



# Parir en la diáspora: La experiencia de gestación intercultural de las mujeres ngäbe y bugle en Coto Brus, Costa Rica

*To give birth in the diaspora: The intercultural gestation experience of Ngäbe and Bugle women in Coto Brus, Costa Rica*

Viviana Guerrero Chacón\*

Recibido: 26 de agosto de 2025

Aceptado: 12 de noviembre de 2025

Publicado: 20 de marzo de 2026

Artículo original

## Resumen

Este artículo reflexiona sobre la experiencia de gestación y parto intercultural de las mujeres indígenas de la comunidad ngäbe y bugle en Coto Brus, Costa Rica. Aborda los desafíos sociales, económicos, culturales y médicos que enfrentan estas mujeres en torno a la atención sanitaria del embarazo y el parto, y enfatiza el sentido diaspórico de su vivencia. Contextualiza la diversidad cultural y étnica costarricense, así como las particularidades de la comunidad ngäbe y bugle, sus desafíos en la migración transfronteriza entre Costa Rica y Panamá, y las situaciones de exclusión y precariedad social y laboral a las que la comunidad está expuesta. Se hace especial énfasis en las nociones espirituales de la comunidad y su visión de la salud en *continuum* con esa cosmogonía. Posteriormente, se expone el contexto general de la atención materno-infantil en el sistema de salud costarricense y las políticas públicas existentes en torno al tema. Aunado a ello se explican las acciones implementadas por el Estado para la atención ginecobstétrica de esta población originaria y migrante transfronteriza; especialmente la lógica y el sentido del Equipo Básico de Atención Integral en Salud La Casona. Por último, se problematizan tales acciones desde tres enfoques: la comunidad ngäbe y bugle como diáspora en resistencia a la imposición cultural del Estado; desde la noción de cohabitación y la interculturalidad que busca una configuración correlacional de la toma de decisiones de política sanitaria; y desde la crítica a la noción de gestión intercultural del parto del Estado costarricense en la que persiste la noción vertical y colonial de gestión del embarazo y parto. Desde ahí se ofrecen oportunidades de mejora al Estado para impulsar una atención médica respetuosa, pertinente y acorde a los derechos humanos.

## Palabras clave:

bioética,  
embarazo,  
feminismo,  
cultura

\* Universidad de Costa Rica, Costa Rica. <https://orcid.org/0009-0007-7123-7143>. Correo electrónico: [viviana.guerrerochacon@ucr.ac.cr](mailto:viviana.guerrerochacon@ucr.ac.cr)

## Abstract

This article reflects on the intercultural experience of childbirth for indigenous women from the Ngäbe and Bugle community in Coto Brus, Costa Rica. It addresses the social, economic, cultural, and medical challenges these women face regarding pregnancy and childbirth care, emphasizing the diasporic nature of their experience. The article describes the context of Costa Rican cultural and ethnic diversity, as well as the specifics of the Ngäbe and Bugle community, their challenges in cross-border migration between Costa Rica and Panama, and the situations of exclusion and social and labor precariousness to which the community is forced. Special emphasis is placed on the community's spiritual notions and their vision of health in *continuum* with that cosmogony. The general context of maternal and childcare in the Costa Rican health system and the existing public policies on the subject are then described. In addition, the actions implemented by the State for the gynecological and obstetric care of this indigenous and cross-border migrant population are discussed, especially the rationale and purpose of the La Casona Basic Comprehensive Health Care Equipment. Finally, these actions are problematized from three perspectives: the Ngäbe and Bugle community as a diaspora resisting the cultural imposition of the State; the notion of cohabitation and interculturality that seeks a correlational configuration of health policy decision-making; and the critique of the Costa Rican state's notion of intercultural management of childbirth in which the vertical and colonial notion of pregnancy and childbirth management persists. This is the starting point for offering the State opportunities for improvement that would enable respectful, relevant, and human rights-compliant medical care.

## Keywords:

bioethics,  
pregnancy,  
feminism,  
culture

## Introducción. Los pueblos indígenas en Costa Rica

### *La comunidad indígena ngäbe y bugle, sus características y desafíos*

Costa Rica es un país conocido por sus riquezas naturales y su diversidad cultural. Pese a tener menos de 6 millones de habitantes, en su territorio cohabita población negra, de origen asiático, europea y estadounidense, migrantes nicaragüenses, población urbana, costera, campesina, de montaña e indígena, entre otras. Según el Censo Nacional realizado en 2011 por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, la población indígena comprende alrededor de 2.4 % de la población y habita 6.7 % del territorio nacional (INEC 2011). Esas poco más de 100 mil personas indíge-

nas se agrupan en ocho comunidades: bribri, bröran, brunca, cabécar, chorotega, huetar, maleku y ngäbe y bugle (INEC 2011). Muchos de sus asentamientos se encuentran en zonas montañosas y en lugares alejados de los centros urbanos. Concentran, además, los índices de pobreza más altos, pese al compromiso del país con los distintos convenios internacionales para la protección de los derechos de los pueblos indígenas; por ejemplo, la ratificación en 1993 del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT 2009).

Particularmente, la etnia ngäbe y bugle es la más numerosa de la zona sur de Centroamérica; asimismo, es la que presenta mayores índices de vulnerabilidad social y económica respecto de otras poblaciones indígenas (Solano 2020). La comunidad posee dos lenguas origina-

rias: el ngäbere y el buglére, lo cual, pese a la riqueza cultural que eso significa, trae consigo un mayor desafío comunicativo con las personas hispanoparlantes. Pero el desafío lingüístico no es el único que esta comunidad enfrenta.

La etnia ngäbe y bugle, además, se ubica en una comarca bifronteriza entre Costa Rica y Panamá, es decir, esta comunidad migra constantemente entre un Estado y el otro a razón del trabajo agrícola de café y banano. Por lo general, la población tiene su asentamiento en Panamá, pero con frecuencia transita hacia Costa Rica en búsqueda de oportunidades laborales (AECID-UNICEF 2012). Al migrar, la comunidad se establece en la zona montañosa y húmeda de la provincia de Puntarenas, extendiéndose por los cantones de Osa y Corredores, principalmente en el cantón de Coto Brus, en particular en el distrito conocido como La Casona. Todas aquellas zonas están alejadas, son inhóspitas y no tienen acceso a servicios básicos como la educación o la electricidad,

en estas comunidades es frecuente que las personas estén expuestas a insectos, mordeduras de serpientes, parásitos y otros microorganismos, falta de agua potable y de letrinas, mal manejo de las aguas servidas, entre otras (AECID-UNICEF 2012, 14).

Además del desafío lingüístico y territorial, la comunidad ngäbe y bugle se ha enfrentado al desafío social de la discriminación y la exclusión histórica. Pese a que la población se asentó en la zona desde hace varios siglos,

en los años 30 del siglo pasado fueron expulsados por terratenientes ganaderos y las compañías bananeras de las planicies fértiles que ocupaban, y se vieron forzados a ubicarse en las montañas aledañas. Estas limitaciones territoriales los han obligado a modificar algunas de

sus prácticas y costumbres (AECID-UNICEF 2012, 26).

La modificación más importante tiene que ver con su carácter de comunidad nómada. Como se dijo antes, esta expulsión de su propio territorio ha forzado a la comunidad ngäbe y bugle a migrar de manera binacional. Lo anterior ha provocado que pasarán, de poseer la tierra, a ser la mano de obra barata de los grandes caficultores y bananeros blancos;

la información documental existente desde finales del siglo XIX explica que esta movilización ha sido una forma de sobrevivencia a las presiones sostenidas sobre su territorio histórico hasta el presente (Solano 2020, 270).

