mismo que no ha tenido la medicina tradicional. Esto no quiere decir que en contextos *occidentales* la experiencia mágico-mítica para influir en la salud y en la enfermedad se haya abandonado, más bien ha migrado a formas subalternas de la medicina popular o a la religión misma (Garzón, 2015).

A partir de esta separación, la biomedicina se consolidó con el desarrollo de la industria químico-farmacéutica durante el siglo XX. Debido a su acelerada especialización y efectividad ha ganado la legitimidad y se ha institucionalizado a nivel internacional y nacional a través de acuerdos, leyes, protocolos y decretos (Carballo, 2009). Gutiérrez de Pineda (1985) entiende este tipo de medicina con el concepto de medicina profesional, definida como:

Las profesiones organizadas para curar, basadas en la medicina científica moderna, que tiene como rasgo esencial la explicación racional de eventos naturales en términos de causa y efecto [En la cual] La causa es considerada natural, en contraposición a la sobrenatural. Los hechos, en este tipo de medicina se determinan por medio del método científico, según el cual fenómenos se observan, describen y clasifican, para luego, por procedimientos inductivos, derivar los principios generales o la hipótesis” (Gutiérrez de Pineda, 1985, p. 27).

Esta medicina denominada *alijuna*, *occidental* o profesional también es con frecuencia denominada medicina alopática o biomedicina (NIH, 2019). La medicina alopática es aquella que:

Se basa fundamentalmente en tratar enfermedades a través de drogas que actúen por el mecanismo de los contrarios. Esto es: si hay gripe, se suministra un antigripal; si hay fiebre, se receta un antifebril; si hay inflamación, se medica con un antiinflamatorio. La medicina oficial basa su tratamiento principalmente en la dolencia que aqueja al paciente. Se considera que es mecanicista y regionalista, es decir que hace foco en la región anatómica del conflicto (Alonso, 2012).

Desde la definición de biomedicina se entiende la enfermedad como un fallo producido a partir de un desequilibrio biológico y fisiológico de algún elemento de la máquina (cuerpo) y, como consecuencia, el trabajo del médico, como el de un mecánico, es diagnosticar el fallo y reparar la maquinaria” (Hernán, Morgan, y Mena, 2010, p. 28), Aquí, la enfermedad se cura, controla y/o alivia principalmente con fármacos o medicamentos y procedimientos médicos y quirúrgicos.

Lo cierto, es que a nivel institucional no hay una única definición de esta medicina, puesto que no existe un acuerdo en torno a concepto que describa todas las prácticas médicas a las que se le denominan *occidentales*. Ahora bien, los conceptos de medicina profesional, alopática, biomédica, no son excluyentes ni antagónicos. Conservan características esenciales como la forma en que se entiende la enfermedad y en la que se intenta curarla y prevenirla. Por ello, las tres definiciones serán utilizadas en este trabajo, condensándolas en el concepto de biomedicina, que es el concepto con mayor difusión en el sector clínico.

Diferencias entre la medicina tradicional y la biomedicina

Las diferencias entre la medicina tradicional y la biomedicina se encuentran, en esencia, en su corpus teórico y en la praxis, en especial en la conceptualización de enfermedad; pues según como se entienda la naturaleza de esta se despliegan las prácticas y recursos para prevenirla, identificarla y curarla. En el momento de reconocer una enfermedad desde los dos sistemas médicos puede ocurrir que: i) uno de los sistemas no considera enfermedad una sintomatología y el otro la niega; ii) ambos reconocen la existencia de la enfermedad, pero con etiología (origen de la enfermedad) diferente (Gutiérrez de Pineda, 1985). Es decir, un síntoma o dolor puede ser nominado y relacionado con una enfermedad en un sistema médico, mientras que en otro sistema médico no es reconocido como tal y se ignora. O bien, desde ambos sistemas médicos se asocia el mismo síntoma o dolor con una enfermedad, pero se considera que las causas son

distintas, por ejemplo, un malestar puede ser reconocido como producto de una enfermedad coronaria desde un sistema médico o producto de un hechizo desde otro.

Cabe enfatizar que las dos diferencias mencionadas no son únicamente de naturaleza semántica o lingüística, sino de apreciación y reconocimiento de la enfermedad, en otras palabras “son fruto de planteamientos culturales diferentes, y tanto cabezas médicas como pacientes tradicionales están en su ley cultural, como miembros de sistemas médicos diferentes” (Gutiérrez de Pineda, 1985, p. 35). De esta manera, como he planteado desde la sociología del conocimiento, los diferentes grupos humanos desarrollan un conocimiento distinto de su realidad en salud y por ende, construyen de forma disímil la enfermedad, así los síntomas percibidos, los autodiagnósticos, diagnósticos y las asimilaciones que un médico o un paciente apropian, reproducen y dan cuenta del sistema médico que opera en ellos.

Una nueva variable: el sector popular

Hasta el momento he abordado teóricamente el concepto de sistema médico, medicina tradicional y biomedicina, sus principales diferencias y una ruta de aproximación conceptual a estas diferencias. No obstante, entender el cuidado de la salud únicamente desde la visión de estos sistemas médicos, sin la perspectiva de las personas que hacen posible que ambos sistemas médicos existan, arrojaría un mapa incompleto de los elementos que convergen en la salud de las mujeres wayuu en el embarazo, parto y postparto.

El psiquiatra y antropólogo Arthur Kleinman (1980) afirma que la decisión de acudir a la medicina tradicional o la biomedicina, por él llamadas sector folclórico y sector profesional respectivamente, depende de cómo se configure el sector popular, entendido como el individuo, la familia y las redes sociales. En este sector es donde se dan las primeras respuestas a las necesidades en salud y se define a qué sistema de salud acceder en caso de ser necesario. En palabras de Kleinman, es en el sector popular donde se “ponen en movimiento creencias y valores sobre la dolencia, la percepción y experimentación de los síntomas; la nominación y evaluación de la enfermedad; y el reconocimiento de una clase particular de rol de mal” (Kleinman, 1980). Cabe mencionar, que en este sector las personas no acceden de forma exclusiva a un solo sistema de salud, pues su acceso se configura según múltiples elementos, como la disponibilidad y el acceso a recursos y el grado de sincretismo entre diversas creencias y prácticas.

Trayectorias médicas

Para intentar rastrear esta toma de decisiones y motivaciones, desde la sociología se ha empleado metodologías cualitativas como los relatos e historias de vida, y en ellos, las trayectorias son un concepto central para mapear las transformaciones y continuidades en los sentidos y motivaciones de las personas. Estas son útiles en la medida en la que permiten dar cuenta, a modo de reflejo, de una época, sus normas sociales y valores, a partir del entrelazamiento de la biografía personal con la sociedad en general. Una trayectoria, desde la sociología, puede ser entendida como “una línea de vida o carrera, a un camino a lo largo de toda la vida, que puede variar y cambiar en dirección, grado y proporción” (Roberti, 2017, p. 308). Las trayectorias pueden ser de múltiples tipos: labores (Roberti, 2017), de género, de clase, entre otros. Este trabajo me enfoca en las trayectorias médicas, es decir, en los cursos de vida y los sentidos que motivan las decisiones de las personas al acceder a los diferentes sistemas médicos¹⁵, dando cuenta de las creencias y prácticas médicas que han incorporado, legitimado y combinado. En últimas, una trayectoria médica lleva implícita la pregunta de a qué sistema médico recurre una persona en los diferentes momentos de su vida y qué elementos influyen en su decisión.

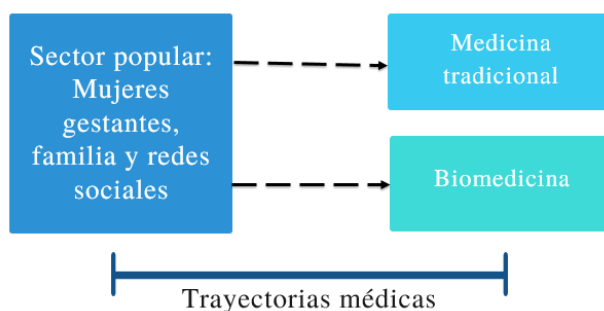


Imagen 4: Teoría trayectorias médicas. Fuente: Elaboración propia.

El análisis generacional para entender al sector popular

Al empezar a charlar con las mujeres wayuu sobre sus embarazos, partos y postpartos, fue indiscutible que su experiencia no era homogénea y que la generación a la que pertenecen es clave para entender su trayectoria. Esto complejiza aquello que se ha pensado como un sistema

¹⁵ Cabe enfatizar, que comprendo las trayectorias médicas con la definición anterior, y no desde la visión clínica, que entiende trayectoria clínica como “una guía de estandarización elaborada por un equipo multidisciplinar que facilita un consenso de actuación frente a una misma situación de enfermedad o proceso, con un curso clínico previsible, de forma que describe actividades protocolizadas que se han de llevar a cabo de forma secuencial por los profesionales que intervienen en la atención al paciente y familiares durante la estancia hospitalaria y que son evaluables” (Suero, Lima y Torrent, 2004, p. 21).

de salud ajustado a las particularidades culturales de la población, porque es imposible hablar de la cultura wayuu como algo estático y homogéneo, en especial si se considera que como pueblo han vivido procesos profundos de aculturación y la transculturación. Como lo afirma Michel Perrin (1980) los wayuu han estado hace varios siglos en progresivos y constantes contactos con creencias y prácticas externas a ellos, en sus palabras:

El comienzo de la época colonial se caracterizó por la utilización libre y progresiva de lo pecuario, práctica económica dominante en la actualidad. Luego, los indios fueron implicados en las actividades suscitadas por la “Civilización”: el comercio de esclavos, pesca de perlas... Finalmente, el contacto fue impuesto por Occidente que ocupó simple y llanamente el territorio indígena y se propuso la fundación de una misión cristiana - muchas veces fracasada, pero todavía hoy existente- (...) Hoy día, el mundo industrial es más amenazador que nunca. El proceso de aculturación puesto en práctica desde hace cuatro siglos se acelera seriamente. Profundamente desorganizado, este pueblo es sometido una vez más a nuestra Historia. (...) Sin embargo, la sociedad guajira se mantiene viva. (...) Hoy en día aún, los guajiros existen. (Perrin, 1980, p. 12).

En la preocupación de Perrin, habitan inquietudes en torno al cambio y a la permanencia de lo que significa ser wayuu; se puede decir entonces que “sigue viva la vitalidad de lo cultural, pero a través de la infusión de múltiples estéticas y visiones de mundo, en donde lo tradicional y lo moderno confluyen en tiempos y espacios diversos” (Jaramillo, 2004, p. 37). Esto es central porque, así como el conocimiento y la cultura no son estáticos, los sistemas de salud tampoco pueden serlo y no pueden ajustarse solo a una noción de cultura, sino a una cultura que se transforma incluso dentro del mismo grupo y que se materializa en mujeres con diferentes expectativas y necesidades médicas.

Para abordar lo anterior teórica y metodológicamente, Karl Mannheim (1993) propone los análisis generacionales como una forma de rastrear las rupturas y continuidades en el orden social, con la pregunta de fondo de cómo unas personas comparten un mismo ser social según la época en la que crecieron e incorporaron el conocimiento dado en procesos de socialización. Él denomina posición generacional al lugar en la estructura social que posibilita potencialmente que los individuos compartan una conexión generacional, esto es una característica en común que “limita a los individuos a determinado terreno de juego, dentro del acontecer posible y que les sugiere así una modalidad específica de vivencia y pensamiento, una modalidad específica de encajamiento en el proceso histórico” (p. 209). Es justamente en ese cambio de conexión

generacional que las nuevas generaciones crean nuevas identidades y posibilidades de acción; (Mannheim, 1993) al tiempo que se reproducen antiguas identidades, siendo esta una continua tensión entre la ruptura y la continuidad del orden social.

El cambio y la continuidad entre uno y otro margen de acción se da a partir de dos componentes fundamentales; por una parte, la presencia o ausencia de acontecimientos que rompen la continuidad histórica y marcan un antes y un después en la vida colectiva y por otro, el hecho de que las “discontinuidades sean experimentadas por miembros de un grupo de edad en un punto formativo en el que el proceso de socialización no ha concluido” (Leccardi y Fexia, 2011, p. 17), es decir, en el que el conocimiento no ha sido completamente incorporado. Es justamente allí donde se encuentra la posibilidad de rastrear el cambio cultural, y en esta medida, comprender cómo se accede desde el sector popular a la medicina tradicional y la biomedicina, y cómo se transforma o continua en términos generacionales el acceso a uno u otro sistema médico.

1.3. Objetivo

Partiendo de los referentes teóricos y conceptuales descritos, mi objetivo evidenciar y analizar la relación entre la medicina tradicional y la biomedicina, así como las tensiones y posibilidades de encuentro entre ambas; especialmente el embarazo, parto y posparto de mujeres indígenas wayuu del corregimiento de Nazareth, en la Alta Guajira. Teniendo en cuenta lo anterior, los objetivos específicos son i) comparar la teoría y la praxis de la medicina tradicional y la biomedicina en el embarazo, parto y postparto de mujeres indígenas wayuu; y ii) reconstruir las trayectorias medicas de mujeres indígenas wayuu en el territorio, con una perspectiva generacional.

1.4. Metodología

Para alcanzar el objetivo de este ejercicio de investigación, empleo la metodología cualitativa de relatos de vida, a partir de 18 entrevistas semiestructuradas y a profundidad¹⁶, la información recolectada en los diarios de campo realizados en mis viajes al territorio en agosto, noviembre y diciembre de 2018 y febrero, abril, mayo y agosto del 2019; y de revisión bibliográfica. En total son cinco relatos.

¹⁶ Las preguntas que guiaron las entrevistas se encuentran en el Anexo 1.

En el apartado entre *Chinchorros y camillas de parto* se encuentra el segundo y tercer relato que dan cuenta de los dos sistemas médicos de interés en el territorio. Por un lado, el segundo relato narra la experiencia de la medicina tradicional wayuu en el embarazo, parto y posparto, a partir de la voz de *La partera*. Este personaje se nutre de tres entrevistas a parteras, una entrevista a un piache y una entrevista al profesor Hilario Chacín, autor de los libros *Asombros del pueblo wayuu* (2016) y *Semántica y Etnomedicina wayuu* (2005). Por otro lado, el tercer relato narra la experiencia de la biomedicina en el territorio, a partir de la voz de *El médico* del Hospital de Nazareth. Este personaje se sustenta a partir de cuatro entrevistas a funcionarios del Hospital: i) el subgerente científico, ii) la coordinadora del programa de promotores comunitarios, iii) una enfermera y iv) una promotora de salud.

En el apartado *Tres generaciones de mujeres wayuu* se encuentran el cuarto, quinto y sexto relato que dan cuenta de las trayectorias médicas del sector popular. Así, el cuarto relato denominado *La Abuela*, narra la experiencia de una mujer perteneciente a la generación de 1947 y 1972, integrando las experiencias comunes de tres mujeres de 72, 58 y 46 años. El quinto relato denominado *La madre* cuenta la experiencia de una mujer perteneciente a la generación entre 1971 y 1986, abarcando las experiencias comunes de tres mujeres de 39, 38 y 36 años. El sexto relato denominado *La nieta* describe la experiencia de una mujer perteneciente a la generación entre 1985 y el 2000, y se nutre de las experiencias comunes de tres de mujeres de 25, 24 y 21 años¹⁷¹⁸.

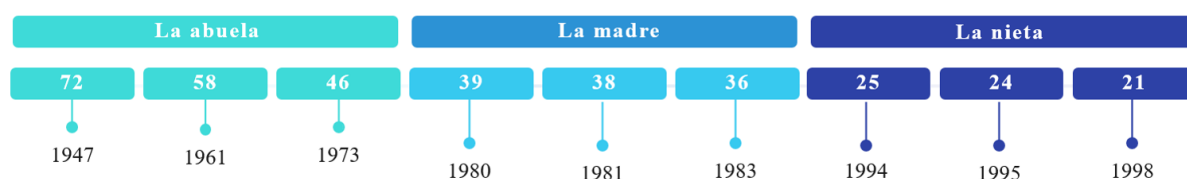


Imagen 5: Fechas de nacimiento y edades de las mujeres entrevistadas para cada relato. Fuente: Elaboración propia.

Cada una de las entrevistas fue seleccionada a partir de un muestreo de bola de nieve y por conveniencia; priorizando los siguientes criterios en los perfiles:

¹⁷ Prioricé reflejar la conexión generacional entre las mujeres a partir del relato de vida, prescindiendo de la trayectoria individual de cada una de las mujeres. De sus historias retomé los elementos comunes, así como las situaciones que son verosímiles en la experiencia y que fueron abordadas con los recursos con los que cada una contaba en su generación.

¹⁸ Los perfiles seleccionados se encuentran en el Anexo 1. Si además se desea acercarse a la información de cada una de las entrevistas, puede escribirme al siguiente correo: cepeda.angie@javeriana.edu.co

Tabla 1: Criterios en la selección de los perfiles

| Sector | Criterios |
|----------------------------|--|
| Biomedicina ¹⁹ | <ul style="list-style-type: none"> ● Cargo²⁰ ● Origen²¹ ● Experiencia en el Hospital²² |
| Medicina tradicional wayuu | <ul style="list-style-type: none"> ● Tipo de cabeza médica²³ ● Reconocimiento de la comunidad²⁴ |
| Mujeres indígenas wayuu | <ul style="list-style-type: none"> ● Edad²⁵ ● Diversidad en la pertenencia a clanes y a la comunidad²⁶ ● Cercanía al Hospital de Nazareth²⁷ ● Rol de cuidado y/o de liderazgo dentro de su comunidad²⁸ |

2. El territorio y su gente

He mencionado que los sistemas médicos son partes integradas de la cultura, que se construyen según las posibilidades objetivas del territorio y de los recursos que en él se encuentran; en estrecha interrelación con el conjunto de significados simbólicos y representaciones culturales de un grupo humano, que se materializan en formas concretas de ser y de estar en la vida cotidiana. Por ello, para entender la medicina tradicional y la biomedicina en la Alta Guajira, y la forma en que las mujeres se han relacionado con ellas, el propósito de este apartado es narrar –sin pretensión de ser exhaustiva– cómo es un terruño en el extremo norte de Colombia.

¹⁹ En el sistema de salud colombiano hay dos figuras fundamentales, las aseguradoras en salud EPS y las instituciones prestadoras de salud IPS, ambas se interrelacionan profundamente, pero elijo priorizar para este trabajo de grado la IPS, pues es la que presta directamente la atención a las personas, y para los habitantes de Nazareth representa la cristalización del sistema biomédico de salud.

²⁰ Para evidenciar los diferentes tipos de atención según el cargo del funcionario (médico, enfermera, promotora de salud).

²¹ Para identificar si existen experiencias diferenciales entre un funcionario wayuu y uno alijuna.

²² Para mapear las adaptaciones al territorio y a la población según los años de experiencia.

²³ Para abordar los diferentes médicos tradicionales wayuu, tanto los pertenecientes al cuidado de enfermedades *aleayulee* como las *waniiliüi*.

²⁴ Dado que el reconocimiento de la comunidad evidencia su legitimidad.

²⁵ Con la intención de agrupar a las mujeres generacionalmente.

²⁶ Con el propósito de evidenciar la conexión generacional entre mujeres de la misma generación sin que necesariamente exista un vínculo clánico o comunitario que explique de por sí sus experiencias comunes.

²⁷ Con el fin de aislar la variable de *distancia* a la hora elegir el sistema médico al cuál acudir. Partiendo del supuesto de que, a menor cercanía al Hospital, se restringe de por sí la posibilidad de elegir este sistema médico.

²⁸ Dado que su visión es más influyente en la configuración de las visiones de las mujeres de su comunidad.

2.1. Nazareth, el lugar de las calabazas

El corregimiento de Nazareth se encuentra ubicado al norte del municipio de Uribia, en el departamento de la Guajira. Uribia tiene una superficie de 8.200 Km², representando el 37,9% de la superficie del departamento y siendo así el municipio de mayor extensión. Para el 2016, Uribia contaba 180.385 habitantes, de los cuales, el 92,9% se ubicaba en zona rural. Además, la población es mayoritariamente indígena wayuu, reconocida como propietaria colectiva del gran resguardo indígena de la Alta y Media Guajira (Plan Municipal de Desarrollo de Uribia 2016-2019, 2016) y como un pueblo binacional (Colombia-Venezuela).



Imagen 6: Departamento de la Guajira, municipio de Uribia, corregimiento de Nazareth. Fuente: Elaboración propia.

El viaje a Nazareth desde la cabecera municipal de Uribia puede demorar entre 5 y 8 horas en carro y entre 6 y 10 en moto. Sin embargo, es posible que los tiempos sean mayores dependiendo de las condiciones del terreno. Por ejemplo, en épocas de lluvia –que usualmente son en octubre, noviembre y diciembre– los caminos se hacen fangosos y de difícil acceso, y es probable que tanto carros como motos se queden enterrados. Bien sea que se viaje en moto o en carro es imprescindible que el conductor sea wayuu y conozca el camino, puesto que es extremadamente sencillo desviarse y perderse. Además, en el recorrido se encuentran varias familias wayuu, las cuales bloquean el camino pidiendo algún tipo de ayuda, sea agua, comida o dinero. Con frecuencia, no manejan el español, por ello viajar con un wayuu es de gran ayuda para solicitar el paso o pedir alguna indicación.



Imagen 7: Las Salinas llegando a Bahía Portete. Fuente: Leonidas Villegas

De Uribia se toma la carretera hacia Puerto Bolívar y se recorren 45 km. Al llegar a un punto llamado San Martín (que en Google Maps es muy cerca de Msharrein) se gira hacia la derecha y se continúa hasta llegar a Bahía Portete y a las Salinas. Luego de pasar esta zona, hay dos caminos posibles: atravesar la Serranía de la Macuira o rodearla. Usualmente, en verano se rodea, en invierno se atraviesa. En ambos trayectos se encuentran ocasionalmente comunidades indígenas, jóvenes en bicicleta o adultos recogieron yosüs²⁹. Luego de recorrer aproximadamente 150 km adicionales se llega al corregimiento de Nazareth.

Lo cierto es que solo después de recorrer casi 200 km en moto para llegar, se logra entender cuán alejado, disperso y de difícil acceso son las comunidades indígenas de la Alta Guajira, pero también su asombrosa riqueza y peculiaridad. El ecosistema es absolutamente atípico, pues la Serranía de la Macuira está conformada por cadenas montañosas de hasta 800 msnm que acumulan la suficiente humedad para convertirse en un bosque nublado, en donde se encuentran especies vegetales características de un bosque de neblina de alturas superiores a los 2.000 msnm (Jairo Rosado, 2017). La Macuira es distinguida por sus arroyos, agua subterránea, fauna y flora biodiversa y múltiples plantas medicinales. Tal es su importancia ecosistémica, que en 1984 se crea la figura de Parque Nacional Natural en la Serranía de la Macuira, cobijando alrededor de 25.000 ha. Así mismo, para los wayuu este lugar es la “Cuna de la vida”, tiene un carácter sagrado y fuente de identidad cultural (Cepeda, 2018). De hecho,

²⁹ Fruta típica wayuu.

se llama Macuira porque en que en wayuunaiki el tabaco traduce makui, y el tabaco, no es una planta cualquiera, pues es considerada sagrada y se utiliza en rituales de curación.

