



Procesos comunicativos para el reconocimiento de la partería en el Altiplano boliviano y el litoral del Pacífico colombiano. Una reflexión comparativa.

María Alejandra Abadía Mosquera

Estefanía Caicedo Valencia

Director: Ricardo Rodríguez Quintero

Pontificia Universidad Javeriana de Cali

Facultad de Humanidades y Ciencias sociales

Carrera de Comunicación

Santiago de Cali

Tabla de contenido

1. Introducción	
2. Planteamiento del problema	6
3. Justificación	27
4. Objetivos	28
Objetivo general	28
Objetivos específicos	28
5. Antecedentes	29
5.1 Un breve marco histórico sobre la partería	29
5.2 La partería en el litoral del pacifico colombiano	30
5.3 El reconocimiento institucional y académico de la partería en Colombia.	31
5.4 La partería como saber ancestral y recurso cultural en un entorno cambiante.	32
5.5 Algunos datos disponibles sobre la partería en Bolivia y su altiplano andino	33
5.6 El reconocimiento y las comunidades bivalentes: las instituciones y las mujeres pobres de comunidades étnicas que practican la partería	34
6. Marco teórico	35
6.1 Reconocimiento	35
6.2 Reconocimiento institucional	38
6.3 Reconocimiento comunitario	39
6.4 Saberes ancestrales	39
6.5 Partería	40
6.6 Transmisión de saberes	41
7. Metodología	42
8. Resultados	49

8.1 Contextos sociales, culturales e institucionales de los procesos de reconocimiento de la partería en Colombia y Bolivia	49
8.2 Procesos de reconocimiento comunitario e institucional en la partería y saberes ancestrales	51
8.3 Contenidos de comunicación sobre partería. Similitudes, diferencias y singularidades	54
8.3.1 Conocimientos del cuerpo de la mujer	54
8.3.2 El embarazo	56
8.3.3 Señales de peligro en el embarazo	59
8.3.4 Atención del parto humanizado	61
8.3.5 Cuidados y acompañamientos después del parto	64
9. Conclusiones	65
10. Referencias	71

Lista de figuras

Figura 1. Regiones geográficas de Bolivia	9
Figura 2. Regiones geográficas de Colombia	9
Figura 3. Mujeres Aymaras del altiplano de Bolivia	9
Figura 4. Mujeres del litoral del Pacífico de Colombia	9
Figura 5. Portada documento Bolivia	9
Figura 6. Portada documento Colombia	9
Figura 7. Cosmovisión Andina	51
Figura 8. Factores importantes para el protagonismo de las parteras como agentes	

de salud.	54
Figura 9. Características de las parteras y parteros en el altiplano sur.	55
Figura 10. Testimonio de partera sobre los procesos de transformación en la práctica.	56
Figura 11. Ejemplo de talleres en Bolivia.	59
Figura 12. Círculo de mujeres de capacitación.	59
Figura 13. Cambios físicos y fisiológicos de la mujer embarazada.	60
Figura 14. Percepción del embarazo en la mujer del altiplano sur.	61
Figura 15. Uso de plantas medicinales.	62
Figura 16. Actividad utilizada en talleres de capacitación.	65
Figura 17. Sistema de vigilancia y preparación del parto.	66
Figura 18. La espiritualidad de las parteras al iniciar el parto.	67
Figura 19. Oración de las católicas para un buen parto.	67
Figura 20. Recolección de plantas medicinales.	68

Lista de tablas

Tabla 1. Tabla de mortalidad en la niñez por departamento, estimaciones 2016	12
Tabla 2. Indicadores de mortalidad en Colombia (año 2019).	15
Tabla 3. Mortalidad materna (temprana) en Colombia.	15
Tabla 4. Características sociales y demográficas de la morbilidad materna en Colombia.	16
Tabla 5. Mortalidad no fetal.	17
Tabla 6. Mortalidad general por grandes causas en el Distrito de Buenaventura.	18
Tabla 7. Casos de mortalidad para las enfermedades del periodo perinatal total general, Distrito de Buenaventura, 2005 – 2016.	18

Tabla 8. SemafORIZACIÓN y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez Buenaventura, 2005 – 2016.	19
Tabla 9. Mortalidad neonatal por área de residencia, Distrito de Buenaventura.	20
Tabla 10. Razón de mortalidad materna, distrito de Buenaventura, 2005 -2016.	21
Tabla 11. Mortalidad materna según área geográfica de residencia, Distrito de Buenaventura.	21
Tabla 12. Comparabilidad de información sobre partería en los dos referentes comunitarios e institucionales sobre partería.	27

1. Introducción:

El presente trabajo de grado tiene como propósito analizar de manera comparativa el proceso de reconocimiento comunitario e institucional de la partería en Colombia y Bolivia y sus contenidos de comunicación, en los casos de ASOPARUPA/MINCULTURA y el Ministerio de Salud de Potosí, respectivamente. Para ello se realizó una reflexión comparativa con las siguientes finalidades: en primer lugar, para presentar el contexto cultural, institucional, social y económico de ambos territorios; en segundo lugar, para exponer la relevancia del reconocimiento comunitario e institucional para la conservación y valoración de esta ocupación; en tercer lugar, para dar a conocer las similitudes y diferencias entre el caso colombiano y el caso boliviano y, finalmente, para contribuir a la reflexión sobre la importancia de la salvaguardia de estos conocimientos ancestrales que, a su vez, buscan la protección de la salud reproductiva de la mujer.

2. Planteamiento del problema

El nacimiento de un ser humano indica que el feto interrumpe su periodo de gestación y sale del vientre materno al mundo exterior. En la actualidad la madre tiene diferentes opciones para dar a luz. Algunas deciden tener a su hijo o hija con los cuidados de la medicina occidental, mientras que otras prefieren apoyarse en mujeres parteras o su única opción son estas matronas, las cuales tienen como objetivo brindar un parto humanizado a partir de prácticas ancestrales.

La partería es una de las tradiciones más antiguas de la humanidad, dado que han sido mujeres adultas dedicadas a esta vocación quienes la ejercían para ayudar a las más jóvenes. Sus orígenes provienen de África en donde la partera era reconocida como la maestra de la familia por su intervención antes, durante y después del parto. Por otro lado, se conoce que las parterías precolombinas eran generadas por grupos originarios del continente antes de la invasión española. Menéndez (2001) plantea que los incas reconocieron a las parteras por su conocimiento de las plantas medicinales que crecían en sus campos, además, realizaban rituales míticos religiosos para las gestantes de su comunidad, saberes y prácticas que quedaron como parte del legado en comunidades andinas como Totorani, ubicada en Perú y reconocida por la labor de las parteras.

Esta práctica ancestral fue expandiéndose al pasar de los años y en Latinoamérica es popular en muchos países, con mayor presencia en los territorios rurales, dado que es más frecuente que las mujeres embarazadas enfrenten obstáculos para llegar a centros de salud u hospitales; es por ello que las parteras ayudan a la mujer en gestación a dar a luz en sus casas. Sin embargo, en la actualidad esta manera de traer a un ser humano al mundo se ha popularizado y algunas madres ciudadinas buscan a sus guardianas para lograr un parto lleno de tradiciones, vida y salud. (Ramírez, G. S. y Laako, H., 2019).

Sin embargo, con el paso del tiempo la partería, como práctica ancestral de comunidades rurales, se han enfrentado con diferentes problemas entre estos las miradas de reojo de la medicina occidental, y las visiones del mundo que provienen de otros lugares de enunciación hegemónica, racionalista y patriarcal, entre otros. También, se evidencia que esta tradición ha sido enseñada de forma oral y práctica, de generación en generación. Es decir, al parecer, no se produce en nuestros países suficiente material de comunicación para

conservar esta práctica cultural y apoyar su reproducción como parte de la identidad étnica, cultural y territorial.

En la investigación titulada “El estado de las matronas en el mundo 2021” se busca evidenciar la importancia del personal que hace parte de los esfuerzos en pro de la salud sexual, reproductiva, materna, neonata y adolescente (SSRMNA) en el mundo. Las matronas juegan un papel importante en ello. En el 2011, el mismo informe reportaba que se ha aumentado la inversión en parteras, dado que ellas ayudan a que la mujer gestante viva el parto de manera positiva, se aumente la disponibilidad de mano de obra, promueva la estabilización económica, entre otros factores benefactores. Después de la pandemia, se destacó que la labor de estas mujeres es esencial en la atención primaria de la salud. En otras palabras, las comadronas representan el 90% de las intervenciones en la salud sexual, reproductiva, materna, neonata y adolescente a nivel mundial. El Fondo de Población de las Naciones Unidas, FPNU (2021).

Según lo anterior, las matronas son un punto de contacto entre la comunidad y los servicios de salud sexual y reproductiva. En el mencionado informe, se muestra que ellas pueden ayudar a disminuir la mortalidad materna y neonata, puesto que en 88 países que se analizaron se demuestra que se produjo un aumento del 25 % durante cinco años en las intervenciones prestadas por las matronas, por lo que se puede evitar el 40% de las muertes y el 26% de los mortinatos. Los mortinatos se refiere a la muerte del bebé en las últimas 20 semanas en el útero. Por otro lado, la inversión en matronas ayuda a aumentar el empleo de las mujeres.

Países como Bolivia y Colombia poseen documentos de carácter oficial y contruidos a través de procesos de participación y reconocimiento social, los cuales equivalen a estrategias de comunicación, con materiales didácticos y fotografías, donde se trata de

impulsar y legitimizar la presencia de la partería en algunos de sus territorios. En 2020 Bolivia tenía una población de 11.673.029, mientras que Colombia poseía 50.049.000 habitantes. Según datos recogidos en el 2020 por el Banco Mundial, la tasa de mortalidad en los dos países andinos es similar, Bolivia tiene un 6,76% y Colombia un 5,71%. Algunos datos que amplían y detallan la situación de morbilidad y mortalidad relacionadas con la gestación y el parto en ambos países se presentan a continuación.

En la Figura 1 se presentan las regiones geográficas de Bolivia, y se indica la región del altiplano con los departamentos de La Paz, Potosí y Oruro, referente boliviano de esta reflexión. Y en la Figura 2 se presentan las regiones geográficas de Colombia, incluido el litoral del Pacífico, con los departamentos de Nariño, Cauca, Valle del Cauca y Chocó, referente colombiano de este trabajo.

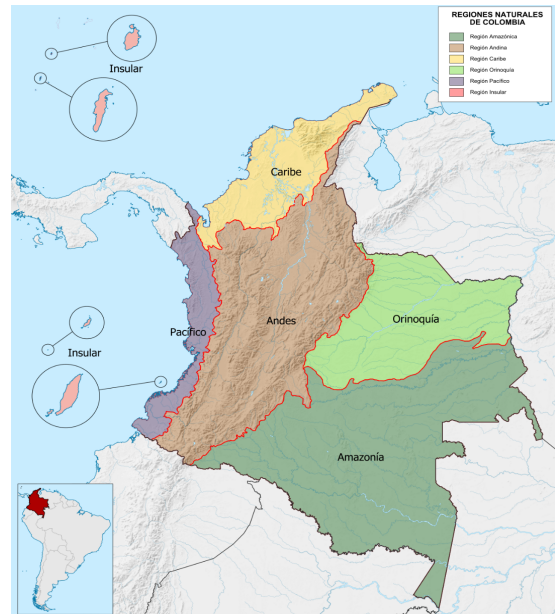
Las figuras 3 y 4 presentan imágenes de mujeres representativas de las regiones referidas, mientras que en las figuras 5 y 6 se reproducen las portadas de los materiales de comunicación que serán objeto del análisis comparado.

Figura 1. Regiones geográficas de Bolivia

Figura 2. Regiones geográficas de Colombia



Fuente: [https://es.wikipedia.org/wiki/Geograf%C3%ADa_de_Bolivia#/media/Archivo:Bolivia_regions_map_\(es\).png](https://es.wikipedia.org/wiki/Geograf%C3%ADa_de_Bolivia#/media/Archivo:Bolivia_regions_map_(es).png)



Fuente: [https://es.wikipedia.org/wiki/Regiones_naturales_de_Colombia#/media/Archivo:Mapa_de_Colombia_\(regiones_naturales\).svg](https://es.wikipedia.org/wiki/Regiones_naturales_de_Colombia#/media/Archivo:Mapa_de_Colombia_(regiones_naturales).svg) Archivo: MapadeColombia (regionesnaturales).svg

Figura 3. Mujeres Aymaras del altiplano de Bolivia

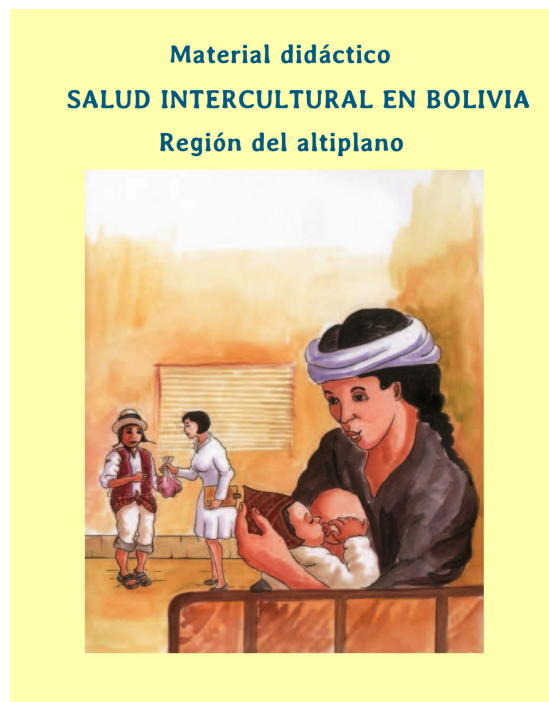


Figura 4. Mujeres del litoral del Pacífico de Colombia



Fuente: <https://mainel.org/proyectos/mujeres-aimaras-empoderadas-para-el-ejercicio-de-sus-derechos-economicos-y-sociales-en-tres-comunidades-del-altiplano-de-la-paz/>

Figura 5. PORTADA DOCUMENTO BOLIVIA



Fuente: https://issuu.com/libero9677/docs/material_didactico

Fuente: <https://www.semana.com/nacion/articulo/las-mujeres-que-desafian-la-violencia-en-buenaventura/402583-3/>

Figura 6. PORTADA DOCUMENTO COLOMBIA



Fuente: <http://patrimonio.mincultura.gov.co/siteassets/paginas/plan-especial-de-salvaguardia-de-los-saberes-asociados-a-la-parter%C3%8Da-afro-del-pac%C3%8Dfico/20-parter%C3%ADa%20afro%20del%20pac%C3%ADfco%20-%20pes.pdf>

Morbilidad y mortalidad en Bolivia

Los datos estadísticos relativos a la región del Altiplano Sur no han sido de fácil acceso en las búsquedas realizadas para este trabajo y, por el contrario, sí se han encontrado datos recientes sobre la región Norte del altiplano, específicamente del Departamento de La Paz, donde se ubica la ciudad capital, y donde es muy probable que la generación de información demográfica y estadística de interés para este estudio sea no solo más frecuente sino más actualizada. En tal sentido, y siendo la región del Altiplano de relativa similitud en

términos geográficos, culturales y sociales, se utilizará la información disponible sobre dicha región en su totalidad. Según el último informe publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) de Bolivia 2008-2010, para el año 2010 el país contaba con 10.426.154 habitantes, de los cuales el 66% pertenecía a la población urbana y 34% a la población rural. La tasa de fecundidad en ese entonces era de 3,5 hijos y su tasa de natalidad era de 27 nacidos por cada 1000 habitantes. Asimismo, la esperanza de vida al nacer era de 66,3 años, la cual se incrementó hasta los 72 años según el Banco Mundial (2020). Para el año 2010, el INE declaró como tasa bruta de mortalidad en Bolivia 7,29 muertes por cada 1000 habitantes.

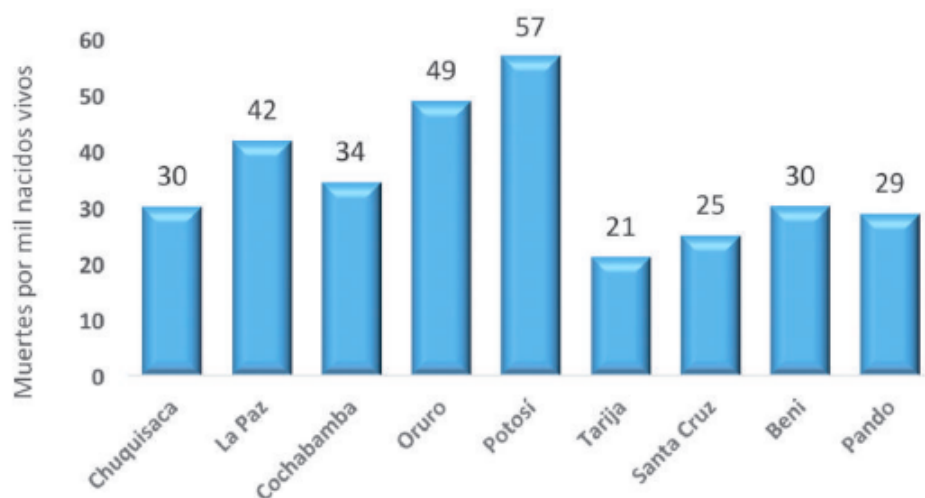
Problemas de salud materna y reproductiva en Bolivia

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) en Bolivia en el 2018 el 90% de las mujeres con nacimientos en los cinco años previos a la encuesta recibió atención prenatal de un médico (77%), una enfermera (9%) o un auxiliar de enfermería (4%). Una proporción muy reducida (0,2%) recibió atención prenatal de otras personas y un 10% no tuvo atención. En cuidado de parto, 71% fue asistido por personal de salud calificado, médico o enfermera. En cuanto al lugar de atención del parto, 68% aconteció en establecimientos de salud (57% sector público, 11% sector privado) y 32% tuvo lugar en el domicilio. En materia de los nacimientos que ocurrieron por fuera de los puntos de atención de salud, de los nacimientos más recientes que no ocurrieron en establecimientos de salud, el 46% carecieron de atención postnatal. El 15% de las personas encuestadas reportó no haber recibido atención postnatal luego del nacimiento del último hijo. En planificación familiar, los tres métodos más utilizados entre las mujeres fueron la abstinencia periódica (14,1%), la inyección (7,4%) y el DIU (5,6%). Un 58% no utilizó ningún método y 14,9% acudió a otros métodos.