Aunado a ese desafío de desterritorialización, se suma el desafío de las condiciones brutales en las que la comunidad transita por ambos países. Esta migración, en general, es a pie y a través de la montaña. Además, el nomadismo o la migración laboral de esta población posee una característica interesante: no sólo transita la persona trabajadora (generalmente los hombres), sino toda la familia, incluyendo infancias y personas adultas mayores (AECID-UNICEF 2012), lo que dificulta la atención en salud de estos sectores de la comunidad, en especial durante el trayecto.

Históricamente, el Estado costarricense ha considerado a la comunidad ngäbe y bugle como panameña, por tanto, ha sido tratada como extranjera en su propia tierra, “lo cual dificultaba el acceso a servicios básicos”. Derivado de ello,

el estigma de “migrante panameño” sirvió como excusa para la inoperancia del Estado en problemáticas tan trascendentales como tenencia de [la] tierra, educación, salud y acceso a la justicia (Solano 2020, 269).

Por eso fue fundamental que, en 1991, el Estado costarricense constituyera un proceso de cedulación para ésta y otras poblaciones indígenas que les permitiera —en el caso de la comunidad ngäbe y bugle— tener acceso a derechos políticos en ambas naciones.

Pese a ello, dicha comunidad aún enfrenta condiciones laborales injustas. Su estatus de trabajo temporal permite que las empresas contratantes aprovechen su situación para explotar su trabajo pagando salarios por debajo del mínimo que establece la ley, negando el acceso a la seguridad social y manteniéndolos en condiciones que bien podrían catalogarse como trabajo esclavo. La situación empeora cuando se trata del trabajo hecho por mujeres:

La movilidad, para el caso de las mujeres indígenas, está orientada a mercados de trabajo precarios, devengando horarios laborales iguales a los varones en el campo, y resolviendo el trabajo doméstico y de cuidado. Su situación se ve encarecida aún más cuando los arreglos económicos se realizan con sus maridos, padres o hermanos, creando una condición de dependencia económica absoluta (Solano 2020, 275).

Es por eso que el caso de las mujeres ngäbe y bugle, principalmente en cuanto al acceso a la salud sexual y reproductiva, debe examinarse a detalle. Pese a su nomadismo y aparente falta de cohesión social, la comunidad ngäbe y bugle posee una rica cultura ancestral que impacta sus costumbres, su cotidianidad, sus valores y visiones del mundo, su idioma, su espiritualidad y hasta su forma de atender las patologías. La espiritualidad ngäbe y bugle posee una cosmogonía que tiene tres planos: el plano de las y los dioses, el plano de los sueños y el plano del agua. En el primer plano se

ubica el dios primigenio Ngöbo, creador de todas las cosas. Ahí también coexisten deidades bondadosas y malhechoras que guían la vida humana. En el segundo plano se ubican los sueños, que funcionan como predictores de eventos a los cuales hay que poner atención. En el tercero, el agua funciona como un camino por el cual pueden entrar o salir las malas energías (MEP 2017). Aunado a ello, la comunidad posee una ritualidad espiritual que se ejerce en las montañas panameñas, por tanto, la migración de un país a otro faculta poder realizar los actos sagrados en los sitios correspondientes; esto pese a que en varias ocasiones el gobierno panameño los desautorizó alegando que eran prácticas violentas (MEP 2017). En cuanto a las enfermedades y su sanación, la comunidad ha desarrollado con amplitud sus conocimientos, principalmente a través del uso de plantas medicinales —como el jengibre, la caña agria, la reina de la noche o los cogollos de guayaba—, y prácticas espirituales que regresan el balance físico y espiritual a la persona, pues su noción de la enfermedad es

resultado del desequilibrio del ser humano con su ambiente más inmediato y con las esferas espirituales, es por ello que, de acuerdo a la historia, se considera que las enfermedades pertenecen a dos grupos: las enfermedades causadas por factores sobrenaturales (encantos, vientos, espíritus, que actúan en forma autónoma o dirigidos por personas que hacen daño) y las enfermedades enviadas por Dios (MEP 2017, 70);

frente a ello, las personas sanadoras deben trabajar no sólo con lo que sucede en el cuerpo, sino también con sus causas espirituales:

en el caso de los ngäbe los grupos autóctonos distinguen entre aquellos pa-

decimientos que tienen un origen físico o natural (diarrea, vómitos, resfriados, etc.), que pueden ser tratados por los “botánicos empíricos” (médicos tradicionales) o médicos (de la biomedicina), y algunas enfermedades de origen sobrenatural que sólo pueden ser tratadas por los sukias o por hechiceros. Pero los límites entre lo físico y lo espiritual, entre lo natural y lo sobrenatural en las categorizaciones nativas son siempre rebosadas por una cultura holística donde todo está relacionado y vinculado, y donde no se puede separar el alma del cuerpo, ni la naturaleza de lo humano (Subinas 2018, 127).

Por lo general, son los curanderos quienes se encargan de efectuar los rituales sanadores. Estos hombres son tanto especialistas en plantas como líderes religiosos; sus conocimientos derivan directamente de Ngöbo, por lo que forman parte de la élite de la comunidad. Es por ello que la comunidad tiene un alto grado de confianza en su medicina tradicional frente a la medicina occidental (MEP 2017, 70).

Un último elemento por considerar es la vestimenta:

actualmente en los cinco territorios ngäbe siempre prevalece el uso del vestido tradicional por parte de las mujeres, desde niñas hasta adultas mayores usan los vestidos tradicionales [...] vestidos largos hasta los tobillos con decoraciones geométricas de diversos colores (MEP 2017, 80).

En el caso de las mujeres, la vestimenta tradicional se utiliza en el vivir diario, pero principalmente en los rituales espirituales, por ejemplo, durante el parto. Como puede verse, la comunidad ngäbe y bugle es rica en cultura y tradiciones; posee características que la hacen única en la región centroamericana; pese a ello, forma parte de los estratos más empobrecidos de Costa Rica y parte de sus afectaciones se visibilizan en la im-

posibilidad del ejercicio de su derecho humano a la salud.

### *Metodología y recolección de información*

La presente investigación posee una metodología con un enfoque cualitativo, por ende, tiene como interés efectuar un análisis sobre el caso en estudio desde un punto de vista comprensivo, intentando explicar con profundidad el fenómeno. Dicha profundidad radica en abarcar la complejidad del fenómeno, es decir, en la contextualización histórica, sociocultural, sanitaria e interpretativa; es por ello que la presente investigación es de tipo descriptiva analítica.

Según Krause (1995), la investigación cualitativa efectúa el análisis de los casos con una mirada *desde dentro* que toma en cuenta que la realidad social es dinámica y compleja (Krause 1995, 26); estos criterios son tomados en cuenta en la investigación, ya que se efectúa un análisis contextual que da cuenta de tal complejidad.

Lo anterior significa que los estudios de caso procurarán cumplir con los criterios de rigor científico que plantea Krause (1995), a saber: *densidad, profundidad y aplicabilidad/utilidad*. Se refiere a que la investigación tiene que aportar todos los detalles posibles tanto en datos como en análisis; que la investigación posea una triangulación de datos, y que su aporte posea complejidad en los resultados. *Transparencia y contextualidad*: la persona investigadora ofrecerá nítidamente cómo obtuvo los resultados, describiendo su proceso investigativo. A su vez, se incluyen aspectos detallados sobre el contexto social, no sólo para la presentación del objeto de estudio, sino que también el contexto será usado en el análisis propiamente.