Por su parte, Nazareth, se encuentra en los límites de la Serranía de la Macuira, y aunque también comparte muchas de sus características ecosistémicas, en aspectos como la disponibilidad de agua es mucho más dependiente de la estacionalidad. Mientras en invierno todo reverdece, el arroyo que atraviesa el corregimiento llamado Kulematamana³⁰ se llena de agua tibia y cristalina, y es posible cultivar y cosechar maíz, auyama, fríjol, yuca, plátano, tomate, remolacha, zanahoria, pimentón, guanábana, coco, mango, marañón, cereza, maracuyá, entre otros; en verano el agua escasea y con ella reduce la posibilidad de tener agricultura. Pese a esto, Nazareth es un sitio estratégico por las instituciones que allí se encuentran, siendo así el “pueblo” de la Alta Guajira.



Imagen 8: Nazareth visto desde el Mirador de la Virgen en época de lluvia. Fuente: Leonidas Villegas

La primera institución en el territorio es el Internado Indígena de Nazareth, fundado en 1914 por sacerdotes capuchinos e italianos, y llamado en aquel entonces “Orfelinato de Nazareth” (Atlas Amigoniano, s.f). Este proyecto misionero tenía como propósito la cristianización de los pobladores, y –de acuerdo con los pactos suscritos con el gobierno nacional– promover la educación en “nociones de patria y en valores de civilización”³¹. Si bien en la actualidad el

³⁰ Traduce “Lugar de la Sonrisa” en wayuunaiki.

³¹ Los “orfelinatos” eran presentados como medios de civilización y garantía de un trabajo eficaz entre los indígenas; en estos centros, los misioneros intentaban cambiar el comportamiento de los niños indígenas, y por medio de la enseñanza de valores cristianos pretendían un nuevo individuo evangelizado y civilizado. (Córdoba, 2012, p. 95). La principal estrategia era la separación familiar de los niños para que el proceso de evangelización

Internado Indígena de Nazareth asume una posición educativa intercultural, resultaba pertinente describir este acontecimiento histórico, porque como se ha registrado ampliamente “la iglesia fue la que más influyó en el cambio de la cultura y de las tradiciones indígenas” (Montero en Vivas, 2018, p. 18). De hecho, son los sacerdotes capuchinos e italianos quienes nombran “Nazareth” al territorio, que hasta entonces se llamaba Amurulu’u en wayuunaiki, que traduce “Lugar de las calabazas” (Cepeda, 2019).

La segunda institución es el Hospital de Nazareth, fundado por el médico antioqueño Luis Ramiro Uribe Espinosa en los años setenta, quien llegó al territorio para trabajar en un puesto de salud, y que al evidenciar las necesidades en atención de salud de la población wayuu decidió fundar el Hospital, el cual inicialmente estuvo ubicado en una de las aulas del Internado Indígena de Nazareth. El trabajo de Uribe Espinosa con la comunidad le permitió desarrollar una visión respetuosa con la población wayuu, por lo cual intentó desde el comienzo incorporar elementos de la cultura como las rancherías y los chinchorros para la atención de los pacientes (El Espectador, 2016; Semana, 2001;). Tal fue su labor que este Hospital ha sido reconocido como una de las pocas experiencias locales en donde funciona un modelo de atención intercultural desde hace más de tres décadas (Duarte, Ortega, Mora, y Coromoto, 2011) y actualmente muchos wayuu lo recuerdan con alegría (Cepeda, 2019).

De forma posterior al Internado y al Hospital, se fundaron progresivamente otras instituciones como el Colegio Nuestra Señora de Fátima de carácter oficial, la Biblioteca Pública Casa Cultural de Nazareth, la oficina de Parque Nacional Natural en la Serranía de la Macuira. La Policía Nacional, la Emisora del Ejército Nacional, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, la Emisora Comunitaria Ecos de la Makuira de la Asociación Wayuu Araurayu, y de forma más reciente en la Registraduría del Estado Civil en mayo del 2019.

Hoy Nazareth es uno de los lugares más reconocidos de la Alta Guajira. Sin embargo, Nazareth no es sólo “el pueblo”, el corregimiento se extiende varios kilómetros a la redonda con límites poco definidos. En la mayoría del territorio, el acceso a servicios básicos es bastante restringido. El agua llega a algunos ranchos bombeada desde un molino o con una manguera que se coloca en algún arroyo de la Serranía. Otros wayuu van a buscar agua a los pozos para

fuera más sencillo: “nuestra esperanza son los niños, pues los adultos, sobre todo los de edad avanzada, están tan aferrados a sus tradiciones seculares y a su vida salvaje, que difícilmente se amoldan a otra vida distinta” (Ariztimuño en Córdoba, 2012, p. 95).

la alimentación y el aseo personal; y para lavar la ropa muchas mujeres van al arroyo Kulematamana.

La energía eléctrica también es un recurso escaso, a veces llega 5 o 6 horas al día, usualmente un rato a las 11 de la mañana, va y viene y finalmente se corta el servicio a las 10:00 de la noche. Hay días en los que no hay luz en lo absoluto. Para tener luz adicional a la que llega al pueblo, algunas casas y ranchos tienen paneles solares y/o plantas eléctricas que funcionan con energía solar o con gasolina. Actualmente, las plantas que funcionan con gasolina no se encienden porque la gasolina, que es transportada desde Venezuela, tiene precios elevados. Los paneles solares son muy poco frecuentes, se encuentran principalmente en las casas de los alijuna, los hospedajes y tiendas de comercio. Algunos wayuu también tienen paneles solares que en algún momento fueron donados, pero que ya no usan, debido a que la batería que almacena la energía se encuentra dañada. Repararla es muy costoso para un wayuu, llegando a costar desde 500.000 mil hasta 700.000 pesos según el tamaño. El Hospital es el único lugar que tiene energía 24 horas. Esta institución tiene a las afueras de su infraestructura conectores de enchufes para que la comunidad pueda cargar sus celulares.

Gas no hay. Las mujeres cocinan con leña, lo cual demanda tiempo y esfuerzo de ellas y de los niños, quienes son los que van a buscar la leña. No existe ningún sistema para la eliminación de excretas ni un lugar específico para disponer la basura, sea un botadero o relleno sanitario. La señal de celular es muy escasa y precaria, en Nazareth hay una antena de celular y Claro es único operador que tiene cobertura en el territorio. Sin embargo, no es un servicio de buena calidad. En épocas de lluvia la comunicación se corta por completo.

2.2. Ser wayuu en la Alta Guajira

De acuerdo con un Censo de población realizado por el Hospital Indígena de Nazareth, para el 2018, en el corregimiento habitaban 13.208 personas, de las cuales la mayoría son indígenas wayuu.³² Los wayuu se organizan socialmente por grupos de ascendencia matrilineal³³, es decir, las mujeres son quienes transfieren a sus hijos su “apellido” y, por ende, la línea de pertenencia a una su casta o clan, denominada *eirukuu* en wayuunaiki. Esta representa un

³² Es interesante destacar que para 1994, se estimaba que en Nazareth habitaban entre 6.000 y 3.000 wayuu (El Tiempo, 1994). Lo cual indica que la población ha aumentado considerablemente en los últimos 20 años.

³³ No debe confundirse la ascendencia matrilineal con una organización matriarcal: “el parentesco, guiado por un eje matrilineal, no significa que la mujer tenga preponderancia sobre el hombre” (Alarcón, 2016).

ancestro mítico común, usualmente simbolizado con un animal totémico. Hay aproximadamente 23 castas (Delgado, 2012, p. 163), de las cuales en Nazareth son frecuentes la casta Uliana, Jayariyuu, Iguarán, Apushaina, Sapuana, Uraliyuu y Pushaina (Cepeda, 2018). Si bien los miembros de un clan se aglutinan bajo un vínculo ancestral común, no actúan en colectividad y “no pueden ser considerados ni endogámicos ni exogámicos, ya que sus miembros pueden casarse aleatoriamente con personas de su mismo clan o con miembros de otros clanes, inclusive, en las últimas décadas se ha hecho muy común formar familia con *alijunas*” (Alarcón, 2016, p. 3).

La figura que organiza a los wayuu para la resolución de algunos conflictos y para la realización de actividades comunes, es la del *apüshii*, traducido al español como linaje o comunidad. Los *apüshi* son entendidos como “un grupo residencial de hermanos, mujeres y hombres, que comparten un territorio común. En este territorio están las rancherías y los cementerios, las huertas y los pozos” (Rivera en Cano, *et al*, 2010, p. 36). La delimitación social y territorial de cada comunidad se define por la pertenencia ancestral y matrilineal de los cementerios, estos “se constituyen en los referentes materiales y espirituales del origen para cada Wayuu. Ellos indican la relación con los ancestros e indican el origen de los descendientes. Los cementerios son la base material y espiritual para la construcción de la identidad wayuu” (Salamanca, 2016).

En Nazareth, los *apüshi* se destacan por sus fuertes lazos de solidaridad entre los miembros. Además, cada *apüshi* tiene su propia autoridad tradicional -que usualmente es una persona mayor- que es elegida y reconocida por sus miembros para orientar y liderar a la comunidad, velando por su bienestar. Si bien, es en el *apüshi* donde se expresan los vínculos comunitarios más fuertes e importantes, los wayuu también tienen amplias redes de familiaridad, incluso sin la existencia de vínculos consanguíneos o claniles. Esto se expresa en llamar a la mayoría de wayuu -y en algunos casos a ciertos alijunas- como *su primo (a)*, *sobrino (a)* y *tío (a)*, dependiendo de la edad y el grado de respeto. Se usa tío para referirse a un mayor, primo a un igual y sobrino a un menor (Cepeda, 2018; Alarcón, 2016).

De acuerdo con esto, la vida cotidiana de los miembros de los *apüshi* en Nazareth (de ahora en adelante comunidades), se desarrolla según su edad y su rol. Los bebés y niños pequeños se quedan en las rancherías, los niños en edad escolar van al Colegio o al Internado en las mañanas, y algunos van a la Casa Cultural en la tarde. Los hombres se ocupan en labores de pastoreo, comercio y/o transporte. Además, en épocas de lluvia se ocupan de sus rozas o huertas, cultivando alimentos para el autoconsumo. Las mujeres pueden estar en sus casas,

cuidado a los niños, ocupándose de las tareas domésticas y tejiendo mochilas y chinchorros para obtener ingresos; algunas trabajan como docentes en aulas satélites del Colegio o del Internado, otras se desempeñan como madres comunitarias o profesoras en alguna de las tres modalidades del ICBF³⁴. Un número aún menor de mujeres se desempeñan con promotoras comunitarias y enfermeras del Hospital de Nazareth. Usualmente, los adultos mayores permanecen en el rancho.

En la cotidianidad, es común ver camiones que llevan a los wayuu a Venezuela. Cada pasaje cuesta \$40.000 pesos por persona. Es un viaje largo e incómodo de alrededor de 11 horas. Muchos wayuu viajan a Venezuela para transportar alimentos o gasolina o para visitar a sus familiares del otro lado de la frontera. Cuando se les pregunta sobre su binacionalidad, muchos responden “los wayuu son un pueblo que no tiene fronteras”. Así, la poli-residencialidad de los wayuu es uno de los rasgos característicos de este pueblo.

Ahora bien, en cuando a creencias y prácticas culturales propias de los wayuu, en el territorio se advierte muchos cambios, que no necesariamente implican un desarraigo, o una pérdida de identidad cultural, pues a lo largo de la historia se ha evidenciado que es un pueblo que ha sabido incorporar y resignificar elementos a partir de las interacciones con otras culturas desde épocas precolombianas (Perrin, 1980). Es una cultura que se ha transformado y aun así permanece³⁵.

3. Entre chinchorros y camillas de parto

Con una comprensión ampliada del territorio y de la población indígena que lo habita, es posible abordar la medicina tradicional y la biomedicina en Nazareth, en torno al cuidado de la salud de las mujeres wayuu en el embarazo, parto y postparto. Así, en este apartado se encuentran dos subapartados: i) el relato de *La partera* y *El médico*, que narran desde su subjetividad y cercanía ambos sistemas médicos; y ii) los hallazgos comparados con las categorías de análisis escogidas y una reflexión sobre las tensiones y posibilidades de encuentro entre ambas medicinas.

³⁴ Las tres modalidades del ICBF son: i) HCB (Hogar Comunitario del Bienestar), ii) UCA (Unidad Comunitaria de Atención) y iii) CDI (Centro de Desarrollo Infantil).

³⁵ Cabe decir, que el grado de transformación están íntimamente relacionado con la cercanía y el contacto que tienen los wayuu con otra forma de habitar el territorio, por lo cual es plausible que las comunidades más lejanas a Nazareth se encuentren con una transculturación menor.

3.1. Relatos del cuidado de la salud materna

3.1.1. La partera

Mi nombre es Mireya y soy del clan *Uliana*. Tengo 72 años y hace 25 soy autoridad de mi comunidad *Mochomana*. También soy *emeijut*³⁶. Cuando era niña, desde un comienzo, cuando yo tuve uso de razón, yo vivía con mis abuelitos como de aquí hasta allá. Ahí quedamos, ahí crecimos, buscando agua, buscando leña, pastoriando, viviendo tranquilos. Yo empecé a aprender de la medicina de los viejitos desde chiquita. Recuerdo que cuando yo era pequeña me enfermaba mucho, yo sufría de ahogo, pero gracias a Dios que yo llegué a no sufrir más, porque mis tías me dieron medicinas. Me dieron manteca de gallina, revuelta con manteca de tortuga, con manteca de bacalao, de pescado, me dieron miel de abeja, y también una mata que parece un palito blanco, el *rayón*.

Empecé a aprender de mis abuelitas y de mis tías cómo era ser partera como desde los quince años, cuando les ayudaba a atender los partos de otras señoras. Ellas me decían “bueno haga esto, haga lo otro, haga para allá”. Me enseñaban porque yo tenía el don, porque partera no es cualquiera. Por ejemplo, a mi tía Leonor le llegó el don en sueños que ella tuvo, que le han dejado a ella. En el sueño, tres hijos de ella que se le murieron se le presentaron como ángeles y le dijeron “tú vas a hacer esto, no le vas a cobrar a nadie, el que quiere estar bien en tus manos que te regale algo, pero no vas cobrar”, y eso le ha quedado a ella y también a mí.

Lo primero es que en el embarazo uno no puede estar acostada todo el tiempo, porque el pelado se queda encajado, no queda liviano, no queda bien. Uno para el embarazo tiene que estar *trajinada*, es como decir barrer, hacer los oficios, tener el movimiento físicamente, para que tenga ese movimiento y que cuando el pelao vaya a nacer, nazca rápido y crezca en sanidad. Sin exagerarse tampoco, no es que vaya a poner a cargar todas las múcaras de agua o ir hasta por allá lejos buscándola, no, tampoco.

En esos meses lo que sí es que debe de cuidarse bastante, no salir tarde, no andar de noche afuera de la casa, no ir a un cementerio, porque cuando la persona está embarazada tiene es que cuidar el embarazo de los malos espíritus, de los *yolujas*. ¡Es que es un peligro! Las mujeres no deben de estar por ahí ni salir a mirar a quién mataron por allá, nada de eso. Ni tiene que estar ahusándose de comer de la que trae la una, la otra, pues no sabe qué ha cogido esa señora,

³⁶ Partera en wayuunaiki.

qué ha hecho ni con quién ha estado, ¿qué tal haya sacado restos de un muerto? ¡no!, eso es malo, ¡menos ir a los cementerios!, ahí hay espíritus malignos, ahí llevan gente que matan, ahí llevan gente que son ahorcados, ahí llevan gente que toman veneno, y eso tiene unos espíritus bien bravos, esos persiguen hasta a la gente mayor cuando no gustan de uno, se meten en el cuerpo y uno se enferma.

Yo sé de una muchacha que murió de eso, ella estaba para unos ocho o nueve meses y fue a la vía a esperar a un suegro de ella, solita, entonces a los días, a las semanas, fue botando sangre, la llevaron para el Hospital, pero ella murió y el bebé también. Murió ahogado dijeron los médicos, pero eso fue un *yoluja*, ¿qué ellos que van a saber de eso?, ellos no saben de eso. Si va al médico y el médico no ve nada, tiene es que ir donde las *Outsü*, los *Piaches*, pero no, ninguno hizo alguna diligencia por la muchacha.

Bueno, ajá, otra cosa también es el alimentarse bien, comer a la hora, el *ayujaush*³⁷ temprano, más tarde tomar la chicha³⁸ y al medio día comerse lo que es el almuerquito, sea la carne de chivo o de ovejo con el rollito de maíz, con lo que haya, arroz, ahuyama, yuca, plátano, eso lo llena a uno. En la tarde la mazamorra otra vez, sea de leche o sola; o depende si hay o no hay, pero uno no debe dejar de comer.

Ya cuando la mujer llega a los seis meses hay que empezarle a hacer los masajes para acomodarle al bebé, porque los bebés se le meten a uno por las costillas y eso duele mucho. Además, con los masajes uno se asegura que el bebé esté en su canal y cuando vaya a parir, para rapidito, sin pensarlo, sin estar aguantando dolor, eso es uno, dos, tres, cuatro y ya; ya está parida.

³⁷ Mazamorra de maíz con leche en wayuunaiki.

³⁸ Bebida de maíz en agua no fermentada.



Imagen 9: Demostración de masaje para acomodar bebés (Ver vídeo en Anexo 3). Fuente: Angie Cepeda y Natalia García

Las yerbas también ayudan mucho, en especial el *pali'ise* y el *alou'ka*, bija roja y malambo que le llaman. Por ejemplo, la bija roja es una planta sagrada, se encuentra en los montes, en lugares misteriosos, sirve pa' todo: aleja los malos espíritus, da buena suerte, sirve de contra. Y el malambo ni se diga. Esas son las dos plantas principales, uno se las puede tomar hervidas en agua o las mastica así no más, ya si necesita una acción más fuerte las puede guardar en chirrinchi³⁹, que también es sagrado, para que no se le dañen las yerbas, para que no se fermenten. Uno se toma un traguito de eso en los últimos meses del embarazo y como es remedio no emborracha. También hay otras matas, pero son los sueños los que te indican qué cuál utilizar y dónde conseguirlas.

³⁹ Licor artesanal destilado de panela o caña, también llamado churro.



Imagen 10: Plantas bija roja en hoja y en crema; malambo seco y en chirrinchi. Fuente: Angie Cepeda

Cuando ya va a llegar el momento del parto, uno tiene que estar muy pendiente, porque el pelado puede querer nacer a cualquier hora, a media noche, a medio día, uno no sabe. Por eso uno tiene que estar cerquita del rancho para cuando sea la hora. Cuando es el momento, uno le habla a la mujer que esté tranquila, que respire y empiece a alistar todo. Primero alista la hojilla, el pedacito de cuchillo o las tijeras, un trapito, y una ponchera o vasija con agua. Luego, guinda el chinchorro como a la altura de las piernas, que de ahí es que la mujer se va a agarrar, pone debajo del chinchorro una sábana o unos sacos y por encima le echa arena. La mujer se coge de ahí y se acomoda con las piernas abiertas. La mujer va pujando, pero sin quejarse, sin decir nada, eso es malo, cuando la persona se acostumbra con el primer hijo a dar gritos, no pare enseguida; tiene que taparse la boca, cerrarla, y aguantar ese dolor, porque es más rápido, en cambio así no, dándose grito y todo eso, no. Y uno como partera tiene que estar lista para agarrar al bebé.

Si el bebé no sale, se le amarra una pañoleta o un trapo en la parte de arriba de la barriga a la señora, para que el pelado no se le devuelva. Aja, ahí va saliendo el pelado y ahí uno lo recoge y con las tijeras le corta lo del ombligo. Si alguna vez un niño viene como enredado en el cordón, se le quita, la partera o la misma mamá se lo desenrolla enseguidita. Apenas nace el bebé de una vez le limpia la boquita para que pueda respirar, y ya cuando llora ya uno se queda tranquilo, y ahí sí toca sacar la placenta. Toca que la mujer haga fuerza para que salga, sacarla es difícil, es como otro parto. Hay personas que no pueden botar la placenta en seguida y hay que hacerle un masaje o echarle huevo u orines del marido en la boca y bota eso, porque si no

sigue el dolor y se va a inflamar. Cuando sale, se coge la placenta con la arena y los trapos y se entierra pa' que pelao siempre vuelva a su tierra.



Imagen 11: Demostración del parto vertical wayuu y del rol de la partera (Ver vídeo en Anexo 4). Fuente: Angie Cepeda y Natalia García

Luego, la mujer tiene que bañarse con la hoja de *guayacán* y la pulpa de *cardón* con agua tibiecita, nada de agua fría. Y tiene que estar en la cuarentena cuidándose mucho con no salir, con la comida, uno no puede comer carne, no puede comer arroz, porque uno se envejece rápido. Se envejece rápido y sufre de dolor de estómago, y uno coge más las enfermedades con eso. Hay que comer pura mazamorra caliente, así no más, de maíz, sola, sin sal, sin azúcar, sin nada, ¡simple!, porque si no ahí es donde uno se enferma, ahí es que viene toda clase de enfermedades, uno comiéndose, exagerándose en aquellas cosas.

Tampoco puede estar sentada todo el tiempo, porque si uno se sienta después de parir, uno se vuelve pipón. Así, con la barriga como los de sapos, grande, crecido y no bota toda la sangre mala que debe de botar. Para botarla la costumbre es que uno calienta una piedra pesada, se le pone en barriga, para que vaya abriéndose todo eso, saliéndose toda la sangre mala queda.

En la cuarentena también hay que estar tomando yerbas, medicina de wayuu, de viejos, la misma bija roja y el *alou'ka*, para que se le vaya limpiando la matriz. Se toma un pocillito en la mañana, al medio día y en la tarde –como tomar café–, antes de cada comida, uno lo toma, así no se sufre de hemorragias ni de mucosidad.

¡Ay, otra cosa! Uno tampoco puede estar con el marido. No se puede porque es que la matriz queda bailando, y eso queda todavía fresca, tantas cosas que uno tiene, hasta el cuerpo de uno está frágil. Las que no se cuidan se enferman, no más dejan pasar la quincena, ya con la quincena, ya cuando están otra vez con él. Es que no dejan pasar 15 días, 12 días, pero ¿le parece poquito cargar nueve meses una criatura de huesos, de carne para luego estar...? no, eso no es así. El problema es que la mayoría de los maridos no respetan, no respetan ese tiempo, quieren ya, ya, ya, y no, eso siempre hay que respetarlo.