Problemas de salud en niños menores de 5 años

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) en el año 2008 las infecciones respiratorias agudas (IRA) afectaron al 20% de los menores de 5 años. El grupo de edad más afectado fue el de 6 a 11 meses de edad, con una frecuencia de 25,9%. Seguidas de la enfermedad diarreica aguda (EDA), la cual se presentó en el grupo de edad de 12 a 23 meses con 40,4%, lejos del grupo de 2 a 5 años con solo 4,4%. Cabe resaltar que, de esta última, en zonas rurales la frecuencia fue 29,1% y en urbanas 23,6%.

Tabla 1. Tasa de mortalidad en la niñez por departamento, estimaciones 2016



Fuente: Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) 2016. INE- BOLIVIA: Niveles tendencias y diferenciales de la mortalidad infantil.

Teniendo en cuenta la Tabla 1 y la información brindada por la ENDSA, se puede evidenciar que entre el año 2008 y el año 2016 la mortalidad en niños menores de 5 años se presenta en mayor medida en la zona rural de Bolivia. Figurando los departamentos de Oruro, Cochabamba y Potosí, que constituyen el Altiplano Boliviano, entre los más afectados.

Mortalidad

Para el año 2010, el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) declaró como tasa bruta de mortalidad en Bolivia 7,29 muertes por cada 1000 habitantes. Un dato importante de resaltar es que en el 2010 el país continuó teniendo una de las tasas más altas de mortalidad infantil y materno infantil en América Latina. El componente de mortalidad neonatal fue de 27 por 1.000 nacidos vivos, representando más de 50% de la mortalidad infantil y 42,8% de la mortalidad en menores de 5 años en 2008. La mortalidad infantil fue de 36 por 1.000 nacidos vivos en las zonas urbanas y de 67 en las rurales, mientras que la de menores de 5 años fue de 43 por 1.000 nacidos vivos en las zonas urbanas y de 87 en las rurales. Asimismo, la mortalidad materna estimada para los cinco años anteriores a la ENDSA 2008 (período 2003-2008) fue de 310 defunciones por 100.000 nacidos vivos. La mayor cantidad de muertes maternas ocurre en Potosí, La Paz, Beni, Pando y Oruro, y de acuerdo con el Fondo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (F-ODM) en el 2008 el “53% de los decesos se produce en el domicilio durante o después del parto, 10% en el camino a un servicio de salud y un 37% en los mismos servicios, porque por lo general las madres llegan cuando el cuadro es muy complicado”.

Morbilidades

De acuerdo con el INE, en Bolivia, durante entre el periodo 2008-2018, la principal morbilidad presentada en la población eran las enfermedades crónicas no transmisibles, tales como las enfermedades cardiovasculares. Seguido a estas, se encuentran las enfermedades transmisibles, como el VIH/sida, las enfermedades nutricionales, los accidentes y la violencia, los desastres naturales, los trastornos mentales y los factores de riesgo respectivamente.

Morbilidad Obstétrica

En Bolivia, como en muchos países de América Latina, existe inequidad en la salud materna y esto se refleja en que el 20% de la población más pobre concentra poco más del 50% de las muertes de madres gestantes. De acuerdo con un estudio realizado en La Paz y el Altiplano Norte boliviano, en un periodo de siete meses (septiembre 2006-febrero 2007) ocurrieron 15 muertes maternas y 401 emergencias obstétricas graves resueltas, es decir una relación de 27 episodios graves por cada defunción materna. De esta manera, fue posible establecer que las principales emergencias obstétricas para la madre y el feto son las siguientes:

1. Aborto complicado con hemorragia
2. Embarazo ectópico
3. Placenta previa con hemorragia
4. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada
5. Desórdenes hipertensivos del embarazo
6. Rotura del útero
7. Embolia obstétrica

Este panorama general en el caso boliviano, especialmente en la región del Altiplano, permite explicar la importancia de una solución de comunicación en salud materno infantil vinculada con la partería, como la seleccionada, para el análisis comparativo en este trabajo de grado. Son numerosas las fragilidades encontradas en Bolivia: cuestiones como la atención prenatal, el lugar de atención y cuidado del parto, la atención postnatal, el uso de métodos de planificación familiar, los problemas de salud en menores de un año (EDA e IRA, principalmente) de zonas rurales, las altas tasas de mortalidad infantil y materno infantil,

principalmente en el domicilio y después del parto, y la pobreza de las madres gestantes fallecidas, principalmente del Altiplano; todo lo cual constituye evidencia y le otorga al referente seleccionado validez para adoptarlo como referencia para el análisis comunicativo sobre el reconocimiento institucional y social de la partería.

Morbilidad y mortalidad en Colombia

Mortalidad general

En Colombia, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), durante el año 2019 se registraron un total de 244.355 defunciones, siendo la mortalidad materna a 42 días uno de dichos indicadores, ocasionando un total de 326 defunciones ese año. (Tabla 2)

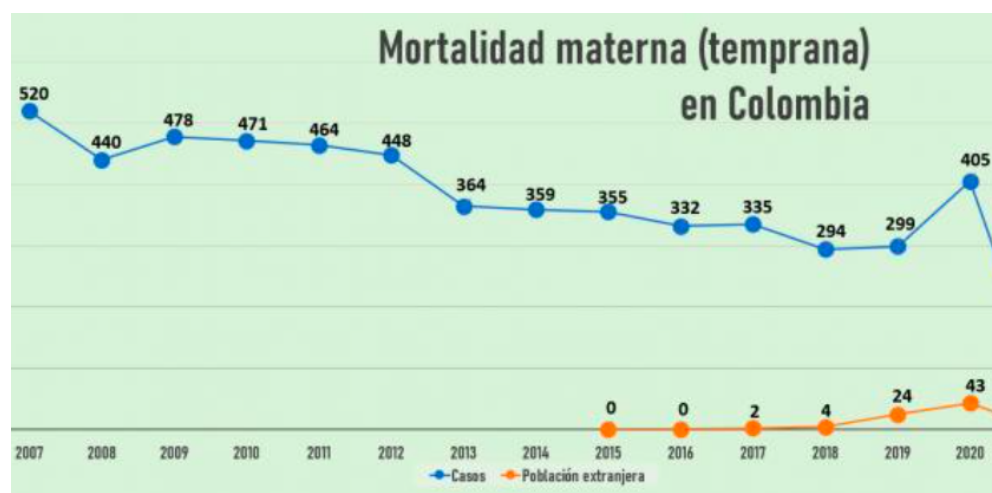
Tabla 2. Indicadores de mortalidad en Colombia (año 2019)

Indicadores Colombia año 2019	Número de defunciones	Tasa Bruta de Mortalidad (a)
Mortalidad general (1)	244.355	4,95
Mortalidad general en hombres (1)	134.573	272,44
Mortalidad general en mujeres(1)	109.689	222,06
Mortalidad general con código de sexo indeterminado (1)	93	0,19
Mortalidad por enfermedad laboral o accidente de trabajo acumulado,(año 2018) (2)	318	5,63
Razón de mortalidad materna a 42 días (1)	326	50,73

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. Estadísticas Vitales. 2019. Cálculo Ministerio de Salud y Protección Social.

Mortalidad Materna

Durante el año 2020, la mortalidad materna en Colombia aumentó con respecto a los últimos 8 años, dejando un total de 405 defunciones de madres gestantes. Es decir, un incremento de 106 casos en relación con el año 2019. (Tabla 3)

Tabla 3. Mortalidad materna (temprana) en Colombia

Fuente: Observatorio de Salud Pública y Epidemiología, Universidad de los Andes.

Tabla 4. Características sociales y demográficas de la morbilidad materna en Colombia

Grupos de edad	Razón de MME x 1.000 NV					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
10 a 14 años	34,8	37,9	47,1	29,4	40,4	49,7
15 a 19 años	24,3	29,1	29,1	26,7	29,5	35,2
20 a 24 años	21,8	26,6	28,2	26,3	28,7	34,5
25 a 29 años	24,3	29,2	29,9	29,7	30,2	36,8
30 a 34 años	28,5	35,1	39,1	35,9	37,9	43,9
35 a 39 años	35,3	45,0	45,8	46,2	47,0	56,6
40 y más años	51,5	64,7	64,1	65,9	68,4	79,5
Tipo de seguridad social en salud	Razón de MME x 1.000 NV					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Contributivo	26,4	34,0	37,5	36,8	37,3	36,7
Subsidiado	24,9	29,1	31,9	29,7	30,5	37,7
No afiliado	28,9	34,5	17,9	21,8	31,8	37,7
Pertenencia étnica	Razón de MME x 1.000 NV					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Indígena	31,4	33,5	30,8	25,4	32,6	32,7
Afrocolombiano	16,2	17,6	26,2	27,0	20,7	28,1
Otros	26,1	32,1	33,4	31,8	33,9	40,6

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016-2021- DANE, Estadísticas Vitales: 2016-2020p.

Es claro en la Tabla 3 que la mortalidad materna temprana es un problema serio de salud pública en Colombia y que, por lo tanto, el reconocimiento social e institucional de la partería llega en un momento muy oportuno. Asimismo, en cuanto a las características

sociales y demográficas y la morbilidad materna en Colombia en 2021, es claro que han sido las mujeres mayores de 30 años, del régimen subsidiado de salud o sin protección social, y de pertenencias étnicas indígenas y afrocolombianas las principales víctimas de las afecciones maternas, lo cual respalda la relevancia social y de salud pública del documento de referencia para el caso colombiano que será utilizado en el análisis comparado.

Mortalidad Neonatal

En Colombia, la principal causa de mortalidad en menores de 28 días de nacido son las afecciones originadas en el periodo perinatal, con una tasa de 7,80 por cada cien mil nacidos vivos. Seguida de trastornos respiratorios específicos, con una tasa de 3,12 por cada cien mil nacidos. (Tabla 5)

Tabla 5. Mortalidad no fetal

Mortalidad no fetal por afecciones originadas en el periodo perinatal	Número de defunciones	Tasa
Mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal* (401-407)	3.851	7,80
404 - Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	1.541	3,12
406 - Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido y kernicterus	1.007	2,04
405 - Sepsis bacteriana del recién nacido	668	1,35
402 - Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento	312	0,63
403 - Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta	192	0,39

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, Estadísticas Vitales. Defunciones No fetales 2019. Cálculo Ministerio de Salud y Protección Social.

Morbilidad y mortalidad en Buenaventura

Mortalidad general por grandes causas

En el Distrito Especial de Buenaventura, el principal centro urbano del litoral del Pacífico, que cuenta además con una vasta área rural selvática, la población en general presenta mayor incidencia de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. Según un informe de Vigilancia de Salud Pública que realizó la Secretaría Distrital de Salud del municipio en el 2018, las tasas de mortalidad para el período de 2006-2016 alcanzaron un

pico máximo de 199,96 muertes por cada 100.000 habitantes en el 2006 y un mínimo de 95,93 en el año 2016.

Teniendo en cuenta lo anterior, en cuestión de mortalidad, luego de las enfermedades del sistema circulatorio se encuentra el grupo denominado como “demás causas”. Después, se encuentran en orden consecutivo las neoplasias, las causas externas, los signos y síntomas mal definidos y las enfermedades transmisibles. Cabe resaltar, que la tendencia de las causas de muerte tiene tendencia a disminuir en los últimos años. (Tabla 5)

Tabla 6. Mortalidad general por grandes causas en el Distrito de Buenaventura

Grandes causas	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Enfermedades transmisibles	51,60	40,52	49,32	41,38	35,86	31,65	28,82	28,91	25,37	24,33	23,47	20,84
Neoplasias	79,92	80,54	74,42	74,53	66,57	62,96	62,22	56,93	68,29	61,38	53,14	44,65
Enfermedades sistema circulatorio	196,03	199,96	196,10	170,40	161,15	143,60	129,18	142,82	145,79	151,35	171,27	95,93
Causas externas	140,17	188,14	156,49	104,34	76,02	82,79	74,85	63,10	71,26	64,55	47,48	37,45
Las demás causas	109,88	113,10	108,44	109,53	110,71	84,88	85,75	82,64	99,85	96,31	88,55	65,09
Signos y síntomas mal definidos	10,41	17,02	15,88	18,93	39,01	18,50	28,05	14,87	14,22	20,37	15,67	27,08

Fuente: <http://rssvr2.sispro.gov.co/caracterizacion/>

Mortalidad en Periodo Perinatal en Buenaventura

En el año 2016, en el Distrito de Buenaventura las mortalidades ocasionadas en el periodo perinatal, que comprende desde las 22 semanas de gestación hasta el término de las primeras 4 semanas de vida neonatal (28 días), se deben principalmente al grupo denominado “Resto de afecciones originadas en el periodo perinatal” con una tasa de mortalidad de 179,7 por cada 100.000 nacidos vivos; a los trastornos respiratorios específicos, con 156,5; y a los retardos de crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer con una tasa de 118. (Tabla 7).

Tabla 7. Casos de mortalidad para las enfermedades del periodo perinatal total general, Distrito de Buenaventura, 2005 – 2016

<i>Afecciones periodo perinatal total general</i>	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas</i>	50,19	24,59	119,1	69,48	23,19	22,05		43,09	21,46	103,3	60,04	20,24
<i>Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento</i>	98,1	72,27	141,7	23,64	45,67	22,74	87,19	86,18	42,26	61,85	100,7	19,62
<i>Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer</i>	73	23,84		23,64		22,05		43,75	83,22	20,41	40,65	118,4
<i>Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal</i>	644,9	410,5	568,3	511,4	340,8	357	371,8	514,5	423,3	555,4	688,5	156,5
<i>Sepsis bacteriana del recién nacido</i>	319,4	360,6	212,6	184,1	136,3	222,6	130,5	324,2	357,6	165,8	142,6	20,24
<i>Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal</i>	247,2	312,9	238,1	371,8	319	244,7	262,3	216,8	254,2	122,4	203,9	179,7

Fuente: Base datos estadísticas vitales: (DANE), disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

En cuanto a los casos de mortalidad por enfermedades durante el periodo perinatal, tanto en el Altiplano Boliviano como en Buenaventura, se puede inferir una relación considerando que La Paz, siendo el departamento más extenso del Altiplano, presenta durante el periodo 2016-2017 una tasa de 110 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos (Ramos y Estrada, 2018). Lo cual indica que en la zona rural de ambos territorios la mortalidad durante el periodo perinatal es similar y altamente preocupante, con relación a las cifras nacionales.

Mortalidad Materno-infantil

De acuerdo con las bases de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), durante el año 2016 en el distrito de Buenaventura se observa una tasa tres veces más alta que la nacional en mortalidad materno infantil. Sin embargo, ha presentado un descenso gradual con relación a los últimos 3 años. (Tabla 8)

Tabla 8. SemafORIZACIÓN y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez Buenaventura, 2005 – 2016

Causa de muerte	Colombia	Distrito de Buenaventura	Comportamiento												
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016		
Razón de mortalidad materna	47,29	122,17	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	
Tasa de mortalidad neonatal	6,74	5,29	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	
Tasa de mortalidad infantil	9,86	9,09	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	
Tasa de mortalidad en la niñez	11,37	11,00	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	11,79	9,19	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	2,47	2,30	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	-	↗	
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	3,56	6,89	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘	

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Tabla 9. Mortalidad neonatal por área de residencia, Distrito de Buenaventura

Área Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1 - CABECERA	9,12	9,8	7,33	10,5	11,55	10,59	13,92	5,06	11,07
2 - CENTRO POBLADO		23,81	3,3	15,77	5,56		8,66	5,05	
3 - AREA RURAL DISPERSA	19,84	6,37	23,49	18,82	18,12	6,49	10,34	8,26	12,23
SIN INFORMACION	44,12	52,63							
Total General	9,49	10,21	7,96	11,29	11,47	9,73	13,4	5,29	10,51

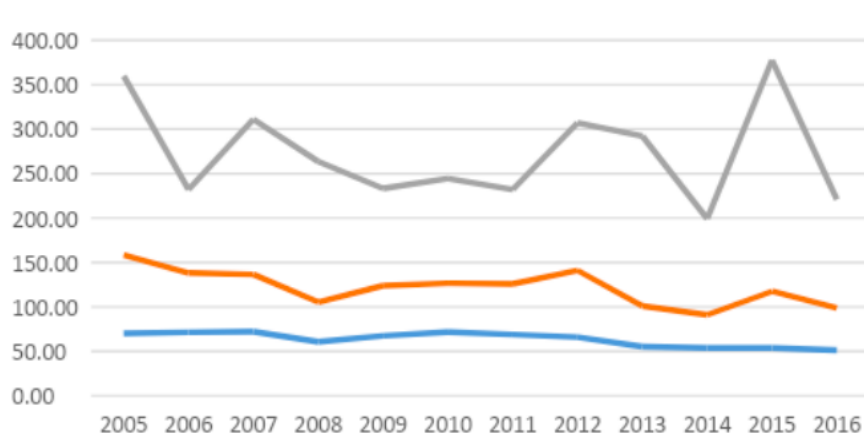
Fuente: SISPRO

De acuerdo con la estadística de la Tabla 9 la mortalidad neonatal sigue siendo una problemática sin resolver en Buenaventura, con tendencia a la inestabilidad del impacto de las soluciones en las áreas rurales, por lo cual la estrategia educativa y comunicativa sobre la partería constituye un factor favorable al afrontamiento del problema en las zonas donde la partería es una práctica de alto reconocimiento social. Lo anterior se suma a la preocupante cifra sobre la tendencia de la mortalidad materno infantil en la región de Buenaventura, por contraste con la cifra nacional presentada en la Tabla 7.