La *intersubjetividad* se refiere a la inclusión o diálogo con personas involucradas en la temática, ya sea por medio de fuentes bibliográficas o a través de entrevistas (Krause 1995, 33-34); y, finalmente, un cuarto criterio denominado *representatividad y generalización*, el cual se refiere a la construcción objetiva del objeto de estudio y la presencia de generalización en los conceptos (Krause 1995, 34). En ese sentido, siendo éste un estudio de caso, utilizaremos los primeros tres criterios, propios de ese tipo de investigación cualitativa.

Por otro lado, la investigación utilizó la metodología de estudio de caso investigativo, entendida como

una pesquisa empírica en profundidad y multifacética que: (1) investiga un fenómeno contemporáneo en su contexto real (2) cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son evidentes o claramente diferenciables; (3) que utiliza múltiples fuentes de evidencia o datos; y (4) que utiliza primordialmente (pero no exclusivamente) métodos cualitativos de investigación (Borges 1995, 9).

Dada la complejidad de la presente investigación, la metodología de estudio de caso se adapta a las intenciones investigativas, pues da cuenta del objeto de estudio en profundidad, tomando en cuenta el contexto sociohistórico.

Es claro que el interés es presentar un estudio profundo del caso, bajo una lógica interpretativa (Borges 1995, 10) que abarque la complejidad del fenómeno en cuestión. Hacerlo implica ofrecer “un análisis hermenéutico y crítico de su objeto de estudio para la transformación de su significado” (Guevara 2016, 166); ese análisis puede hacerse como recopilación documental, como revisión de contenido o como adquisición de sentido (Guevara 2016).

Esta investigación arte funciona según la segunda de las acepciones, ya que se utilizó no una recopilación exhaustiva de fuentes (dada la enorme cantidad de ellas), sino más bien una selección de literatura pertinente de la cual se examina su contenido para determinar los hallazgos de las investigaciones, así como sus vacíos. A continuación, los descubrimientos.

### El abordaje teórico de las diásporas, interculturalidad y espiritualidad indígena disidente

#### *La diáspora como resistencia cultural-espiritual y política*

Generalmente pensamos el término *diáspora* como expresión de la dispersión de las personas judías por el mundo, de las comunidades integradas por personas exiliadas en los países de llegada o como las asociaciones espirituales disidentes; por ejemplo, las compuestas por las religiones de origen africano. Aunque en cierto sentido todas esas comunidades, efectivamente, comparten un sentido diaspórico de ser, la *diáspora* trasciende las experiencias concretas para configurarse como una resistencia frente a la hegemonía cultural-espiritual y la violencia política del Estado.

*Diasporizar* implica entonces un ejercicio autonómico de la cultura, no necesariamente como oposición a la hegemonía cultural del país de llegada, sino como un *otro* que pone en evidencia la necesidad de la convivencia diversa. Por eso la diáspora no es una etiqueta, sino un modo de estar en el mundo; en otras palabras:

es un modo de vivir en el que la alteridad es constitutiva de la identidad por-

pia. Y sobre la base de esas conciencias supuestas del desplazamiento y la cohabitación heterogénea [...] la diáspora [funciona] como recurso histórico y principio directivo para repensar cómo habría de ser un régimen justo en esas tierras (Butler 2011, 75).

Que la diáspora sea un modo de *ser otro* tiene implicaciones en el interior del grupo que se despliegan en todas las facetas de la subjetividad, en la forma de comer, de habitar, de politizar, de parir o de ejercer la espiritualidad. Pero también (y quizá es lo más importante) tiene repercusiones para el grupo que recibe la diáspora:

no sólo no podemos escoger con quién cohabitar, sino que debemos preservar activamente el carácter no elegido de la cohabitación inclusiva y plural: no sólo vivimos con quien no escogimos y con quienes quizá no nos identificamos, sino que además estamos obligados a preservar su vida y la pluralidad de la que son parte (Butler 2011, 81).

La diáspora impulsa a quienes reciben a pensar su capacidad de pluralizar, de recibir, de respetar y de cohabitar; les fuerza a preguntarse su propia identidad y la forma en que se materializan los derechos de *las otras*. Esa pregunta incómoda que nos genera la presencia de una diáspora en nuestro espacio vital se desagrega primeramente en una pregunta ontológica de triple cuño: ¿quiénes son ellas, *las otras*?, ¿quiénes somos *nosotras*? y ¿qué tipo de vínculo tenemos *ellas* y *nosotras*?

estamos vinculados al extraño, a aquel o aquellos que nunca conocimos y nunca escogimos. Si aceptamos esta especie de condición ontológica, entonces destruir al otro es destruir mi vida, ese sentido de mi vida que es necesariamente vida social (Butler 2011, 85).

Pero la presencia de la diáspora, además de *invitar-nos* a reflexionar sobre nuestras ontologías, nuestras identidades y modos de ser, conlleva también *preguntar-nos* las repercusiones políticas de su existencia, la forma en que los Estados reconocen su participación y les ofrecen, en igualdad, condiciones dignas de existir diaspóricamente:

la igualdad de protección o la igualdad sin más, no es un principio que homogeniza aquellos a los que se aplica; más bien, el compromiso de igualdad es un compromiso con el mismo proceso de diferenciación (Butler 2011, 82).

Claramente esa igualdad amparada en el respeto a la diferenciación cultural de la que las diásporas forman parte, no es un principio ético abstracto, sino que debe configurarse como un ejercicio político y jurídico. Esto se debe a que

los derechos políticos están separados de la ontología social de la que dependen: los derechos políticos son universales, aunque siempre en el contexto de una población diferenciada (y en continuo proceso de diferenciación) (Butler 2011, 83).

La existencia de la diversidad cultural materializada diaspóricamente o no, no debería ser más que un dato antropológico, pero no político, ante el Estado, *todas somos iguales*.

Pese a ello, en general, las reacciones tanto sociales como estatales ante la presencia de una diáspora son de rechazo y exclusión, justamente porque la presencia de las *ellas* contribuye a incentivar los sentimientos identitarios nacionalistas. En apariencia, mediante su otredad se consolida la unidad política de la nación (Butler 2011) y es ahí donde radica el germen de la justificación de la violencia social y política contra las diásporas, las otredades y las diversidades. Es en

ese escenario que se convierte en una obligación la reflexión sobre la violencia onto-identitaria y política contra las diásporas, no sólo porque su existencia en *nuestros* territorios es inevitable, sino porque además es deseable.

Cohabitar es algo anterior a cualquier comunidad posible, a cualquier nación o vecindad. Podemos escoger dónde vivir y con quién, pero no podemos escoger con quién cohabitar la tierra (Butler 2011, 81).

Por ello la responsabilidad imperiosa de discutir los privilegios del *nosotras* y las vulnerabilidades de *ellas*, no sólo con fines analíticos, sino fundamentalmente políticos en torno a reparar los daños. Cohabitar la tierra significa entonces un entronque dialéctico entre el reconocimiento político de los derechos y el reconocimiento de la diferenciación cultural de las diásporas (y otras alteridades); este último elemento implica la comprensión y el respeto a *otros* modos de vivir la vida: otras formas de comer, de aprender, de hacer familia, de organizar políticamente, de enfermar y sanar, de gestar, etcétera.