Después de la cuarentena ya uno puede volver a hacer todas esas cosas. Y así he atendido yo no sé cuántos partos. Más de treinta, la verdad no sé. Todavía me buscan para que les ayude a acomodar el bebé, que la mata pa' esto, que la mata pa' aquello, que el bebé se enfermó, y así. Y ellas le reconoce a uno una gallina, unos \$20.000 mil pesitos, algo, lo que ellas tengan, lo que le quieran dar a uno.

Lo que sí me da tristeza es que yo nunca estuve cuando mis hijas dieron a luz, nunca estuve, porque ellas se fueron para el Hospital, ellas no son como yo, ni un hijo les nace en su casa, ellas son cobardes, le tienen miedo de parir en la casa. Yo no sé cómo hacen pa' parir acostadas, eso se debe sentir como ahogarse. A mí me hubiera gustado recibir a mis nietos, pero como ellas no permiten, van ellas mismas y buscan su manera de ir a tenerlos allá, porque ya es como la ciencia, ya ellas de tanto ver las otras que van, ellas dicen "sí, es mejor estar allá".

La verdad es que no es necesario, yo las mandaría sólo si el bebé se demora mucho en nacer. Aunque primero le pongo polvo de bala, de las balas de las pistolas, y le hago una cruz en la barriga y le doy las plantas, ya si no, ahí sí que vaya a los médicos *alijunas*, y si la cosa es grave toca ir al *piache*. El problema de ir al Hospital es cuando las mandan por allá lejos, nosotros por lo menos creemos que si no te conoces una tierra, no te conoces la parte a donde tú vas, enseguida la señora se pone mala, yo no sé por qué, debe ser porque esta tierra es muy sagrada. ¡Por eso es que las mujeres hoy en día cuando las mandan para la ciudad no paren bien! ¿qué tal se encuentre un *yoluja* por ahí? Los médicos no creen, tienen allá en el Hospital a la pintura *Outsü* Eulalia en el kiosko, pero no creen. A ella yo la conocí, fui a verla varias veces. Ella ya se murió, pero todavía quedan algunos *Outsü* y *piaches*, por aquí cerquita vive uno. También hay otra por Puerto Estrella y por Maicao.



Imagen 12: El piache. Fuente: Leonidas Villegas

Ellos también son escogidos por sueños. Los que son *piaches* de verdad tienen un don y son buscados de jóvenes por espíritus buenos. Ajá, eso es de familia. Si la mamá es *Outsü*, alguna de sus hijas lo será también. Como ellos trabajan quitándole los espíritus malos que lo enferman a uno, la consulta con ellos sí es cara, como \$50.000 pesos solo la mera consulta, pero es que ese sí es un trabajo bravo, tiene que protegerse. Por eso usted va y ellos se tienen que vestir toditos de rojo, porque el rojo es un color de protección, de vida. Le voy a contar por qué. Los abuelos decían que los primeros wayuu nacieron de la sangre de *Wolunka*. Ella fue la primera mujer que Dios creó. Tenía dientes en la vagina y por eso no podía tener pelaos; y todos los que se acercaban a ella amanecían muertos, y por eso no se podían multiplicar, entonces *Tata Juya*⁴⁰ se enteró de los centenares de muertos y mandó a dos de sus hijos con arcos y flechas para tumbarle los dientes a la vagina de *Wolunka*, y uno de los hermanos le lanzó una flecha y ¡pum! Todo se llenó de sangre y ya podía tener hijos. Por eso el color rojo es sagrado, por la sangre de la vida. Ajá, también el *piache* se pone como una cinta de los colores en la cabeza, con plumas, pa' ver como si volara, como los pájaros.

El *piache* que vive aquí cerquita trabaja principalmente los viernes y los martes, él dice que esos días tienen un mayor poder. Porque es que esas enfermedades le llegan a uno por los espíritus, los *yolujas*, hay muchísimos y son bravos, sobre todo con los niños y las embarazadas. Uno sabe que tiene que ir a *piache* porque nada lo cura, porque tiene fiebre, le duele todo el cuerpo, ni se puede parar. Entonces ellos le buscan la enfermedad de varias formas. Por sueños,

⁴⁰ Padre lluvia en wayuunaiki.

fumando tabaco o por una incorporación. Eso es que ellos toman chirrinchi y puro tabaco y un espíritu bueno se les mete y empieza a decir esto y aquello, de qué está enfermo y qué hacer. Alguien tiene que estar anotando todo, todito, porque cuando el *Piache* se despierta ya no se acuerda qué le dijeron. Ya el tratamiento depende de lo que le diga el espíritu y uno tienen que hacerlo, o si no los espíritus se ponen bravos y hasta puede matar al *Piache*, por eso es tan caro.

Lo bueno del piache es que tiene la protección de otros santos como María Lionza, El negro Felipe, Cacique de Boca y Puro, Francisco Duarte y Dina Rosa. Y hace muchas cosas, le quita a usted el mal de ojo, también sirve para atraer la riqueza, la prosperidad y el amor. Incluso si usted está triste, y no sabe por qué también puede ir donde el *Piache*, él puede curarla y al otro día usted ya está cantando.

Para curar, él reza, usa plantas medicinales, esencias, tabaco, da guardas y amuletos, enciende velas y toca el tambor. Dice que la luz de las velas y el sonido del tambor asusta a los espíritus malos, es que ellos no conocen eso porque son del monte. A veces hay que encerrar varios días a la persona en su consultorio para curarla. Y bueno, todo lo que él usa lo consigue por allá en Maicao y las plantas que utiliza son en su mayoría secretas. Él las busca por allá en el cerro. A veces también le manda a uno pastillas, de esas de los médicos, pero si uno no tiene plata le manda solo las yerbas. O lo manda pal Hospital cuando uno no tiene nada grave.

Antes las personas hacían fila para verlo y él tenía que darles turnos para que no se pelearan, pero ahora van menos personas, es que ya no hay plata pa' pagar, a menos que sea ya de vida o muerte. A mí la verdad nunca me ha tocado mandar a ninguna embarazada para donde el *Piache*, porque no lo necesitan, ellas están bien con los cuidados que yo les digo. Pero sé de una sobrina que le tocó ir, la bañaron con unas matas y eso fue feo, porque ella sí tenía un espíritu. La *Outsü* la llevó pal' monte con la mamá, y supuestamente la *Outsü* le dijo "no puedes ni mirar atrás ni hablar, si te sale el espíritu no tienes que hablar, solamente tienes que pensar en Dios". Luego, prendieron un poco e' velas negras y blancas, y había una vela que tenía que explotar, si no explotaba seguía con la misma enfermedad, pero si sí iba a quedar limpia. Le echaron un polvo negro ahí y después que lo prendieron, la vela se explotó y luego las demás se prendieron, y se prendieron todas, como una estrellita. Y que el espíritu le dijo "no me quemes, ¡que yo me voy de usted!" y la *Outsü* dijo "¿pa' dónde vas? si te estoy quemando, para que tú no puedes ir, te vas a morir" Y lo quemaron. Se explotaron todas las velas y de ahí se terminó todo. Se curó y ya solo le tocaba pagar sus 150.000 pesos.

Pero bueno, yo ya le conté muchas historias y ya me toca ir a hacer el almuerzo en aquel caldero, ¿a usted le gusta la cecina⁴¹?

3.1.2. El médico

Yo soy de Riohacha. Estudié medicina en Barranquilla, pero la vida me trajo por acá a Nazareth. El venir acá nació en séptimo semestre, porque un profesor de farmacología me decía que yo era un guajiro chimbo, o sea un falso guajiro, porque no conocía toda La Guajira. Yo me quedé con la espinita, y cuando me gradué en el 2013, en la inscripción del rural, coincidí con un amigo que venía a hacer su rural acá, y bueno, yo hablé con la gerente del Hospital de ese tiempo y me vine. En ese tiempo yo no tenía plata, llegué como con 30 mil pesos, pero estaba contento porque quería empezar mi rural y quería conocer. Eso sí, vomité todo el camino para llegar a Nazareth porque iba en una Copetrana⁴² en la parte de atrás, ¡es que ese camino es pesado, pesado! ¡como 8 horas! Todavía ahora me toca tomarme el Pasedol para esas nauseas tan horribles.

Cuando llegué, el primer lugar al que vine fue al E.S.E Hospital de Nazareth, “E.S.E” porque es una Empresa Social del Estado, con prestación de servicios de salud de primer nivel, lo que quiere decir que las actividades, intervenciones y procedimientos de la salud no son especializados. Estuve apenas dos días, porque ahí me mandaron para el centro de salud de *Siapana*, que es uno de los tres centros médicos que tiene el Hospital. Me fui solo, me acompañaban un ciempiés, una pareja de murciélagos, y bueno convivía con ellos ¡cosa dura es esa soledad! A veces ni tenía señal para llamar a la familia, ni luz pa’ cargar el celular ¡hombre, cosa dura! Uno se va acostumbrando, pero sí es duro. Después del rural quedé en Nazareth como médico general.

⁴¹ Carne de chivo seca.

⁴² Se le llama Copretana a una camioneta Toyota que generalmente tiene las sillas en los laterales del vehículo.



Imagen 13: E.S.E Hospital de Nazareth, Uribia, La Guajira. Fuente: Página en Facebook del Hospital

En el tiempo que he estado aquí, en el Hospital se han presentado unos cambios, antes no había unos procesos establecidos ni un manual de funciones como tal, pero ahora se han realizado ajustes y se ha ido actualizando estructuralmente el Hospital. Ahora, dentro de la práctica asistencial, nosotros seguimos los protocolos y las guías, mandadas por el Ministerio de Salud, en medicina *occidental*, como mencionan algunos, que es medicina bioquímica, y la adaptamos a la población y al entorno que tenemos.

Con las embarazaditas, nos basábamos anteriormente en la Resolución 0412 del 2000 que maneja todo lo que es el Promoción y Prevención (PyP) y el control prenatal. Dentro de esa atención, se hace una anamnesis, que es llenar la historia clínica, una valoración médica, una orden médica, un diagnóstico y –dependiendo los hallazgos que se encuentren– se hace un tratamiento. Ahora se modificó un poquito con la Resolución 3280 del 2018, que llaman las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), que tiene una ruta materno-perinatal. Ambas resoluciones tienen cierta similitud, lo que pasa es que ahora en la 3280 podemos ser más rigurosos, por ejemplo, en la 0412 se hacía parcial de orina, pero la 3280 te da la posibilidad de que en lugar del parcial de orina, hagas mejor un urocultivo, más un antibiograma, eso te da la posibilidad de ver todos los ítems, el urocultivo te identifica un germen y aparte te identifica la sensibilidad y la resistencia de ese germen a “x” antibiótico, y ya uno da un tratamiento específico y eso es una ventaja que se tiene. Igual seguimos como PyP y los controles de la 0412.

Dentro de la Promoción y Prevención damos charlas todo el tiempo para prevenir, en las consultas, en las brigadas, en los momentos de espera, con el paciente, en la radio, en los medios de difusión, esa es la forma en la que educamos. Hasta tenemos un calendario, un día hablamos

de lactancia materna, otro día de la preeclampsia, otro de la diabetes, y así, todos vamos dando charlas.

Lo difícil es que muchas mujeres no vienen al Hospital. Y no vienen porque les queda lejos, si yo me pongo en el lugar de una mujer que vive lejos, pues yo no voy a gastar en una moto que a mí me cuesta \$20.000, de donde yo vivo al centro médico, para que me hablen de lactancia, por ejemplo. Ellas no vienen no porque no quieran, sino porque el beneficio no es algo que ellas vayan a ver, ellas dicen “no me van a dar un medicamento, no me van a sanar un dolor, no es un alivio lo que voy a recibir”, entonces esos \$20.000 o \$30.000 son para venir cuando ellas se sientan mal, si se sienten enfermas, pero si están bien difícilmente van a venir a recibir educación.

Se supone que para todo el territorio disperso están los promotores de salud, que son wayuu y tienen que ir a las comunidades a hacer PyP. Hay unos muy buenos, muy pilos, otros que son flojos, la verdad. Como las autoridades tradicionales de las comunidades son los que tienen que avalar a los promotores, muchas veces escogen a la sobrina o al primo por conveniencia y no por las capacidades que tenga, entonces se la pasan en el chinchorro y no van a ninguna comunidad y así no es. También el problema es que los promotores están unos meses y los otros no, tienen una inestabilidad laboral altísima, y pues así complicado. Nosotros intentamos e intentamos para llegarles a las mujeres que más podamos, tratando de entender las condiciones, pero francamente el Hospital no da abasto, ¡es que son 9 corregimientos y más de 56.000 wayuu en el área de influencia pa’ un solo hospital! Y las condiciones del territorio no ayudan tampoco.

Además de todo eso, hay charlas de prevención que difícilmente se pueden cumplir. Por ejemplo, en la charla que dan las enfermeras sobre preeclampsia, les dicen que tienen que disminuir la sal, la grasa, comer más que todo alimentos que contengan vitaminas, pero ¡Ajá! ¿cómo lo van a conseguir?, ¿cómo hablar de comida balanceada si no tienen? porque con la sequía es verraco, pero bueno, aquí somos recursivos, les decimos entonces que coman sus granitos cuando hay cosecha, sobretodo en tiempos de lluvia se consigue auyama, maíz, frijol, uno también le dice que coma la víscera de chivo y pescado si las mujeres están al lado del mar.

Bueno, ya por el lado de los controles prenatales, la idea es que las mujeres asistan acá antes de las 12 semanas y que tenga un ingreso previo, ¿por qué antes de las 12 semanas? porque a

uno le da tiempo allí de hacerle su ingreso, de revisarle todo, la parte de hemoglobina para ver si tiene anemia o no tiene anemia; nos da chance de hacerle todo el perfil infeccioso, si hay presencia de VIH, si hay presencia de una sífilis, de un toxoplasma, de una hepatitis. Y así tienes chance de tomar medidas y hacer un adecuado manejo, un adecuado seguimiento.

Lo súper ideal sería incluso que sus embarazos fueran planeados, y acá tenemos la opción de la consulta preconcepcional, para yo mirarle a nivel físico, orgánico o metabólico que tenga un buen peso, que se alimente bien, si no es fumadora, si no es bebedora de alcohol, una buena hemoglobina, que no tenga ningún proceso infeccioso, eso me garantiza que está en condiciones óptimas. Ahora, si yo le encuentro una morbilidad, que ella tenga, ya sea de base, sea hipertensión, epilepsia, diabetes, pues yo puedo darle una conducta diferente y un seguimiento diferente que evite una complicación obstétrica indirecta⁴³. Pero las mujeres no vienen mucho a la consulta preconcepcional.

Pasa lo mismo con el control prenatal, la que viene es juiciosa, pero la mayoría no viene, por lo mismo del transporte, además, a ellas la parte de la gestación les gusta hacerlo mucho a nivel comunitario. Nosotros tenemos una buena oferta dentro de lo que cabe, pero la demanda no es tan buena. Hay muchos servicios, pero ellas todavía siguen muy arraigadas a sus costumbres y sus saberes tradicionales, yo creo que más del 90% de las mujeres lo hacen a nivel comunitario. Lo ideal sería que ellas se dieran la oportunidad de venir, nosotros podemos hacer un buen abordaje a tiempo, para darle sus vitaminas, su ácido fólico, su hierro, y no estar ahí de que prácticamente me llegó en parto expulsivo y no tiene exámenes, no tiene ecografía, y eso a veces genera desenlaces graves y tristes tanto para la comunidad, como para el Hospital.

Por eso a nosotros y a las EPSI (Entidad Promotora de Salud Indígena), nos toca buscarlas y hacer la captación de la embarazada, o mejor una búsqueda activa de la embarazada, para poder activar el protocolo institucional. Pero ajá, también es difícil, porque algunas que viajan mucho, los wayuu son poliresidenciales y se van con frecuencia para el vecino país, o no viene por la situación geográfica y por el difícil acceso como te decía, o no asiste porque se le olvida, porque se ocupó, porque en el hogar estaban muy apretados, o se le murió un familiar, tú sabes que acá cuando hacen un velorio se pierden, porque se dedican a ello.

⁴³ Una complicación obstétrica directa refiere a las que surgen en el embarazo, parto o posparto directamente, mientras una indirecta se asocia a una situación de salud preexistente o de reciente aparición.

Allí es donde se pierde ese control. Por eso es que a nosotros nos toca ajustarnos, cuando llega la mamita, nosotros inmediatamente la atendemos, no le decimos “no, vengase dentro de tantos días para hacerle todos los exámenes” ¡no!, nosotros aprovechamos de una vez. Inmediatamente hacemos todo, le tomamos el perfil infeccioso, si se le puede hacer una ecografía, se le hace una ecografía, y prácticamente en el segundo control, por muy tarde, tiene todo, si presentó una anemia, en seguida se le trata la anemia, si se le presentó algún proceso infeccioso, se le trata; pero si encontramos cosas que no podemos realizar acá, la remitimos, por ejemplo, si en la ecografía sale que es un bebé transverso, que prácticamente no va a poder realizar un parto vaginal normal nos toca mandarla a Uribia, Maicao, Riohacha, incluso Barranquilla, Bucaramanga y Santa Marta –según lo que diga la EPS–, porque eso es para cesárea, y aquí como Hospital de primer nivel no lo podemos hacer, nos toca mandarla.

Nosotros tratamos de explicarles a las mujeres para que entiendan la importancia de viajar, diciéndoles que hay que hacerlo por la vida del bebé y de ellas. Lo que pasa es que, si tiene un vecino, un familiar o alguien en común, que haya dado con una mala experiencia al viajar, pues ellas se predisponen. Lastimosamente se han presentado casos, en donde en otros hospitales, no les dedican el tiempo que es, no están pendientes, las wayuu pueden sufrir mucho la mala atención, muchas veces hasta el maltrato. Yo no soy de los que las consienten, no es que yo las *pechiche* ¡no! yo les hablo con mucho cariño, con mucho respeto y obviamente de una manera adecuada le acaricio la cabeza, la seco si está sudadita, también a las auxiliares también les digo que me las traten bien, porque en algunos casos le abren las piernas a la fuerza, las gritan y no, así no es.

Incluso acá en el Hospital, ombe, nosotros no podemos decir que estamos haciendo la tarea uff perfecta. Hay una cuestión, tengo que decirlo, que es muy lastimosa para mí y es el trato, si soy autocrítico, la parte de esencia humana se ha perdido un poco. Entonces si una mujer sale diciendo “allá me tratan mal” y ella lo riega, pues las otras van a estar predispuestas y van a decir “no, hombre, allá tratan mal a la gente ¿yo qué voy a ir pa’ allá?”. Entonces veo que desde la universidad a los rurales deben ponernos cursos de atención al cliente, de parte de sensibilización, buen trato, yo no sé si el Manual de Carreño lo sigamos utilizando.

Además, hay otras barreras que influyen en el no traslado de la paciente, una es el miedo, sobretodo de la que nunca ha salido, porque aquí hay personas que nunca han salido ni siquiera a Uribia, o incluso, ni siquiera a Venezuela, que de pronto es el país en el que ellos circulan frecuentemente, pero hay personas que no, y es como si a ti te enviaran a China, “váyase pa’

China” que allá la van a recibir y no tenga miedo, pero tú no conoces a nadie y ese es el temor. Ellas dicen “¿para qué me voy? Si no tengo dinero, no tengo con quéirme, no tengo ropa” y entonces no tiene para el transporte, y si llega allá y la dejan en una casa de paso no le dan alimentación, todo ese estrés hace que ellas se nieguen a la remisión.

Si la remisión es por cesárea, ellas no viajan y se basan en lo de las parteras. Por ejemplo, en pleno control, aún sin estar en trabajo de parto, yo le digo “no, mire, ombe, usted tiene posición podálica, que quiere decir, que el bebé está de pies, o tiene en posición transversa u horizontal en la barriguita”, entonces uno les dice “vamos a mirar a ver, si todo cambia, y queda cefálico, que es la posición ideal, si no, nos tocaría remitirla”. Entonces cuando viene otra vez a la consulta te aparece el bebé en posición cefálica, y uno la interroga y le dice “ajá mamá, ¿tú asististe donde una partera o te moviste la barriga?” y ellas te dicen que sí, eso te dice que ellos sí asisten, a consultar a sus *piaches* o su médico tradicional. Las parteras tocan al bebé, se ponen a manipular la barriguita, pero hay un riesgo grande también.

Yo pensaba inicialmente que les sobaban la barriguita muy suavemente, pero no, es algo bastante fuerte, bastante brusco. La partera lo va tocando hasta que le encuentra la cabeza y lo va halando, y existe el riesgo cuando hacen esos movimientos de enredarle el cordón umbilical y ha habido casos donde terminan asfixiando al bebé. También se han presentado casos muy muy contados, pero se han presentado, de rupturas del útero, el cual es un órgano especializado, que tiene una parte de músculo que se agranda, pero obviamente tiene una limitación, y ese tipo de maniobra es muy delicada si la persona no está realmente capacitada.

Acá sucedió un caso clínico, en el que realizaron ese tipo de maniobra y resultó en una mortalidad materna, creo que fue en 2014 o 2015 si no me equivoco. Dijeron que posiblemente la partera pudo haber hecho dentro de esa manipulación una obstrucción intestinal o una pseudoobstrucción por el caso de la posición del colón. Aclaro que es una posibilidad, porque aquí ellos no dejaron hacer necropsia, eso no dejan por cuestiones culturales, pero ese caso lo mencionaron, y más porque dentro de los familiares comentan que ella empezó a sentir ciertas molestias abdominales después de ese tipo de manipulación. Además, muchas veces cuando es cesárea, las mujeres intentan tener su bebé con la partera, intentar dar a luz en sus casas, pero cuando ven que no pueden vienen aquí y cuando llegan el bebé ya está muerto. Esos son los riesgos de no viajar cuando es necesario.

Ahora bien, digamos que la mujer sí viaja, pero hay otros problemas, por ejemplo, a veces no nos aceptan las pacientes en la clínica de Uribia, en la Unidad Materno Infantil Talapuín. El protocolo es que ellos nos aseguran una cama y después nosotros salimos de acá, pero nosotros no podemos perder ese tiempo, nosotros salimos inmediatamente, y siempre la pelea, parece que no entendieran que uno está tan lejos, si uno va al Talapuín, que dentro de su portafolio de servicios dice que tiene ginecología ¡hombre! ¿cómo no nos van a ayudar? Lo ideal es que uno avise, que ellos sepan, que tengan conocimiento, pero si te llega una paciente, tú debes estar allí, para eso está. Eso sí que me enoja.

Pero bueno, cuando el parto sí puede tener una terminación vaginal, lo atendemos acá. Hemos tenido buenos números de partos institucionalizados, por ejemplo, en el 2018 tuvimos 658 nacimientos en el Hospital. Cuando ella llega aquí a tener a su bebé, la enfermera toma la presión de la paciente, la acuesta en la cama, y ellas le van hablando, afortunadamente la mayoría de auxiliares y enfermeras son wayuu, además de que ellas les hablan en su propia lengua, les tienen más confianza. Ahí la enfermera me avisa a mí o a otro médico que el parto y uno va, mientras tanto las enfermeras van diciendo en wayuunaiki “relájate, respira, cuando te den los dolores respira”, hay muchas mujeres que cuando sienten el dolor pujan, pero se les dice que no, porque si no lo hacen a tiempo, van perdiendo fuerza. Uno maneja una ampolla para aplicarle la señora y aumentar la frecuencia de las contracciones, acá usamos el Syntocinon, eso es oxitocina, y les ayuda a dilatar y a no tener hemorragias.