Mortalidad Materna

Durante el estudio realizado por el DANE en Buenaventura en el periodo 2005-2016 se presentó un pico en el año 2015 de aproximadamente 260 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos. (Tabla 9)

Tabla 10. Razón de mortalidad materna, distrito de Buenaventura, 2005 -2016



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO

Tabla 11. Mortalidad materna según área geográfica de residencia, Distrito de Buenaventura

AREA GEOGRAFICA	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1 - CABECERA	124,4	130,7	59,39	168,8	172	61,12	182,61	137,9	44,29
2 - CENTRO POBLADO			330		277,8		432,9		
3 - AREA RURAL DISPERSA			671,1	268,8	362,3	974	1.033,6		
Total General	109,5	117,9	106,2	166,1	191,2	108,2	260,05	122,2	38,94

Fuente: SISPRO

Tal y como se muestra en la tabla 10 y 11, en el año 2015 hubo un incremento en la razón de mortalidad materna de Buenaventura. Además, en la cabecera municipal, donde se ubica la zona portuaria y la zona urbana residencial (Alcaldía Distrital de Buenaventura, 2017), se presentó una tasa de mortalidad materna de 182 defunciones por cada 1000 nacidos vivos, en contraste al área rural dispersa, la cual se encuentra dividida en 19 corregimientos y 268 veredas (Alcaldía Distrital de Buenaventura, 2017), en donde la tasa de mortalidad fue de 1033 defunciones. Es decir, en la zona rural del municipio se evidencia una diferencia de mortalidad abismal, con respecto a la zona urbana y esto se debe a diferentes factores, tales como:

En primer lugar, el difícil acceso a medios de transporte que se dirijan a centros de salud, puesto que en el área rural la movilidad es primordialmente fluvial y no terrestre, lo que significa que ante cualquier emergencia de salud los habitantes se encuentran sujetos a la disponibilidad de canoas y/o lanchas de motor. En segundo lugar, el no acceso al servicio de salud por no estar afiliado al sistema de seguridad social en salud, ya sea subsidiado o contributivo, dado que, en Colombia, ningún paciente puede ser atendido en un centro hospitalario si no se encuentra vinculado a un sistema de salud. Lo anterior, se evidencia en la cifra de bonaverenses afiliados al Régimen Subsidiado, la cual es de 300.941 de los 407.539 habitantes en el 2021. En tercer lugar, el bajo nivel educativo, ya que hasta el 2018 la tasa de analfabetismo y bajo logro educativo en el área rural eran de 26,5 y 72,4 por cada 1000 habitantes respectivamente (Centro Nacional de Población y Vivienda-DANE, 2018). Entonces, la carencia de afiliación al sistema de salud podría ser una causa de este problema, teniendo en cuenta que algunos grupos de la población que vive en zonas inhóspitas, y no tienen el conocimiento sobre la información preventiva adecuada y pertinente con respecto a la atención en salud a la mujer embarazada.

Colombia y Bolivia, dos naciones andinas que reconocen el saber de la partería

Colombia está dividida por seis regiones naturales que son la amazonia, la andina, el caribe, el insular, la orinoquía y el pacífico. Por su parte, Bolivia, se divide en tres regiones a su vez culturales y naturales: la andina o altiplano, subandina o valle y los llanos. Las cifras permiten afirmar que habría una correlación entre la región natural, las condiciones generales de vida y el desarrollo alcanzado y las tasas de morbilidad y mortalidad de neonatos y gestantes; pero, sobre todo, permiten afirmar la importancia cultural de la partería en los medios rurales más pobres de ambos países y, por ende, la relevancia del proceso de reconocimiento social e institucional evidente en los documentos de referencia de ambos países, tanto por el proceso organizativo y colaborativo que permitió producir el texto, como por las correspondencias entre las temáticas de la práctica de partería como contenidos de comunicación.

En consecuencia, esta investigación se propone explorar comparativamente los dos documentos sobre reconocimiento social de la partería en los casos de Colombia y Bolivia, relativos a las poblaciones en las regiones naturales y culturales mencionadas, con énfasis en el contraste y análisis de los contenidos que pueden ser interpretados como mensajes y referentes apropiados de estrategias de comunicación sobre la partería, y considerados elementos indispensables en los procesos nacionales y regionales de reconocimiento social y la legitimación institucional del saber ancestral y las prácticas de partería. El Pacífico colombiano, específicamente en el área de Buenaventura, y el Altiplano Boliviano, son regiones culturales donde las comadronas tienen gran importancia, pues ellas recurren a sus valiosas manos para acompañar a la mujer gestante, y solo con tener tacto con el vientre o “barriga” de la gestante parecen saber cómo está el o la bebé; y son quienes poseen el

conocimiento sobre plantas medicinales para calmar dolores y sanar heridas. Las parteras son mujeres sabias que representan una tradición la cual se ve reflejada en sus prácticas.

Como se dijo, en años recientes, en ambos países, la información que ha sido seleccionada para el análisis comparado hace evidente el interés de conservar la partería y, más allá, de conferir reconocimiento social y legitimidad institucional. En Colombia, el Ministerio de Cultura, junto con la asociación de Parteras Unidas del Pacífico, ASOPARUPA, crearon en el año 2016 el “Plan especial de salvaguardia de los saberes asociados de la partería afro del Pacífico”. En el caso de Bolivia, el Ministerio de Salud de Potosí institucionalizó en el año 2018 un material comunicativo didáctico titulado “Salud intercultural en Bolivia, región del Altiplano” que contiene un rotafolio, dos cartillas de referencias y contrarreferencias para parteras y médicos y un manual para capacitaciones.

En el caso boliviano se han desarrollado campañas, estrategias de información y de comunicación guiadas por objetivos como mejorar la capacidad institucional para la creación e implementación del conocimiento práctico, difundir la información sobre los beneficios de los servicios de la salud reproductiva, y apoyar dichos servicios con materiales educativos de comunicación. Sin embargo, los esfuerzos de educación no se ven reflejados en las usuarias, pues muchas mujeres mueren por problemas en el periodo del embarazo y, como se destaca en el documento, las tasas de mortalidad por riesgos no identificados son muy altas.

Por otro lado, en el caso boliviano se identificó que las estrategias de IEC (información, educación y comunicación) en salud reproductiva se han apoyado en diferentes recursos educativos sobre el tema, pero no han estado dirigidas hacia el público objetivo del Altiplano. Para la creación del documento “Salud intercultural en Bolivia, región del altiplano” se estableció una comunicación intercultural con las mujeres del Municipio de Tinguipaya, quienes expresaron conocer sobre los riesgos obstétricos, pero no eran cercanas

al material ofrecido, dado que eran utilizados referentes lejanos a las realidades de ellas; el contenido tenía mucha presencia de letras y narraba una cultura ajena a la que pertenecen. Con estos comentarios, se empezó a realizar el documento didáctico que fue validado por las mujeres de edad fértil de dicho municipio y por parteras tradicionales de la región, con el objetivo de que encuentren su cultura, se identifiquen con el material y que muchas mujeres analfabetas puedan tener acceso a la información por medio de los dibujos para que reconozcan los riesgos obstétricos y biomédicos.

Por otra parte, en el caso colombiano, en el año 2016 el Ministerio de Cultura expide la política de Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial, la cual incluye la partería afro del Pacífico, dado que, se representa valores que hacen parte de la integridad social y el bienestar de la comunidad. El proceso de creación del documento “Plan especial de salvaguardia de los saberes asociados a la partería afro del Pacífico” se realizó en el marco de la convención aprobada por la UNESCO de salvaguardia del patrimonio cultural en el 2003, y ratificada en Colombia en el 2006.

El proceso de creación del plan de salvaguardia de la partería afro del Pacífico fue desarrollado por ASOPARUPA (Asociación de Parteras Unidas del Pacífico) y el Grupo de Patrimonio Cultural Inmaterial de la Dirección de Patrimonio del Ministerio de Cultura, con la participación de parteras de los departamentos de Cauca, Nariño y Chocó, los que poseen costa en ese litoral. El punto de referencia de partería afro del Pacífico fue el Distrito Especial de Buenaventura, que se ha destacado por ser foco de la práctica y cuenta con una comunidad de parteras de la cual hace parte ASOPARUPA desde hace más de 27 años. El objetivo del PES (Plan Especial de Salvaguardia) es contribuir al reconocimiento de los saberes de la partería afropacífica y la reflexión sobre los valores sociales y culturales que se involucran.

También, construir mecanismos para el fortalecimiento y sostenibilidad de la manifestación de la partería con ayuda de las comunidades en el proceso.

Esta primera revisión de ambos referentes confirma, no sólo la temática central de la partería y la existencia de procesos de participación social para el reconocimiento, legitimación y adaptación comunicativa de la información, sino la presencia de los grandes temas comunes a la práctica de la partería desde un punto de vista tanto del saber ancestral como de la ciencia médica. En la tabla 12 se presenta la información de cada referente en términos de correspondencias o equivalencias temáticas, lo cual, como se dijo, hace viable este análisis comparado.

Con la comparación de los dos documentos, se busca caracterizar los procesos de reconocimiento comunitario e institucional en ambos países y regiones, y los contenidos de comunicación considerados relevantes en ambos casos, dentro del marco de procesos sociales de largo alcance que han pretendido conservar la cultura y la transmisión de la identidad étnica y cultural de la partería. En tales sentidos, la pregunta de investigación que se propone es la siguiente: ¿Cómo son los procesos comunicativos desarrollados en el Altiplano boliviano y en el litoral del Pacífico colombiano, para el reconocimiento social y la legitimación institucional de la partería, a partir de dos publicaciones de origen institucional y comunitario de años recientes?

Tabla 12. Comparabilidad de información sobre partería en los dos referentes comunitarios e institucionales sobre partería

Tema	BOLIVIA (2018) “Salud intercultural en Bolivia, región del altiplano”.	COLOMBIA (2016) “Plan especial de salvaguardia de los saberes asociados a la partería afro del Pacífico”.
1. Características generales	La cosmovisión andina. Las parteras y los parteros.	Configuración de la práctica de la partería en el Pacífico colombiano. Transformaciones del conocimiento.

2. Conocimientos del cuerpo de la mujer.	Anatomía y fisiología. Cuerpo de la mujer.	Conocimiento y cuidado del cuerpo. El cuerpo femenino y la atención y acompañamiento del ciclo reproductivo de la mujer. Menstruación. Algunas técnicas relacionadas con momentos específicos del ciclo reproductivo de la mujer.
3.. El embarazo	Embarazo	Manejo de la fertilidad e infertilidad. Espiritualidad y ancestralidad.
4. Señales de peligro en el embarazo	Rotafolio. Hemorragia Pre-eclampsia Ruptura prematura de membranas. Anemia	Atención y acompañamiento durante el embarazo.
5. Atención del parto humanizado	Parto tradicional. Preparación para el parto. Lavado de manos. Preparación del lugar del parto. Parto limpio. Restricciones. Parto humanizado. Placenta.	Atención y concepción propia del parto. Introducción de cómo las parteras atienden. Parto humanizado. Restricciones. Manejo de la placenta y cordón umbilical.
6. Cuidados y acompañamientos después del parto	Cuidados y complicaciones en el puerperio. Atención del recién nacido.	Atención y acompañamiento después del parto. Cuidados. Bebedizos. Dieta.

Fuente: Elaboración propia, con base en MINCULTURA/ASOPARUPA (2016) Colombia: "Plan especial de salvaguardia de los saberes asociados a la partería afro del Pacífico" y MINSALUD POTOSÍ (2018) Bolivia: "Salud intercultural en Bolivia, región del altiplano".

3. Justificación

Este trabajo se ha concebido con el fin de analizar el reconocimiento del oficio ancestral de la partería en dos regiones latinoamericanas: el litoral del Pacífico colombiano y el Altiplano Sur boliviano. Es de gran pertinencia investigar las razones por las que llevaron a esta práctica a ser reconocida como "práctica ancestral" ante sus mismas comunidades y ante el Estado, en cada caso, y comparar ambas experiencias en clave comunicativa, es decir, como experiencia organizativa de institucionalización, y como generación de contenidos de comunicación para la socialización. Asimismo, el hecho de que las parteras y los parteros de ambas regiones pertenezcan a comunidades étnicamente singulares hace adecuada la investigación en cuestión.

Según Ramos (2015), la importancia del Reconocimiento Comunitario parte del fortalecimiento de las comunidades desde una perspectiva transformadora, la cual puede generar el desarrollo, la autonomía y la determinación de la misma comunidad; y la valoración por parte de comunidades externas.

Cuando se habla de reconocimiento institucional en partería, se habla del apoyo de las instituciones públicas a nivel municipal, regional y nacional, y su responsabilidad con las comunidades que conservan este oficio. Dicho apoyo debe verse reflejado en proyectos dirigidos hacia ellas, en su involucramiento en sus planes de desarrollo, como son los casos del “Plan especial de salvaguardia de los saberes asociados a la partería afro del pacifico” y en “Salud intercultural en Bolivia, región del altiplano”.

El reconocimiento tanto comunitario como institucional es relevante para las comunidades de parteras y parteros del Pacífico Colombiano y del Altiplano Boliviano, pues cuando se reconoce que las comunidades hacen parte del desarrollo de una región y se reconoce la importancia de su rol, en este aspecto como conservación de las tradiciones ancestrales, dichas comunidades hacen aportes para potencializar su crecimiento y participan activamente en decisiones en pro del beneficio de su misma comunidad, en particular como un recurso de comunicación que además de preservar los saberes ancestrales significa un complemento para la calidad, pertinencia y oportunidad en la prestación de los servicios de salud materno infantil. En consecuencia, la principal justificación de este estudio es la posibilidad de comparar dos experiencias de reconocimiento y comunicación social del saber ancestral de partería de rasgos étnicos y sus intersecciones con el mundo institucional y la perspectiva científica, en dos casos nacionales en América Latina.

4. Objetivos

Objetivo General:

Analizar comparativamente el proceso de reconocimiento comunitario e institucional de la partería en Colombia y Bolivia y sus contenidos de comunicación, en los casos de ASOPARUPA/MINCULTURA y el Ministerio de Salud de Potosí, a partir de dos textos representativos, con énfasis en los saberes ancestrales.

Objetivos Específicos

1. Describir los contextos sociales, culturales e institucionales de los procesos de reconocimiento comunitario e institucional de la partería en Colombia y Bolivia, en los casos de referencia.
2. Describir los procesos de reconocimiento comunitario e institucional de la partería en Colombia y Bolivia, según los documentos seleccionados y establecer un primer nivel de comparación.
3. Analizar comparativamente los contenidos de comunicación sobre partería, con énfasis en los saberes ancestrales reconocidos en los dos procesos seleccionados, en términos de convergencias, divergencias y singularidades.

5. Antecedentes

5.1 Un breve marco histórico sobre la partería

Cuando hablamos de la medicina occidental en la asistencia durante la gestación, el parto y el posparto, estamos hablando de una cuestión relativamente nueva, puesto que desde

el comienzo de la humanidad el nacimiento se daba en un entorno “natural” que era asistido comúnmente por “comadronas” o “parteras” y así se mantuvo durante mucho tiempo. No fue hasta el siglo XVIII que la autoridad de las parteras se ve cuestionada por las instituciones y es reemplazada de manera progresiva por lo que hoy en día se conoce en la medicina especializada como ginecología.

Según la Organización Mundial de la Salud, las comadronas o parteras tradicionales son las personas que asisten a la madre durante el embarazo y que han adquirido sus conocimientos iniciales de partería por sí mismas o por aprendizaje con otras parteras tradicionales (OMS, 1993).

Los inicios de la representación de la partería, según Towler y Bramall en un estudio sobre la historia de las comadronas, están relacionados con ciertos pueblos nómadas que se establecieron durante el periodo neolítico y, dado su asentamiento, su organización social cambió de tal manera que las mujeres tomaron el lugar de los hombres durante la atención a los partos. A estas mujeres se les llamó “mujeres experimentadas” y, a partir de este momento, se excluyó al género masculino de participar en esta práctica por los siguientes diez mil años (Towler y Bramall, 1997). Otras evidencias del oficio de la partería durante el inicio de la historia se encuentran en las historias bíblicas del Antiguo Testamento, en los registros sobre la era egipcia y el periodo griego. Incluso, en la época de Sócrates (400 a. C.), las parteras eran veneradas y reconocidas socialmente (Argüello Avendaño y González, 2014).