En el caso de muchas poblaciones indígenas, como el de la comunidad ngäbe y bugle, muchos de esos modos de vivir están atravesados por una espiritualidad que también funciona diaspóricamente, una espiritualidad no cristiana que nos obliga a pensar que más que el derecho humano a la libertad de credo, de lo que se trata es del respeto intercultural a la espiritualidad.

La interculturalidad es un marco conceptual que ha sido construido con el afán de cuestionar las imposiciones culturales, morales y religiosas, tanto del capitalismo tardío como de la teología cristiana kyriarcal. Dicho concepto es entendido como un ejercicio del

cristianismo eurocéntrico, autoritario, fundamentalista, jerárquico y sexista, en el que la producción de espiritualidad universaliza los modelos explicativos colonizadores. Así, éste se apega no sólo a los intereses económicos dominantes sino a interpretaciones religiosas alejadas de los modos de vida latinoamericanos, “debido a su carácter *kyriarcal*-monocultural y eurocéntrico esta tradición resulta obsoleta e incapaz de ofrecer visiones que sean convergentes con los valores y aspiraciones de los movimientos sociales, intelectuales y religiosos que buscan respuestas a los crecientes problemas de la injusticia social” (Aquino 2008, 44).

Estas imposiciones, lejos de favorecer la integración cultural de las diásporas o los grupos disidentes, violentan su derecho a cohabitar el espacio ejerciendo espiritualidades de manera disidente. Por eso resulta necesario sustituir el lenguaje de las teologías kyriarcales por el lenguaje de la interculturalidad, no con el afán de construir nuevas imposiciones (venidas ahora de las diásporas) o cambiar un universalismo por otro, sino para favorecer la interacción cultural. “No significa ser benevolente con el ‘otro’ y acogerlo dentro de mi universo. Supone algo más: una actitud de mutua apertura para la transfiguración de lo propio y lo ajeno en busca de un espacio común” (Vélez 2008, 343).

Así, la mutua apertura implica entonces un proceso de negociación política y de poder, que amerita como punto de partida una actitud de respeto y dignidad frente a la existencia de la alteridad. “En ese sentido, la interculturalidad es una experiencia que brota de la vida cotidiana, porque es ahí donde acontece la interacción humana y desde ahí la gente explica su existencia. Esa experiencia va más allá del mero cultivo de la tolerancia

o del simple reconocimiento de la diversidad cultural, ya que entiende esa diversidad como una oportunidad para un mejor desarrollo cultivado por el diálogo” (Aquino 2008, 51). Por eso la interculturalidad como cohabitación no se puede producir desde dictámenes legales o mandatos políticos, sino a través de *otras* convivencias interdiaspóricas, es decir, a través de compromisos éticos vivenciales. Esos compromisos implican “un proceso de deliberación crítica que, en al [sic] interactuar con otros lenguajes teológicos liberadores, busca contribuir a la construcción de realidades distintas” (Aquino 2008, 61) y justo eso es necesario frente a la vulnerabilidad de las poblaciones indígenas, no solventar las violencias a las que se enfrentan con mecanismos asistencialistas, sino a través del reconocimiento de su dignidad diaspórica, de su espiritualidad disidente y de sus derechos políticos, como el derecho a la atención sanitaria.

Ahora bien, cuando se discute en torno a los derechos de las mujeres, particularmente de los derechos sexuales y reproductivos como en este caso, el marco paradigmático de la interculturalidad se queda corto, por eso es necesario incorporar al debate *los feminismos*, de tal manera que se pueda dar cuenta de las vivencias de violencia de las mujeres diaspóricas, que parten del hecho de ser mujeres, pero, además, por ser integrantes de alteridades y disidencias, como ser una mujer indígena ngäbe y bugle en un país racista como Costa Rica.

Hablamos de *los feminismos* justamente para reconocer que no existe un sujeto político *mujer* único, cerrado y total, sino una pluralidad de experiencias de mujeres, todas ellas igualmente valiosas e importantes. Justamente allí radica el entronque entre interculturalidad y feminismo: en el entendido de

que la diversidad se expresa no sólo entre culturas en general, sino entre culturas de las mujeres en particular, en otras palabras, son experiencias “que se han entendido como contextuales, parciales, limitados por el espacio-tiempo de cada cultura. Es aceptar que el avance de la conciencia feminista no depende exclusivamente de marcar unas metas y caminar tras ellas a costa de todo, sino de ser capaz de vivir en el seno de una propuesta feminista la diversidad de ritmos, de urgencias, de situaciones diversas que acompañan a las mujeres” (Vélez 2008, 352).

Esta construcción de cohabitación desde la interculturalidad, los feminismos y desde un lugar situado en América Latina debe promover entonces la reestructuración discursiva y la dignificación de la diáspora ngäbe y bugle, con el objetivo de cohabitar la tierra costarricense en igualdad de condiciones y acceso a derechos,

solo así, mediante el cultivo del diálogo, del “inter”, de la transformación cultural, será posible un mundo donde las mujeres blancas, negras, mestizas e indígenas de todos los estamentos sociales y de todas las culturas empíricas, podrán vivir y realizarse en una sociedad donde nunca más se produzca exclusión y marginación en razón de la condición sexual (Vélez 2008, 257).

Lograr ese *otro mundo* posible implica no sólo una transformación política que garantice un real cumplimiento de derechos para las diásporas, una transformación cultural que permita el despliegue ontológico intercultural de todas las identidades, sino que también implica una transformación epistemológica que desmonopolice las formas occidentales de pensar el mundo. Sólo logrando eso puede haber cabida para

el conocimiento indígena; en este caso, particularmente, una forma ngäbe y bugle de entender el cuerpo gestante, la medicina y el parto.

### Resultados: El contexto sociohistórico de la salud materno-infantil en Costa Rica

Tal y como lo determinan las distintas normativas y regulaciones, tanto internacionales como regionales, la atención en salud forma parte esencial del cumplimiento de los derechos humanos de las mujeres. Pero, además, cuando se trata de la atención médica del embarazo, el parto y el puerperio se trata de un asunto de vida o muerte, pues en América Latina se presentan los índices de morbilidad materno-infantil más altos del mundo, especialmente en mujeres en condiciones de marginalidad (CIDH 2011).

Si bien las convenciones de derechos humanos —como la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y particularmente el Protocolo de San Salvador— establecen la obligatoriedad de los Estados para garantizar el acceso equitativo e igualitario para todas las mujeres a los servicios médicos, lo cierto es que la región centroamericana presenta graves problemas en el cumplimiento de ese mandato. Esto se debe a que persiste la existencia de múltiples obstáculos que impiden su ejecución real, principalmente para las mujeres en condiciones de vulnerabilidad extrema. Estas barreras

están relacionadas con diferentes formas de discriminación que las mujeres han históricamente enfrentado en distintos niveles, sea en el hogar y/o en los establecimientos de salud, generándose des-

igualdades en salud entre las mujeres y entre los hombres y las mujeres en cuanto al disfrute de sus derechos humanos (CIDH 2010, 2).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica, hasta el 2017, el país había logrado disminuir su tasa de mortalidad materna, pero a partir del 2019 ésta ha incrementado (incluso previo al aumento a raíz de COVID-19) pasando de 11 muertes maternas en 2018 a 13 en 2019 y 22 en 2021, pasando de una razón de mortalidad de 1.61 a 4.05 (INEC 2022). Este fenómeno, tal y como se mencionó antes, se presenta espacialmente en las zonas excluidas del país incluyendo los territorios indígenas. A pesar de que el Estado costarricense ha informado que la mayoría de las personas indígenas reciben atención médica en su territorio, la lejanía de los centros de salud, la dificultad del traslado, las barreras culturales e idiomáticas mantienen una fuerte segregación en el acceso a los servicios, lo cual afecta especialmente a las mujeres indígenas, sean costarricenses o no.