La mayoría de partos se dan con normalidad y lo atendemos en la camilla de parto, en posición de litotomía, que nos permite poder actuar mejor si se presenta alguna complicación y ya. A veces para que salga el bebé toca hacerle a la mamita una episiotomía, que es un corte lateral para ampliarle un poquito la salida de la cabeza del bebé.



Imagen 14: Parto simulado en posición de litotomía. Fuente: Página web El parto es nuestro (Fernández, 2017)

Ya después del parto, a la mamita se le aplica Methergine para fortalecer el útero y evitar el sangrado abundante o cualquier otra complicación, y ya dejamos el binomio madre-hijo en seguimiento, los vigilamos un tiempo, aprovechamos y como nos dicen las mismas normas, lineamientos y guías, cuando la mamá es primeriza pues la educamos en la parte de lactancia, de eso se encargan las auxiliares de enfermería, las enfermeras. Se les enseña buenos hábitos de alimentación, el ejercicio, las consultas de odontología, planificación familiar, y si se puede se aprovecha en su posparto y se ingresa a control de planificación, la asesoramos también con infecciones de transmisión sexual.

Eso sí todo está normal, porque en un trabajo de parto todo puede desencadenarse y a veces nos toca remitir en ese momento, si en el partograma hay una fase latente prolongada, una fase activa prolongada, o si hay un estancamiento del parto, pues tenemos ciertas indicaciones donde nos hace tener conductas expectantes, pero si no funcionan toca remitir. Pongo un ejemplo, si dentro del intraparto, la paciente nos hace tensiones arteriales elevadas dentro de las clasificaciones para las maternas, tomamos el kit que es para el trastorno hipertensivo y tomamos también una conducta para ese tipo de trastorno patológico de la embarazada.

Sin embargo, si en ese momento no nos da chance para remitir pues nos toca atender el parto porque de aquí a Uribe son cinco horas en condiciones normales, 5 o 6 horas hasta Uribe en verano, pero si nos toca un invierno, ¿cómo voy yo a mandar a una embarazadita a una remisión en invierno si no es por vía aérea? Porque el invierno acá es muy difícil, nosotros en invierno nos podemos estar demorando por muy, muy, muy bien que nos vaya unas 10 o 12 horas, pero si está lloviendo y se presentan arroyos pues muchísimo más, 24 horas, dos días, tres días, y eso nos ha pasado, eso es un riesgo muy grande. Esto es algo que nos pone a pensar, que no es

simplemente sacar una paciente, sino sacarla de la mejor manera y pues tratar de gestionar un traslado aéreo que nos pueda apoyar para poder sacar a ese tipo de paciente, pero es difícil.

Ya en esos casos uno tiene que ser recursivo. En estos casos acá no hay que limitar la mente, pienso yo, y no limitar a un paciente a que tiene que ser como yo diga, como yo crea. Hay que también dar la oportunidad a los wayuu, dentro lo que cabe, de compartir su medicina. Yo por ejemplo he dejado entrar a un médico tradicional wayuu a un trabajo de parto. Una vez a mí se presentó trabajo de parto con una fase activa prolongada, o sea muy demorado, y uno comienza a sospechar tantos cuadros. La mamá estaba perdiendo mucha sangre y tenía una cara de angustiada.

Entonces, llegó el médico tradicional, el *piache*, y yo le dije a ella "¿quieres que pase?" y ella quería, entonces bueno, "listo, que pase". El señor entró y llegó en guayuco⁴⁴, con la guajireña⁴⁵ y todo, y yo le dije a la auxiliar "no, pero dile en wayuunaiki que se ponga una batica, si él permite, si no tiene ningún problema", y el señor aceptó, se puso la bata y hasta el tapabocas. Lo que no se puso fue los guantes, pero bueno, yo le dije a la auxiliar que le dijera que por lo menos se lavara las manos, y él aceptó, él no se negó, se lavó las manos con jaboncito, con Isodine, con todo.

Ahí le hizo su oración y él empezó a echarle alcohol, digo, el chirrinchi o el churro que le llaman, y lo puso con la mano en la barriga de la materna y la materna quería, ella quería. La cara le cambió, ella estaba más relajada, posiblemente se le activaron las contracciones y no vas a creer, pero a los 5 o 10 minutos la señora parió. Después de eso, todo normal gracias Dios, gracias también al médico tradicional y gracias a todos los que estábamos allí pujando con ella, pues todo terminó bien, todo terminó excelente.

Por eso es que yo creo que tenemos que trabajar con la medicina tradicional, yo no sé cómo, si poniéndole un consultorio al *piache*, pero se tiene que poder, porque ellos ya tienen un conocimiento empírico, quiere decir que si hay inteligencia y si no la hubiese, no estarían practicando lo que ellos hacen tradicionalmente, o sea, sí hay un conocimiento empírico y sí hay inteligencia. Además, nosotros ya tenemos una experiencia exitosa.

Mira, con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) se empezó un proceso de capacitación a parteras hace como dos años. En ese entonces, identificamos una debilidad en

⁴⁴ Taparrabo wayuu.

⁴⁵ Alpargatas tejidas wayuu.

la higiene en las prácticas que ellas están realizando al momento de atender el parto, entonces dijimos “vamos a orientarlas de lavarse las manos”, diciéndoles “tú puedes realizar el mismo procedimiento si te colocas guantes”, todo ese tipo de cosas. Los de la OIM tenían cierto presupuesto para apoyar esta iniciativa, y desde hace dos años para acá se comenzó a hacer ese tipo de educación y capacitación con las parteras que eran reconocidas por sus autoridades tradicionales, las que tenían el don, ellos mismos las escogían.

Antes las parteras hacían las atenciones todas artesanales, cortaban con tijeras o con un cuchillo o con cualquier medio cortante, imagínate tú eso, uno piensa “qué cosa tan bárbara”, pero ahorita las estamos educando, sensibilizando, ni siquiera se han traído acá a la fuerza, ellas vienen, se les educa, se les enseña, se les habla de cositas claves, se les entrega un kit, donde simplemente tienen solución salina, guantes, gasa y unas tijeras estériles.

En los resultados se vio que esos partos que eran domiciliarios, ellas mismas nos llamaban aquí a la institución, nos ubicaban a la paciente y ya por lo menos nos daba la posibilidad de identificarla, cuando ni siquiera el promotor o el vacunador que está activamente en la comunidad sabían, de pronto el promotor llegaba a los 3 días, 10 o 15 días, entonces muchas veces nosotros íbamos y ya era un parto institucional, que es lo ideal más que un parto domiciliario.

Si no, ellas lo atendían y luego acompañaban a la mamita a todo el proceso administrativo como el nacido vivo y el registro civil, esos documentos que antes no se hacían, se empezaron a hacer. De todas maneras, nos llamaban, y ya nosotros les garantizábamos las vacunas oportunas del bebé a tiempo, y fíjate que, con esa ayuda de ellas, con esa educación, cubríamos los indicadores en vacunación porque se las aplicábamos a tiempo, y no pasaba de pronto 15 días o 1 mes. Eso nos ha servido mucho, la verdad que sí.

Aunque todavía falta mucho para vincular al médico, a mí por ejemplo me encantaría poner un tubo pa' que las mujeres se tengan de allí y puedan tener sus bebés como en su tradición, como en cuclillas, pero por normas de habilitación no se puede. Aunque ¿sabe? yo creo que, si uno como médico tiene voluntad, si uno le pone la actitud, siempre se puede. Uno tiene que tener la mente abierta y saber que no todo tiene que ser como a uno le han enseñado, que hay otras maneras para que la gente esté mejor.

3.2. Hallazgos comparados, tensiones y posibilidades de encuentro

Después de los anteriores relatos, es notorio que la medicina tradicional wayuu y la biomedicina tienen visiones de mundo y horizontes de sentido en salud disimiles, que se expresan tanto en la teoría de cada sistema médico como en su praxis médica. El propósito de este subapartado es presentar dichas diferencias de forma comparada, así como las tensiones principales y las posibilidades y potencialidades de encuentro entre ambas.

Teoría

Desde la medicina tradicional, la salud y la enfermedad se entienden como procesos resultantes de la combinación e interacción de dos planos, el físico y el sagrado. Cada uno se corresponde con las modalidades descritas por Gutiérrez de Pineda (1985). Desde la modalidad basada en el curanderismo, el embarazo, el parto y el postparto se entienden como momentos inherentes del curso de vida de la mujer, que en la mayoría de los casos no afectan significativamente sus actividades cotidianas. Las enfermedades comunes o *ayulee* que pueden presentarse se abordan con recursos naturales. Como estos momentos no se entienden desde una óptica patogénica o de enfermedad, en la mayoría de los casos la prevención y la curación permanecen dentro de esta modalidad. Sin embargo, ante signos de riesgo que no logran ser abordados desde el curanderismo, se recurre a la modalidad mágico-mítica. En esta, se evidencia una fuerte relación entre salud-religión, con una distinción entre lo sacro y lo profano, siendo este último punto de origen de lo que se considera patológico, allí, el *yolujá* es una figura central para explicar la etiología de la enfermedad desde la cosmovisión wayuu.

La enfermedad es entonces concebida como producto de la agencia de seres espirituales malignos, que únicamente pueden ser expulsados con apoyo de entes considerados sacros, bien sean otros seres espirituales no definidos o el sueño o *Lapii*. Este último hace parte esencial de la forma en que se construyen conocimientos teóricos desde esta medicina tradicional wayuu y el orden social en general del wayuu. En este sentido, el sueño:

No solo ha resistido las tensiones y transformaciones a las que se enfrenta el pueblo, producto de su interacción con la cultura *occidental*, sino que es una herramienta que le permite hacerles frente, pues nunca ha perdido importancia y vigencia... El sueño es

su forma de ver y relacionarse con la totalidad del mundo que lo rodea (Jaramillo, 2018, p. 67).

Desde esta visión de totalidad en la visión de mundo y en la visión de salud y enfermedad, se desenvuelve teóricamente la medicina tradicional wayuu. Desde la biomedicina, el embarazo, parto y posparto se entienden como momentos en los que la mujer se encuentra en un estado de alta vulnerabilidad física, en donde con facilidad puede enfermarse. La enfermedad puede tener causas naturales y biológicas, producidas en gran parte por i) la presencia de virus, bacterias, parásitos, entre otros; ii) y por los desequilibrios en el homeostasis del cuerpo, generados de hábitos de vida poco saludables, que se corresponden con determinantes de la salud del territorio, como el difícil acceso al agua y a los alimentos.

Mientras en la medicina tradicional, se combina comprensiones holísticas de la salud y la enfermedad, que impregnan espacios tanto sobrenaturales como físicos, desbordando lo biológico; desde la biomedicina se fragmenta el mundo social, enfocándose únicamente en el cuerpo humano, desde su parte biológica. Allí se encuentran en esencia la principal diferencia teórica entre ambas medicinas, las cuales se advirtieron en el primer aparatado, y se corroboraron con los relatos. Ambas teorías de la enfermedad, se cristalizan en la cabeza médica de cada sistema médico.

La conexión entre la teoría y la praxis: la cabeza médica

Desde la medicina tradicional wayuu hay una figura diferencial para cada modalidad del sistema médico, para la modalidad basada en el curanderismo se encuentra la partera y para la modalidad mágico-mítica se encuentra el *Piache* o la *Outsü*. Ambas cabezas médicas comparten la característica fundamental de portar un don, el cual, proporciona legitimidad y afianza su posición simbólica en la organización social wayuu, para desde allí, tejer una serie de relaciones sociales basadas en la reciprocidad colectiva.

Como el embarazo, parto y postparto no son momentos que se asocian a la enfermedad, la partera es la cabeza medica que tiene el rol principal en el cuidado de la salud de las mujeres. Así, en el relato de *La partera*, se encuentra una mujer que es autoridad tradicional y que es mayor, de allí su fuerza y su conocimiento, el cual no es aleatorio o atípico, porque ella hace parte de una cultura matrilineal y oral. Su acervo de conocimientos en torno al cuidado de salud

lo aprendió de sus abuelas y tías y fue transmitido en la medida que se le atribuyó don para realizar tal rol. Recibe como pago cualquier reconocimiento que las mujeres que atiende y sus familias tengan la capacidad de brindar. Por su parte, el *piache* tiene un rol secundario, el cual se enfoca en curar enfermedades espirituales. Se caracteriza por tener una especialización médica dada por la transmisión generacional y oral de los conocimientos; y transmisiones mágicas a partir de las cuales también construye su acervo de conocimientos. Esta cabeza médica también tiene un carácter de reciprocidad, que, en su caso, se ha ido transformando en la medida en que el dinero es un valor incuestionable de su trabajo.

En términos generales, en la dos modalidades de la medicina tradicional se conservan dos figuras de cabezas médicas que –no sólo son cercanas a la comunidad–, sino que emanan de ella. Por dicha condición pueden acompañar y brindar cuidados de salud de forma frecuente y constante, tanto en cuidados de tipo biológico, como en cuidados de tipo espiritual y social, proponiendo una regulación de conductas acordes con su visión de mundo.

Por otro lado, en la biomedicina la especialización y la legitimidad de la cabeza médica está dada por otros elementos. Así, en el relato de *El médico*, se encuentra un *alijuna* que accedió a educación formal para estudiar biomedicina. Llega a Nazareth por una inquietud personal de conocer el territorio y allí se queda. Descubre un territorio de difícil acceso y un Hospital de baja complejidad, para atender a una población indígena de 56.000 personas. La legitimidad científica de este Hospital se ha ido construyendo a través de los años. En el Hospital, el médico pone en práctica conocimientos que apropió en su formación, los cuales actualiza constantemente según los protocolos nacionales e internacionales que rigen y ordenan su quehacer en todos los ámbitos clínicos. Sin embargo, sus posibilidades de transmitir sus conocimientos son imitadas, en la medida en que es extranjero, habla únicamente español (y no wayuuniki), y apropia y reproduce códigos lingüísticos característicos del ámbito clínico, los cuales son en la mayoría de los casos sumamente cerrados. Para mejorar esta transmisión de conocimientos se apoya de otros funcionarios del Hospital wayuu, especialmente en enfermeras y auxiliares de enfermería.

Praxis

Desde estas diferencias fundamentales en la teoría y en las cabezas médicas de cada sistema médico, se configuran y se transmiten los conocimientos asociados a las prácticas de cuidado

de la salud, la identificación del riesgo y las prácticas de atención a la enfermedad. Sintetizo las principales prácticas encontradas en la siguiente tabla:

Tabla 2: Hallazgos comparados de las prácticas de cuidado de la salud, identificación del riesgo y prácticas de atención a la enfermedad

| Categorías de análisis | Momento | Medicina tradicional | | Biomedicina |
|---|-----------|--|---|--|
| | | Curanderismo | Mágico-Mítico | |
| Prácticas de cuidado de la salud | Embarazo | i) la alimentación, | | i) las charlas de prevención |
| | | ii) la regulación del ejercicio físico, | | (alimentación, enfermedades que puedan desencadenar riesgos obstétricos indirectos); |
| | | iii) la regulación de las prácticas sexuales | | |
| | Parto | vi) el consumo de plantas medicinales con fines preventivos | i) restringir el contacto con personas y con lugares que han podido tener una | ii) los controles prenatales y exámenes médicos |
| | | v) los masajes para acomodar al bebé. | | iii) la suplementación vitamínica |
| | | i) plantas medicinales | exposición a zonas que se relacionan con la muerte y lo desconocido | i) medicamentos inyectables |
| | Postparto | ii) parto vertical en chinchorro | ii) usar amuletos o contras como protección | ii) higiene y asepsia |
| | | iii) prácticas de expulsión de la placenta | | iii) parto horizontal en posición de litotomía |
| | | i) cuarentena (restricción en la alimentación y la actividad física) | | i) vigilancia de la situación de salud |
| | | ii) plantas medicinales | | ii) suplementación vitamínica y analgésicos |
| | | | | iii) restricción en la alimentación y la actividad física |

| | | | | |
|--|-------------|---|---|---|
| | | iii) prácticas de expulsión de sangre en el útero | | |
| Identificación del riesgo | Transversal | i) señales físicas ⁴⁶ | i) sueños ii) tabaco iii) incorporación | i) señales físicas de la medicina ii) instrumentos de medición de las señales físicas ⁴⁷ iii) exámenes médicos y de laboratorio |
| Prácticas de atención a la enfermedad | Transversal | i) plantas medicinales ii) prácticas sencillas mágico-míticas iii) remisión a la medicina biomédica en territorio iv) remisión a la modalidad mágico-mítica de la medicina tradicional | i) plantas medicinales secretas ii) uso del chirrinchi iii) oraciones a diversidad de figuras religiosas iv) tocar el tambor v) rituales con velas vi) otros ⁴⁸ | i) medicamentos y procedimientos de baja complejidad ii) remisión a medicina biomédica especializada fuera del territorio iii) remisión a la modalidad mágico-mítica de la medicina tradicional |

Cada uno de los sistemas médicos tiene distintas limitaciones para efectuar y desplegar estas prácticas. Entender dichas limitaciones es esencial para señalar la urgencia de su articulación.

⁴⁶ Como sangrados, malestar general o focalizado, aumento de la temperatura corporal y la prolongación de los tiempos considerados “normales”, en especial para el parto.

⁴⁷ Como un termómetro, un tensiómetro, un fonendo, etc.

⁴⁸ Las prácticas de curación pueden ser múltiples, según lo que, en consideración del Piache, el caso particular requiera.

Limitaciones

Desde la medicina tradicional, las limitaciones en las prácticas del cuidado de la salud son los determinantes de salud propios del territorio, como la distancia para conseguir el agua, la escasa disponibilidad de alimentos, y las practicas asociadas al rol de la mujer, por ejemplo, el cuidado relacionado con en la regulación de las prácticas sexuales, pocas veces se puede seguir, dada la relación conyugal y las expectativas sobre el rol de la mujer en la unidad familiar. Otra de sus limitaciones en el cuidado, en especial en el parto, es la pérdida de legitimad, por lo menos en mujeres que se encuentran cercanas al Hospital, quienes la han optado por el parto en posición horizontal de litotomía. Esta experiencia que fue transversal a todas las experiencias de las parteras; en sus casos, sus hijas eligieron tener a sus hijos en el Hospital.

La biomedicina tiene también las limitaciones del territorio, pero, además, como el Hospital está ubicado geográficamente en puntos focalizados en un territorio disperso, encuentra aún más limitadas y condicionadas sus posibilidades de desplegar sus prácticas de cuidado. Por ejemplo, las charlas de prevención en salud que buscan educar y sensibilizar a las mujeres entorno a los principales morbi-moralidades y cómo evitarlas, tienen un alcance escaso porque i) se dan principalmente en el Hospital y en ese sentido no llegan a las mujeres que se encuentran más alejadas; ii) los promotores de salud, que están encargados de realizar las charlas en comunidades dispersas, en muchos casos no son elegidos por competencias y tienen una inestabilidad laboral en sus puestos de trabajo; iii) las charlas que sí se dan en el Hospital no aseguran la comprensión y apropiación del conocimiento, dadas sus pedagogías unidireccionales y poco interactivas, y iv) las recomendaciones que se dan en las charlas no siempre se pueden llevar a la práctica, por los determinantes de salud del territorio.

Otro caso son los controles prenatales y los exámenes médicos, en estos se busca identificar y atender complicaciones obstétricas directas e indirectas, que puedan aumentar el riesgo. No obstante, la mayoría de mujeres no accede por i) la distancia y los costos asociados al transporte para llegar al Hospital; ii) los exámenes no proporcionan beneficios inmediatos, y difieren ampliamente de la noción de cuidado de las mujeres wayuu, puesto que para la mayoría de mujeres el Hospital es un lugar de curación y alivio a la enfermedad y no de prevención, iii) su asistencia se puede interrumpir por las lógicas de polirecidencialidad y binacionalidad de los wayuu.

Así, se evidencia que la medicina tradicional tiene mayores posibilidades de concretar y transmitir las prácticas de cuidado de la salud, puesto que esta sí tiene la cobertura en el territorio que no tiene la biomedicina, pues la mayoría de comunidades tienen su propia partera; además, ellas cuentan con la confianza y el lenguaje para transmitir el conocimiento a las mujeres de su influencia. La anterior relación se invierte con la identificación del riesgo y en la atención de la enfermedad, pues la biomedicina tiene formas más eficientes de identificar y de tratar el riesgo en comparación con la medicina tradicional. Sin embargo, como es un Hospital de primer nivel o de baja complejidad, su posibilidad de desplegar todos los conocimientos y prácticas acumuladas de la biomedicina también es insuficiente, en particular porque la interconexión con la red en la que se concreta la biomedicina no fluye adecuadamente, especialmente en tres ámbitos: i) las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de la Guajira y el Caribe, ii) las Entidades Prestadoras de Salud Indígena (EPSI), y iii) los servicios de salud venezolanos. Este último ámbito es crucial pues los y las wayuu son binacionales. Este reconocimiento no puede permanecer únicamente en lo jurídico, sino que debe reflejarse en la articulación de los servicios de salud entre países⁴⁹.

La relación entre la medicina tradicional y la biomedicina en el territorio

Teniendo en cuenta las limitaciones de ambos sistemas médicos, estos se encuentran en las prácticas de atención a la enfermedad. Este contacto no es articulado ni formal, sino que surge a partir de experiencias de difícil manejo. Se observa la siguiente relación: cuando las prácticas de atención al riesgo desbordan al curanderismo, la modalidad se ve obligada a salir de sí misma. Si la enfermedad es natural, se recurre a la medicina biomédica dentro del territorio; si esta no logra aliviar la enfermedad, se recurre a la modalidad mágico mítica de la medicina tradicional. Si no hay acceso a la biomedicina, se recurre inmediatamente a esta última modalidad. Se enfatiza que, si hay acceso, las personas van a acudir primero a la biomedicina, que es más económica. Solo cuando en esta no se logra solucionar, la enfermedad se considera de etiología espiritual.

En el caso de la biomedicina, cuando se presenta un riesgo que no puede abordar dentro de sus competencias, opta por remitir a las personas a medicina médica especializada que se encuentra

⁴⁹ Por ejemplo, con la reciente migración venezolana a Colombia; muchos de los wayuu retornan al lado colombiano de la Península, encontrando que no reciben atención en salud por parte del Hospital de Nazareth, a menos que sea una emergencia. De lo contrario, si no tienen cédula colombiana, no pueden ser atendidos.

fuera del territorio. Si no hay posibilidad de acceder a esta se recurre a la medicina tradicional en su parte mágico-mítica. Esta última modalidad de la medicina tradicional es potente porque permite a los individuos sentir que intervienen sobre lo imposible, y el efecto psicológico que produce puede un efecto placebo en la salud (Gutiérrez de Pineda, 1985); sin embargo, son efectos que se ven menguados ante una enfermedad o una situación de riesgo de alta gravedad, es justamente allí donde pueden surgir las morbilidades de indicadores como el de Razón de Mortalidad Materna (RMM).