Con el paso de los años y el reconocimiento de la medicina como una profesión, se acrecentó la exclusión de las mujeres en esta disciplina y las mujeres parteras empezaron a ser señaladas de la misma manera en la que se descalificaban a las mujeres sanadoras y curanderas (Portela Guarín, 2017). Seguidamente, a las mujeres se les apartó de manera

formal de la posibilidad de formarse para contribuir a la medicina o la partería, hasta que en el siglo XV se empezó a regular el trabajo de las parteras y eventualmente se pudo ejercer esta actividad bajo un entrenamiento o una licencia (ACUA, 2018).

5.2 La partería en el litoral del Pacífico colombiano

En el Pacífico colombiano se considera la partería como un saber ancestral sobre el origen de la vida, y esto ha contribuido a mantener la relevancia de este oficio durante muchos años. Las curanderas, comadronas y parteras de esta región son mujeres que cumplen un rol fundamental en la vida de las futuras madres de la comunidad, ya que además de auxiliar, dignifican y humanizan el proceso de parir (Quiñones Sánchez, 2016). Es por esta razón que en el año 1989 se crea en el municipio de Buenaventura ASOPARUPA (Asociación de Parteras Unidas del Pacífico), organización que agremia a 1.600 Parteras Tradicionales que salvaguardan el saber y la medicina ancestral-tradicional para fomentar la interculturalidad (ACUA, 2019).

5.3 El reconocimiento institucional y académico de la partería en Colombia

Resulta de gran relevancia resaltar el hecho de que, tal como lo afirman Robledo Palma y Cañón Guerrero (2020), a principios del siglo XX, cuando se empezó a regular la partería mediante la ley colombiana, se exigía a cada partera su graduación y certificación por una institución universitaria con el fin de obtener el permiso para el ejercicio de dicha actividad. En adición a esto, se desconoce si el Estado colombiano ha contribuido en la capacitación y formación de las parteras que iniciaron esta actividad en las regiones rurales. Solo hasta el año 2017 el Estado colombiano declaró a la partería como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Nación (Mincultura, 2017), ratificando la importancia y la necesidad de que

este oficio siga vigente en pro del bienestar de las mujeres a la hora de parir y en pro de la presencia de la medicina tradicional en lugares recónditos del país en donde el sistema salud no tiene cobertura. Asimismo, Portela Guarín (2017) señala que el hecho de que la enseñanza del “arte de partear” se haga a través de la tradición oral y de un proceso generacional la hace aún más valiosa y merecedora de una aproximación desde la comunicación, como la del presente estudio comparado.

Desde el punto de vista académico, trabajos como el de Laza Vásquez (2012), en su investigación titulada “Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia”, han contribuido a una mayor comprensión sobre la transmisión de saberes, la partería, y la cultura y tradición del Pacífico colombiano. Laza Vásquez propone un debate acerca de la importancia del abordaje investigativo de la partería y las parteras tradicionales de Colombia, puesto que, hasta dicha fecha, la recopilación de avances investigativos sobre el tema, desde el punto de vista de las Ciencias de la Salud, en Colombia eran escasos.

En su trabajo, Laza, identifica como un factor del origen de esta práctica en el país, la incompleta cobertura para la atención de la mujer y para los eventos de gestación por parte del sistema de salud formal. Como otro factor, identifica las barreras culturales existentes entre profesionales de la salud y comunidades étnicas y rurales.

En cuanto a lo primero, contrasta las cifras del Ministerio de Protección Social del año 2006 con las cifras del Departamento Nacional de Estadísticas (DANE) del año 2007 en lo que respecta al porcentaje de nacimientos atendidos por la medicina formal y la medicina tradicional en Colombia. En esta parte, se resalta el hecho de que 7.139 nacimientos se dieron a través de la partería tradicional, principalmente en áreas marginales urbanas y rurales, en donde el servicio de salud tenía poca cobertura y los centros de salud eran de difícil acceso para la comunidad. En cuanto a lo segundo, se afirma que la atención tradicional a la

gestación en regiones rurales es considerada un evento íntimo y propio de la vida de la mujer y es por ello que esta práctica tradicional se lleva a cabo en un ambiente hogareño y las parteras constituyen la intimidad, solidaridad y humanidad necesarias para un parto tradicional.

En esta investigación se concluyó que este oficio es ejercido exclusivamente por mujeres cuyo promedio de edad es de 55 años y han permanecido dentro de su comunidad por mucho tiempo. Por esta razón, poseen mucho conocimiento acerca de esta. Su aprendizaje es informal y se han instruido a través de la observación y la práctica. Lo cual trae a colación el trabajo de investigación cualitativa de Sarria (2018) que busca analizar la transmisión de saberes intergeneracionales en el oficio de la partería en el Pacífico Colombiano durante el periodo 2000-2010, desde el ámbito de la comunicación para el cambio social.

5.4 La partería como saber ancestral y recurso cultural en un entorno cambiante

Un hallazgo valioso en el estudio de Sarria (2018) fue que la interacción familiar es un factor que ha permitido la transmisión de saberes intergeneracionales entre las parteras del Pacífico colombiano, puesto que la familia, considerada como una de las instituciones de referencia más importantes para las personas, es uno de los escenarios fundamentales que propician el aprendizaje del oficio de la partería.

Sin embargo, en otro trabajo investigativo digno de resaltar es el de Giraldo Duque y López Ramírez (2019) se destaca la importancia de transmitir el saber ancestral de la partería entre generaciones, ya que, de no ser así, podría significar la extinción de esta práctica, como lo que ocurre actualmente en los corregimientos de Juanchaco y Ladrilleros, en Buenaventura, sobre la costa del departamento del Valle del Cauca. Las mujeres parteras

están muy avanzadas en edad y las mujeres jóvenes no tienen interés en continuar con el legado de la práctica y tampoco en tener un parto asistido por una partera. Hoy en día, muchas mujeres oriundas de esta región prefieren viajar a Cali, capital del departamento, para dar a luz.

En relación con lo anterior, Gallego Arango (2014) reafirma el valor que se le otorga en la región Pacífica a las plantas y a lo natural en las prácticas de la curandería y la partería. Además, evidencia, por medio de entrevistas, que las prácticas tradicionales de comunidades negras del Pacífico van tomando otras formas de hacer y van evolucionando con el paso del tiempo. Los conocimientos sobre yerbas y plantas medicinales que se heredaron de ancestros africanos, hoy en día han evolucionado y se han modificado gracias a la llegada y a los conocimientos de otras etnias.

5.5 Algunos datos disponibles sobre la partería en Bolivia y su Altiplano andino

“Parir sin riesgo. El parto humanizado en el Altiplano Boliviano” es la estrategia utilizada para mostrar los riesgos obstétricos desde el punto de vista biomédico en el embarazo, parto y puerperio. La estrategia que se creó consiste en un proyecto de Información, Comunicación y Educación (ICE) en salud y tiene el objetivo de mejorar la capacidad institucional de desarrollo de programas en pro de la salud reproductiva de la mujer. Además de difundir información sobre la disponibilidad de servicios de salud y apoyar los servicios y la promoción de la salud reproductiva con materiales de comunicación impresos y audiovisuales. De esta manera, se busca la diagnosis temprana de los riesgos obstétricos que pueda beneficiar a las mujeres del altiplano boliviano que no puedan llegar oportunamente a un centro de salud o su atención sea demorada, debido a la mala o escasa

infraestructura, carencia de insumos, o carencia de recursos humanos capacitados para atender sus necesidades durante la gestación.

5.6 El reconocimiento y las comunidades bivalentes: las instituciones y las mujeres pobres de comunidades étnicas que practican la partería

Por otro lado, Nancy Fraser (1995), en su trabajo sobre el dilema redistribución-reconocimiento, afirma que la lucha por el reconocimiento se convirtió desde finales del siglo XX en la forma paradigmática del conflicto político en el mundo. Se trata del “reconocimiento por la diferencia” reivindicado por grupos sociales alrededor del mundo según nacionalidad, etnicidad, raza, género y sexualidad. La cuestión central sería que el reconocimiento cultural habría reemplazado a la redistribución socioeconómica como remedio contra la injusticia social y objetivo de la lucha política. La asistencia en salud, las expectativas de vida y las tasas de enfermedad y mortalidad son también algunas de las desigualdades generadoras de luchas por el reconocimiento. En algunos casos, estas reivindicaciones son retomadas, asimiladas o “traducidas” por instituciones del orden internacional o nacional en la medida en que estas instituciones se saben convocadas por la legitimidad moral, y a veces jurídica, de las reivindicaciones culturales. La partería y la existencia de las parteras o matronas es una de ellas. En 2022, el Fondo de Naciones Unidas para la Población publicó un informe sobre la situación de este grupo social en diversas regiones del mundo en desarrollo que señala la urgente necesidad de formar a más parteras para atender la creciente demanda de asistencia materno infantil, principalmente en regiones y países en desarrollo. Los objetivos de este trabajo de grado proponen un buen ejemplo de

análisis comparado entre los casos singulares de Colombia y Bolivia en clave de reconocimiento.

Para la autora, las comunidades bivalentes son sociedades en las que existen dos esferas de poder e influencia: la esfera pública (política y colectiva) y la esfera privada (vida personal y doméstica). Esta división puede ser problemática porque a menudo crea una jerarquía que favorece a ciertos grupos y desfavorece a otros. Para Fraser, una comunidad bivalente más justa requeriría una reorganización significativa de las relaciones de poder entre estas dos esferas, incluyendo la redistribución del trabajo doméstico y de cuidados, la valoración de las tareas y habilidades asociadas a la esfera privada y la inclusión de voces y perspectivas diversas en la esfera pública. Esta noción se incluye en esta investigación, dado que ambas comunidades de parteras podrían considerarse comunidades bivalentes, puesto que, la valoración y reconocimiento de la partería y de las habilidades asociadas a la esfera privada podrían contribuir a una redistribución del trabajo doméstico y de cuidados, así como a una inclusión de perspectivas diversas en la esfera pública.

6. Marco teórico

6.1 Reconocimiento

Para Fraser (1995), es necesario “desarrollar una teoría crítica del reconocimiento, que identifique y propugne únicamente aquellas versiones de la política cultural de la diferencia que puedan combinarse de manera coherente con una política social de la igualdad.” Por lo que, en consecuencia, la idea de justicia, tendría que ver con dos dimensiones que configuran, a su vez, un dilema: redistribución y reconocimiento. Este

dilema consiste en que la desigualdad económica y la falta de respeto cultural se encuentran en estos momentos entrelazadas respaldándose mutuamente. En algún sentido, se plantea un dilema cuando se busca el trato igualitario reivindicando la propia diferencia. Por lo cual es necesario diluir los dilemas políticos que emergen cuando se lucha contra ambas injusticias simultáneamente. Este dilema tiende a atenuarse si se buscan perspectivas que minimicen los conflictos entre redistribución y reconocimiento. Para Fraser, la economía socialista y la política cultural deconstructiva “funcionan mejor” para reducir este dilema en el caso de comunidades bivalentes de género y “raza”. Los casos de reconocimiento de la partería, con claros rasgos de las cuestiones de género y etnia, que se propone comparar aquí, en regiones geográfica y étnicamente diferenciadas en Colombia y Bolivia, responden a esa doble característica, y permanecen también muy próximos a las consideraciones sobre sexualidad y clase social. Todo lo cual conforma un marco de comprensión para la cuestión del reconocimiento comunitario e institucional de la partería en el litoral del Pacífico colombiano afro y el altiplano boliviano indígena. Para Fraser (1995, pág. 29) “nadie es únicamente miembro de un tipo de comunidad. Puede darse el caso de que la gente subordinada en un eje de división social domine en otro”. La cuestión del reconocimiento de la partería en perspectiva comparada entre Colombia y Bolivia permite entrever, desde los puntos de vista del contexto social e institucional, del proceso de participación social y de los contenidos de comunicación de tales reivindicaciones institucionalmente reconocidas, “un campo más amplio de luchas múltiples y entrelazadas contra injusticias múltiples y entrelazadas” (Fraser, 1995: 29); justamente porque involucran comunidades bivalentes, es decir, movilizadas bajo las banderas del género y la etnia. Lo que se espera encontrar en la comparación entre los documentos de Colombia y Bolivia sería, por un lado, el respaldo del mundo institucional nacional en ambos países, o al menos de una parte respetable de esas instituciones, como el

Ministerio de Cultura y la principal asociación de parteras (Buenaventura, Colombia) y del Ministerio de Salud (Potosí, Bolivia); y la convergencia relativa (coincidente en unos sentidos, incompleta en otros, contradictoria en algunos más allá) entre contenidos de comunicación que constituyen lo que podríamos denominar *el relato actualizado de la partería tradicional*. En ambos casos, el grado de actualización se refiere a los contenidos científicos sobre las prácticas de partería tradicional y, a su vez, a la necesidad de conservar códigos de comunicación oral y visual próximos a los modos orales de reproducción cultural de saber ancestral, concordantes con el grado de alfabetización de las comunidades. Se trata, entonces, de revisar ese dilema aparente del ejercicio comunicativo de actualización y conservación, como parte del proceso comunitario e institucional de reconocimiento de la partería en dos regiones de Colombia y Bolivia. Así, utilizando la perspectiva de Nancy Fraser, podemos observar dos planos de la cuestión comunicativa del reconocimiento, con sus dilemas incluidos: el plano institucional/comunitario y el plano comunicativo. Por ello, la comparación se propone en clave de convergencias/similitudes entre casos, divergencias/contradicciones entre casos y especificidades/singularidades de cada caso individual.

Para Fraser, “cualquiera que sea mujer y al mismo tiempo negra se encontrará con este dilema de una forma acentuada y multiestratificada”, a lo cual podemos agregar que dicha bivalencia (de género y etnia) se ve complejizada porque la práctica de partería representa una especie de desafío por su doble condición de conservación/adaptación respecto de, por un lado, la reivindicación del saber ancestral, de base étnica, cultural y femenina; y por otro lado, del conocimiento científico de la especialidad médica de la ginecología y, de la atención primaria de salud, con sus objetivos de promoción de la

salud y prevención de la enfermedad, y sus contextos en los modelos de salud hegemónicos biomédico y biopsicosocial.

Adicionalmente, para Fraser (1995, pág. 30), es relevante indagar por los tipos de coaliciones o alianzas estratégicas que se forman entre instituciones, comunidades, empresas, y demás formas asociativas, lo cual equivale en buena medida al proceso de comunicación social característico del proceso de reconocimiento comunitario e institucional. Los antagonismos sociales, la polarización política, la fractura de los movimientos sociales indican que es necesario contribuir al análisis de los casos nacionales donde, al parecer, ha sido posible conciliar redistribución (como lucha por la justicia social) y el reconocimiento (como lucha por la identidad y el respeto cultural). Pero para Fraser, la convergencia de autoafirmación cultural (desde el multiculturalismo) con la subordinación económica (desde el Estado del bienestar liberal) constituyen un círculo vicioso de efectos perversos, y sugiere buscar concepciones alternativas de redistribución y reconocimiento para satisfacer las exigencias de justicia de todos. Este trabajo de grado en comunicación que analiza el reconocimiento de la partería en Bolivia y Colombia, por lo pronto, únicamente se propone comparar dos casos representativos pero específicos, sus contextos sociales y culturales, los procesos de reconocimiento institucional y comunitario, y los contenidos de comunicación que se han desarrollado y han sido considerados relevantes para ambos procesos de lucha, y para reflexionar sobre el dilema que se forma en la convergencia entre la lucha por la justicia mediante la lucha por el reconocimiento.

6.2 Reconocimiento institucional

A partir de la definición de Fraser (1995), para este estudio se entiende el reconocimiento institucional como aquel proceso que busca institucionalizar las luchas étnicas que aspiran a derechos sobre la expresión cultural dentro de Estados-nación poliétnicos. Asimismo, la autora sostiene que las normas culturales racistas y eurocéntricas están formalizadas en el Estado y en la economía, mientras que la desigualdad económica que sufren las comunidades étnicas restringe su participación en las decisiones políticas. Entonces, en el documento colombiano es claro que la participación de MINCULTURA y la iniciativa de ASOPARUPA representa la base del reconocimiento a nivel institucional, que se consolida en su postulación a la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial del año 2017 y también reconoce sus factores diferenciales étnicos, sociales y culturales. En otras palabras, se puede entender el reconocimiento institucional como el apoyo por parte de instituciones públicas a nivel municipal, regional y nacional, que busca promover y reconocer el oficio de la partería como *la transmisión intergeneracional de conocimientos ancestrales*. De esta manera, se puede evidenciar la lucha étnica, a la que se refiere Fraser, por el reconocimiento institucional de las comunidades del pacífico de Colombia, puesto que con el Plan Especial de Salvaguardia buscan que el Estado los reconozca por sus diferencias, de tal forma que los involucre en proyectos y planes de desarrollo dirigidos especialmente hacia la comunidad afro del Pacífico.

6.3 Reconocimiento comunitario

En el mismo orden de ideas, para Fraser (1995) la “raza” puede llegar a constituir una comunidad bivalente paradigmática. Esto es posible, ya que esta diferenciación abarca

dimensiones económico-políticas y de valoración cultural y, por ende, las comunidades étnicas, como lo son los afro colombianos y los grupos indígenas de Bolivia, están en el deber de buscar soluciones que puedan cavar aquella diferenciación “racial” y puedan encontrar soluciones de valoración cultural que favorezcan la especificidad de estas comunidades *despreciadas*. Por consiguiente, para que exista el reconocimiento comunitario es de suma importancia que se fortalezcan las comunidades desde una perspectiva transformadora, la cual puede generar el desarrollo, la autonomía y la determinación de la misma comunidad, así como la valoración por parte de los miembros de la misma y de comunidades externas.