#### *Situación de la salud materno-infantil de las mujeres indígenas ngäbe y bugle*

A través de la ratificación de las distintas convenciones de derechos humanos, el Estado costarricense ha asumido el compromiso de garantizar la atención en salud de toda la población, en especial de la población en condición de vulnerabilidad, como lo son las mujeres indígenas. Incluso, el sistema de salud contempla la atención materno-infantil de toda aquella persona que lo necesite, independientemente de su condición migratoria.

Pese a ello, por el proceso de cedula- ción, la mayoría de las mujeres ngäbe y

bugle son costarricenses; eso les otorga un derecho inalienable a la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular. Esto adquiere fundamental importancia en vista de que

la edad a la que las mujeres indígenas empiezan su vida sexual y experimentan sus primeros embarazos oscila entre 14 y 16 años, aunque entre esta población sí se han presentado casos de niñas de 12 años. En términos de población femenina que ha nacido o vive de forma permanente en Costa Rica, se puede notar una diferencia con respecto a las que son parte del flujo migratorio laboral, pues estas últimas carecen en mayor medida de información, los niveles educativos son mucho más deficientes y, en general, las condiciones de las fincas las expone mucho a situaciones de abuso sexual (Solano 2020, 278).

Las condiciones de exclusión y vulnerabilidad social a las que se ven expuestas estas mujeres a lo largo de su vida, incluso desde edades muy tempranas, obliga al Estado costarricense a responder, atendiendo no sólo las patologías y otros servicios sanitarios, sino a trabajar en la deconstrucción de esquemas patriarcales que sobreviven dentro de la comunidad (Solano 2020), principalmente en relación con el papel de la mujer como única responsable del cuidado.

Aunque esto sea una obligación para el Estado y se hayan hecho algunas iniciativas para trabajar el tema sexual y reproductivo al interior de la comunidad, “en promedio, las mujeres ngäbes y buglés tienen alrededor de seis hijos o hijas, en aquellas que superan los 50 años de edad por lo general este número es mayor” (Solano 2020, 279); además, experimentan altos índices de embarazo adolescente; abortos no deseados productos de las condiciones de explotación laboral y una vida sexual cargada

de violencia incluso en parejas formalmente establecidas.

En cuanto a la salud materna de las mujeres ngäbe y bugle, Solano y Cordero (2017) aseguran que la edad a la que estas mujeres tienen su primer embarazo es a los 17 años, por lo que confluyen tanto la dificultad en el acceso a un embarazo y parto institucionalizado, como la recurrencia del embarazo adolescente. “Acerca de la cantidad de hijos nacidos vivos y el deseo del embarazo, se halló un promedio de seis hijos tenidos vivos y 44.8 % de las mujeres reportaron no desearlo o que preferían esperar. A este respecto, se reporta en la memoria histórica la existencia de conocimientos médicos y prácticas para controlar la natalidad antes de la expansión de la medicina occidental; sin embargo, este conocimiento se ha perdido en el tiempo, entre otras cosas, por las varias rupturas territoriales y culturales a las que este pueblo indígena ha estado sometido de forma constante desde el siglo XIX y la persecución sufrida hacia los especialistas indígenas de la salud, principalmente las mujeres parteras” (Solano y Cordero 2017, 12).

Aunado a ello, según detectan Solano y Cordero (2017), alrededor de 30 % de las mujeres embarazadas aseguran haber tenido algún problema de salud en su proceso gestacional. De ellas, 60 % recibió tratamiento médico occidental, 20 % de un curandero y 4 % de una partera. Lo anterior indica que la respuesta del Estado ha sido medicalizar los procesos patológicos del embarazo, por eso la falta de accesibilidad resulta ser un agravante y un riesgo. En otras palabras: el Estado costarricense ha optado por medicalizar los procesos de embarazo de las mujeres indígenas, sin que esto haya significado necesariamente un aumento y mejoría en el acceso, la

disponibilidad y la calidad de los servicios. Todo lo anterior pone en riesgo de morbimortalidad a las mujeres y a sus hijos e hijas, pues se han desestructurado las técnicas ancestrales de atención de la salud materna.

### **Discusión: El caso particular del Equipo Básico de Atención Integral en Salud La Casona, ¿una aproximación al parto diaspórico?**

*La gestión intercultural del parto según la Caja Costarricense del Seguro Social: mitos y realidades en el Equipo Básico de Atención Integral en Salud La Casona*

La documentación refleja que el Estado costarricense es claro en la vulneración de los derechos de las mujeres ngäbe y bugle, principalmente cuando reconoce que:

la asistencia a servicios de control prenatal es limitada y está atravesada por cuestiones como la lejanía y el difícil acceso a los puestos de salud, así como por factores socioculturales, tales como el temor, la negativa a ser examinadas por personal del sexo opuesto, el monolingüismo, el bajo nivel educativo y el machismo. A esto se suman altas tasas de fecundidad, superiores al promedio nacional: las parejas que habitan en territorio indígena tienen un promedio de 4 hijos/as; el promedio es de 3 para las parejas indígenas que viven fuera de estos territorios, mientras que el promedio nacional es de 2” (AECID-UNICEF 2012, 14).

Frente a ello, la entidad ejecutora de los servicios de salud, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) a través de su órgano de atención primaria, el Área de Salud Coto Brus, y más específicamente el Equipo Básico de Atención Integral de la Salud (EBAIS) de La Casona, han desarrollado algunas acciones y gestiones

buscando mejorar tanto el acceso a los servicios como su calidad.

Según la CCSS, esas acciones y gestiones se rigen por un absoluto respeto de la medicina tradicional indígena y por un modelo con perspectiva intercultural de la salud. En ese modelo, la medicina ngäbe y bugle se relaciona de manera armónica con la medicina occidental a través de dos principios básicos:

la dignidad y soberanía de todas las culturas, y el mutuo aprendizaje dirigido por el diálogo permanente y la convivencia. Un sistema de salud intercultural es un sistema abierto a la voz de cada interlocutor y reconoce sus particulares aportes. Su objetivo final es lograr la armonización de ambos sistemas, en beneficio de la población indígena (AECID-UNICEF 2012, 24).

Para ello, un sistema de salud intercultural debe reconocer el conocimiento indígena sobre la salud, respetar la forma en la que las personas indígenas definen la salud y la enfermedad (tanto en sus expresiones como en sus tratamientos), definir la atención integral de la salud según las necesidades, prioridades y características de la comunidad, gestionar los servicios con relaciones respetuosas con la comunidad (incluyendo la comunicación en el idioma de la comunidad), sin autoritarismo de las personas ni los modelos y garantizando que las decisiones las tome la comunidad (AECID-UNICEF 2012, 24-25). Con esos principios y criterios, el EBAIS La Casona asegura gestionar sus servicios en cumplimiento del modelo, particularmente en cuanto a la atención del embarazo y el parto; esa gestión se materializa en las siguientes estrategias sanitarias (AECID-UNICEF 2012):

- La creación de la figura de la persona asesora cultural: una perso-

na indígena que funciona como vínculo entre el área de salud y la comunidad, traduce y valida las acciones institucionales a través de la consulta, a la vez que estas personas se forman en hábitos saludables, prevención de enfermedades, entre otras acciones, así como para compartir sus conocimientos con la comunidad.