En este sentido, la medicina tradicional y la biomedicina se acercan dadas sus propias incapacidades y al mismo tiempo es allí donde se agotan, porque ninguno de los dos sistemas médicos tiene el desarrollo suficiente en territorio para enfrentarlo, ninguna medicina se basta a sí misma para atender todas las enfermedades. Asimismo, es allí donde tienen más diferencias de conocimiento en la comprensión de la salud y la enfermedad. La anterior relación se expresa en la siguiente gráfica:

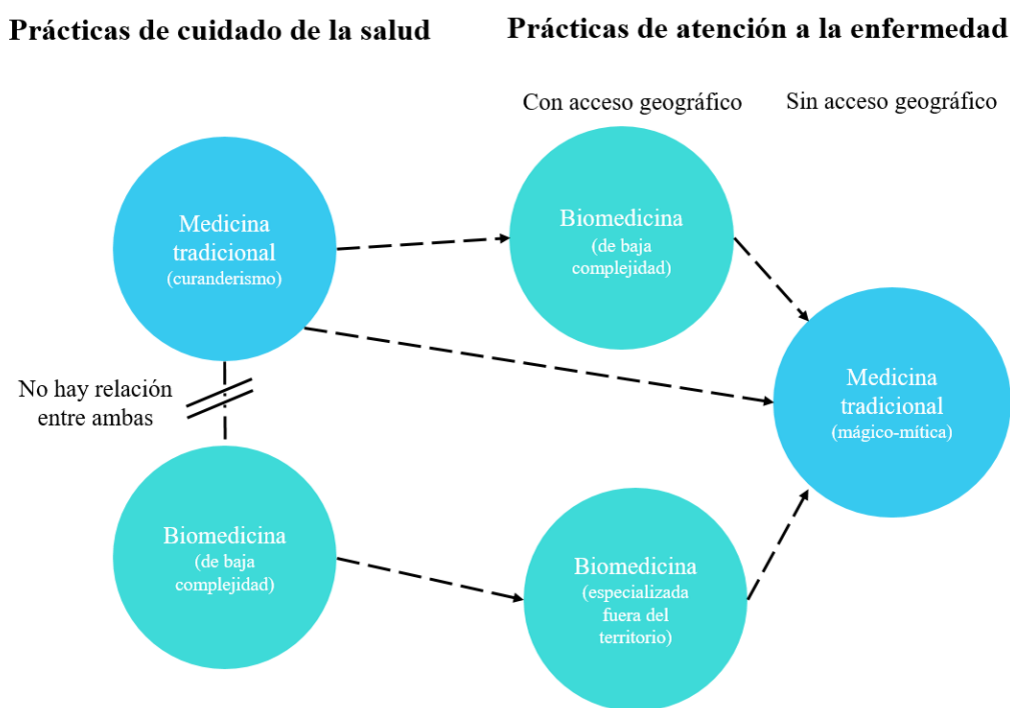


Imagen 15: Relación entre la medicina tradicional y la biomedicina en territorio. Fuente: Elaboración propia.

En síntesis, ambos sistemas médicos se encuentran principalmente en la atención a la enfermedad en circunstancias de alta complejidad, pero allí es donde tienen menos recursos.

Por el contrario, no se encuentran en las prácticas de cuidado, que es donde más herramientas tienen.

Tensiones

Para lograr una articulación entre ambos sistemas médicos, especialmente en las prácticas de cuidado y de identificación del riesgo, es indispensable trabajar sobre dos principales tensiones de articulación. Una es la comunicación inadecuada y poco dialógica una entre la medicina tradicional wayuu y la biomedicina. Para que una comunicación efectiva sea posible es necesario que haya condiciones favorables de emisión, recepción y comprensión de la información. Las condiciones de emisión refieren a la forma en la que se comunica (de igual a igual, el lenguaje que se usa, la empatía por el otro, el deseo de hacerse entender); las condiciones de recepción refieren a la apertura o rechazo de un grupo para recibir el mensaje, y las condiciones de comprensión refieren a los esfuerzos que hacen los grupos para acercarse y entender las visiones de mundo en torno a la salud y la enfermedad del otro/de los otros. Sin condiciones de comprensión, la emisión y la recepción va a ser inadecuada.

Para que este dialogo sea posible y fluido, es preciso trabajar en una tensión que le subyace y que se agudiza con la ausencia de dialogo: la legitimidad entre sistemas médicos. Mientras en la medicina tradicional la fuente de legitimidad en el conocimiento proviene de la tradición y el carisma, en la biomedicina emana del poder legal-racional-científico dado por su hegemonía e institucionalización. Allí convergen dificultades en la confianza en el sistema médico opuesto y en sus recursos. En Nazareth la relación de legitimidad se da de la siguiente manera: la medicina tradicional wayuu tiene con una baja comprensión de los principios teóricos y prácticos de la biomedicina, sin embargo, ya la reconoce y la legitima, principalmente en las prácticas de atención de la enfermedad y en menor medida en las prácticas de cuidado de la salud y en la identificación del riesgo.

Por su parte, la biomedicina ha generado acercamientos a la medicina tradicional, particularmente en las formaciones brindadas desde la biomedicina a las parteras para mejorar la higiene y la asepsia en sus prácticas tradicionales; no obstante, esta estrategia está lejos de representar una legitimidad profunda en la visión de mundo y en recursos de la medicina tradicional para cuidar la salud. Además, una articulación real, implica que la legitimidad sea transversal a los niveles macro, meso y micro de la biomedicina, es decir, no debe solo

construirse a título personal de un médico, sino que es preciso impregnar el sistema total de la biomedicina, desde el Hospital mismo, hasta instancias políticas municipales, gubernamentales y nacionales.

Aunque desde instancias institucionales, como la constitución y el SISPI, se hable de la articulación con las medicinas tradicionales, en la práctica hay un desequilibrio en las legitimidades. La medicina tradicional es ampliamente puesta en duda por los *alijuna*. Ha falta de legitimidad, es menester explicar desde la racionalidad científica de la biomedicina el potencial benéfico para la salud de los principales recursos del cuidado de la salud de la medicina tradicional⁵⁰, especialmente desde tres de sus recursos y prácticas principales en el cuidado: i) las plantas medicinales; ii) la práctica de acomodar bebés y iii) el parto vertical.

En cuanto a las plantas medicinales, se referencian principalmente dos plantas para el cuidado de la salud en el embarazo, parto y posparto: la bija roja y el malambo. Estas dos plantas no se encuentran referenciadas en las prácticas de cuidado de otras investigaciones en salud materna de mujeres wayuu (Ramírez, 2017; Ruíz, 2011), y responden a la disponibilidad en recursos que ofrece un ecosistema como la Serranía de la Macuira. El biólogo Jairo Rosado (2017) estudió ambas plantas y encontró que tienen propiedades y principios activos que las hacen eficaces en el cuidado de la salud, tanto a nivel preventivo como curativo. Sus hallazgos se exponen en la siguiente tabla:

Tabla 2

Plantas medicinales wayuu

| <i>Nombre común</i> | Bija roja | Malambo |
|-----------------------------|--|--|
| <i>Nombre en wayuunaiki</i> | Paliise | Alou'ka |
| <i>Nombre científico</i> | Arrabidea chica | Croton malambo Karsten |
| <i>Principios activos</i> | Hierro asimilable, flavonoides, carajurina, sílice, 3-deoxiantociianidina, pigmentos como bixina y genipina, ácido | Alcaloides, aceites esenciales, saponinas y flavonoides. |

⁵⁰ Se enfatiza que estas prácticas ya tienen una legitimidad en sí para las cabezas médicas y las personas cercanas este sistema médico, la cual está dada por la tradición y el carisma, sin embargo, para ganar legitimidad frente a la biomedicina es preciso hablar en su propio lenguaje científico.

| | | |
|----------------------|---|---|
| | anísico, alcaloides, cianocobalamina, cumarinas, pseudoindicinas, quinonas, saponinas, taninos y triterpenos. | |
| <i>Funcionalidad</i> | Previene la anemia, previene las enfermedades del sistema cardiovascular (antitrombótica), reduce y evita la inflamación (antiinflamatoria), tiene efecto cicatrizante (astringente), elimina bacterias y virus. (desinfectante), evita el crecimiento de los hongos (antimicótica) | Reduce el dolor (analgésico), antioxidantes, reduce y evita la inflamación (antiinflamatorias), inhibe los síntomas de las alergias (antialérgicas) y elimina bacterias (antibiótica). |

En cuanto a la práctica de realizar masajes para acomodar a los bebés en el vientre, las parteras buscan i) reducir las molestias en el embarazo; ii) facilitar el parto y iii) evitar una cesárea. Esta práctica ha sido ampliamente referenciada en múltiples comunidades indígenas, afirmando que constituye:

Una forma de control físico y al mismo tiempo de control simbólico de la salud de la mujer y del bebé. Sometiéndose con regularidad a la sobada, las mujeres permiten efectivamente que el ojo experto de las parteras vigile el desarrollo del embarazo y al mismo tiempo se mitigan psicológicamente temores difundidos como el de la cesárea, el del aborto o el de un parto con complicaciones. La sobada es, desde esta perspectiva, un mecanismo importante de sostén emotivo que evita que las mujeres tengan que afrontar situaciones de angustia (Jordan, 1983, 1989; Good, 1995; en Quattrocchi, 2006)

Esta práctica tiene como última finalidad evitar una cesárea, que, si bien puede ser necesaria para el cuidado de la vida de la madre y el bebé en ciertos momentos, en la mayoría de los casos es innecesaria, acarreando múltiples consecuencias como las expuestas por la Coalición Para Mejorar Los Servicios de Maternidad (CIMS):

Las mujeres corren un riesgo de 5-7 veces mayor con una cesárea en comparación con un parto vaginal. Las complicaciones durante y después de la cirugía incluyen: lesión a la vejiga, útero y vasos sanguíneos (2 por 100), 30 hemorragia (de una a seis mujeres requieren transfusión sanguínea), 30 accidentes anestésicos, coágulos en miembros inferiores (6-20 por mil), embolismo pulmonar (1-2 por mil), intestino paralizado (10 a 20/100 ligero, 1/100 severo), e infecciones (arriba de 50 veces más común). 1 Una de diez mujeres reportan dificultades con actividades normales dos meses después del nacimiento,²³ y una de cuatro reportan dolor en el sitio de la indicción como un problema mayor. Una de cada catorce aun reporta dolor en la incisión seis meses o más después de nacimiento de sus bebés. Hay el doble de posibilidad de ser re-hospitalizado después de una cesárea que de un parto vaginal. Especialmente con cesáreas no planeadas, es más fácil que las mujeres experimenten emociones negativas. Incluyendo baja de autoestima, sensación de haber fallado, pérdida de control y desconcierto. Pueden desarrollar depresión posparto o síndrome de estrés postraumático. Algunas madres expresan sentimientos dominantes de temor o ansiedad acerca de su cesárea hasta durante los cinco años posteriores. (CIMS, s.f).

Estos peligros deben ser mayormente considerados teniendo en cuenta el contexto geográfico de dispersión y difícil acceso de Nazareth en la Alta Guajira. Desde allí, las prácticas de masajes de acomodación de bebés, realizadas de forma correcta, son prácticas de cuidado preventivas importantes y necesarias en el cuidado de la salud de las mujeres wayuu.

En cuanto al parto vertical, reporta múltiples beneficios –siempre y cuando no hay una complicación obstétrica directa o indirecta–. Estos beneficios son:

La posición que adopta la madre sigue la ley de la gravedad. Esto lo que significa es que se favorece la salida más rápida del bebé. Se considera que reduce de manera considerable el tiempo de parto precisamente por lo expuesto en el punto anterior. A favor de este tipo de alumbramiento está el hecho de que se determina que la mujer tiene absoluta libertad de movimientos para poder hacerle frente. No menos relevante es que el parto vertical se asocia a un menor número de episiotomías. Esto es debido, entre otras cosas, a que la apertura de la pelvis no se ve reducida, como sí ocurre cuando se pare tumbada. De ahí que el pequeño tenga el mayor espacio posible para salir al exterior. Hay quienes indican que dar a luz de pie, sentada o incluso en cuclillas es una

manera de poder reducir el dolor que se siente. Además, facilita que la mujer pueda pujar adecuadamente. De la misma manera, ciertos estudios llevados a cabo sobre este tipo de alumbramiento vienen a indicar que reduce los riesgos de que el pequeño venga al mundo con unos patrones de frecuencia cardíaca anormales. Además, se viene a indicar que parir en posición vertical favorece el aporte de oxígeno al bebé (Merino, 2018).

De lo anterior se deriva que, el parto vertical en el chinchorro es una alternativa que favorece la salud, tanto de la madre como del bebé. Además, cabe decir, que por la forma de vida de los wayuu y los recursos con los que cuentan, el parto horizontal de por sí resultaba ajeno a su realidad, dado porque no hay camas ni estructuras que lo faciliten. En su lugar, el chinchorro es un recurso cotidiano y con funciones múltiples, que permite adoptar esta postura. Lo anterior no quiere decir que la posición en litotomía no sea útil, en especial en momentos de riesgo pues en el parto horizontal se tienen los siguientes beneficios:

El médico y la matrona que estén al frente del parto tienen de esta forma mayor visibilidad respecto a lo que está sucediendo. Del mismo modo, cuentan con mayor facilidad para realizar las acciones que sean necesarias. En el caso de que se produzca algún tipo de complicación, en esa posición es más sencillo poder actuar a tiempo y de la forma adecuada en pro de la madre y de su hijo (Merino, 2018).

Con esto dicho ¿qué pasa si la biomedicina integra prácticas de cuidado y recursos de la medicina tradicional en sus propias prácticas de cuidado? y ¿qué pasa si las mujeres y parteras, logran aprender los conocimientos de identificación de riesgo de la biomedicina? Este es uno de los principales retos que debe asumir si de salud intercultural se trata. Ahora bien, para construir un sistema de salud sensible a las particularidades culturales de una población, es menester el carácter dinámico en la cultura y la forma en que se ha transformado el acceso de las mujeres en Nazareth a los sistemas médicos.

4. La salud en la cultura wayuu entre cambios y permanencias



Imagen 16: Tres generaciones de mujeres wayuu: 72, 36 y 21 años. Fuente: Leonidas Villegas

Pensar en un sistema de salud ajustado culturalmente a una población, implica pensar en el carácter dinámico de la cultura y en las experiencias vivas, sintientes y cambiantes de las personas que la integran. Así, en este apartado se exploran las trayectorias médicas de mujeres wayuu en torno embarazos, partos y postpartos. Lo anterior, a partir de dos subaparatos: i) el relato de tres mujeres, que narran desde su subjetividad cómo vivieron los tres momentos mencionados, a qué sistema médico recurrieron y por qué; y ii) los hallazgos encontrados y los desafíos que emergen a partir del análisis generacional del sector popular. Se recuerda que no se trata de generalizar la experiencia del personaje, sino de evidenciar la conexión generacional que se encontró en las entrevistas realizadas, así como la forma en que las mujeres afrontaron situaciones de salud y enfermedad, con los recursos materiales y simbólicos de los que disponían.

4.1. Relatos de tres generaciones de mujeres wayuu

Para entender los relatos como momentos situados históricamente y socialmente producidos, que posibilitan una posición generacional determinada, menciono algunos los elementos que configuran el momento en el que se desenvuelve cada generación. Haciendo explícita la limitación de realizar tal reconstrucción, debido a las precarias fuentes de información histórica de la Alta Guajira, y en particular del corregimiento de Nazareth.

En el relato de *La abuela*, la experiencia de la maternidad se dio en los años sesenta. Momento en el que no existía el Hospital de Nazareth, y en donde la presencia misma del Estado era precaria. En este momento, el corregimiento de Nazareth hacía parte del departamento de Magdalena, lo cual generaba una asignación presupuestal inequitativa e insuficiente para tener presencia en territorios dispersos como Nazareth (Ley 19, 1964). En aquel entonces, el elemento diferencial de los wayuu que crecían cerca de Nazareth era el acceso a educación básica primaria en Internado Indígena de Nazareth, institución que tiene presencia en el territorio desde 1914. Dicho proceso educativo facilitó una socialización inicial en torno a la medicina *alijuna* o biomédica. Además, durante todo el siglo XX se dieron frecuentes movilizaciones hacía el Estado de Zulia, en Venezuela, dado que en Maracaibo se encontraba uno de los principales depósitos de petróleo del país, lo que generó un dinamismo económico mayor que en la península colombiana (Cepeda, 2019). Asimismo, en el caso particular de las mujeres y sus redes familiares resultaba atractivo el Hospital Maternidad Castillo Plaza en Maracaibo, fundado en 1964, en el cual acceder a servicios de salud se presentaba como algo novedoso y de fácil acceso.

En el relato de *La madre*, la experiencia de maternidad se dio en la década de los noventa e inicios del milenio. Para tal momento, el Hospital de Nazareth ya se encontraba en el territorio y llevaba alrededor de veinte años ganando poco a poco la legitimidad y la confianza de las personas que vivían cerca al centro poblado. No obstante, como hospital de baja complejidad, no cubría todas las necesidades en salud de la comunidad, en particular de las mujeres, que seguían accediendo a este recurso en Venezuela, en el Hospital Maternidad Castillo Plaza y el Hospital Adolfo Ponce de medicina especializada. En este momento, también aumentó la cobertura y el acceso a la educación por parte del Internado de Nazareth ampliando los cupos y los cursos ofrecidos (Cepeda, 2019), simultáneamente aumentaron los puestos de trabajo relacionados con la docencia para las mujeres.

En el relato de *La nieta*, la experiencia de maternidad se dio a partir del 2010. Momento en el que las mujeres que viven cerca de Nazareth tienen acceso a educación básica y secundaria en el Internado Indígena de Nazareth y en la Institución Educativa Nuestra Señora de Fátima. En este momento, hay mayores posibilidades de transporte y movilidad dentro del municipio y otras partes del país. Esta movilidad posibilita tener más contactos e intercambios culturales. De igual manera, al territorio llegan *alijunas*, principalmente para establecer comercios,

trabajar temporalmente en construcción o para realizar funciones del ejército y de la policía⁵¹. Estos movimientos han generado cambios en las relaciones de pareja y la formalización tradicional de dicha unión. Junto con estos cambios, llegan al territorio misioneros de religiones protestantes y evangélicas, quienes ellos aprenden el wayuunaiki y llevan directamente a las comunidades las prácticas de su religión (Cepeda, 2019).

A grandes rasgos, estos son los momentos históricos en los que se desenvuelven las historias y relatos que se presentan a continuación.

4.1.1. La abuela

Primero que todo, contarle que soy del clan Pushaina. por parte de mi mamá y mi papá fue del clan Uraliyu. Como mi mamá fue Pushaina, yo soy Pushaina. Eso es lo primero, porque nosotros los wayuu tenemos nuestros tótems, nuestros ancestros, de dónde venimos, de qué piedra fueron, de dónde viene el origen. Los viejitos míos, por lo menos eran de Jarará, la Serranía. Pa' allá lejos... pero se vinieron para acá, para Nazareth porque la tierra es fértil. Por allá no, hay piedra, cactus, las dunas son igual, pero cuando llueve, el agua corre, así como una *sipa*, *sipa* que es una tierra como que pelada, el suelo no la absorbe; en cambio aquí no, aquí se pone verde. Por eso los viejitos se vinieron, venían en burro, con sus tinajas, sus tres tinajas, las *amüche* pintadas bien bonitas. Entonces los abuelitos hicieron sus ranchitos y de aquí somos nosotros, pero tenemos familia por todo lado, por Venezuela, por *Jarará*.

En ese tipo no había nada, Nazareth era pequeñita. Apenas tenía como cinco casitas, el Internado principalmente, no había Hospital, no había nada ;no más estaba el Internado! De pura vaina el Internado. Ahí estudié. Mi hermano nunca quiso estudiar en el Internado, yo sí, usted sabe que nosotras las mujeres somos más dominantes que el varón, entonces yo me quedé ahí en el Internado en 1960. Estudié hasta cuarto, porque no había quinto de primaria. Aquí crecí, tranquila, eso sí, casi no salía porque mamá era celosa, no me dejaba ir con amiguitas, mucho menos con amiguitos. Mamá no gustaba nada, ay dios, los viejos sí. Ella era muy estricta conmigo, en la parte de que nos educaba a nosotros. Si yo tenía que salir por un mandado, escupían en el piso o en la arena, si se secaba la saliva en la arena, era porque yo estaba demorada y si me demoraba, cuando llegaba me daba con la guaireña y te cuento que me hacían llorar con la guaireña. Yo no sé cómo tuve marido y mira que me ha servido bastante Sisto, él me ha mantenido. Pa' poder verse conmigo, él tuvo que dar 70 chivos, papá le pidió

⁵¹ A una hora de Nazareth se encuentra Puerto Estrella, lugar en el que se estableció una base militar antinarcóticos.

100, pero Sisto dio 70. Eso hubo fiesta, compraron cerveza, chirrinchi, pa' beber. Después, ya nos fuimos a vivir juntos.

Y te cuento, después de la primera vez, que uno se deja se siente un poco apenada. Uno dice ¿por qué tiene que ser esto así?, ay, Dios mío yo nunca pensé que eso fuera así, se siente como algo ajeno por dentro, esa pena, ese dolor, esa angustia, ya uno se le va pasando eso, uno que sabe analizar las cosas, si Dios lo puso así para él, así será. Pero, primero, primero, cuando se le rompe aquello, le duele, le duele, le arde, le siente, todo eso y uno lo calla, pero ¿a quién más se le va a decir?, uno calla y uno lleva, pero... uno se une a una persona que siempre va a estar al lado tuyo, que siempre sabe que está, uno ve el amor intenso e inmenso... pero si es una cosa pasajera, qué triste, qué triste que lo conoció hoy, la perjudicó mañana o en la tarde. Lo bueno es que el viejo a mí me ha salido bueno y uno con el tiempo se va acostumbrando a eso.

Ahí quedé embarazada, yo seguía normal. Nunca me acostaba, nunca estaba echada, más bien yo caminaba de por allí a por allá, yo buscaba agua, yo hacia todos los oficios, como si nada, porque o sino ¡peor!, se me hinchaban las piernas, me dolía la cintura, me dolía la cadera, me tenía que doler acá. No, yo seguía haciendo todo. Ya cuando estaba bien pipona, me fui a Venezuela a parir, porque me decían todos que por allá eso era bueno y yo me fui.