6.4 Saberes ancestrales

El conocimiento es una acumulación de información que se ha construido de manera colectiva a partir de procesos históricos que han generado experiencias para mantener la vida y reproducirla (Valdivieso, 2017). Desde ese punto de vista, estos conocimientos se han transmitido entre generaciones de, por ejemplo, los pueblos afro e indígenas de la referencia, creando saberes ancestrales que han sido conservados al pasar de los años.

Para Crespin (2010), los saberes ancestrales son un conjunto de conocimientos y valores, y su papel en la sociedad es el de colaborar al desarrollo. Es decir, son los que dan prueba de cómo se comportaban las sociedades del pasado y su identidad cultural. Los saberes ancestrales representan una formación social que permiten tener una sostenibilidad que depende de las necesidades de cada sociedad, son una cosmovisión que abarca aspectos como la medicina, el lenguaje, la agricultura, la comunicación, la producción, entre otras.

Adicionalmente, Bonfil (1987) indica que la sociedad está históricamente formada y delimitada a sí misma porque adopta un patrimonio cultural que con el tiempo es enriquecido y transformado por las generaciones. Es decir, que el comportamiento y la forma de vivir que se adopta viene delimitado de experiencias vividas por otros individuos y que han sido compartidas.

En adición, desde los conocimientos y prácticas, entre otros aspectos de la cultura, las comunidades configuran una identidad propia que las hace diferentes de otras culturas. Uzuál y Martínez (2007) afirman que en el pasado está la herencia de los pueblos, pero ese pasado también está presente en el día a día y en la forma de relacionarse con la *madre naturaleza*. Los diferentes saberes ancestrales tienen en común la relación entre la naturaleza y la espiritualidad. Según Crespin (2010), los conocimientos han sido compartidos oralmente, su comunicación ha pasado entre familias y con ello sus tradiciones.

En este estudio comparativo, de los dos materiales de la referencia, están presente los saberes ancestrales en Bolivia desde la cosmovisión andina y en el Pacífico colombiano con su cultura de raíz predominantemente afro¹. Es importante resaltar que los documentos fueron elaborados junto con grupos pertenecientes a las comunidades, en cada caso, quienes compartieron sobre su cultura, cosmovisión y tradiciones para explicar su labor como parteras en sus comunidades. Práctica que ha sido compartida por sus ancestros y adoptada en la actualidad para ayudar al desarrollo de las comunidades.

¹ Es necesario anotar que en el litoral del Pacífico colombiano subsisten grupos indígenas diversos, relativamente minoritarios y en asentamientos dispersos, inclusive en el área de Buenaventura, pero cuyas prácticas de partería no aparecen contempladas plenamente en el material de referencia colombiano. Esto confiere a la cultura afro cierto carácter hegemónico en el territorio, probablemente relacionado con el mayor tamaño de la población afro.

6.5 Partería (Parto, parto humanizado, partería indígena, partería afro)

La partería está fundamentada en las tradiciones de saberes ancestrales que han sido transmitidas oralmente, Quiñonez (2016). La partería es mucho más que atender implicaciones físicas o biológicas, las parteras deben preparar la casa y la familia para el trabajo de parto que debe enfrentar la mujer, es ahí donde el tiempo de la gestante y su bebé es respetado. El parto es un proceso natural de la mujer y culmina entre la semana 37 y 42 de gestación, cuando el niño o la niña nace. La humanización del parto se divide en dos aspectos importantes. El primero, es el trato digno a la gestante, al recién nacido y su familia. En otras palabras, es necesario una actitud ética y solidaria para crear un ambiente agradable y no ver a la gestante como una enferma. El segundo, trata de evitar prácticas intervencionistas innecesarias que no benefician y ponen en riesgo a la mujer embarazada y al niño o niña. Por otro lado, buscan procedimientos y medidas beneficiosas a la hora del parto teniendo en cuenta las necesidades de la gestante (Iglesias, 2009). En tal dirección, para Blázquez (2009), en el parto humanizado se busca brindar máxima seguridad y satisfacción a la madre y al bebé, y los procedimientos obstétricos solo se realizan bajo necesidad. No se permite reemplazar la fisiología de la mujer y la experiencia del parto por tecnología.

En cuanto a la partería indígena, en específico, esta es vista desde el saber ancestral de los pueblos indígenas, que permite el cuidado de la vida y el fortalecimiento del vínculo familiar y comunitario (Escobar, 2022). Para que la partería sea indígena debe pertenecer a una etnia originaria donde los saberes y las prácticas hayan sido transmitido por mecanismos oníricos, orales y prácticos (Alarcón, 2021). Las parteras indígenas brindan el diagnóstico observando e interrogando, tienen plantas y rituales especiales para acompañar a la mujer embarazada antes, durante y después del parto.

6.6 Transmisión de Saberes

Es frecuente encontrar en los discursos institucionales y comunitarios del medio colombiano y latinoamericano el uso de la expresión “transmisión de saberes” en las reflexiones y debates sobre patrimonio, conservación y reconocimiento cultural. Primero definiremos el concepto de transmisión de información, el cual, según Tórrez y Ruiz (2019) es un proceso comunicativo en el que existe un mensaje que, como se dijo anteriormente, va de un emisor a un receptor y, aunque sus orígenes se encuentran en teorías informacionales, los autores consideran que median la interacción social, los intercambios y la retroalimentación. Para ellos el intercambio puede ser acerca de opiniones o cualquier otro tipo de información mediante el habla, la escritura u otros códigos y es de carácter bilateral y bidireccional. Con tales adaptaciones radicales respecto del sentido original informacional de la expresión “transmisión” de información, es posible establecer una relación con la tradición oral propia de los grupos étnicos del litoral del Pacífico colombiano pues, de acuerdo con Ramírez Poloche (2012), en Colombia, el lenguaje oral es una herencia de los antepasados y marca la identidad de los territorios. Siendo también considerado como un proceso de socialización de conocimientos compartidos por integrantes de una comunidad. En este caso, la transmisión de los saberes de la partería se puede definir como un conocimiento compartido que, a su vez, le otorga identidad cultural a la región y a los miembros de las comunidades asentadas allí. También, se menciona que la tradición oral facilita el intercambio y la conservación de saberes, tales como sus modos de pensar, sus creencias, su política y su cosmovisión. Así definida la tradición oral, puede ser valorada como un pilar fundamental de la representación de la realidad de los pueblos afro en Colombia e indígenas en Bolivia.

7. Metodología

Con el propósito de analizar el proceso de reconocimiento comunitario e institucional de la partería en Colombia y Bolivia desde los casos de ASOPARUPA/ Ministerio de Cultura y el Ministerio de Salud de Potosí, se planteó un análisis de contenido como un estudio descriptivo con enfoque cualitativo y deductivo, basado dos referentes de importancia primordial. En Colombia, el “Plan especial de salvaguardia de los saberes asociados de la partería afro del Pacífico”, publicado por el Ministerio de Cultura, junto con la asociación de Parteras Unidas del Pacífico, ASOPARUPA (2016); y en Bolivia, un material comunicativo titulado “Salud intercultural en Bolivia, región del Altiplano”, publicado en 2018 por el Ministerio de Salud de Potosí.

El análisis comparativo se enfoca en las descripciones encontradas en estos dos textos sobre los contextos sociales, territorios y culturas, acerca de los procesos de participación social para el reconocimiento, y las prácticas de partería, relacionadas con los comportamientos de personas, creencias y experiencias, que son extraídos de los materiales comunicativos.

Por otro lado, el análisis comparado de contenidos se considera aquí como una perspectiva metodológica viable en tanto los casos a comparar reúnen las siguientes condiciones de similitud y de especificidad:

- a. El caso de MINCULTURA/ASOPARUPA en Buenaventura, Colombia y el caso de MINSALUD en Potosí, Bolivia poseen el mismo referente: la partería como práctica cultural de comunidades étnicas y como objeto de reconocimiento comunitario e institucional.

- b. Ambas experiencias, sintetizadas en documentos publicados en años recientes (Colombia en 2016, Bolivia en 2018), muestran elementos claros sobre el contexto cultural y social, el proceso de participación social e institucional para el reconocimiento de la partería, y conjuntos de contenidos de comunicación considerados esenciales para la conservación del saber ancestral, que muestran la incorporación de parámetros de la ciencia médica moderna, en contextos comunitarios particulares, es decir, que se actualizan según objetivos educativos no formales.
- c. Ambos procesos de reconocimiento y comunicación social sobre partería se originan y desarrollan en contextos geográficos, naturales, culturales y sociales de claros rasgos étnicos y sociales diferenciados, caracterizados por altas cifras de morbilidad y mortalidad materno infantil, y de bajos niveles de alfabetización y prevalencia de códigos culturales históricamente asociados a la transmisión oral de saberes ancestrales sobre partería.
- d. El caso colombiano se desarrolla en comunidades y mundo institucional del litoral del Pacífico, con población predominantemente afro, principalmente del Distrito de Buenaventura, en el departamento del Valle del Cauca. Mientras el caso boliviano se desarrolla en comunidades indígenas y mundo institucional del altiplano sur, en el Departamento de Potosí.
- e. En ambos casos, los diferenciales de género y de etnia (mujeres indígenas Aymara y mujeres afro) son dimensiones constituyentes de los procesos de participación social para el reconocimiento, por lo que se plantean procesos específicos de comunicación multisectorial (parteras, organizaciones comunitarias, entidades de salud pública, entidades de promoción de las

culturas) para la participación en los procesos generales de reconocimiento, con la incorporación de discursos reivindicativos (justicia social) y de afirmación étnica, de género y cultural. Es decir, en Colombia y Bolivia se configura, en palabras de Fraser, “un campo más amplio de luchas múltiples y entrelazadas contra injusticias múltiples y entrelazadas” (1995: 29), que involucran comunidades bivalentes, es decir, movilizadas bajo las banderas del género y la etnia.

Como se dijo, para este análisis comparado de contenido se utilizaron exclusivamente los documentos de la referencia, comprendidos como parte de las realidades sociales, culturales y epidemiológicas de ambas regiones geográficas. El proceso se organizó en las siguientes fases:

FASE 1. EXPLORACIÓN SOBRE PARTERÍA.

Se desarrolló una exploración inicial sobre la partería como saber ancestral y su situación actual en el mundo y América latina. En esta fase se buscó información sobre la problemática de la partería y su conservación a través de estrategias de comunicación y reconocimiento, mediante lo cual se encontraron los referentes de Colombia y Bolivia ya mencionados, y se establecieron los criterios de similitud y especificidad que hacía del análisis de contenidos comparado un esfuerzo prometedor para un trabajo de grado en comunicación y cultura. Con anterioridad, se contaba con conocimientos actualizados sobre el caso colombiano, y específicamente sobre la asociación de parteras de Buenaventura, ASOPARUPA, lo cual permitió comprender el carácter multisectorial del proceso de reconocimiento de la partería en este caso colombiano, a la vez que acercarnos a la realidad

situada en el nivel local y las condiciones concretas en que se ha venido desarrollando la práctica de partería y la dinámica asociativa de las parteras, cuestiones relativamente apreciables en el caso boliviano.

FASE 2. ELABORACIÓN DE UN MARCO GENERAL DE COMPRENSIÓN DE LOS CONTEXTOS Y LOS PROCESOS SELECCIONADOS.

Luego de que se investigó sobre estrategias de comunicación educativa relacionadas con la partería en Latinoamérica y se seleccionaron los documentos mencionados anteriormente, se acopiaron y analizaron cifras poblacionales, del PIB, mortalidad, morbilidad, educación, pobreza, entre otros, de ambos países y regiones, en este caso el altiplano boliviano y el Pacífico colombiano, los cuales se presentaron en el planteamiento del problema. Esto con la finalidad de elaborar un contexto, e identificar las características que comparten y diferencian a los territorios y comunidades protagonistas en ambos documentos. Este proceso se realizó de manera simultánea con la búsqueda de referentes sobre partería como documentos, fotos, archivos y noticias para sistematizar la información pertinente sobre la temática para complementar una perspectiva general. De esta manera, se obtuvo un marco de comprensión sobre el universo social en ambos casos, que permitió describir los contextos específicos a que se refiere cada material y los procesos de reconocimiento comunitario e institucional. Con este marco, sería posible ya adelantar la caracterización de los contenidos de comunicación que han sido considerados indispensables para las labores de conservación del saber ancestral y de educación de las nuevas generaciones de parteras.

FASE 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTENIDOS DE COMUNICACIÓN PARA EL ANÁLISIS COMPARADO.

Al obtener un contexto general sobre la partería y los territorios en los documentos de referencia, fue necesario hacer un reconocimiento más detallado de las temáticas que presentaban ambos documentos, las cuales se organizaron en la siguiente tabla donde se indica además el número de página donde se encuentra cada referencia. De este modo, se validó la pertinencia y viabilidad de la comparación, por la suficiencia, similitud y especificidad de los referentes a analizar, como se muestra en la tabla #13.

Tabla # 13. Comparación básica de contenidos de comunicación en los documentos del Ministerio de Salud del Potosí y El plan especial de salvaguardia de partería afro del Pacífico colombiano.

Tema	Salud intercultural en Bolivia, región del altiplano	Plan especial de salvaguardia de los saberes asociados a la partería afro del Pacífico
Proceso de participación para el reconocimiento	<p>OBJETIVO: Construir un material comunicativo para prevenir los riesgos obstétricos, teniendo en cuenta los rasgos de la comunidad.</p> <p>PARTICIPANTES: Agnese Quarti Giuseppe Polini Cristóbal Corso Mujeres de edad fértil de Tinguipaya Parteras tradicionales de Tinguipaya</p> <p>PERIODO: 2018</p>	<p>OBJETIVO: Contribuir al reconocimiento de los saberes de la partería afropacífica y la reflexión sobre los valores sociales y culturales que se involucran. También, construir mecanismos para el fortalecimiento y sostenibilidad de la manifestación de la partería con ayuda de las comunidades en el proceso.</p> <p>PARTICIPANTES: Liceth Quiñones Sánchez Ginna López Teresa Valencia Stella Cuero Valencia Blanca Cecilia Gómez ASOPARUPA (Asociación de Parteras Unidas del Pacífico)</p> <p>PRESENTADO A: Ministerio de Cultura</p> <p>PERIODO: 2011 - 2016</p>
Características generales	<p>La cosmovisión andina. p. 87-89.</p> <p>Las parteras y los parteros. p. 94</p>	<p>Configuración de la práctica de la partería en el Pacífico colombiano. p. 81-83.</p> <p>Transformaciones del conocimiento. p. 63-66.</p>

Conocimientos del cuerpo de la mujer.	<ul style="list-style-type: none"> Anatomía y fisiología. p. 98-100 (capacitación) Cuerpo de la mujer. p. 101-104 	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento y cuidado del cuerpo. (general) p. 31-32. El cuerpo femenino y la atención y acompañamiento del ciclo reproductivo de la mujer. Menstruación. p. 32 - 35. <p>Algunas técnicas relacionadas con momentos específicos del ciclo reproductivo de la mujer. p. 59-60.</p>
El embarazo	Embarazo p. 105-107 Embarazo p.91	<ul style="list-style-type: none"> Manejo de la fertilidad e infertilidad p. 36-37 <p>Espiritualidad y ancestralidad p. 67-71.</p>
Señales de peligro en el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> Rotafolio. Hemorragia Pre-eclampsia Ruptura prematura de membranas. Anemia <p>p. 44-49.</p>	Atención y acompañamiento durante el embarazo. p.38-42 (cuidados y consejos).
Atención del parto humanizado	<ul style="list-style-type: none"> Parto tradicional Preparación para el parto Lavado de manos Preparación de lugar del parto Parto limpio p. 58- 64. <p>Parto Humanizado. P. 129-130</p>	Atención y concepción propia del parto. <ul style="list-style-type: none"> Introducción de cómo las parteras atienden. Orar a Jesús, San Ramón. Parto humanizado (calor, plantas). Restricciones. Manejo de la placenta y cordón umbilical. p. 42-48
Cuidados y acompañamientos después del parto	Cuidados y complicaciones en el puerperio. p. 141- 142 Atención del recién nacido. p. 143-146.	Atención y acompañamiento después del parto <ul style="list-style-type: none"> Cuidados Bebedizos Dieta p. 48-50

Fuente: Elaboración propia, con base en MINCULTURA/ASOPARUPA (2016) Colombia: “Plan especial de salvaguardia de los saberes asociados a la partería afro del Pacífico” y MINSALUD POTOSÍ (2018) Bolivia: “Salud intercultural en Bolivia, región del altiplano”.

FASE 4. COMPARACIÓN DE LOS CONTENIDOS DE COMUNICACIÓN SOBRE PARTERÍA. SIMILITUDES, DIFERENCIAS Y SINGULARIDADES.

En esta fase, se procedió al análisis comparativo de los contenidos de comunicación sobre partería, con énfasis en los saberes ancestrales reconocidos en los dos procesos seleccionados, en términos de convergencias, divergencias y singularidades. El análisis permitió identificar las equivalencias o correspondencias entre las temáticas básicas sobre las prácticas asociadas a la partería encontradas en ambos documentos. Asimismo, fue posible

identificar los énfasis que se hicieron en cada proceso de reconocimiento, a través de los contenidos sobre partería singulares de cada experiencia.