- Capacitación del personal de salud: esta estrategia implica que el personal aprenda el idioma de la comunidad, así como herramientas de comprensión antropológica y conocimiento de la interculturalidad.
- Docentes y promotoras/es de la salud indígena: implica la formación pedagógica de la niñez y juventud de la comunidad en temas de salud para que repliquen sus nuevos conocimientos con sus familias y demás entorno social.
- Atención intercultural de la salud en el EBAS: esta estrategia es propiamente de la atención médica e implica atención en el idioma de la comunidad, el trabajo conjunto con los curanderos tradicionales y la posibilidad de elección de los tratamientos y su gestión.
- EBAS móvil: este es un servicio médico que no tiene instalaciones definidas, sino que se mueve con la comunidad en su tránsito entre Costa Rica y Panamá, sus servicios son básicos, pero permiten llevar control prenatal, atender urgencias y la vacunación infantil.
- Base de datos binacional: se trata de llevar un sistema integrado de datos entre los dos países que permita tener un monitoreo

y acceso a la información médica accesible para la CCSS y así dar seguimiento a tratamientos y patologías crónicas.

- Campañas de higiene y hábitos de vida saludables: esta estrategia comparte acciones de capacitación a la comunidad en el lavado de manos, higiene bucodental, alimentación saludable, nutrición de las infancias y otros temas asociados.
- Tratamiento del agua: esta estrategia se centra en la purificación del agua mediante pastillas potabilizadoras y en la concientización sobre su importancia. Asimismo, aborda el manejo de aguas negras, con el fin de prevenir enfermedades asociadas a la suciedad del agua.
- Parteras ngäbe y bugle:

una de las razones principales de la mortalidad neonatal entre la población indígena de Coto Brus era la falta de atención hospitalaria a la hora del parto. Un análisis detenido e informado mostró que la falta de asistencia al hospital estaba relacionada con que los partos eran atendidos por personal masculino. A partir de esa constatación se propició la atención a la población indígena exclusivamente por personal femenino, lo que ha favorecido la asistencia al hospital y disminuido la mortalidad materno-infantil (AECID-UNICEF 2012, 68);

por tanto, se da la opción a las mujeres embarazadas de ser atendidas por personal médico, por la partera o por ambas. Además de la participación de las parteras en la conformación de instrumentos y normativas internas

de atención prenatal, ellas colaboran con la incorporación de bebés nacidos en casa a los sistemas de registro nacionales.

- Bolsas semáforo: son bolsas con medicamentos, utensilios de higiene, información pertinente y otros implementos del embarazo; se les otorga un color del semáforo según el nivel de riesgo de la gestación.
- Kit de parteras: se trata de una bolsa para atención de partos fuera del sistema hospitalario, contiene medicamentos básicos, ropa de bebé y otros elementos de emergencia como focos, pilas, guantes, etcétera. Esta estrategia se complementa con la visita domiciliar a recién nacidas/os para así garantizar su salud y el uso de los implementos.
- Abuelas y abuelos cuentacuentos: esta estrategia está dirigida a “instalar en la Escuela de La Casona una sesión semanal para que las y los adultos mayores indígenas puedan conversar con las niñas y los niños sobre distintos temas. Las sesiones se piensan organizar a partir de contar una historia; la selección de los cuentos se hará en conjunto con los médicos y las parteras” (AECID-UNICEF 2012, 76); en ese sentido se aprovecha la sabiduría de las personas mayores en la protección de la salud de la comunidad.
- Charlas de salud sexual y reproductiva para personas adolescentes: siendo que la comunidad considera inapropiado que las personas adultas hablen de sexualidad con jóvenes, se implementa una estrategia donde el

personal sanitario comparte información principalmente sobre métodos anticonceptivos, pero respetando las costumbres en cuanto a la importancia de los métodos naturales.

Estas estrategias han sido un motivo de orgullo para la CCSS no sólo en tanto el cumplimiento de las normas internacionales sino también en el impacto que han tenido en disminuir la morbilidad materno-infantil, la reducción de enfermedades prevenibles, enfermedades de transmisión sexual y embarazos adolescentes, entre otros. Vale la pena preguntarse si esa disminución ha sido significativa, pero, además, más allá del discurso institucional, si la comunidad y particularmente las mujeres coinciden en que la intervención estatal garantiza una gestión intercultural del embarazo y parto. Lo veremos a continuación.

### *La realidad del Equipo Básico de Atención Integral en Salud La Casona: promesas, paternalismo y voces de mujeres*

La CCSS ha sostenido públicamente el discurso de que sus acciones y gestiones en el EBAIS La Casona son un éxito sanitario y que, efectivamente, se ha logrado dar una gestión intercultural de los servicios, en especial de la atención del embarazo y parto de las mujeres ngäbe y bugle. Pero lo cierto es que, a pesar de la leve disminución en las cifras de morbilidades y mortalidad de la comunidad,

la discriminación estructural que afecta a los pueblos indígenas, junto con el empobrecimiento derivado del despojo sistemático de sus territorios y la pérdida de las formas de vida tradicionales, los

obstáculos para la participación política y el racismo institucionalizado ejercen un fuerte impacto negativo sobre la salud de los pueblos y personas indígenas (Subinas 2018, 112).

Por tanto, los esfuerzos han sido insuficientes para garantizar el debido acceso de los pueblos indígenas a la salud. En cuanto a la atención de la salud de las mujeres, Solano y Cordero (2017) aseguran que:

en estos diez años de observación no se ha superado es [sic] la deshumanización de las mujeres en los servicios de salud, o su infantilización. Como una posición cómoda por parte de las trabajadoras y los trabajadores de salud, la interacción en un “contexto de equidad” se limita a la comunicación con sus maridos o padres. Es común desde el personal abortar la misión de establecer canales de comunicación y negociación, mucho antes de empezar. Perviven los discursos relativistas culturales disfrazando posiciones racistas (Solano y Cordero 2017, 9).

De ello se desprende que tener una política de gestión institucional de la salud, la puesta en práctica de las acciones mencionadas en el apartado anterior y una leve disminución de las cifras de morbimortalidad, no representa que haya una gestión intercultural de la salud, y menos aún una erradicación de posturas ontológicas y epistemológicas coloniales. Todo lo contrario, estamos frente a una forma de racismo simbólico que impacta la cultura institucional de la CCSS y que se expresa en la deslegitimación de los conocimientos indígenas, en la infantilización de las mujeres y en la verticalidad de la atención.