Llevaba como dos o tres días allá cuando me dio como un calor o algo así, con dolores en el vientre y un dolor acá en la espalda, dolor en la cintura, corre el dolor pa' las piernas y el viejo Sisto dijo "pal' Hospital". Llegamos rapidito al Hospital Castillo Plaza. Ese hospital tenía dos pisos, y era lo mas de especial pa' las mujeres, pa' parir. Ahí estaban las mujeres pariendo y pariendo. Y el médico lo acuesta a uno en la camilla y se poner a darle a uno masajes, así, pero uno no tiene el bebecito enseguida, toca esperar y esperar mientras el niño va bajando, dicen ellos.

Mientras esperaba, una señora, una enfermera vecina, alijuna, me decía: "ve miya, si tienes dolor, aunque no sea un dolor bien fuerte, tienes que gritar pa' que los médicos se asusten y te atiendan rápido y te llevan rápido al burro ese pa' parir". Y así lo hice, como yo no tengo pena, empecé "¡Ayyyyy! ¡me dueleee!" gritaba yo. Y un médico dijo "vamos a ver a esa señora que grita, la guajira que acaba de llegar" y me pusieron yo no sé qué por las venas, y por la noche ya empecé a parir, "ya se ve la cabecita", decía el médico.

Me acuerdo que pusieron la vacuna esa, una ampolla que le ponen a uno en el momento que está pariendo y luego del parto, me agarraron puntos, como era primeriza me agarraron como

cuatro puntos, y ahí tienen un aparato y se lo pegan en la parte esa a uno y queda listo. No tiene que estar ahí lavando la herida, bueno, cuando se baña sí, eso es normal, ajá... pero nunca usé lo que era suero, menos mal, gracias al señor, porque yo estaba bien; eso se lo ponen a los que están débiles. Gracias a dios que no me pusieron suero el día de parir. Con los siete hijos que tuve nunca probé el suero gracias a Dios, y nunca me desmayé ni nada, no como otras señoras que se desmayan y nunca se dan cuenta de cuando parió.

En la mañana, al otro día, yo salí bien, como siempre estaba bien, no como ahora que tengo todas las enfermedades. Me fui a la casa de allá a pie, con mi mochila y mi hijo en el brazo por todo el camino. Llegué a la casa y no sentía ningún dolor de parto nada, nada, como le ponen a uno ahí unas inyecciones y dan unas pastillitas. Sangrado tenía poquito, poquito no más, no mucho. Y allá me quedé un tiempo, porque Sisto consiguió trabajo, pero nos devolvimos porque mamá quedó sola, cuando papá murió.

Entonces yo estaba acá cuando iba a nacer Ricardo, mi segundo hijo, yo no me quise devolver pa' Venezuela, dije "¿qué voy a dejar a mamá sola?, además eso el parto es normal, normal". Mamá me consiguió una partera, se llama Florinda, se llamaba, porque ya se murió. La seño' Florinda se vino a vivir aquí, en el rancho del lado. Ella sí sabía porque era la que acomodaba a los niños de las otras. En la madrugada, cuando me daban esos dolores, ella me agarraba y me lo acomodaba. Me cogía de la cintura y me alzaba, tenía fuerza esa viejita, yo le decía "cuidado me vas a dejar caer" y ella "yo tengo fuerza, no es la primera vez".

Una noche me dio el dolor y el dolor, mi mamá me escuchó quejándome y llamó a Florinda, y Florinda le dice a mamá "agárrala aquí, por detrás pero duro, duro", yo me ayudaba del chinchorro, y mamá también me tenía. Florinda me puso un poco de trapos para recibir el bebé, dijo "ya está listo pa' salir" y tenía las tijeras listas. Cuando el bebé nació, ella cortó el ombligo y le limpió la cara como hacen los paisanos, para que ellos no sufran de catarro, de flema. Ahí mismito pa' el dolor me dieron una agüita de bija roja, y me bañaron con agua tibiecita. Florinda recogió la placenta y la metió como en una bolsa, y le dijo a mamá "guíndala encima de un cactus, pónmela allá en el cactus, ese es pa' producir más hijos", ese tiene su significado también y mire que sí, siete niñitos.

En esa vez, el viejo Sisto no pudo ver a su bebecito, porque él había estado por allá donde unos restos, que sacan los huesitos del wayuu muerto, y los limpian, pa' que él pueda seguir su camino. Lo malo es que uno no sabe si ahí se le prendió un yoluja. Esos son los espantos y el

cuerpo de uno se pone todo distinto, como si fue como pelo ¿cómo es que dicen? Como un erizo. Ellos intentan matar al bebé, y si uno no los cuida, hasta se los llevan.

Ya los otros bebecitos los tuve sin pensarlo, uno lo tuve en el baño, tenía como ganas de orinar y de dolor muy poco, porque los dolores de parto si son bien feos. Una noche salí a orinar, cuando el muchacho se fue cayendo, yo lo recogí y fui a mostrarle al viejo. Como yo ya sabía, le corté el ombliguito y ya, me nació de nueve meses, todo muy normal, no me salió ningún un fenómeno.

Así tuve mis siete hijos y nunca tuve una complicación. Eso porque mi mamá tenía buenos sueños. Ella me decía, "no salgas pa' allá, no vayas pa' allá, cuidado con yolujas". En el sueño le decían "échale, soplale con la hoja de tabaco, mujer" y quedaba bien por ahí, no quedaba ningún yoluja por ahí. Ella tenía buenos sueños, en los sueños le decía que se estaba acercando un yoluja a la casa, y se daba cuenta por los llantos de los bebés que lloraban mucho, eso en un sueño de ella, entonces tocaba soplar con chirrinchi y buscar un machete y vas cortando la arena así con el machete y así se alejan. Gracias a mamá nunca me pasó nada.

A mí me gustaría que los de ahora siguieran las costumbres, que entendieran la importancia, pero ellos ya no quieren escuchar, uno les habla de esto o aquello y no escuchan, ya no saben nada de la vida, de los wayuu, de su historia, ya ni sueños tienen...

4.1.2. La madre

Yo soy de la Alta Guajira Nazaret, de la casta Jayariyú. Quedé embarazada trabajando, siempre he sido trabajadora. En ese tiempo yo vivía en Buenos Aires, que queda como a una hora del acá de Nazareth, trabajaba cuidando niños, como profesora. Fue ahí donde conocí a mi esposo. Él ya tenía una esposa en Venezuela, pero como que se dejaron. Nosotros empezamos a salir, y yo en confianza le contaba mi mamá que ya tenía novio, luego nos casamos. Yo tenía 28 años. Era una adulta, a diferencia de mis hermanas que tuvieron sus hijos a los 16 o 17 ¡muy jóvenes!

Yo sí decidí esperar, porque la experiencia de ellas era muy dura, no podían defenderse con los hijos, han pasado muchas necesidades de no tener que darles de comer a sus hijitos, yo veía todo eso y pensaba en trabajar primero para no pasar esas necesidades. A mí me marcó mucho la experiencia de Silenes, mi hermana. Ella quedó embarazada estudiando de una persona que... no, ¡horrible! Recuerdo que mi mamá la regañó bastante, le decía "yo no esperaba verte

así, yo esperaba verte progresar, pero ya no, ya el estudio no es para ti” Como el papá del bebé no quiso responder, me acuerdo que mi familia lo buscó y le mandó el cobro, como es costumbre en nuestra cultura.

Yo no quería que me pasara lo mismo, así que esperé hasta que me casé. Cuando quedé embarazada, mi mamá se puso muy feliz, me dijo que ya estaba grande, que ya era hora de tener hijos. En total tuve tres hijos. Con el primero, apenas supe que estaba embarazada, fui a los controles ahí en el Hospital de Nazareth, y como a los 2 meses de embarazo ya tenía los exámenes de sangre y de orina, todo estaba normal y como todo estaba bien dejé de ir.

Ese embarazo fue muy bonito, recuerdo que con mi bebé yo tuve muchos sueños, sobre todo como en el tercer mes. Yo soñaba con mamón y se lo decía a mí mamá, ella me decía que si soñaba eso era porque iba a tener un niño, también soñaba con limones y con mangos, y ella me seguía diciendo “vas a tener un niño”, siempre me lo decía ¡y al final, niño fue! Lo malo de ese embarazo es que por esos meses yo tenía unos dolores como por la matriz, suavécitos, pero ahí, y duela y duela. Entonces mi abuela me dio una toma especial que es wayuu, no es un medicamento, sino una toma, ese es como un relajante, ajá, es el alouka, ese es un olorcito como a menta, como a fresquito, y eso me quitaba los dolores. Por eso yo creo mucho en las tomas wayuu. Las plantas son muy buenas.

Con el chirrinchi de esa misma mata me sobó la tía Emelina la barriga, cuando me acomodó el niño, porque a mí en el Hospital me dijeron que era una cesárea, entonces a mí me lo acomodaron como 3 veces y volvía otra vez a su posición y me lo volvían a acomodar. Le gustaba moverse mucho, se acomodaba y se desacomodaba. En el Hospital me decía que tenía que viajar pa’ Uribia, y mi tía, que ella lo acomodaba y que ella me ayudaba en el parto. Pero a mí me daba miedo, ahora hay muchas complicaciones cuando uno pare en la casa, antes no era así, ahora las mujeres sangran y sangran y no pueden volver al trabajo. Yo no sé porque eso es ahora así.

Antes éramos más fuertes, muy fuertes, debe ser por el alimento que nosotros comíamos, nuestra mazamorra, el “ayajaush”, que es leche de maíz con leche de ovejo, nuestro frijol con su buen pedazo de chivo, nuestra patillita, nuestra lechosa. Ahora no se puede, a veces llueve, a veces no. Eso es lo que nos hace falta, el agua, la buena lluvia a nuestra tierra, porque aquí la tierra es buena. Por eso yo pensé que era mejor dar a luz en el Hospital.

Además, el sangrado después del parto es diferente, yo vi que mi hermana cuando dio luz en el Hospital, no duro mucho tiempo sangrando, sino poquito, poquito, poquito, porque a medida que a uno le inyectan las vacunas, le ponen algo como para que no le dé hemorragia. Pero en cambio las mujeres que paren en su casa, es muy distinto, uno bota bastante sangre. Un en el Hospital dura una semana sangrando, mientras en la casa es un mes, dos meses.

Entonces no, yo quería en el Hospital, pero como no se sabía si era cesárea, no me atendían en el de Nazareth. Y para Uribia yo no me iba a ir, allá no conozco a nadie. Entonces me fui para Venezuela a los 8 meses de embarazo, allá tengo a mis hermanas, tengo a la familia de mi esposo también. Pedí reemplazo en el colegio y me fui para allá.

Un día, me dio dolores y fui al Hospital, es el Adolfo Pons, pero me dijeron que aún no estaba y me regresaron, duré una semana con dolores. Entonces cuando nació el bebé nació anormal, porque él se demoró mucho para el parto. Yo me di cuenta porque la cabeza era más pequeña que el cuerpo y no se podía ni mover, era así, anormal, y los médicos me dijeron que tuvo hipoxia perinatal y que iba a ser retrasado mental toda la vida.

Yo me sentía triste por el niño, fue una sorpresa que él naciera así De la tristeza yo no quería tomarme nada después del parto, ni que el ichiis, ni que la bija. Yo intenté ir donde una Outsü a ver si lo curaba, pero no de la suerte, no las que son malas, sino de las que oran, porque es que a mí me dolía mi alma de verlo así, yo visité a la viejita Eulalia, la que está en el Kiosko del Hospital, y ella me reunió ahí y empezó a orar y la viejita oraba, oraba, oraba. Pero no sé curó, es que él lo que tenía era hipoxia.

Como mi primer hijo nació así, cuando quedé embarazada de mi otra hija sí tuve más cuidado, mensualmente iba a hacerme las ecografías, me tomaba las pastillitas esas que me daban, unas rojas como chiquitas, y otras blanquitas. Y en la casa, me cuidaba mucho también con la comida, cuidando por dónde caminaba, tomándome la bija. Así y mi hija nació bien, me la atendieron allá en el Hospital de Nazareth porque ella sí estaba acomodadita. Ya después del parto mi hermana me insistía que me cuidara. Me decía que yo tenía que estar encerrada 15 días después del parto, y que tocaba sacar toda la sangre que a uno le queda y para eso es bueno meter unas piedras dentro de un saco y ponerlas en candela para que se calienten y luego uno se las coloca. También tomarse las plantas medicinales como la ichiis, la bija, para que al momento de parir quede todo limpio dentro de la matriz, para que no queden coágulos de sangre después del parto.

Ahh, tampoco podía recibir sereno, porque si me serenaba me podía dar pasmo, es que le llaman, cuando a uno le da escalofríos, le da fiebre, le da de todo, porque si lava o si sale temprano o llega tarde, le da eso y hasta la puede matar. También le puede salir un yoluja. Yo nunca he tenido una experiencia así, porque yo no te salgo de noche, de pronto salga, pero en carro, en moto y cuando es de noche por ahí solo para la casita de mi hermana, pero no salgo de noche, yo me cuido bastante, el yoluja te huele, tienes que acostarte temprano. A los niños hay que tenerles cuidado, porque un mal de ojo lo recibe el niño, el bebé y el yoluja también lo recibe, pero igual que una persona adulta también lo puede recibir. Menos mal mi hermana me cuidaba con todo eso, incluso con mi bebé, que cargarlo para aquí, que cargarlo para allá, y cuando ella quedó embarazada yo también le ayudaba.

Con mi tercer hijo sí me ha tocó más difícil con todo, porque mi hermana ya no estaba y además lo de los controles era complicado, porque como yo pasé a trabajar en el Centro de Desarrollo Infantil (CDI) del ICBF y me afiliaron a Coomeva, ya no me atendían en el Hospital de Nazareth, supuestamente porque no tienen convenio con esa EPS, que solo me atendían para el parto porque es una urgencia, lo demás no. Creo que el Hospital solo tiene convenio con Anaswayuu, Dusakawui, creo que con Comfaguajira también, pero con Coomeva, entonces me tocó viajar tres veces, y eso es una pelea para que me dieran permiso. Uy, y en carro me mareo bastante y que pagué donde quedame, que la comida, en ese tiempo lo que gané en el CDI se me iba en eso. Pero valió la pena, porque mi otra hija también nació bien. Ahora que yo veo los chiquitos me siento feliz, pensando en su futuro, en su estudio, en qué van a ser cuando sean grandes.

4.1.3. La nieta

Nací en la Alta Guajira y soy de Castilletes, a orillas de la playa, allí me crié con mis abuelos y mis hermanas, a los 6 años me mudé para acá a Nazareth y empecé a estudiar en el Internado de Nazareth, y ya en once empecé con una sospecha, porque no me bajaba el periodo, como solía pasar normalmente. No me bajo el primer mes y tampoco el segundo, y pensé no es posible que se me retrasé dos. Mi periodo era muy puntual. Además, tenían unas náuseas terribles, no me provocaba nada la comida. Todo lo que me daban iba pa' fuera. Lo único que podía comer era puro mango, mango viche que conseguía por acá, en el Hospital, en la casa de mi abuela, eso tiene sus temporadas, ahora ya está pasando de moda y estamos entrando a la temporada de los mamones.

Por esas náuseas y esos antojos fue que me enteré que estaba embarazada, y “ay, Dios mío”, me quería morir, pues porque en ese momento no me esperaba algo así. Por mi mente pasaban muchas cosas, yo pensé que el papá lo iba a tomar a mal, que iba a decir que no era suyo, y todas esas cosas. En ese momento, yo no le dije a nadie, yo lo que tenía era miedo, miedo con mi papá, porque mi papá es una persona que él no dice nada, pero cuando está borracho lo reclama todo. Pensaba que me iba a regañar, que me iba a pegar, además yo hasta ahora estaba terminando mi bachillerato.

A los tres meses tomé valentía y le conté al papá y él dijo que no iba a responder por la bebé, que eso era mentira mía, que eso era de otro, que yo solamente quería enganchárselo. A mí me dio rabia, igual yo le dije “yo no te voy a molestar, no te voy a decir nada, yo puedo sacar a mi hijo adelante”. Yo lloraba todas las noches, pero no le conté a nadie más, ¿para qué? ¿para qué me juzgaran?

Hasta que mi tía se enteró cuando yo tenía 7 meses de embarazo, ella se dio cuenta porque yo cambié, yo ya no usaba short, normalmente uso short, y yo pasé a usar batas wayuu. Además, mi tía empezó a mirarme la cadera, ella dice que cuando una mujer queda embarazada, lo que se le ancha es la cadera y ella me agarró una mañana y me dijo “vamos, yo necesito hablar contigo”, me encerró en un cuarto y me tocó decirle la verdad. Le lloré y ella me preguntó que por qué no lo había avisado antes, y yo le dije que por miedo, pero ella me comprendió. Habló con mi mamá, habló con mi papá, ¡ella!, porque yo le dije que no me atrevía a hablar con ninguno de los dos. Mi papá sí dejó de hablarme, pero ya luego normal. Además, porque el papá de la niña es alijuna. Si hubiera sido wayuu se hubiera enojado, tú sabes que para los wayuu es una falta, el muchacho tendría que dar como una donación, reconocer algo. Pero como es alijuna no le mandaron el cobro.

Y bueno, ahí mi tía me llevó al control y ahí los médicos me dijeron “¿por qué no entraste a control siendo tú del pueblo?” y yo no les decía nada, simplemente no les decía. Yo no quería por miedo a las críticas de pueblo, pero una enfermera luego me dijo “no, no te preocupes, ¿es que acaso ellos te dan de comer?” y yo “ah, bueno”. Ahí yo ya me sentía más tranquila porque yo ya tenía más personal a mi favor.

Me hicieron ecograma, me dijeron que era una niña, pero estaba atravesada, tenía la cabecita en un costado y los pies en otro costado, estaba de medio lado, no estaba bien. Entonces mi abuela me llevó donde una partera para que me sobara y me sobaron chirrinchi, para que el frío

del chirrinchi no incomode al bebé a la hora de moverlo porque eso duele. Duele bastante. La partera mueve sus manos por aquí y por allá y sí dolía, pero sí sentí enseguida que se acomodó un poco. Fueron dos sobadas. Una y después como a los quince días otra sobada. Y ya, nosotros no le pagamos porque era tía de nosotros. Ella me dijo que tuviera el bebé con ella, pero no quería. Para mí, su saber está más en el acomodar bebés, que en recibir al bebé. La verdad, no sé por qué, pero para eso confío más en el Hospital.

Además, yo no creo mucho en los medicamentos wayuu, o bueno, no es que no crea, pero como ya no se utilizan casi. Por lo menos yo no estoy acostumbrada a utilizarlas, y solo he utilizado los medicamentos wayuu en dos ocasiones, una cuando me desarrollé, que mi abuela me encerró, y me daba bija roja y cazuo, que es como un bollito blanco; y la otra cuando di a luz, tomé bija y me bañaron con matarratón, para que jummm... no sé, no me acuerdo, pero mi abuela era la que siempre estaba ahí, me dijo que si me bañaba con agua fría que me iba a poner vieja rápido, que se me iba a arrugar la piel, entonces tenían que bañarme con agua tibia.

Entonces no, yo quería tener el bebé en el Hospital. Y a los ocho meses, ya faltando dos semanas para completar los nueve, yo le dije a mi mami que sentía ardor en la boca del estómago, estaba súper hinchada, y ella me dijo - ¿te parece poco comer todo el tiempo ensalada de mango con limón, con sal, con Maggie, con vinagre? - pero que podía hacer, eso era lo que se me antojaba, una taza full. Y yo le dije “mami, tengo mucho dolor de cabeza y ella me dijo “ve al médico”.

Fui, ingresé con el doctor, él me atendió, revisó, y yo tenía la presión súper alta. Me mandaron a hacer exámenes y ahí fue donde me dijeron que eran síntomas de preeclampsia. Yo andaba con una hermanita mía y le dije “Anda, dile a mi mamá que a mí me va a hospitalizar y que se venga”. Ella llegó a la casa, le dijo a mi mamá y ella llegó al Hospital. Cuando llegó la bacterióloga le dijo “a ella la van a remitir”, y ajá, tanto acomodar al bebé y al final si me tocó viajar. Pero bueno, se arregló todo, llegó mi papá, todos se reunieron ahí. Mi mamá andaba sin un peso, no andaba con nada, no tenía nada, muchos colaboraron con ella y mi mamá alcanzó a recoger \$400.000 pesos ahí mismito, mis tías, mis tíos, muchos dieron ahí, para que mi mamá pudiera cubrir sus gastos en Riohacha mientras yo estaba en la clínica.

A mí me tocó en Riohacha porque la muchacha que trabaja en la EPS mía, Anaswayuu, estaba en contacto con alguien de la Clínica de allá y me consiguió cama. Bueno, arreglaron la ambulancia y salimos a las 10 de la noche del Hospital, el trayecto se me hizo súper largo, y

yo le decía a mi mamá “me siento incomoda, ¿me puedo sentar?” y la enfermera me decía “¡no!”, y de un momento a otro quedé rendida, no supe más del viaje.

Cuando desperté entramos a la Clínica Renacer, allá me ingresaron a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), porque yo seguía con la presión alta. Directamente entré y a mi mamá no la dejaron entrar conmigo. Me pusieron dos sueros, uno en cada mano. Y a mí mamá una enfermera le dijo “vete a descansar, que a ella ahora no la van a atender hasta ahora más luego cuando llegue el cirujano”. Cuando él llegó, como a las 9:30, a mí me anestesiaron en la columna, no sé, yo entré con miedo, tú sabes que cuando a uno le ponen la anestesia se le duermen las piernas, bueno, yo le lloré al muchacho y le dije que yo no sentía las piernas, y él me tocó los pies, pero yo, nada, no sentía, y entre lágrimas yo quedé dormida.

Yo reaccioné como a la hora, a las 10:30, ya casi a las 11:00 y me dijeron que ya el médico había terminado todo su proceso, y me toqué la barriga y dije “¿dónde está mi bebé? “¿dónde está?”, me dijeron “no hija, la niña está bien”, y ya, no me dieron más razón de la niña, me dejaron ahí afuera y comenzó a darme un escalofrío. Yo ahí sola. Yo nada más quería ver a la bebé, esa angustia de despertarme y ver que ya ella no estaba. No me dieron ni tiempo de verla. Y cuando un enfermero se compadeció de mí y me llevó nuevamente al cuarto y me puso una lamparita al lado para que me diera calentura. Ya con el tiempito yo fui moviendo los pies, ya se me pasó la anestesia, y ahí duré 3 días en UCI. Durante todo ese tiempo no pude ver a mi hija. No me dejaban caminar por la presión, yo aún tenía la presión alta y ni me explicaron por qué tenía la presión arterial así. Ya después de eso sí pude ver a mi hija, más linda, toda crespa, crespos de alijuna.

Ya con mi segundo hijo, sí fui a los controles juiciosa, y a mí me dijeron que ese sí podía ser parto normal, y yo bueno, pero cuando me empezaron los dolores, uy dios, como yo no conocía lo que era un dolor de parto porque el primero fue cesárea, me dieron unos dolores como si me dieran golpes en la cadera y yo me senté en un chinchorro a llorar. Mi mamá se puso como loca, para allá, para acá, me puso a caminar, a hacer ejercicio, para que dilate más rápido, claro como ya me habían dicho que era parto normal. También me preparó pimienta picante, es para... que dilate más rápido, y a la hora de yo ir, ya iba a parir pues, a dar a luz. También me sobaron la panza con pólvora de bala, mi mamá dice que es para parir rápido con chirrinchi, bueno... ellos con sus creencias... que era para que cuando la bebé naciera la vista de las enfermeras, los médicos, pues no le diera mal de ojo a la bebé, que porque de pronto yo vi a alguien que mataron... Yo no sé, para mí, como que son creencias de ellos.