FASE 5. CONCLUSIONES Y ESTRATEGIA DE DIVULGACIÓN DE RESULTADOS.

Las conclusiones del análisis comparado de contenidos se orientaron a sintetizar el sentido logrado en la descripción de los resultados, y a proyectarlo como análisis del proceso de comunicación social desarrollado en ambos casos, tanto en términos del reconocimiento comunitario e institucional de los saberes y conocimientos asociados a la partería, como a las temáticas que los expresan y que están orientadas a conformar un marco de referencia sobre la partería en ambas regiones y países, lo que constituye un proceso de enmarcación del sentido propiamente dicho, que muestra algunas proyecciones que podrían considerarse válidas para nuevos análisis en el contexto de América Latina.

Para la estrategia de divulgación de resultados de este trabajo se decidió elaborar una presentación clara sobre los hallazgos más relevantes de la investigación comparativa, la cual será enviada al Ministerio de Cultura de Colombia y al Servicio Departamental de Salud de Potosí mediante el correo electrónico de cada entidad. Lo anterior, para lograr la visibilidad de los resultados obtenidos en la investigación comparativa en cuestión por parte de ambos organismos.

Link de la estrategia de divulgación: https://www.canva.com/design/DAFhWDSJt3M/3Ib4S8X_4-d714SSTuuAdA/edit?utm_content=DAFhWDSJt3M&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton

8. Resultados

A continuación, en el capítulo de resultados se presenta la comparación de los contextos sociales, los procesos de reconocimiento y los contenidos de comunicación verificables en los documentos “Salud intercultural en Bolivia, región del altiplano” de Bolivia y el “Plan especial de salvaguardia de los saberes asociados a la partería afro del Pacífico” de Colombia. En el capítulo se encuentra información de procesos comunitarios e institucionales que fueron realizados por instituciones y comunidades en los dos territorios para construir los materiales con la finalidad de contribuir a procesos sociales que impactan en la conservación y reconocimiento de la cultura de la partería. En suma, en este capítulo se encuentran cinco ítems comparados que están ordenados por temáticas.

8.1 Contextos sociales, culturales e institucionales de los procesos de reconocimiento de la partería en Colombia y Bolivia

La partería busca brindar un parto humanizado y es una tradición que viene expandiéndose por todo el mundo desde hace años atrás. Según Alarcón, Sepúlveda y Alarcón (2011) esta práctica fue acogida por diferentes culturas, dado que era necesaria para ayudar a las mujeres embarazadas en el proceso del nacimiento del niño o niña.

En Bolivia, la partería fue acogida y actualmente sigue en práctica en algunos territorios del país. Uno de ellos es la región del Altiplano Sur que se caracteriza por formar una cuenca cerrada entre las cordilleras oriental y occidental de los Andes. Es un territorio con relieves, serranías y colinas, semidesértica, con una altitud promedio de 3800 msnm, con temperaturas promedio entre -2 y 15 grados centígrados, a lo largo del año. Resultan, en suma, unas tierras altas y relativamente frías. Por otro lado, en Colombia, la partería tiene gran importancia en la región del litoral del Pacífico, una región predominantemente plana,

selvática, de alta pluviosidad, con abundantes ríos y con temperaturas entre los 22 y 28 grados centígrados. En esta área, desde el siglo XVI, con la llegada de la población africana esclavizada, muchos conocimientos ancestrales y prácticas culturales sobre el parto y la salud reproductiva de la mujer conservaron su sentido de utilidad, y se incorporaron al proceso cultural de sobrevivencia y de usos de saberes ancestrales. Luego de varios siglos, y cumplido el proceso social de integración y reconocimiento de derechos de las poblaciones afrocolombianas en la sociedad contemporánea, y a pesar del rezago social e institucional en las respectivas regiones, estos saberes continúan siendo una parte esencial de la cultura. En el “Plan de Salvaguardia de los Saberes Asociado a la Partería Afro del Pacífico”, Quiñones et al (2016) mencionan que: “la partería tradicional en el Pacífico colombiano ha sido determinante en la sobrevivencia de las comunidades negras y en su dinámica poblacional”.

La ciudad de Buenaventura está ubicada en el departamento del Valle del Cauca, es reconocida por ser distrito especial, industrial, biodiverso y portuario (antes Municipio). También, en ella se encuentra el puerto marítimo más importante de Colombia que mueve el 60% de la mercancía del país. En el año 2021, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) reportó 407.539 habitantes en Buenaventura. Haciendo énfasis en que más del 80% de la población presenta necesidades básicas insatisfechas. En el caso del Altiplano del Sur, su último reporte corresponde al año 2020 y registra un total poblacional de 200.044.

El Ministerio de Cultura de la República de Colombia es una entidad gubernamental que cumple con la función de liderar procesos de coordinación intersectorial enfocados en fortalecer instituciones públicas, privadas y mixtas orientadas a la promoción, defensa, divulgación y desarrollo de actividades culturales y creativas, en aras de vigorizar los derechos culturales y la economía cultural y creativa (economía naranja). Asimismo, es el

organismo encargado de promover el reconocimiento de la diversidad cultural y la salvaguardia del Patrimonio y la memoria. (MinCultura, 2022).

El Ministerio de Salud de Potosí es el encargado de garantizar los derechos y deberes de la salud para las personas del departamento. Asimismo, busca impulsar y ayudar al desarrollo humano por medio de un sistema de salud accesible para las personas incluyendo a excluidos y marginados. El Ministerio de Salud de Potosí desarrolló el material didáctico “Salud Intercultural en Bolivia” porque las tasas de mortalidad maternas relacionadas con el riesgo obstétrico se encontraban elevadas. Antes de su creación, diferentes instituciones habían probado métodos para contrarrestar la problemática, una de las estrategias fue la (IEC) en salud que se trata de informar, educar y brindar comunicación. Sin embargo, la estrategia no dio un buen resultado porque su población objetivo no se identificaba con la información y no se lograba una apropiación del contenido.

En base a los antecedentes de las estrategias, se realiza el material didáctico “Salud Intercultural en Bolivia” de forma colaborativa con las mujeres de edad fértil y parteras tradicionales del municipio de Tinguipaya. Al realizar el material se tiene en cuenta la cosmovisión, cultura y otros aspectos de la población para que se sientan identificadas con el material. Por medio de una resolución administrativa se socializó el documento con todos los centros de salud, puestos y ONGs que trabajan con la salud materno infantil del departamento.

Parece claro que subsiste una diferencia entre los entes estatales que enmarcan ambos procesos: un ministerio de cultura que persigue una política de reconocimiento y legitimación de una práctica ancestral de autocuidado; y un ministerio de salud que desarrolla una política de salud pública basada en el ajuste de una estrategia de comunicación educativa de una práctica ancestral de autocuidado. En ambos casos, hay convergencia relativa en los

contenidos asociados a tales prácticas, aunque el momento histórico en el que se propone el proceso de participación y educación difiere, lo cual explicaría la diferencia entre los estamentos oficiales generadores.

8.2 Procesos de reconocimiento comunitario e institucional de la partería y saberes ancestrales.

Tanto en el caso colombiano como en el boliviano, hubo convocatorias a la población para la participación, enfocadas a los grupos sociales directamente comprometidos con la partería, eventos de participación directa, aplicación de técnicas de investigación cualitativa culturalmente apropiadas con los participantes, y agendas que fueron concertadas con ellas y ellos, por desarrollarse de forma paralela con procesos organizativos de las parteras que habían sido iniciados mucho antes de las propias iniciativas institucionales que dieron origen a los materiales analizados. En el caso de Bolivia, se realizaron talleres y capacitaciones por parte del Ministerio de Salud del Potosí para mujeres de edad fértil y parteras tradicionales del municipio de Tinguipaya para contextualizar la información presentada en el material didáctico. De igual manera, para el año 2018 el material ya era utilizado por 26 médicos tradicionales y 102 parteras. También, se elaboró un calendario reconociendo su forma de medir el tiempo, es decir por fases lunares. Además, es importante resaltar que el material didáctico contiene una guía de capacitación para parteras que busca enriquecer el conocimiento de las comunidades.

En el caso de Buenaventura, se formuló un Plan Especial de Salvaguardia (PES) con la participación de la comunidad de Parteras del Pacífico, el Gobierno Nacional, el Consejo de Salvaguardia de Partería Afropacífica y los departamentos de Nariño, Valle del Cauca, Cauca y Chocó, quienes realizaron procesos de cooperación en equipos de trabajo.

Según la Gobernación del departamento del Valle del Cauca y su Secretaría de Cultura, el PES se manifiesta mediante un documento escrito, audiovisual, multimedia u otro, el cual es elaborado a través de cinco pasos: conformación de un grupo de trabajo, planificación, proceso de formulación, puesta en marcha y consolidación.

Asimismo, de acuerdo con Leira Giselle Ramírez, Secretaria de Cultura del Valle del Cauca, el PES se entiende como “un instrumento que ayuda en la identificación de los riesgos que afecten el patrimonio material e inmaterial a través de acciones y mecanismos; ya que, como acuerdo social y administrativo, genera un proceso participativo en la valoración del patrimonio, con reflexión e investigación que finalmente llegue a un reconocimiento”. También, es de gran importancia resaltar que, para el proceso de formulación fue vital la participación inicial de las comunidades *portadoras* de dichas técnicas, saberes y habilidades para recrear y transmitir la información a las nuevas generaciones en el documento en cuestión.

Quarti y Polini (2018) plantean que las personas de la región del Altiplano Sur boliviano sienten e interpretan el mundo a través de ritos y creencias basados en un equilibrio de tres diferentes componentes que son la naturaleza, la persona y la sociedad extrahumana como se ve en la siguiente figura.

La Cosmovisión Andina.

Cosmovisión puede definirse como la forma en que las personas sienten, miran e interpretan (visión) el mundo (cosmos) en el que viven, a través de un sistema de tecnologías (el conocimiento) y un sistema de representaciones y creencias (ritos y ritualidades andinas).

La realidad andina está concebida como una totalidad, donde los elementos que la componen están interrelacionados y en equilibrio. En la cosmovisión andina el mundo tiene tres grandes dimensiones o componentes: la naturaleza, la sociedad humana y la sociedad extrahumana.



Todos estos componentes, obedecen a dos leyes cósmicas fundamentales.

Figura 7. Cosmovisión Andina
https://issuu.com/libero9677/docs/material_didactico

Asimismo, tienen dos leyes que hacen parte de la vida cotidiana y deben obedecer, la primera es la ley de procreación en la cual se establece una relación estrecha entre la fertilidad humana y la fecundidad de la tierra con el fin de lograr una sostenibilidad entre ellos. En otras palabras, se debe cuidar y garantizar la continuidad de la vida buscando la armonía y la paz. La segunda, es la reciprocidad donde las comunidades trabajan en solidaridad para el bien común resaltando que la naturaleza y el ser humano existen en dualidad.

En los últimos años, las parteras en Latinoamérica han logrado el reconocimiento del papel de la partería tradicional con diferentes organizaciones mundiales. Sin embargo, existen médicos que todavía la miran de reajo o descalifican el conocimiento de los agentes que ejercen esta práctica. Navarro (2007), explica que en la partería en el litoral del Pacífico colombiano resaltan cuatro factores. El primero, es el grupo de habilidades y recursos sociales, simbólicos y materiales que tiene la práctica en el ámbito de la medicina tradicional. El segundo, es que las matronas llegan a todos los territorios, es decir que las parteras se enfrentan a largos recorridos para llegar a los lugares donde las condiciones geográficas no

permiten el acceso de la medicina occidental. Después, está la falta de inversión económica y política del Estado y, por último, la precariedad de los servicios públicos y de salud de algunas regiones. En Colombia, las parteras son reconocidas en algunos territorios como madres o maestras, los nombres son otorgados gracias a que ayudan a traer un nuevo ser humano al mundo y en este proceso se convierten en familia. Los factores mencionados anteriormente fueron extraídos del siguiente fragmento que se observa en la figura 8.

Navarro (2007) argumenta que en el litoral Pacífico colombiano, la coexistencia de múltiples factores, han posibilitado que las parteras tengan un gran protagonismo como agentes de salud entre la población. Entre estos factores se puede resaltar: *i)* el conjunto significativo de habilidades y recursos de tipo social, simbólico y material que detentan las parteras, el cual está contenido en el ámbito de la medicina tradicional; *ii)* las condiciones geográficas que dificultan el acceso a los municipios de la región; *iii)* la falta de inversión económica y política por parte del Estado; *iv)* la precariedad de los servicios públicos de salud en la región (Navarro, 2007).

Figura 8. Factores importantes para el protagonismo de las parteras como agentes de salud. <http://patrimonio.mincultura.gov.co/siteassets/paginas/plan-especial-de-salvaguardia>


Al mismo tiempo, en el Altiplano Sur la finalidad de los parteros y parteras es atender a mujeres que tienen dificultades para acceder a los servicios de salud por temas geográficos, recursos económicos o culturales.

En el material educativo “Salud intercultural en Bolivia, región del altiplano” se puede evidenciar la importancia de la capacitación para otorgar un parto humanizado que rescate la práctica tradicional y defienda la decisión de la mujer. Según Quarti y Polini (2018), “Los parteros y parteras son mujeres y hombres que atienden los partos naturales y humanizados de sus comunidades y tienen práctica en atención” (pág. 96). En este sentido, en la región del Altiplano Sur existen hombres realizando la partería tradicional, mientras que, en el Pacífico colombiano solo son mujeres.

Por otro lado, las parteras y parteros del Altiplano deben cumplir con algunas características, entre ellas están: 1. Su accionar debe responder a la lógica de la cosmovisión andina y deben tener confianza en sus ancestros que son los que guían todas sus acciones. 2. deben transmitir espiritualidad y reconocer las necesidades físicas, psicológicas y sociales de las madres que acuden a ellas y ellos. 3. También, deben ser mujeres y hombres adultos que tengan varios hijos, ser escogidos por su comunidad y que su conocimiento haya sido adquirido a través de generaciones pasadas. Al contar con estas características, reciben la formación más detallada. Quarti y Polini (2018), destacan que “Su formación permitirá atender mejor a la madre a través de conocimientos básicos para un parto limpio e identificar y solucionar riesgos” (pág. 97); esto con el fin de complementar los servicios en la comunidad y construir una primera expresión de la salud intercultural. Como se ve en la siguiente figura 9.

3- LAS PARTERAS Y PARTEROS

- Son mujeres y hombres que atienden los partos naturales y humanizados de sus comunidades y tienen práctica en la atención.
- Su accionar responde a la lógica de la cosmovisión andina.
- Tienen confianza en sus ancestros, por ejemplo: la Pachamama, que guían sus acciones.
- Transmiten una profunda espiritualidad en la atención de las madres que acuden a ellas.
- Su conocimiento lo han adquirido a través de generaciones.
- Reconocen las necesidades físicas, psicológicas y sociales de las madres.
- Son mujeres adultas que tienen varios hijos.
- Son designadas por su comunidad y se deben a ella
- Tienen muchos conocimientos de la cultura, de las costumbres locales y del parto tradicional.
- Algunas han recibido capacitación.
- Es el recurso comunitario tradicional más aceptado por la comunidad.



El movimiento mundial del parto humanizado rescata la práctica tradicional por su verticalidad en el momento del parto, el respeto a la decisión de la mujer y por las prácticas no agresoras en la atención.

Figura 9. Características de las parteras y parteros en el altiplano sur.
https://issuu.com/libero9677/docs/material_didactico

En relación con estos aspectos, en Buenaventura se realizan capacitaciones con el sistema de salud, quienes han ayudado a las parteras a incorporar materiales que permiten tener mejores prácticas de higiene y las han instruido para prevenir algunos riesgos en el

parto. Quiñones et al (2016) mencionan que “Los procesos de transformación del conocimiento han sido las capacitaciones por parte del sistema de salud, las cuales nos han llevado a incorporar ciertos procedimientos y elementos que han transformado algunas de nuestras concepciones sobre la asepsia y el riesgo en los embarazos o en el parto” (pág. 63). Esto indica que las parteras constantemente están enriqueciendo su saber, poniendo en práctica la información que les brinda el sistema de salud y reduciendo riesgos al cambiar algunas de sus tradiciones durante la práctica, por ejemplo, reemplazaron los machetes calentados en el fuego que eran utilizados para cortar o cauterizar por tijeras y cuchillas previamente desinfectadas con alcohol. En la siguiente figura se evidencia el enriquecimiento de saber en el que trabajan las parteras permanentemente.

En los tiempos que vivía mi abuela, yo aprendí a atender partos y la mujer se ponía de rodillas, ella se cogía con una sogá o guasca, el parto se atendía sin guantes, el ombligo a los niños se les cortaba con cáscara de caña, con guadua, con hilo de pita, el cual se partía con machete quemado al rojo vivo; ahora ya practico otras maneras, pues he recibido capacitaciones, ahora esterilizo las pinzas, motivo a las mujeres para que hagan control prenatal, y estamos organizadas, por eso yo estoy muy contenta y le doy gracia a Dios todo poderoso por mi conocimiento (Partera tradicional. VIII Encuentro de parteras, septiembre 17 al 19 de 2013).