En otras palabras, “la institucionalidad se ha encargado de degradar el concepto de interculturalidad, llevándolo

a prácticas ‘folklorizantes’, abordajes ahistóricos, interpretaciones profundamente racistas disfrazadas de discursos interétnicos, irrupción de la estructura social cultural con eslogan de ‘mejorar la cultura’, entre otras” (Solano y Cordero 2017, 5). La gestión intercultural de la salud y más aún de la salud de las mujeres embarazadas no puede ser solamente un discurso ni el diseño de una política, ni tampoco la ejecución de acciones que, si bien son importantes, no pasan de ser asuntos superficiales. Tiene que ver con la construcción de un respeto epistemológico y ontológico entre dos culturas igualmente valiosas, y no donde se perpetúe la ideología de la conquista, donde las personas blancas *rescatan a los indios*. Específicamente para el caso en estudio, Solano (2020) asegura que:

en la experiencia del Área de Salud de Coto Brus (frontera con Panamá) se ha construido un discurso alrededor de la incorporación del saber de estas mujeres en la atención de los partos institucionalizados, sin embargo, en la práctica se ha avanzado poco en acercarse al conocimiento desde un diálogo de saberes. Las parteras han sido relegadas a una práctica desde las sombras, a una posición de observadora-acompañante en el momento del alumbramiento en los hospitales. Más allá de los discursos políticamente correctos, la partería se ha abordado desde la sala de partos como una necesidad de folklore y no como un conocimiento legítimo y valioso (Solano 2020, 280),

todo lo cual confirma que, efectivamente, no se ha logrado el diálogo intercultural requerido para el mejoramiento de los servicios en salud. La investigación de Solano (2020) comprueba las distintas formas de violencia obstétrica a las

que son sometidas las mujeres ngäbe y bugle, principalmente, en los partos institucionalizados: forzamiento a parir en posición decúbito horizontal y en camillas; presencia de médicos varones<sup>1</sup> en los partos; irrespeto a los tiempos necesarios para el alumbramiento; impedimento de tomar las bebidas ancestrales y otras prácticas tradicionales como retardar el corte del ombligo; bañar a la recién nacida o al bebé en leche materna por cuatro días; enterrar el ombligo y la primera flema de la recién nacida o del bebé; tomar un té a base de hojas de yuca para la producción de leche materna (Solano 2020), entre otras prácticas que, al no ser incorporadas en los protocolos, son ignoradas, mal vistas o incluso sancionadas por el personal sanitario.

En este escenario de atención de la salud, es imposible hablar de acciones interculturales cuando no se han superado condiciones básicas para establecer un diálogo de saberes en condiciones de equidad, así como un abandono de la visión folclórica y estática de la cultura de los pueblos indígenas. Es por eso que las acciones terminan siendo limitadas a batas de maternidad con diseños alusivos a lo tradicional, salas de parto decoradas con pinturas y motivos “alegóricos” al mundo indígena, entre otros; es decir las transformaciones son más ornamentales o estéticas que relacionales (Solano 2020, 284).

Por tanto, la gestión intercultural del embarazo y el parto son todavía deudas pendientes con la población ngäbe y bugle. A continuación veremos las implicaciones de ello en la identidad diaspórica, la protección de la cultura y el acceso al derecho humano a la salud.

## Conclusiones. A propósito de la diáspora, la interculturalidad y la medicalidad indígena

Diasporizar es una forma de habitar el mundo, de recorrerlo y de apropiarlo, y obliga a las naciones del mundo a enfrentarse con la discusión de cómo llevar a la práctica social los diversos enfoques de la interculturalidad. Las diásporas son entonces una motivación para seguir encontrando respuestas a la diversidad humana.

Siendo Costa Rica un país transitado, habitado e impactado por la existencia de múltiples diásporas, ha resultado incapaz de convertir sus promesas de compromiso con los derechos humanos en formas de vida más que sólo normas ratificadas jurídicamente. Por eso, la comunidad ngäbe y bugle representa la evidencia del reto que tenemos por delante para lograr cumplir con el primer mandato de la Constitución Política que dicta que “Costa Rica es una República democrática, libre, independiente, multiétnica y pluricultural” (Costa Rica 2017, 9).

Una Costa Rica multiétnica implicaría el respeto a las múltiples formas de vivir la vida que coexisten en el país, implicaría no sólo el respeto a la cosmogonía ngäbe y bugle sino a sus formas ancestrales de sanación; implicaría no sólo el respeto al ejercicio autonómico de su cultura, sino más bien al apoyo y otorgamiento de condiciones que posibiliten una existencia digna de su población.

Una Costa Rica pluricultural no vería a las comunidades indígenas como *otros* que de alguna manera vinieron a cohabitar el espacio, sino como parte de la riqueza cultural de un país sumamen-

1 “Para las mujeres indígenas el momento del alumbramiento, el embarazo y el postparto son espacios que se deben compartir sólo entre mujeres; esta situación es una de las principales fricciones con la atención estatal de la salud donde con frecuencia los equipos de atención pueden estar compuestos por hombres” (Solano 2020, 282).

te diverso y que, por diverso, es único. En una Costa Rica pluricultural, la comunidad ngäbe y bugle no debería resistir a la hegemonía colonial del Valle Central, sino que sus visiones y aportes culturales serían recibidos como propios, para así transitar de un reconocimiento universal de derechos que esté en las normas hacia una sociedad que da *igualdad en la diversidad*.

Como se ha demostrado, la resistencia diaspórica de las mujeres ngäbe y bugle se lleva a cabo en su vestuario, en sus ritualidades ancestrales, en su espiritualidad, en la tradición oral, en la función de las parteras. Lo anterior, no gracias, sino más bien, a pesar de la incidencia institucionalizada colonial. Ellas han logrado mantener vivo su legado cultural a pesar del peso que presenta el Estado, pero además, con sus prácticas diaspóricas cuestionadoras, han puesto en duda el verdadero compromiso intercultural de entidades como la CCSS, además de que han forzado a los grupos de mujeres y organizaciones feministas a cuestionar los privilegios de las mujeres blancas que generalmente asisten a parir en los hospitales y las vulnerabilidades de las mujeres que no quieren o no pueden hacerlo.

Aunado a los elementos migratorios y socioculturales, se puede concluir que en Costa Rica persiste un desafío respecto a la accesibilidad al sistema sanitario de atención obstétrica y su apego a los derechos humanos y a la justicia sanitaria. En ese sentido, uno de los elementos que impide el acceso de calidad al sistema sanitario tiene que ver con que la noción hegemónica de lo médico es la occidental, desde donde la medicina indígena es sólo accesoria o secundaria (Subinas 2018). Esto no sólo enfatiza el carácter paternalista y colonial del enfoque, sino que no permite la apropiación

de la comunidad al sistema, que se percibe como lejano, impuesto y muchas veces violento.

Como ya se mencionó, para la comunidad ngäbe y bugle, la enfermedad no tiene que ver sólo con el cuerpo, sino que está en juego también un desequilibrio espiritual; por tanto, una atención de la patología, desde la medicina científica, impide la correcta sanación (Subinas 2018). En ese sentido, los curanderos de la comunidad no deberían funcionar accesoriamente a la medicina occidental, sino que, por el contrario, deberían liderar los procesos sanadores para que haya un verdadero arraigo cultural. Pese a ello, “las prácticas curativas de los sukias, que incluyen un fuerte componente sobrenatural, están especialmente sojuzgadas y marginalizadas por la biomedicina, pero toda práctica médica indígena que tenga un componente sobrenatural es despreciada” (Subinas 2018, 130), porque es pasada por el filtro de la moralidad y la cientificidad occidental dentro de la cual, la forma ngäbe y bugle de concebir lo espiritual es juzgado de mágico y acientífico quedando fuera de *lo médico*. Bajo esa idea, la gestión intercultural de la salud no pasaría de ser más que una promesa no cumplida.

La interculturalidad en salud está relacionada con la existencia de diferentes formas de concebir el proceso salud-enfermedad y a la necesidad de orientar esfuerzos hacia la creación de espacios de diálogo e interacción entre los diferentes modelos de atención en salud y las diferentes concepciones culturales (Subinas 2018, 190).