Bueno, ya cuando me llevaron al Hospital, me atendieron, y el médico me dijo tú estás pa' la noche y yo "¿quéeee?", me mandó a acostar en una camilla y me pusieron suero, me canalizaron, y yo dije "noooo, yo no voy a pasar toda la tarde aquí acostada con estos dolores" y pues en ese momento me dieron ganas de ir al baño y cuando yo fui al baño, yo sentí que boté algo y vi el vasín y estaba vacío, no tenía nada, entonces yo dije "qué raro", pero en realidad había reventado fuente, pero no le dije a nadie porque yo no vi nada en el vasín. Yo me acosté.

Al ratico los dolores eran como si cogieran un machete y me estuvieran destrozando la espalda. Muy doloroso. A mí no me pusieron anestesia. Yo montaba mi pierna en la baranda de la camilla, entonces la enfermera me dijo "¿por qué te quejas tanto?" y fue a buscar al médico, y el médico me dijo "¿por qué te quejas tanto si todavía te falta mucho?", yo me sentí mal porque era demasiado el dolor y él me decía que todavía faltaba hasta la noche y apenas era mediodía, pero yo ya no aguantaba más. Y yo me quejaba y me quejaba, hasta que por fin me hizo el tacto y estaba naciendo la niña y él dijo en seguida "para sala de parto" y me llevaron para allá dentro. Cuando entré no alcanzaron ni siquiera a ponerme la bata. Y pues pujé como dos veces y ya, el niño nació enorme, respiré, descansé, pero fue un dolor, dios mío, me da miedo volver a pasar por ahí. Si la enfermera no lo va a buscar, yo doy a luz ahí sola porque ya la bebé estaba naciendo, se hubiese caído la bebé o se le hubiese enredado el cuellito con el cordón.

Al otro día o a los dos días, no me acuerdo, me fui para la casa. Allá mi abuelita no me dejaba salir para ningún lado dentro de 40 días, no podía comer ni carne, ni gaseosa, ni mucho aceite, pues cuidarme, mi matriz había quedado muy débil, entonces no todos los alimentos ayudan a que la matriz se recoja enseguida. Mi abuelita me daba la bija roja, eso tenía que tomarlo, con canela y manzanilla para limpiar todo eso, y para que se fuese recogiendo la matriz. Y ya. Gracias a dios mi familia estaba ahí pendiente de mí.

Así he ido saliendo adelante, con mis hijos, es difícil sola, pero ahí voy, lo único que uno le pide a dios es que los hijos estén bien, que no se enfermen. Eso sí es un sufrimiento, una vez mi hijo se enfermó, tenía una diarrea horrible, ni una mejoría, nada, que pal Hospital, que le diera esos medicamentos, pero no se alentaba. Hasta que me recomendaron ir al Piache. Pero, no, mi mamá se volvió evangélica, es cristiana y para ella los piaches son brujos. Mi mamá no les tiene mucha fe a sus cultos ni rezos. En todo lo demás wayuu mi mamá cree, pero en ello no.

Además, hay dos tipos de Piache, está el piache que es el curandero que es el que te recomienda que medicamento... qué planta utilizar y todo eso, que yo creo que esas sí funcionan, algunas, las que he probado, unas son buenas. Pero está el Piache que es brujo, que es el que te dice “te echaron mal y tienes que tomarte esto o tu casa está sucia”. Como una que vive aquí al frente, pero es bruja, no es curandera, la visitan mucho, llegan muchas motos ahí, carros, a mi mamá no le gusta.

La Piache dice “no, una persona que cargó un muerto” y vio al bebé y le cayó a él, o tiene mal de ojo de un animal, tienes que tomar esto, o esta planta, y pues las personas prefieren ir dónde el Piache, porque dicen que sus hijos tienen mal de ojo. Pero cuando mi hijo se enfermó se puso flaquito, yo no quise llevarla donde el Piache, porque son cosas que para mí no son normales, no sé, me da miedo. Afortunadamente mi hijo se mejoró como al mes, nosotros orábamos mucho y se puso bien.

4.2. Trayectorias médicas y nuevos desafíos

Luego de los relatos presentados y de los múltiples caminos de análisis que ofrecen sus voces, sus sentidos y sus experiencias, detallo los elementos que configuran las trayectorias médicas presentes en cada una de las generaciones, evidenciando así cómo cambia el acceso a la medicina tradicional y a la biomedicina en el territorio.

El relato de *La abuela*, da cuenta una trayectoria médica común a la generación de mujeres nacidas entre 1947 y 1972, que viven cerca de Nazareth. En ellas es común que: i) el embarazo y postparto se abordan exclusivamente desde la biomedicina; ii) parto ocasionalmente se aborda desde la biomedicina, pero no en el Hospital de Nazareth sino en Venezuela; pues allí estaba el acceso, iii) al ingresar a la biomedicina, las mujeres tienen que adoptar roles que no son propios de su cultura, como fingir o exagerar el dolor para recibir la atención; iv) como el viaje a Venezuela implica costos y no se percibe el parto tenga mayores complicaciones, se atiende predominantemente desde la medicina tradicional; v) las mujeres de esta generación comparten gran parte de las prácticas de cuidado y de la noción de riesgo de la medicina tradicional, debido a que ellas mismas, al tener la edad que tienen y ser mujeres, han cumplido el rol de cuidado de sus seres queridos y de otras mujeres de su comunidad; vi) las creencias en las enfermedades espirituales tienen una alta relevancia en los relatos de las mujeres, que modifican sus conductas para evitarlas; vii) ninguna mujer ha acudido en el embarazo, parto o postparto a un *Piache* o a una *Outsiü*; no porque no crean en él, sino porque no han presentado

religión católica y protestante en el territorio⁵³. De esta manera, la trayectoria médica y las situaciones que influyeron en la toma de decisiones de este relato se expresan en la siguiente imagen:

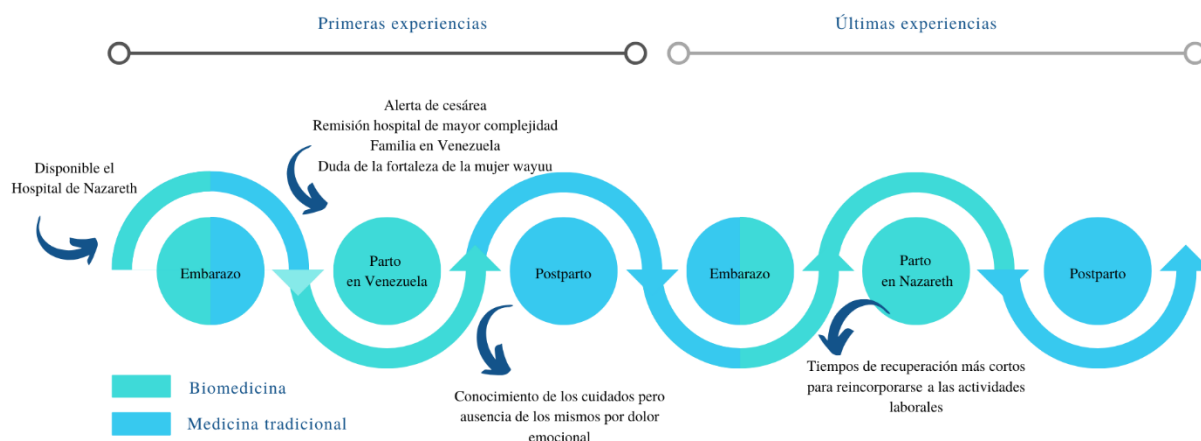


Imagen 18: Trayectoria médica de la generación 2 (La madre). Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, el relato de *La nieta*, da cuenta de las trayectorias médicas mujeres que viven cerca de Nazareth, nacidas entre 1985 y el 2000. En ellas es común que i) las relaciones de pareja y la formalización de los vínculos se haya transformado, teniendo relaciones con *alijunas* o con wayuu que no han dado la dote a la familia; ii) la vergüenza asociada a quedar embarazada sin tener ese vínculo genera que ellas opten por esconder su embarazo, y en esa medida, que no tengan prácticas de cuidado ni de la medicina tradicional ni de la biomedicina; iii) cuando el embarazo se hace público, se intensifican los controles prenatales de la biomedicina; iv) el acomodar bebés sigue siendo una práctica recurrente para evitar el viaje fuera del territorio y una cesárea; v) se mantienen las prácticas de cuidado y el uso de recursos de la MT, pero ya no con un convencimiento profundo, sino por la influencia de abuelas y tías, y en menor medida, de las madres; vi) así, también se evidencia que la MT ha incorporado recursos de otras medicinas tradicionales, al combinar plantas que no están nativamente en el territorio y vienen del exterior, como la manzanilla y la canela; vii) además, hay una ruptura importante entre las dos modalidades de la MT; esta ya solo se la considera en su parte natural y botánica; y no en su parte mágico-mítica, debido a la influencia de creencias religiosas, principalmente de tipo

⁵³ La religión católica se cristaliza principalmente en el Internado de Nazareth, en donde se dan las misas. Esta religión tiene influencia en la educación de los niños y adolescentes, pues es la principal institución educativa. Cuando se realiza algún velorio, es frecuente que un padre y una monja visiten la comunidad y den una misa en español. En cuanto a la religión protestante se cristaliza en la figura de misioneros que aprenden wayuunaiki y visitan directamente a las familias a sus ranchos; y realizando cultos en la comunidad. De ahí que en los últimos 20 a 10 años la religión protestante ha ganado legitimidad entre los wayuu.

protestante; viii) al tener que salir del territorio para acceder a biomedicina especializada emerge una nueva experiencia y es la violencia obstétrica. La trayectoria médica y las situaciones que influyeron en la toma de decisiones de este relato se expresan en la siguiente imagen:

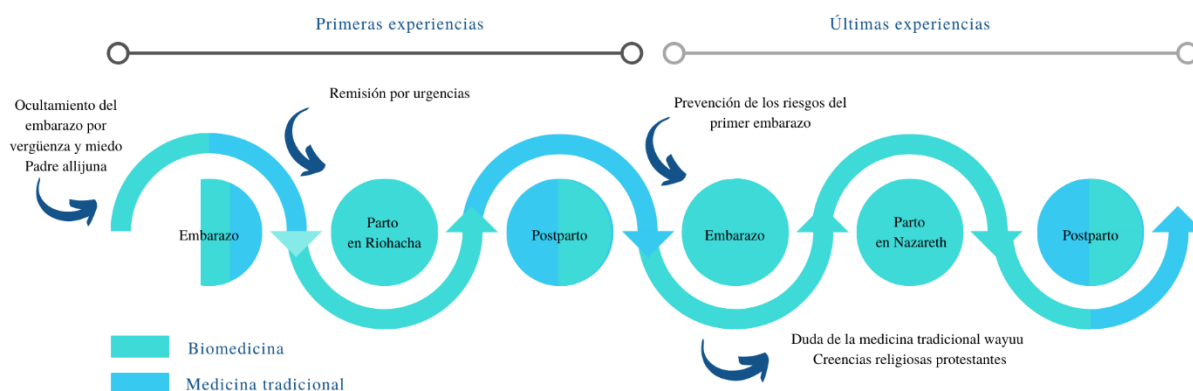


Imagen 19: Trayectoria médica de la generación 3 (La nieta). Fuente: Elaboración propia.

Las imágenes 17, 18 y 19 dan cuenta de cómo la biomedicina ha ganado legitimidad en las prácticas de cuidado de las mujeres cercanas a Nazareth, las cuales, no abandonan la medicina tradicional wayuu, sino que la combinan, ajustándola, resignificándola y tomando de ella los elementos que son congruentes con nuevas experiencias, creencias y prácticas, vinculadas a cambios en el acceso a educación, el acceso laboral, las creencias religiosas y los vínculos de pareja. Además, se constata que cada vez se acude con menor frecuencia a la medicina tradicional, y cada vez con mayor frecuencia a la biomedicina, en especial en el embarazo y el parto. En consecuencia, es notable que a medida en la que cambian las generaciones, el sector popular se distancia más de la medicina tradicional.

En la tabla siguiente destaco los elementos de cada sistema médico que ingresan o se abandonan de acuerdo con las generaciones.

Tabla 3: Trayectorias médicas comparadas generacionalmente

| Sistema médico | Momento | Generación 1 (La abuela) | Generación 2 (La madre) | Generación 3 (La nieta) |
|----------------------|----------|--|---|---|
| Medicina tradicional | Embarazo | Alimentación, regulación del ejercicio físico, | Alimentación, uso de plantas medicinales, | Masajes para acomodar al bebé y uso plantas |

| | | | | |
|--------------------|-----------|---|--|---|
| | | uso de plantas medicinales, los masajes para acomodar al bebé, y restricción del contacto y contaminación profana. Creencia en el piache. | masajes para medicinales con acomodar al bebé, Creencia en el piache solo si cura en nombre del Dios católico. | |
| | Parto | Parto vertical en chinchorro | No | No |
| | Postparto | Cuarentena (mismos cuidados del embarazo) Prácticas de expulsión de sangre | Cuarentena (mismos cuidados del embarazo) Prácticas de expulsión de sangre | Plantas medicinales |
| | Embarazo | No | Controles prenatales sin continuidad. | Controles prenatales durante todo el embarazo |
| Biomedicina | Parto | Parto en posición de litotomía | Parto en posición de litotomía | Cesárea y parto en posición de litotomía |
| | Postparto | No | No | Suplementación vitamínica |

De acuerdo con la anterior, las prácticas de la medicina tradicional que continúan teniendo vigencia son el uso de plantas medicinales y los masajes para acomodar al bebé en el vientre y evitar así cesáreas; en congruencia, las prácticas de la biomedicina que se introducen y adquieren legitimidad son el parto horizontal en posición de litotomía, y en menor medicina los controles prenatales y la suplementación vitamínica.

Nuevos desafíos

El conocimiento que tienen las cabezas médicas de la medicina tradicional se agota al intentar abordar la salud de las mujeres más jóvenes de su misma comunidad, porque estas tienen construcciones simbólicas diferentes, y en esa medida, expectativas y temores que las mujeres de otras generaciones no. Pasa lo mismo con el sistema de salud biomédico, el cual al entender la salud como un elemento biológico, no tiene en consideración las creencias y necesidades en salud diferenciales de las mujeres. Esto supone retos enormes para pensar un sistema de salud ajustado territorial y culturalmente; porque ya no solo hay que pensar una política de articulación intercultural sino también intergeneracional. Solo cuando las cabezas médicas de ambos sistemas médicos puedan entender reflexivamente estas diferencias, se podrán trazar estrategias comprensivas, dialógicas y efectivas de salud intercultural.

Consideraciones finales

En este ejercicio de investigación tuve como inquietud central el desafío de construir un sistema de salud sensible a las particularidades culturales y territoriales de una población, como apuesta para mejorar el acceso y el derecho a la salud de estas comunidades. Para desarrollarlo me enfoqué en el caso de la comunidad indígena wayuu en el Corregimiento de Nazareth en la Alta Guajira, especialmente en el embarazo, parto y postparto. Con el fin de explorar esta inquietud, recurrí a voces llenas de entramados, matices y aristas, las cuales me mostraron que la comprensión de la salud desborda los procesos que ocurren en el cuerpo, y que, por ende, es indispensable y urgente entender la salud como un proceso vivo, estrechamente relacionado con la cultura y las sensibilidades, contradicciones, cambios y continuidades que habitan a las personas que la conforman.

Así como yo viví y descubrí dichas voces, quise que quien leyera este ejercicio de investigación pudiera aproximarse a ellas de una forma cercana y empática, que posibilitara el reconocimiento y la comprensión de sus visiones de mundo desde sus propios términos. Esta apuesta metodológica y ética representa en esencia la reivindicación de que todas las decisiones colectivas –en este caso referentes a la salud– precisan la emergencia y el encuentro de las perspectivas de quienes están en el territorio y fuera del mismo. Estas voces fueron tejidas en relatos y posteriormente analizadas de acuerdo con mi interés investigativo a lo largo de cuatro apartados.

En el primer apartado, denominado *Conocimiento, cultura y salud* abordé las conexiones entre el problema, la justificación, la teoría, el objetivo y la metodología que orientaron este ejercicio investigativo, dando cuenta de la pertinencia de los estudios en ciencias sociales para trazar puentes de dialogo entre visiones diversas del cuidado de la salud. En el segundo apartado, llamado *El territorio y su gente* describí algunos elementos indispensables para pensar los sistemas y las trayectorias médicas en Nazareth, exaltando el carácter diferencial que tiene su ubicación geográfica, los recursos ecosistémicos presentes en el territorio y la población que allí se encuentra, presentando el difícil acceso como una de las características centrales que configura la experiencia de la salud y de la enfermedad en el territorio.

En el tercer apartado denominado *Entre chinchorros y camillas de parto*, presenté el relato de *La partera y El médico*, los cuales que dieron cuenta de la medicina tradicional wayuu y la biomedicina, como sistemas médicos; y comparé los hallazgos encontrados en torno a la teoría, la cabeza médica y la praxis (prácticas de cuidado de la salud, identificación del riesgo, prácticas de atención a la enfermedad) de ambas medicinas, así como sus diferencias, limitaciones, relaciones, tensiones y posibilidades de encuentro. A partir de las cuales pude advertir que la biomedicina en Nazareth no tiene la capacidad de proporcionar oportuna y resolutivamente servicios de salud a la población, es decir no tiene cobertura. Por el contrario, la medicina tradicional wayuu sí tiene cobertura en el territorio y además conserva recursos y prácticas en salud benéficas para el bienestar de las mujeres indígenas. Lo anterior permite poner de manifiesto que la articulación entre ambas mediciones es fundamental, no solo porque en el territorio es la única forma de abarcar a toda la población, sino también, porque la calidad de la salud mejora en la medida en que dos visiones de salud diferentes se complementan de una manera dialógica y horizontal.

No obstante, los dos sistemas médicos en cuestión no tienen una articulación ni un dialogo fluido. Ambas medicinas se encuentran principalmente en las prácticas de curación de la enfermedad, pero es allí donde menos recursos tienen y donde sus visiones de la salud y la enfermedad son más distantes. De acuerdo con esto, sugiero que una mejor ruta para articular ambas medicinas se encuentra en los cuidados y en la identificación del riesgo, pues es allí donde son más cercanas y complementarias. Sin embargo, para alcanzar tal articulación, es preciso construir y fortalecer canales de bilaterales de diálogo y legitimidad que posibiliten el reconocimiento mutuo de los recursos en salud de cada sistema médico. Esos canales deben

ser amplios y multinivel, involucrando las diferentes capas y jerarquías institucionales de la biomedicina.

Siendo consciente de que lo que posibilita la existencia de estos sistemas médicos son las personas, sus creencias, motivaciones y decisiones, recurrí también a las voces de mujeres de diferentes edades cercanas a centro poblado de Nazareth, particularmente a sus experiencias en el embarazo, parto y postparto. En el apartado *La salud en la cultura wayuu entre cambios y permanencias* fue posible advertir empíricamente el carácter vivo de la cultura, en donde se evidencian cambios y continuidades a partir de nuevos recursos y contactos con nuevas ideas.

En generación de *La abuela* las decisiones de a qué sistema médico acudir se orientaron según los recursos en salud disponibles y las creencias asociadas los mismos configuradas en espacios de socialización como el Internado. La biomedicina ya era legítima, y por ello, la mujer viajó a Venezuela para su primer parto; al considerar que el proceso de gestación, parto y postparto no requiere mayores cuidados decidió tener sus experiencias en el ámbito de la medicina tradicional, teniendo cuidados tanto de enfermedades físicas, como de enfermedades espirituales y considerando legítimas a las cabezas médicas de ambas modalidades, esto es, la partera y el *piache*. Cabe decir que el regreso a Nazareth fue principalmente motivado por la muerte de un familiar y el deseo de acompañar a su familia.

En la generación de *La madre*, la biomedicina y la medicina tradicional wayuu se combinan, siendo ambas legítimas. No obstante, tiene predominio el parto en el Hospital, debido a la creencia de que los tiempos de recuperación allí son más cortos y esto posibilita regresar a las actividades laborales y domésticas más rápido. A excepción del parto vertical en chinchorro, la mayoría de las prácticas de la medicina tradicional se conservan, con ligeras modificaciones, en especial en la modalidad mágico-mítica, pues se continúa creyendo y acudiendo al *piache*, pero sólo si cura por medio de oraciones religiosas de tipo católico.

En la generación de *La hija*, la legitimidad de la biomedicina aumentó considerablemente y disminuyó la confianza y la legitimidad en la medicina tradicional, en particular en la modalidad mágico-mítica, debido al ingreso de creencias religiosas protestantes. Pese a que no existían cuestionamientos a la biomedicina, la mujer no acudió a esta en su primer embarazo, porque sentía vergüenza de su embarazo sin contar con una relación de pareja formal. Lo cual generó riesgos tanto en su vida como la de su hijo. Las únicas prácticas de la medicina

tradicional que conoce y ha empleado por la insistencia de su familia son el uso de las plantas medicinales y los masajes para acomodar el bebé en el vientre.

Así, las motivaciones que impulsan a acceder a uno u otro sistema médico están estrechamente relacionadas con cambios en el acceso a educación, el acceso laboral, las creencias religiosas y los vínculos de pareja. Es allí donde están las interrelaciones entre conocimiento, cultura y salud. Además, es allí donde se advierte que hablar de la articulación de los sistemas médicos desde una perspectiva intercultural, sin incluir una perspectiva de cambio en la cultura misma, tendría resultados limitados, en la medida en que las mujeres de diferentes generaciones tienen diferentes experiencias, creencias y necesidades en salud. Por ello, tanto la medicina tradicional como la biomedicina deben poder entender reflexivamente las expectativas y necesidades diferenciales en salud que tienen las mujeres de diferentes generaciones, pues sólo así podrán ser cercanas y eficaces.