Figura 10. Testimonio de partera sobre los procesos de transformación en la práctica.
<http://patrimonio.mincultura.gov.co/siteassets/paginas/plan-especial-de-salvaguardi>

Como se puede evidenciar, la región del litoral del Pacífico colombiano y el Altiplano Sur de Bolivia comparten la tradición de la partería. Sin embargo, cada cultura la ha desarrollado según sus tradiciones, aunque comparten como finalidad brindar un parto humanizado atendiendo a las madres antes, durante y después del parto.

En síntesis, los procesos de reconocimiento comunitario e institucional de la partería y saberes ancestrales son verificables, en buena medida en dos regiones mediante razones de tipo geográfico, cultural, de género, reivindicativas, de transformación de prácticas y de participación por género. En términos de convergencias, en ambos casos, la partería subsiste

en regiones geográfica, climática y culturalmente muy diversas, pero que poseen riqueza cultural y, a su vez, marginalización por parte del Estado. Además, se trata de prácticas culturales predominantemente femeninas y de mujeres étnicamente diferenciadas. Ambos casos revelan la paradoja señalada por Fraser, de la búsqueda del reconocimiento basado en diferencias culturales, pero a la vez la demanda de igualdad social frente al Estado. Las comunidades reconocidas por su diferencia buscan ser también reconocidas por su igual derecho al disfrute de derechos. En este proceso, destacan las transformaciones en las prácticas de intervención quirúrgica propias de la partería, pasando de formas riesgosas a formas de bajo riesgo y menor impacto. En términos de singularidades, aparecen las diferencias de participación de género en las prácticas de partería, pues mientras en Colombia sus practicantes son casi exclusivamente del género femenino, en Bolivia son notoriamente del género femenino, pero sin excluir a personas del género masculino.

8.3 Contenidos de comunicación sobre partería. Similitudes, diferencias y singularidades.

8.3.1 Conocimientos del cuerpo de la mujer

Si bien la preocupación principal de este apartado es la atención eficaz al cuerpo de las mujeres en edad fértil y en estado de embarazo, tanto en el Altiplano Sur de Bolivia, como en el Pacífico colombiano, para conocer el funcionamiento del cuerpo femenino, es vital conocer el funcionamiento y el bienestar del cuerpo en general.

Por esta razón, en ambos contextos se ha de capacitar al personal de parteros y parteras en temas tales como anatomía y fisiología tanto del cuerpo femenino, como del cuerpo masculino, detección temprana de toda clase de enfermedades, así como en la identificación de riesgos a la salud de madres y niños. Lo anterior, permite hacer una

aproximación integral y un preámbulo a los procesos que atraviesa el cuerpo de la mujer a lo largo de su vida, los cuales incluyen el ciclo menstrual, el embarazo, el parto, el postparto y la menopausia. Cabe resaltar, que dentro del contenido de los saberes necesarios sobre el cuerpo de la mujer en el referente boliviano se encuentran los siguientes asuntos: Derechos y Violencia Intrafamiliar y Doméstica. Al mismo tiempo, en el documento colombiano también se da prelación a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y se reconoce que dentro de su comunidad existen condiciones de vulnerabilidad de los derechos sexuales y reproductivos.

Esto último, se puede analizar como parte de la construcción social de ambos territorios y las dinámicas de interacción entre los miembros de las comunidades. Es muy valorado el hecho de enseñar saberes ancestrales también desde el reconocimiento de los contextos socioculturales actuales, en los cuales se practica la partería y a su vez se reconoce la vulnerabilidad que aún aqueja a la población femenina de dichas comunidades étnicas. También se distingue la lucha que ha posibilitado que estas mujeres pertenecientes a dichos entornos tengan la facultad de desarrollar técnicas y formas especializadas de actuar sobre su propio cuerpo y de usar este conocimiento para ayudar a la comunidad.

Por otro lado, hablando más a fondo sobre la parte práctica de los talleres de capacitación sobre el cuerpo de la mujer, si bien en ambos contextos se imparten los mismos conocimientos, como la anatomía femenina, la menstruación y el ciclo reproductivo; cabe resaltar que en el Altiplano Sur Boliviano estos conocimientos son transmitidos de manera más didáctica (como su nombre lo indica “material didáctico”), a diferencia del caso en Buenaventura, Colombia; puesto que, al ser el Altiplano de Bolivia una región en donde preponderan las comunidades indígenas que hablan su propio idioma (Aymara), el acceso a dicha información puede llegar a ser más difícil que en la región de Buenaventura. Por ejemplo, en los talleres didácticos, primero se realiza la silueta anatómica del cuerpo humano

en plastilina, cartulina y retazos de tela, para, posteriormente, explicar la función y ubicación de cada órgano del cuerpo. Seguido a esto, en un pliego de cartulina se realiza un dibujo con plastilina de la pelvis y el sistema reproductor femenino, con la finalidad de explicar el órgano reproductor. Finalmente, para ilustrar la menstruación se utiliza el último dibujo y se requiere de una gallina desplumada y abierta para mostrar al grupo de parteras y parteros cómo se ve la maduración de los óvulos, en este caso la maduración de los huevos, y qué tan relevante es para la fertilidad.

4 - TÉCNICAS PARA LA CAPACITACIÓN DE PARTERAS

4.1 - ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA

Objetivo educativo.
Al finalizar la sesión las parteras identificarán los distintos órganos del abdomen, el aparato reproductor femenino, y reconocerán la fisiología de la menstruación.

Técnica 1: Conociendo nuestro cuerpo

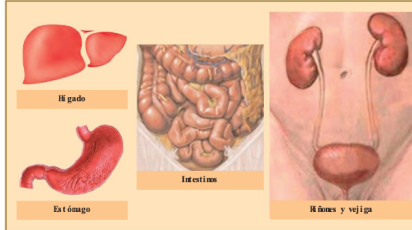
Objetivo :
Reconocer los diferentes órganos del abdomen y la ubicación de los órganos del sistema reproductor femenino

Materiales:

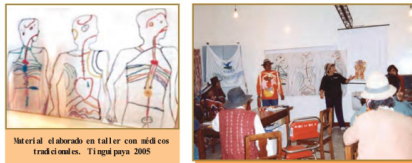
- Cartulinas de colores
- Marcadores
- 1 polera
- Masquin
- Alfileres
- Tijeras
- Pliegos de papel sábana
- Paquetes de plastilina, lanas de colores, arcilla y tintes naturales

Procedimiento:

- Prepare el dibujo de cada órgano interno en cartulinas de diferentes colores.



- Divida a los participantes en dos grupos
- Instruya a cada grupo que preparen y dibuje con las plastilinas las diferentes partes del cuerpo, puede diferenciar las diferentes zonas del cuerpo (por ejemplo el torax, el abdomen, las extremidades, etc).
- Una vez que cada grupo ha preparado su dibujo, dé instrucciones para que expliquen su trabajo ante sus compañeros/as, permitiendo el intercambio y confrontación de ideas dentro del debido respeto.



Material elaborado en taller con técnicas tradicionales. Tiempos: 2005

98
99

Figura 11. Ejemplo de talleres en Bolivia.
https://issuu.com/libero9677/docs/material_didactico

Por su parte ASOPARUPA en Buenaventura, imparte sus talleres de capacitación mediante una metodología de enseñanza con un menor esfuerzo didáctico de “traducción”, y con énfasis en una perspectiva más próxima a la educación formal e institucionalizada, la mayoría del tiempo. Sin embargo, sigue primando la valoración hacia las parteras más antiguas y, por ende, se sigue considerando la tradición oral y la práctica como modo de instrucción.



Figura 12. Círculo de mujeres de capacitación.
<http://patrimonio.mincultura.gov.co/siteassets/paginas/plan-especial-de-salvaguardia>

8.3.2 El embarazo

El embarazo da inicio en el momento que el óvulo fecundado se implanta en el tejido del útero. Desde ese momento tiene un promedio de duración de cuarenta (40) semanas para que el feto se desarrolle en el interior del vientre. Se empieza por el primer trimestre, donde ocurre la concepción cuando el espermatozoide penetra el útero y viaja en el óvulo fecundado por las trompas de Falopio hasta formar el cigoto que luego crece y se convierte en el feto y la placenta. En el segundo semestre que corresponde a la semana 13- 28, la mujer empieza a sentir el movimiento del feto. Asimismo, la medicina occidental realiza un ultrasonido para detectar defectos de nacimiento y el sexo del futuro bebé. Después, el feto desarrolla sus huellas dactilares y tiene periodos de sueño constante. En el último trimestre, el feto puede abrir y cerrar sus ojos, sus huesos y órganos en su mayoría ya están formados, es en este trimestre que el bebé está listo para su nacimiento. En la figura 11 se puede evidenciar como el material boliviano describe los cambios de la mujer en el proceso del embarazo. Esta imagen es utilizada para capacitaciones.



Figura 13. Cambios físicos y fisiológicos de la mujer embarazada.
https://issuu.com/libero9677/docs/material_didactico

Para Quarti y Polini (2018) en el material educativo “Salud intercultural en Bolivia, región del altiplano”, se refieren a las mujeres embarazadas como personas no sanas o enfermas. Dado que, para la cosmovisión andina su estado altera el equilibrio del proceso de la salud y se cree que la sangre ya no se transporta por las venas de la mujer y es lo que alimenta al feto para crecer.

Las mujeres embarazadas son consideradas no sanas o enfermas porque el embarazo rompe el equilibrio del proceso salud – enfermedad. Esto no significa que se trata de una enfermedad, sino se llama “enfermedad” porque piensan que la sangre no corre normalmente por sus venas, creen que ésta circula para formar un ovillo que alimenta al feto y lo convierte en persona.

Figura 14. Percepción del embarazo en la mujer del altiplano sur.
https://issuu.com/libero9677/docs/material_didactico

En el “Plan especial de salvaguardia de los saberes asociados a la partería AFRO” se demuestra que en el Pacífico colombiano el embarazo es visto de otra manera. Según Quiñones et al. (2016): “El embarazo es la etapa que consideramos más importante en el ciclo reproductivo, vital de la mujer y la familia” (pag. 39). Para ello, las parteras tienen técnicas para fortalecer la fertilidad de las mujeres que deciden concebir. Las purgas, pringues y botellas curadas son preparaciones a base de diversas plantas que se convierten en las medicinas que las parteras brindan a la mujer dependiendo de las necesidades

manifestadas por su cuerpo. Se comparten algunos testimonios de parteras describiendo su manera de ayudar con la finalidad de lograr el embarazo, Quiñones et al. (2016):

Hay que purgarla, con purgante de hierba con zen y galve hembra y la malva con sal de fruta, magnesia y crema [crémor tártaro]¹⁰. Se le da eso por la mañana (Partera tradicional. Taller para la elaboración de PES, 26 de agosto de 2014). Luego [de la purga] se le hacen unos lavados con hierbas [como] la desbaratadora, altamisa y caléndula. Se le hacen tres lavados para que entre al útero. A lo último se le arregla una botella curada para que se tome sus tomas de eso y ahora sí pueda parir (Partera tradicional. Taller para la elaboración de PES, 26 de agosto de 2014). Yo compro canela, quiligua, pimienta picante y dulce, caléndula, manzanilla, pipi longo y le preparo una botella con viche y esas plantas y le doy sus tomas y con eso preñan (Partera tradicional. Taller para la elaboración de PES, 26 de agosto de 2014). (p. 37).

Las parteras en el Pacífico colombiano escuchan el cuerpo de la mujer y respetan la opinión de la mujer si no desean tener hijos. Para ello, realizan una mezcla de plantas que tienen efectos anticonceptivos.



Figura 15. Uso de plantas medicinales.

<http://patrimonio.mincultura.gov.co/siteassets/paginas/plan-especial-de-salvaguardia>

En la región del Altiplano Sur, el embarazo es medido por lunas, es decir que el feto crece en nueve lunas. Para la penúltima, los parteros y parteras realizan masajes para el cuidado de la mujer y el feto. Según Quarti y Polini (2018) se observa “el uso de hierbas tradicionales cálidas como el molle, el romero, la soltá soltá, el matico, etc.” (p.92). Esto nos indica que el cuidado con plantas está presente en las dos regiones y que toma importancia en los dos documentos. Por otro lado, la cosmovisión andina tiene algunas creencias sobre el origen de los problemas durante el embarazo, por ejemplo, deben evitar el contacto con lugares prohibidos, animales y mal viento. En el Pacífico colombiano la espiritualidad es un factor importante dentro de la partería y en el embarazo. Se han desarrollado diferentes formas para manipular plantas y utilizarlas en diferentes momentos del parto o en las curaciones de enfermedades. También, el ciclo de la luna y la marea del mar tienen que ser tomados en cuenta para los procesos curativos, dado que en las creencias del litoral Pacífico la salud y la enfermedad no son estados físicos. Quiñones. et al. (2016) enfatizan que “aquí el ambiente, la tierra, el cosmos y las relaciones sociales intervienen. Es por ello que ciertas enfermedades como el ojo y el espanto requieren de alternativas curativas como los rezos y el secreto” (pg. 68).

En Buenaventura y en el Altiplano Sur la relación de la partería con la espiritualidad es importante y se puede decir que cada comunidad desarrolla diferentes procesos para ayudar en el momento de atender un embarazo a partir de ello. La relación con el ecosistema y todo ser vivo es vital en los dos territorios porque ayuda al ser que sale del vientre materno a conectarse con la madre tierra.

8.3.3 Señales de peligro en el embarazo

El diagnóstico, el tratamiento de enfermedades y el reconocimiento de las señales de peligro durante el embarazo son unos de los pilares fundamentales por los que se requiere personal de partería capacitado, tanto en el Altiplano Sur Boliviano, como en la costa pacífica de Buenaventura.

Las parteras se involucran en todo el ciclo vital y reproductivo de las mujeres. Y, es por esta razón que la comunidad las reconoce no solo como “Comadronas”, sino como médicas tradicionales y cuentan con la suficiente experticia para curar desde un dolor de cabeza o un resfriado, hasta una hemorragia o un *mal de ojo*. En el “Plan Especial de Salvaguardia de los Saberes Asociados a la Partería Afro” se entiende que se capacitan a las parteras para curar cualquier enfermedad que pueda estar relacionada o no con el embarazo, a través de sanaciones de plantas medicinales. Dichas sanciones incluyen alimentos, raíces, bejucos y hojas que pueden ser usados como tomas, baños o emplastos, de acuerdo con la enfermedad y su origen. Además, es muy común que vayan acompañadas de rezos, en los que intervengan santos, santas y el Espíritu Santo. Asimismo, la comunidad de parteras de Buenaventura trabaja de la mano con el sistema de salud, puesto que ellos pueden llegar a ser una alternativa en caso de emergencia para mujeres que tengan acceso a un puesto de salud en zonas urbanas del municipio.

En el material “Salud Intercultural en Bolivia” se evidencia que, en un primer encuentro, las parteras comparten historias y experiencias sobre complicaciones en sus embarazos o embarazos que conozcan. Esto, con el fin de identificar los riesgos obstétricos y señales de alarma más comunes. Acto seguido, les enseñan un rotafolio con alto contenido visual, en el cual deben interpretar la acción representada en cada imagen, permitiendo analizar y demostrar cuáles son las acciones oportunas según cada caso de peligro. A su vez,

destacan de manera didáctica, con una jeringa y pintura roja qué se debe hacer en caso de hemorragia. Con un guante de látex relleno de arena ilustran cómo se debe actuar en caso de pre-eclampsia. Mediante una demostración con una jeringa y agua teñida de amarillo enseñan las causas y el riesgo de una ruptura prematura de las membranas de la placenta. Con la ayuda de una bolsa con arena húmeda y cobijas simulan el “manteo” el cual consiste en hacer rodar a la mujer embarazada sobre una manta sostenida por los cuatro extremos, con la finalidad de acomodar al feto gradualmente de modo que la cabeza del bebé se encaje en la pelvis al momento del parto y salga sin ninguna complicación.

Una de sus enseñanzas para el reconocimiento oportuno de señales de peligro dignas de resaltar es “El riesgo obstétrico andino” el cual se refiere a los posibles riesgos a los que se exponen particularmente las mujeres del altiplano dadas las circunstancias climáticas y religiosas. Algunos de estos riesgos son el susto, el antojo, el rayo y la exposición al sol. Dichos peligros pueden desencadenar la adhesión de la placenta a las paredes uterinas y pueden afectar gravemente el embarazo. Lo particular es que en el abordaje de estos casos la curación no puede ser aportada por la medicina occidental, sino únicamente por curanderos o parteras capacitadas.

8.3.4 Atención del parto humanizado

El parto humanizado es cuando se respetan los tiempos fisiológicos de la mujer y la conexión entre madre e hijo. En el material didáctico “Salud intercultural en Bolivia, región del altiplano”, está presente una actividad que representa la atención del parto humanizado y la preparación que deben tener los parteros y las parteras. Para Quarti y Polini (2018) “el objetivo educativo es que la partera reconozca lo importante de la atención de un parto limpio e identifique los signos de alarma durante el parto” (pg. 129). Esto demuestra los objetivos

que se tienen para brindarle ayuda a los parteros y parteras, capacitándolos por medio de actividades que van desde lo práctico y no invadiendo su conocimiento.