Esto implica la necesidad de construir políticas y acciones donde ambas culturas —la occidental y la indígena— dialoguen en igualdad de condiciones y

desde la equidad epistemológica y no, como generalmente sucede, desde un lugar de poder colonial donde la medicina occidental cataloga lo que va a ser tomado en cuenta, y lo que no, de la medicina indígena.

Los profesionales de la biomedicina suelen tener rechazo o escepticismo hacia las concepciones ancestrales de la enfermedad, pero es fundamental que el personal sociosanitario conozca esta realidad, ya que permite conocer el origen del “mal” desde el punto de vista del paciente, prestando atención a esta importante dimensión psicosocial (Subinas 2018, 195).

No se trata entonces de que la medicina occidental *autorice* a la medicina indígena, sino que se desestructuren los recursos de poder epistémicos coloniales que verticalizan y hegemonizan la atención sanitaria. Finalmente, la importancia de reflexionar en torno al acceso a la salud materna de las mujeres ngäbe y bugle, más que un asunto académico, implica el reto sociopolítico de generar espacios de incidencia real para la promoción de sus derechos, reto que, como sociedad comprometida, debemos tomar con los derechos humanos.

## Referencias

- Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (AECID-UNICEF). 2012. *Sistematización de buenas prácticas desarrolladas para la promoción de estilos de vida saludables y la atención de la salud materno-infantil en la población indígena Ngöbe. Área de Salud de Coto Brus*. Unicef. Consultado el 21 de enero de 2026. <https://www.unicef.org/costarica/media/1361/file/Sistematizacion-de-buenas-practicas-para-promover-estilos-de-vida-saludables.pdf>
- Aguirre Crespo, Alejandra, Beatriz Martínez Ramírez, Karla Rivero, et al. 2013. “La atención del parto: poder, derechos, violencia”. *Revista Salud Quintana Roo* 6 (25): 21-25. <http://www.salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/25/5.pdf>
- Aquino, María. 2008. “Teología feminista intercultural. Hacia un futuro común de justicia”. En *Teología feminista intercultural. Exploraciones latinas para un mundo justo*, editado por María Pilar Aquino y María José Rosendo Nunes. Ediciones Dabar.
- Borges Méndez, Ramón. 1995. “El estudio de caso como instrumento pedagógico y de investigación en políticas públicas”. *Estudio de Caso No. 4*. Universidad de Chile. Consultado el 21 de enero de 2026. [https://www.u-cursos.cl/ingenieria/2010/1/IN70E/1/material\\_docente/objeto/275669](https://www.u-cursos.cl/ingenieria/2010/1/IN70E/1/material_docente/objeto/275669)
- Butler, Judith. 2011. “¿El judaísmo es sionismo?”. En *El poder de la religión en la esfera pública*, editado por Eduardo Mendieta y Jonathan Vanantwerpen. Editorial Trotta.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). 2010. *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*. Organización de los Estados Americanos. Consultado el 21 de enero de 2026. <https://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/SaludMaterna2010.pdf>

- Costa Rica. 2017. *Constitución Política de la República de Costa Rica*. Imprenta Nacional. Consultado el 21 de enero de 2026. [https://www.imprentanacional.go.cr/editorialdigital/libros/textos%20juridicos/constitucion\\_politica\\_digital\\_edincr.pdf](https://www.imprentanacional.go.cr/editorialdigital/libros/textos%20juridicos/constitucion_politica_digital_edincr.pdf)
- Guevara Patiño, Ragnhild. 2016. “El estado del arte en la investigación: ¿análisis de los conocimientos acumulados o indagación por nuevos sentidos?”. *Revista Folios* 44 (julio-diciembre): 165-179. Consultado el 20 de enero de 2026. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345945922011>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). 2011. *X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda: Resultados Generales*. INEC, Costa Rica. Consultado el 21 de enero de 2026. [https://www.cipacdh.org/pdf/Resultados\\_Generales\\_Censo\\_2011.pdf](https://www.cipacdh.org/pdf/Resultados_Generales_Censo_2011.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Censos, (INEC). 2022. *Mortalidad materna y su evolución reciente 2021*. INEC, Costa Rica. Consultado el 21 de enero de 2026. [https://admin.inec.cr/sites/default/files/2022-11/republicadefEV\\_2021A\\_mortalidad%20materna%20y%20su%20evolucion%20reciente\\_0.pdf](https://admin.inec.cr/sites/default/files/2022-11/republicadefEV_2021A_mortalidad%20materna%20y%20su%20evolucion%20reciente_0.pdf)
- Krause, Mariane. 1995. “La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos”. *Revista Temas de Educación* 7: 19-39. Consultado el 21 de enero de 2026. [https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w23896w/inv\\_cualitat\\_krause.pdf](https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w23896w/inv_cualitat_krause.pdf)
- Ministerio de Educación Pública, Costa Rica (MEP). 2017. *Minienciclopedia de los Territorios Indígenas de Costa Rica. Tomo IV. El Mundo Ngäbe: entre Costa Rica y Panamá*. MEP. Consultado el 21 de enero de 2026. [https://mep.go.cr/sites/default/files/media/tomo\\_4.pdf](https://mep.go.cr/sites/default/files/media/tomo_4.pdf)
- Organización de los Estados Americanos (OEA). 1948. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana, Bogotá, Colombia. Consultado el 21 de enero de 2026. <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/basicos/declaracion.asp>
- Organización de los Estados Americanos (OEA). 1969. Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José). Suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, San José, Costa Rica, 7 al 22 de noviembre de 1969. OEA. Consultado el 21 de enero de 2026. [https://www.oas.org/dil/esp/1969\\_Convenci%C3%B3n\\_Americana\\_sobre\\_Derechos\\_Humanos.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf)
- Organización de los Estados Americanos (OEA). 1988. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”. San Salvador, El Salvador. Consultado el 21 de enero de 2026. <https://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/protocolo-san-salvador-es.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2009. Los derechos de los pueblos indígenas y tribales en la práctica: Una guía sobre el Convenio núm. 169 de la OIT. Editado por Birgitte Feiring. OIT. Consultado el 3 de marzo de 2026. [https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed\\_norm/@normes/documents/publication/wcms\\_113014.pdf](https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@normes/documents/publication/wcms_113014.pdf)
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2018. *Índices e indicadores de desarrollo humano. Actualización estadística de 2018*.

- PNUD. Consultado el 21 de enero de 2026. <https://hdr.undp.org/system/files/documents/2018humandevlopmentstatisticalupdatees.pdf>
- Solano Acuña, Ana Sofía y Stephanie Cordero Cordero. 2017. “Embarazo, parto y puerperio entre las mujeres indígenas ngäbe y buglé de Coto Brus, Costa Rica”. Ponencia presentada en el xxxi Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS), Montevideo, Uruguay, 3-8 de diciembre.
- Solano Acuña, Ana Sofía. 2020. “Derecho a la salud materna de las mujeres ngäbes y buglés en Costa Rica. Mitos, percepciones y discriminación”. *Ambigua. Revista de Investigaciones sobre Género y Estudios Culturales* (7): 267-88. Consultado el 20 de enero de 2026. <https://doi.org/10.46661/ambigua.4704>
- Subinas Garralda, Jon. 2018. *Interculturalidad en salud y desigualdad: el caso de las entidades de médicos tradicionales en la comarca Ngäbe Buglé*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/15862>
- Vélez Caro, Olga Consuelo. 2008. “Hacia una teología feminista intercultural”. En *Teología feminista intercultural. Exploraciones latinas para un mundo justo*, editado por María Pilar Aquino y María José Rosendo Nunes. Ediciones Dabar.