Dado el alcance de mi ejercicio de investigación, es preciso seguir explorando y recorriendo los necesarios caminos para entender y construir el derecho a la salud desde la diversidad, por ello animo a continuar las investigaciones en salud conectadas con la cultura, desde equipos interdisciplinarios y transdisciplinarios, en donde las y los wayuu tengan un rol central en la formulación e investigación misma, pues tienen una facilidad de lenguaje y de visión de mundo para alcanzar comprensiones que difícilmente alcanzaría un alijuna. En este sentido, las recomendaciones de investigación propuestas son: i) profundizar en los análisis de la construcción del conocimiento en torno a salud, en el caso de los wayuu vinculando y analizando el sueño, la figura del *yoluja* y la situación de salud, entre otros, ii) investigar la transformación generacional en los rituales femeninos como el encierro y la dote y la relación con la transmisión de conocimientos de la medicina tradicional wayuu en salud entre las mujeres; iii) ahondar en el ingreso de creencias religiosas en el territorio y sus impactos en la confianza del pueblo wayuu en la modalidad mágico-mítica de la medicina tradicional; iv) complejizar las indagaciones en las diferencias de etiología de la enfermedad, enfocándose en unidades de análisis más pequeñas, esto es, en lugar de ver embarazo, parto y postparto en general, revisar situaciones en salud puntuales; v) abordar otros campos problemáticos en términos de salud pública, como la desnutrición infantil y la mortalidad asociada a la misma; y vi) ampliar la indagación de la construcción de la noción de salud y enfermedad desde óptimas de bienestar mental, emocional y social y sus relaciones.

Finalmente, concluyo recordando que "las ciencias de la salud son típicamente ciencias de frontera. Las soluciones surgen de las áreas de contacto entre la medicina, la biología, la farmacología, la química, las ciencias sociales, etc... Avanza no sólo el que tenga más conocimientos, sino el que mejor los combine" (Lage en García y Rojo, 2000). Y que, para entender dichas fronteras, son indispensables la reflexividad y la complementariedad de miradas, que permitan el florecimiento de nuevas formas de pensar y organizar colectivamente un área fundamental de la vida misma que es la salud.

Referencias

- Alarcón, J. (2016). La sociedad wayuu: entre la quimera y la realidad. *Gazeta de Antropología*, 22, artículo 21.
- Alonso, J. (2012). Medicina alopática y medicina alternativa: ¿opuestas o complementarias? En *Revisa Clarín Salud*.
- American Sociological Association. (2019). Medicine and Health. Consultado en <https://www.asanet.org/topics/medicine-and-health>
- Arbeláez, C. (2005). Diversidad cultural: el mayor desafío a la salud pública contemporánea. *Palimpsestvs*, pp 42-51.
- Atlas Amigoniano. (s.f.). Internado Indígena de Nazareth. Consultado el 9 de junio de 2019 en <http://www.atlas.amigonianos.com/organization/view?id=42>
- Banco de la República. (2017). La mortalidad y desnutrición infantil en la guajira. ISSN 1692 – 3715.
- Banredcultural. (2017). "Vaya, mire y me cuenta" - Discurso de Alfredo Molano al recibir el Doctorado Honoris Causa de la Universidad Nacional de Colombia. Consultado en <https://www.banrepcultural.org/noticias/vaya-mire-y-me-cuenta-discurso-de-alfredo-molano-al-recibir-el-doctorado-honoris-causa-de>
- Bula Romero, A., Galarza, K. (2017). Mortalidad materna en la gestante Wayúu de Uribia, Departamento de la Guajira, Colombia. Estudio descriptivo año 2016. *Enfermería (Montev.)*. Jun; 6 (1) 46-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v6i1.1369>

- Campos, R., Peña, E., y Maya, A. (2017). Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). *Salud Colectiva* 3(3), pp. 443-455.
- Cano, C., Van der hammen, M., y Arbeláez, C. (2010). Sembrar en medio del desierto, ritual y agrobiodiversidad entre los wayuu. Instituto Alexander Von Humboldt, Tropenbos internacional Colombia, Parque nacional natural Macuira de la UASPNN. Bogotá D.C., Colombia. Constitución Política de Colombia [Const.] (1991) Artículo 17 [Título I]. 2da Ed. Legis.
- Carballo, J. (2009). Breve historia de la industria farmacéutica. *Odont Moder* 200, p. 16.
- Cepeda, A. (2018). *Diario de campo*. Nazareth, Uribia.
- Cepeda, A. (2019). *Diario de campo*. Nazareth, Uribia.
- Chacín, H. (2019). Entrevista 9. (A. Cepeda, Entrevistadora)
- CIMS. (s.f). Los riesgos del nacimiento por cesárea para la Madre y el bebé. Consultado en https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/cesarea/3._%20Los%20Riesgos%20del%20Nacimiento%20Por%20Ces%C3%A1rea%20Para%20La%20Madre%20y%20El%20Bebe_CIMS.pdf
- Congreso de Colombia (10, noviembre, 1964) Ley 19. Consultado en <https://www.laguajira.gov.co/web/attachments/article/1169/Ley%2019%20de%201964.pdf>
- Córdoba, J. (2012). *En tierras paganas Misiones católicas en Urabá y en La Guajira, Colombia, 1892-1952* (tesis doctoral de historia). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Corte Constitucional. (2017). Sentencia T-32 de 2017. [MP Aquiles Arrieta Gómez]. Consultada en https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2018/06/T-302-de-2017_Guajira.pdf
- DANE. (2013). Glosario de Términos para el Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales. Consultado en https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/glosario_sistema_Regis_Civil_Es_Vitales_08_13.pdf

- Delgado, A. (2012). ¿Los animales son mis abuelos o son parte de una organización política? A propósito de las metáforas en la educación intercultural biligüe wayuu. *Forma y Función* vol 25: 2.
- Díaz, E. (2017). Sobre la historia de la medicina y la educación médica. En *La humanización de la salud. Conceptos, críticas y perspectivas*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Donati, P. (1994). *Manual de la sociología de la salud*. Ediciones Días de Santos.
- Duarte, M., Ortega, M., Mora, L., y Coromoto, N. (2011). Un modelo de atención en salud al pueblo wayúu en la frontera colombo-venezolana. *Rev Panam Salud Publica*. ;30(3):272–8.
- Durkheim, E. (1971). *El suicidio. Estudio de Sociología*. Buenos Aires: Shapire.
- El Espectador. (2016). El creador del primer hospital multicultural de la Alta Guajira. Consultado en <https://www.elespectador.com/noticias/salud/el-creador-del-primer-hospital-multicultural-de-alta-gu-articulo-672102>
- El Tiempo. (1994). Nazareth, Manantial Guajiro. Consultado en <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-178063>
- Emagister. (s.f). Maternal I. Macu. Consultado en https://www.emagister.com/uploads_courses/Comunidad_Emagister_65225_65225.pdf
- Fernández, F. (2017). Estudiantes en los partos: protección de la intimidad y dignidad de las mujeres en la atención obstétrica. Consultado en <https://www.elpartoesnuestro.es/tag/clinica-o-hospital>
- Flores, J. (2011). *Interculturalidad en salud y eficacia: algunas indicaciones de uso para OGND con proyectos de salud en América Latina*. Mundos Nuevos [En línea], Debates, 2011, Puesto en línea el 31 marzo 2011, Consultado en: <http://nuevomundo.revues.org/61232>
- Foster, G. y Anderson, B. (1978) *Medical Anthropology*. New York: McGraw-Hill.

- García, D. (2019). Entrevista 4. (A. Cepeda, Entrevistadora)
- Garzón, O. (2015). Aproximación a un estado del arte sobre prácticas de medicina tradicional y popular en Hispanoamérica. *FOLIOS Segunda época • Número 41*, pp. 157-168.
- Gobernación de la Guajira (2017). *Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de la salud 2017 del Departamento de la Guajira*.
- Gutiérrez, P. (1985). Medicina tradicional de Colombia. Magia, Religión y Curanderismo [Tomo I]. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia: Editorial Presencia Ltda.
- Hernán, M., Morgan, A., & Mena, A. (2010). Formación en salutogénesis y activos
- Hilario, C. (2005) *Semántica y Etnomedicina wayuu*.
- Hilario, C. (2016) *Asombros del pueblo wayuu*. Cabimas: Fondo Editorial UNERMB. Consultado en <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Venezuela/ceshc-unermb/20160906072400/APW.pdf>
- Hospital de Nazareth. (2018). Informe estadístico Primer semestre del 2018 / 10 primeras causas de mortalidad.
- Ipuana, A. (2019). Entrevista 18. (A. Cepeda, Entrevistadora)
- Ipuana, A. (2019). Entrevista 3. (A. Cepeda, Entrevistadora)
- Jaramillo, A. (2018). Sueños que guían, enseñan y recuerdan: Los sueños en la cultura Wayuu. [Tesis de pregrado]. Pontificia Universidad Javeriana: Bogotá.
- Jaramillo, J. (2004). ¿Qué se entiende por el concepto de Cultura? *Revista Salud y cultura*. Facultad de Ciencias de la Salud de UCEVA.
- Jayariyu, R. (2019). Entrevista 14. (A. Cepeda, Entrevistadora)
- Jayariyu, S. (2019). Entrevista 15. (A. Cepeda, Entrevistadora)
- Jusayu, A. (2019). Entrevista 12. (A. Cepeda, Entrevistadora)

- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: And Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. University of California Press, Berkeley.
- Lecairdi y Feixa. (2011). El concepto de generación en las teorías de la juventud. *ULTIMA DÉCADA* N°34, CIDPA VALPARAÍSO, JUNIO 2011, PP. 11-32.
- Leccardi, C., y Feixa, C. (2011) El concepto de generación en las teorías sobre la juventud. *Última Década*, núm. 34, junio, pp. 11-32. Consultado en <https://www.redalyc.org/pdf/195/19518452004.pdf>
- León, R., y Benderson, R. (1996). Medicina teórica. Definición de la medicina y su relación con la biología. *Rev Med Hered* 7: 1-3.
- Lozano, E., y Salazar, M. (2017). Evolución histórico-política de la salud indígena en Caldas: aproximación a la determinación social en salud. *Hacia Promoc. Salud*. 2018; 23 (1): 125-140. DOI: 10.17151/hpsal.2018.23.1.9
- Manheim, K. (1993). El problema de las generaciones. Reis: Revista española de investigaciones sociológicas, ISSN 0210-5233, N° 62, pp. 193-244. Consultado en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=766796>
- Marx, K., y Engels, F. (1974) *La ideología alemana*. Quinta edición. Barcelona: Ediciones Grijalbo, S.A. Montevideo: Ediciones Pueblos Unidos.
- MedlinePlus. (2019). Benigno. Consultado en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002236.htm>
- Melguizo, E., y Alzate, M. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Avances en enfermería*., Volumen 26, Número 1, p. 112-123.
- Merino, M. (2018). Ventajas y desventajas del parto vertical. Consultado en <https://okdiario.com/bebes/ventajas-desventajas-parto-vertical-2106676>
- Minsalud. (2016). Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia. Consultado en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>

- Minsalud. (2018). Lineamientos técnicos para la articulación de las medicinas y terapias alternativas y complementarias, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Consultado el 7 de julio de 2019 en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/lineamientos-mtac-sgsss.pdf>
- Minsalud. (2019). Pueblos indígenas. Consultado el 10 de junio en 2019 <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/Pueblos-indigenas.aspx>
- Molano, A. (2011). La gente no habla en conceptos, a menos que quiera esconderse. Revista anthropos: Huellas del conocimiento, ISSN 1137-3636, N° 230:101-106.
- NIH. (2019). Diccionario medicina occidental. Consultado en <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/medicina-occidental>
- Ortiz, F. 2002. El contrapunteo del tabaco y el azúcar. Madrid: Cátedra Editorial.
- para la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. ISBN 978-84-695-7462-1
- Parsons, T. (s.f). El sistema social. Consultado en <https://teoriasuno.files.wordpress.com/2013/08/el-sistema-social-talcott-parsons.pdf>
- Perpiñan, D. (2019). Entrevista 2. (A. Cepeda, Entrevistadora)
- Perrin, M. (1980). El camino de los indios muertos. Caracas, Venezuela: Monte Ávila Editores.
- Plan Municipal de Desarrollo de Urbía 2016-2019. (2016). Todo por Urbía. Consultado el 9 de junio de 2019 en <http://www.uribia-laguajira.gov.co/Transparencia/PlaneacionGestionControl/PLAN%20%20%20MUNICIPAL%20DE%20%20DESARROLLO%20DE%20URIBIA%20%20VERSION%20%20FINAL%20%20MAS%20%20FIRMAS%20%20MESA%20DIRECTIVA%20%20Y%20%20PARRAFO.pdf>
- Polo, N. (2015). La cultura y el sistema de normas Wayuu. Nuevo Derecho, Vol. 11, No. 17, julio-diciembre de 2015, pp. 65-78 - ISSN: 2011-4540. Envigado, Colombia.
- Pushaina, D. (2019). Entrevista 13. (A. Cepeda, Entrevistadora)

Pushaina, R. (2019). Entrevista 5. (A. Cepeda, Entrevistadora)

Quattrocchi, P. (2006). ¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán. *Península* vol.1 no.2 Mérida sep./dic. Consultado en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-57662006000200006

Ramirez, N. (2011). Embarazo, Parto y Dieta, Concepciones y Prácticas de la mujer Wayúu en el municipio de Hatonuevo- La Guajira. [Tesis de pregrado de antropología]. Universidad del Magdalena, Santa Marta.

Rivadeneria, A. (2019). Entrevista 1. (A. Cepeda, Entrevistadora)

Roberti, E. (2017). Perspectivas sociológicas en el abordaje de las trayectorias: un análisis sobre los usos, significados y potencialidades de una aproximación controversial. *Sociologias*, Porto Alegre, no 45, p. 300-335.

Rojo Pérez, N., & García González, R. (2000). Sociología y salud. Reflexiones para la acción. *Rev Cubana Salud Pública*;24(2):91-100

Rosado, J. (2017). *Farmacopea Guajira. Mitos, tradiciones y saberes de los wayuu*. Riohacha: Universidad de la Guajira [3ra edición].

Ruiz, M. (2017). Prácticas culturales de cuidado en gestantes indígenas de la etnia wayuu: una mirada etnográfica. (Tesis de maestría). Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.

Salamanca, E. (2016) ABC para el fortalecimiento del diálogo intercultural del pueblo indígena. Colombia Ministerio de Minas y Energía y Asociación de Autoridades Tradicionales Wayuu PALAIMA. Bogotá D.C., Colombia. Consultado en <https://biblioteca.minminas.gov.co/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=6088>

Sarmiento, C. (s.f.) COMENTARIOS A NIVELES DE COMPLEJIDAD Y ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD En Proyecto de Consultoría y Asistencia Técnica con la Comisión de Regulación en Salud -CRES. Consultado en <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20CRES/Acuerdo%2008%20de%202009%20-%20Anexo%203%20->

[%20Comentarios%20complejidad%20y%20promocion%20de%20la%20salud%20y%20prevencion%20enfermedad.pdf](#)

Semana. (2001). El barbudo de los wayuu. Consultado en <https://www.semana.com/especiales/articulo/el-barbudo-wayuu/48779-3>

Sijuana, S. (2019). Entrevista 17. (A. Cepeda, Entrevistadora)

Stanford Children's. (2019). Episiotomía. Consultado en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=episiotom-a-92-P09289>

Suarez, R., Beltrán, E., y Sánchez, T. (2006) El sentido del riesgo desde la antropología médica: consonancias y disonancias con la salud pública en dos enfermedades transmisibles. Antípoda n °3 julio -diciembre de 2006 páginas 123-154 ISSN 1900 -5407.

Suero, B., Lima, R., Lima, A. (2004). Experiencia en el uso de las trayectorias clínicas de la resección transuretral del tumor vesical y el adenoma de próstata. Asociación Española de Enfermería en urología: núm. 92. Octubre/noviembre/diciembre, pp. 21-24.

Uliana, C. (2019). Entrevista 11. (A. Cepeda, Entrevistadora)

Uliana, L. (2019). Entrevista 8. (A. Cepeda, Entrevistadora)

Uliana, M. (2019). Entrevista 10. (A. Cepeda, Entrevistadora)

Uliana, M. (2019). Entrevista 6. (A. Cepeda, Entrevistadora)

Uliana, M. (2019). Entrevista 7. (A. Cepeda, Entrevistadora)

Uliana, Y. (2019). Entrevista 16. (A. Cepeda, Entrevistadora)

Vergara, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, pp 41 - 50.

Villar, M (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta Med Per 28(4). Consultado en <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>

Vivas, P. (2018). *Memorias de la mochila indígena Kankuama. Etnografía entre montañas* (tesis de pregrado de sociología). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

WHO. (2019a). Mortalidad materna. Consultado en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

WHO. (2019b). Medicina tradicional: definiciones. Consultado en https://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/

Anexos

Anexo 1: Preguntas orientadoras para las entrevistas

Para cabezas médicas de la medicina tradicional: ¿cuál es tu historia y cómo llegaste a ser partera/otusü/piache?, ¿dónde realizas la atención y cómo te contactan las mujeres?, ¿qué consejos le das a una mujer wayuu para que se cuide durante el embarazo, parto y postparto?, ¿cómo es un parto tradicional wayuu?, ¿qué te indicaría a ti que algo está saliendo mal o que la salud de la mujer está en peligro o en riesgo?, ¿qué haces en esos momentos?, ¿cómo es tu relación con el Hospital de Nazareth?

Para cabezas médicas de la biomedicina: ¿cuál es tu historia y cómo llegaste a trabajar al Hospital?, ¿cómo funciona el Hospital para la atención de salud materna?, ¿qué se hace desde el Hospital para cuidar la salud materna y atender casos de riesgo en el embarazo, parto y postparto de las mujeres wayuu? ¿cuáles son las fortalezas y cuáles los desafíos de esa atención?, ¿existen experiencias de articulación con la medicina tradicional wayuu en Nazareth?

Para mujeres wayuu: ¿cuál es tu historia?, ¿cuántos hijos tienes?, ¿cómo fue la experiencia de tu primer hijo?, ¿cómo te cuidaste en ese momento?, ¿alguien te ayudó (una partera o un médico) ?, si te ayudó una partera o un médico ¿cómo te sentiste?, ¿cómo fue todo, el trato, los cuidados, los riesgos?, ¿tuviste alguna complicación o enfermedad?, ¿qué hiciste en ese momento?, ¿en algún momento visitaste a un piache o a una Outsü?

Anexo 2: Perfiles de las entrevistas

Perfiles de la biomedicina en el Hospital de Nazareth⁵⁴

⁵⁴ En el sistema de salud colombiano hay dos figuras fundamentales, la EPS y la IPS, ambas se interrelacionan profundamente, pero se elige priorizar para este trabajo de grado la IPS, pues es la que presta directamente la atención a las personas, y para los habitantes de Nazareth representa la cristalización del sistema profesional de salud.

| Cargo | Origen | Experiencia en el Hospital | | Descripción |
|--------------------------------------|---------|----------------------------|--|--|
| | | | | |
| Subgerente científico | Alijuna | 7 años | | Nació en Riohacha. En el Hospital ha trabajado como médico general y coordinador médico. No habla wayuunaiki. |
| Coordinador a de promotores de salud | Alijuna | 5 años | | Nació en el Cesar. Es nutricionista y Especialista en Alimentación y Nutrición en Promoción de la Salud. No habla wayuunaiki. |
| Auxiliar de enfermería | Wayuu | 25 años | | Nació en la Alta Guajira. Acompaña a los médicos generales en la atención del embarazo, parto y posparto de las mujeres que acuden al centro de salud. |
| Promotora de salud | Wayuu | 10 años | | Nació en la Alta Guajira. Trabaja en diferentes comunidades en promoción y prevención en salud (PyP). Además, ha atendido partos domiciliarios en las comunidades que trabaja. |

Perfiles de la medicina tradicional wayuu

| Nombre | Rol | Clan | Comunidad | Experiencia | Descripción |
|---------|---------|----------|--------------|-------------|--|
| Raquel | Partera | Pushaina | Ureuka | 25 años | Participó de forma reciente en una capacitación de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) a parteras en el territorio. No habla español. |
| Mística | Partera | Uliana | Kulesia mana | 35 años. | Participó de forma reciente en una capacitación de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) a parteras en el territorio. No habla español. |

| | | | | | |
|-------------------|--------------------------------------|--------|-------------|---------|--|
| Mireya | Partera /Autoridad tradicional | Uliana | Mochomana | 40 años | Es autoridad tradicional de la comunidad de Mochomana hace 25 años. Habla fluidamente el español. |
| Luis | Outshio piache | Uliana | Kulesiamana | | Habla con muchas dificultades el español. |
| Hilario Chacín | Investigador en etnoeducación | - | Nazareth | - | Es magister en Educación Intercultural Bilingüe, Especialista en Educación Intercultural Bilingüe de la Universidad Mayor San Simón de Bolivia con diplomados en participación política de los pueblos indígenas de la Universidad de Chile. |

Perfiles de mujeres indígenas wayuu

| Nombre | Edad | Hijos | Clan | Comunidad | Descripción |
|-----------|------|-------|--------|--------------|---|
| Mireya | 72 | 7 | Uliana | Mochomana | Autoridad tradicional de la comunidad desde 1996. Tuvo 5 hijos en el casa y 2 hijos en el Hospital. Su primer hijo lo tuvo a los 23. |
| Chela | 58 | 7 | Uliana | Monte de oro | Su abuela era Outsü y su padre alijuna. No tuvo encierro. Tuvo algunos hijos en el Hospital, algunos con partera y otros sola. Su primer hijo lo tuvo a los 29. |
| Alejandra | 46 | 7 | Jusayu | Nazareth | Trabaja en un restaurante del centro poblado de Nazareth. Tuvo la mayoría de sus hijos en Vanezuela. |

| | | | | | |
|---------|----|---|----------|-------------|--|
| Dayana | 39 | 5 | Pushaina | Ureuka | Madre comunitaria y vacunadora del Hospital. Hija de una partera. Tuvo todos sus hijos en el Hospital, uno de ellos por cesárea. Tuvo su primer bebé a los 19 años. |
| Rita | 38 | 3 | Jayariyu | Yorijarú | Profesora de primera infancia en el Centro de Desarrollo Infantil (CDI) del ICBF de Nazareth. Al quedar embarazada, viajó a Maracaibo para tener en un Hospital de allí a sus hijos. Tuvo su primer bebé a los 28. |
| Silenes | 36 | 5 | Jayariyu | Yorijarú | Madre comunitaria. Todos sus hijos los tuvo en el Hospital de Nazareth. Hija de la autoridad tradicional de la comunidad. Tuvo su primer hijo a los 19 años. |
| Yusmery | 25 | 3 | Uliana | Kulesiamana | Madre comunitaria, líder de asociación de artesanas, hija de una partera. |
| Siul | 24 | 2 | Sijuana | Nazareth | Tuvo una cesárea de emergencia en el Hospital de Riohacha, remitida desde el Hospital de Nazareth. Tuvo su primera hija a los 19 años. |
| Ana | 21 | 1 | Ipuana | Siapana | Madre alijuna. Auxiliar de enfermería y promotora de salud desempleada. Su familia es evangélica. Tuvo su primera hija a los 16 años. |

Anexo 3: Vídeo Demostración masaje wayuu para acomodar al bebé durante el embarazo

https://drive.google.com/file/d/1sc4ZYWTIM2p_mnHSZqWTxQAvNAquQXpY/view?usp=sharing

Anexo 4: Vídeo Demostración parto vertical wayuu

<https://drive.google.com/file/d/1FtuiH4mSl3MYz-GE-wrKKD-mdeH2dyi7/view?usp=sharing>