Procedimiento :

- En base a los contenidos abordados pregunte:
 - ¿Cuáles son las atenciones que las parteras brindan durante el embarazo?
 - ¿Qué deben realizar en caso de existir complicaciones?
 - ¿Cómo pueden hacer la referencia al centro de salud?
- Con las respuestas dadas, explique que las parteras desarrollan acciones de:
 - Controlar en el hogar a las embarazadas
 - Identificación de señales de peligro del embarazo, parto y puerperio
 - Promoción de la salud
 - Información al servicio de salud sobre las actividades realizadas
 - Referencia al establecimiento de salud de las complicaciones identificadas



Figura 16. Actividad utilizada en talleres de capacitación.
https://issuu.com/libero9677/docs/material_didactico

De igual manera, en la actividad se busca construir un diálogo desde los conocimientos de todos los participantes y resaltando las prácticas culturales. La estrategia educativa del Altiplano del Sur tiene un “sistema de vigilancia en la maternidad tradicional”, que otorga una lista de los materiales que se deben tener para el parto, entre ellos hojas de afeitar, toallas, corta uñas, cepillo de mano, hilo de algodón, pañal, gasas entre otros. En el pacífico, las parteras tienen en sus casas los elementos necesarios para atender un parto porque están preparadas para la posibilidad de que mujeres de su comunidad lleguen inesperadamente para ser atendidas. Entre sus herramientas están los guantes, mantas, cuchillas, baldes y las más importantes plantas curativas. En la figura 14 se puede evidenciar el material que se les indica a las parteras que deben tener en el momento de atender un parto.

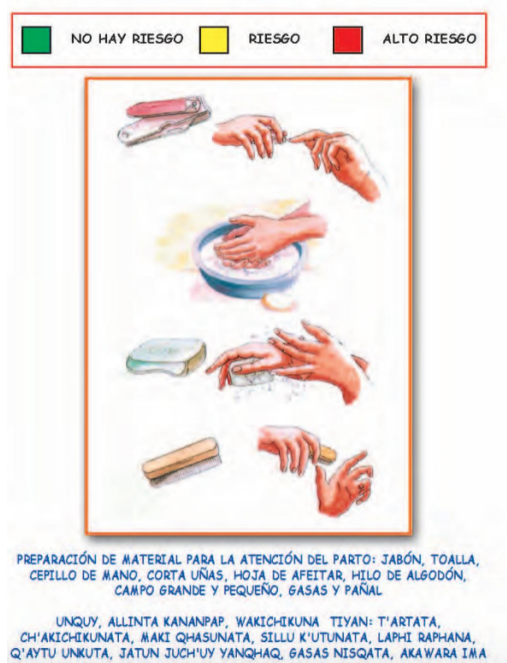


Figura 17. Sistema de vigilancia y preparación del parto.
https://issuu.com/libero9677/docs/material_didactico

Por otro lado, Quiñones. et al (2011) manifiestan que muchas parteras tienen vínculos con algunos santos religiosos. Como consecuencia, se pueden escuchar rezos o ver a las matronas prendiendo velas para encomendar el trabajo de parto que está por iniciar. Asimismo, Quiñones et al. (2016): “nuestro papel como parteras es recibir al niño en la comunidad, pues nacer con una partera es nacer en comunidad” (pg. 44). Las parteras son las encargadas de ayudar a traer una nueva vida con dedicación y acompañando a la mujer embarazada con sus conocimientos emocionales, espirituales y comunitarios. En algunos casos pueden estar acompañados con marimbas, la familia completa y vecinos. En la figura 15 se presentan diferentes testimonios de parteras explicando el proceso de encomendar el parto desde el lado espiritual. Nótese cierta diferenciación entre “santos” y “Jesús” como entidades sagradas incluidas o excluidas de las oraciones; diferencia que suele encontrarse en el medio colombiano entre los referentes de iglesias católicas y cristianas (principalmente evangélicas), que han ganado terreno en la región del litoral del Pacífico colombiano, donde

era consuetudinario un tipo de sincretismo religioso del orden católico y de diversos orígenes afro. En todo caso, prevalece el carácter “espiritual” de una evidente dimensión ritual de la práctica de la partería en ambos relatos, afrocolombiano e indígena boliviano.

Se ora dependiendo del momento. Le decimos a Dios que nos ayude, que [las parturientas] estén en sus manos y en las nuestras para que salgan con bien (Partera tradicional, entrevista 5 de noviembre de 2014)

Se ora a San Ramón porque es el partero de las mujeres, es un santo y los viejos de antes decían que era partero (Partera tradicional, entrevista 5 de noviembre de 2014).

Yo le oro a Jesús porque es mi padre y mi salvador. Yo no le creo al santo sino a dios (Partera tradicional, entrevista 5 de noviembre de 2014).

Figura 18. La espiritualidad de las parteras al iniciar el parto.
<http://patrimonio.mincultura.gov.co/>



Figura 19. Oración de las católicas para un buen parto.
<http://patrimonio.mincultura.gov.co/>

En la región del altiplano, cuando la mujer inicia su trabajo de parto se cierran ventanas y se trata de tener la casa caliente para que a la mujer no le pase el frío y tenga complicaciones, también el proceso tiene acompañamiento social. Según Quarti y Polini (2018) “El hace que le den aliento y energía a través de diversos rituales que preparan el camino para que el parto sea fácil” (pg. 93). El factor social en la partería de las dos regiones es importante, porque la partera o partero trata de crear un ambiente cómodo y sano para la mujer y la vida que está por llegar y tener conexión con su comunidad.

En estos momentos, se incluyen los recursos extraídos de la naturaleza. Para las parteras de Buenaventura, el uso de plantas como la hoja virgen de viche, la albaquilla, hoja de lulo, etc. durante el trabajo de parto ayuda a los pujos hemorragias y fríos. Al igual que en Bolivia con el molle verde, las infusiones o mates de manzanilla, romero, entre otros.



Figura 20. Recolección de plantas medicinales.
<http://patrimonio.mincultura.gov.co/siteassets/paginas/plan-especial-de-salvaguardia>

La placenta en el Pacífico representa una relación con el pasado de la comunidad y el presente africano. Las parteras le dan uso medicinal a la placenta y puede ser enterrada o ingerida por el padre, la madre o la comadrona que acompaña el proceso. En el territorio boliviano, según Quarti y Polini (2018) “la placenta es símbolo de vida, del mundo ancestral materno, del vellón con el que se hila en universo” (pg. 93). Esto indica que cuando la placenta se desprende es otro nacimiento para la cosmovisión andina y lo acompañan de rituales en forma de agradecimiento a la tierra. Cuando se pone bajo tierra es para que no “vague” el cuerpo que para ellos tienen espíritu propio.

8.3.5 Cuidados y acompañamiento después del parto

En cuanto a los cuidados y acompañamiento posparto, en “Salud Intercultural en Bolivia” se mencionan los diferentes auxilios que brindan los parteros y las parteras a la madre “recién parida” durante el periodo de puerperio, el cual es que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación. Estos cuidados incluyen informarle a la madre sobre los alimentos más recomendables para consumir en esta etapa, las posibles señales de riesgo después del parto, las actividades físicas que puede realizar y las que podrían representar un peligro para su salud. De igual manera, se les entrena para que puedan elaborar un plan de emergencia posparto, si la madre lo llegara a requerir.

Asimismo, en el Plan Especial de Salvaguarda, se evidencia que el trabajo de las parteras no termina cuando la madre da a luz. Su misión es asistir a la madre y al recién nacido y preservar su bienestar en el transcurso de dos momentos fundamentales: el puerperio y el posparto. Aquí, se le realiza un seguimiento cercano a la madre y se trata de restablecer su cuerpo y sus alientos.

“En un proceso de observación constante a la parturienta inmediatamente después del parto, donde incluye masajes uterinos para manejo del entuerto [o 49 contracciones uterinas], la observación de signos vitales y sangrado, se le da a beber tomaseca a la mujer para apoyar la evolución del estado normal de sus órganos, principalmente la placenta. Durante este momento puede presentarse hemorragia, presión arterial alta o baja, dolor de cabeza, vómito, dolores uterinos muy fuertes. La partera brinda la prevención para que esto no ocurra si pasa algo inesperado, la partera utilizará desde el rezo hasta las plantas, pero no es lo recomendado, es muy delicado” (Partera tradicional, Entrevista 20 de septiembre de 2014).

9. Conclusiones

En este apartado expondremos las conclusiones obtenidas en nuestro proceso comparativo entre los dos documentos de reconocimiento institucional y comunitario y de

comunicación educativa sobre la partería en Colombia y Bolivia. Para su investigación identificamos y desarrollamos las siguientes categorías: En primer lugar, contextos sociales, culturales e institucionales de los procesos de reconocimiento de la partería en Colombia y Bolivia. En segundo lugar, procesos de reconocimiento comunitario e institucional en la partería y saberes ancestrales. Y, por último, contenidos de comunicación sobre partería. Similitudes, diferencias y singularidades.

Las conclusiones presentadas dan respuesta a nuestra pregunta: ¿Cómo son sido los procesos comunicativos desarrollados en el Altiplano boliviano y en el litoral del Pacífico colombiano, para el reconocimiento social y la legitimación institucional de la partería, a partir de dos publicaciones de origen institucional y comunitario de años recientes? Asimismo, desarrollamos nuestro objetivo específico y los generales durante la metodología de nuestro trabajo.

Para la realización de este trabajo, nos apoyamos en el concepto de reconocimiento propuesto por Nancy Fraser (1995), para quien, como se ha establecido, “(...) el reconocimiento cultural habría reemplazado a la redistribución socioeconómica como remedio contra la injusticia social y objetivo de la lucha política. (...). Para Fraser, es necesario “desarrollar una teoría crítica del reconocimiento, que identifique y propugne únicamente aquellas versiones de la política cultural de la diferencia que puedan combinarse de manera coherente con una política social de la igualdad.”

En nuestro caso, esta idea fue empleada para comprender la necesidad de las comunidades étnicas, en las que la partería sigue siendo un pilar fundamental, por ser reconocidas y reivindicadas como medida de fortalecimiento en la práctica y salvaguardia del oficio de la partería por diferentes instituciones y comunidades externas.

Durante el proceso investigativo se pudo evidenciar que en Bolivia no se cuenta con una constante actualización de datos demográficos, puesto que los datos más recientes que se pudieron obtener sobre morbilidad y mortalidad son del periodo 2008-2016 y los datos más recientes sobre población y educación nos ubican en el año 2020. Cabe resaltar, que los datos demográficos de su altiplano se concentran mayormente en el territorio de La Paz, dado que es la capital del país, dejando eximidos de datos demográficos actuales a los otros departamentos que hacen parte de este. Por el contrario, Colombia presenta una actualización relativamente continua de dichas cifras. Aun así, se puede observar una ineficacia en la renovación de datos, particularmente en territorios rurales, como por ejemplo el Distrito de Buenaventura. A pesar de esta discrepancia de actualización de datos estadísticos y demográficos entre los casos, la interpretación comparativa ha sido necesaria y pertinente dado que la partería, como práctica del saber ancestral y como mecanismo institucionalizado para atención primaria de salud es vigente y necesaria.

En línea con nuestra investigación, se observó que en Colombia (año 2020) ocurrieron 405 defunciones de madres gestantes. Asimismo, se encontró en el último informe presentado sobre mortalidad materna en Bolivia, durante el periodo 2003-2008, que se presentó un total de 310 defunciones de madres gestantes. Estas cifras representan la realidad sobre la atención al parto en dos países de América Latina y tales números, según el informe “El estado de las matronas en el mundo 2021”, podrían reducirse si se invirtieran más recursos en las intervenciones prestadas por parteras con el fin de aumentar en un 25% su participación durante cinco años, esto podría evitar el 40% de las muertes a nivel mundial. Por otra parte, es evidente que en las zonas rurales de ambos países es en donde se presentan las tasas más altas de mortalidad materno infantil. En Bolivia, los problemas de salud en niños menores de 5 años representaron un 29% en zonas rurales en contraste con el 23% de zonas urbanas. De

igual manera, en el 2016 el altiplano sur presentó la tasa más alta dejando en evidencia que en las áreas rurales hay mayor número de enfermedades. Mientras que, en Buenaventura la mortalidad materno infantil representa una tasa de 122 por cada 100.000 nacidos vivos, comparado con Colombia que es de 47. Estas cifras permiten reiterar la importancia cultural de la partería en los territorios rurales de ambos países.

Es pertinente ahondar más en el análisis comparativo entre las estadísticas presentadas anteriormente, las estrategias pedagógicas utilizadas, la metodología de enseñanza y la mediación que se da entre las comunidades y el Estado. Por esta razón, es posible llegar a las siguientes interpretaciones:

A. Dos documentos para el reconocimiento con participación de la base comunitaria.

En el material didáctico boliviano se encuentra una participación comunitaria con las parteras de Tinguipaya para reflejar su cosmovisión, modo de vida y sus prácticas relacionadas con la partería. El intercambio de saberes permitió desarrollar cinco productos comunicativos derivados del material didáctico, los cuales se realizaron teniendo en cuenta las características diferenciales de la comunidad para que se apropiaron del documento. Por ejemplo, el documento contiene una variedad de material ilustrativo que va dirigido a la población analfabeta. Los cinco productos comunicativos que se desarrollaron fueron: un rotafolio con imágenes, una guía destinada para parteras tradicionales, una cartilla para médicos tradicionales, un manual de capacitaciones a parteras y una cartilla de referencia. En equivalencia, el documento colombiano se elaboró gracias a la participación de las parteras tradicionales del área urbana y rural del Distrito de Buenaventura y de municipios de Valle del Cauca y de los departamentos de

Chocó, Cauca y Nariño. Sin embargo, a diferencia del material boliviano, este no posee gran cantidad de recursos gráficos, por la misma naturaleza del documento, el cual es de carácter institucional.

B. *Las estrategias pedagógicas implícitas y explícitas revelarían diferencias entre contextos.*

En cuanto a la metodología de enseñanza visible en la intencionalidad comunicativa de ambos materiales, se puede concluir que en el altiplano boliviano se inclinan más hacia el aprendizaje por medio de actividades lúdicas en las que cualquier persona puede participar, pese a no saber leer ni escribir. Además, se le brinda vital importancia a la apertura de espacios de diálogo en los cuales las parteras puedan compartir experiencias propias o que hayan atestiguado durante las diferentes etapas que atraviesa una mujer embarazada, todo esto con fines pedagógicos. En contraste, en el documento colombiano se pudo evidenciar que ASOPARUPA en Buenaventura realiza la transmisión de sus saberes ancestrales por medio de la oralidad, la observación y la experiencia. Cabe resaltar, que en el Plan de Salvaguardia comparten una selección de conocimientos muy similar a los que se imparten en el documento de Bolivia, tales como: *cuidados del cuerpo femenino, atención al embarazo, atención al parto, cuidados posparto y prevención de amenazas y peligros.*

C. *De la ancestralidad vía la oralidad, a la vigencia vía el reconocimiento.*

En los documentos se evidenció que la partería en los territorios de referencia consiste en un saber ancestral que ha sido comunicado de forma oral entre generaciones. En Bolivia, lo pueden ejercer hombres y mujeres, asimismo, esta práctica hace parte del equilibrio entre la naturaleza, la persona y lo sobrenatural

que representa la cosmovisión andina. Mientras que, en el litoral del Pacífico la práctica es realizada solo por mujeres que se convierten en agentes de salud y bienestar esenciales para su comunidad. Por otro lado, los materiales comparados demuestran que en ambas áreas se reconoce el papel de la partería dentro de sus comunidades. La participación del Estado realizando información con colaboración comunitaria y otorgándole detalladamente deja en evidencia el propósito de aportar en la formación de las parteras. Dicha ayuda genera procesos de transformación del conocimiento en donde se une la práctica heredada por sus ancestros y saberes de la medicina occidental, con el fin de enriquecer sus conocimientos y ofrecer un buen servicio a su comunidad.

D. La partería como práctica cultural y de equidad de género

Es de gran importancia que las parteras reconozcan sus contextos sociales y culturales para enseñar sus conocimientos ancestrales, partiendo desde la identificación y la aceptación de las luchas femeninas por la equidad de género, la cual, hoy en día, continúa siendo muy vulnerada en comunidades étnicas y rurales, y también ha sido víctima del abandono estatal durante muchas décadas. Lo anterior es ineludible para posibilitar el desarrollo y la autonomía de la comunidad a la hora de solidarizarse con las mujeres que necesitan del oficio de la partería.

E. ¿La “salud intercultural”, medio, fin o espacio de encuentro?

En ambos casos, se considera indispensable que el personal de partería cuente con la suficiente sabiduría y destreza para diagnosticar a tiempo cualquier señal de peligro durante el embarazo. Es por esta razón, que en ambos casos resulta relevante que el Estado se involucre más en asunto de la capacitación a parteras tradicionales, en la dirección de una “salud intercultural”, teniendo en cuenta que

ellas juegan un papel fundamental en la asistencia y el auxilio a mujeres embarazadas que se encuentran en contextos rurales apartados, y con nulo o difícil acceso a servicios sanitarios por parte del sistema de salud formal. Surge la interrogante sobre el sentido profundo de la cuestión de “salud intercultural”, pues no se trataría de ganar un eslabón perdido para el sistema de atención primaria en salud, sino de integrarlo como parte del proceso de reconocimiento y de justicia social. Por ejemplo, ¿qué valoración hace el sistema de salud de la práctica de enterrar o ingerir la placenta, del uso empírico de plantas medicinales con componentes que poseen principios activos una vez ingeridas, con la dimensión espiritual propia de la práctica? En estos sentidos, la “salud intercultural” no es tanto un eslabón de la cadena del servicio de salud, sino, sobre todo, un espacio de encuentro y de tensión entre dos cosmovisiones sobre la reproducción, la maternidad, el parto y sus efectos en la vida de las comunidades, cuyos elementos se repelen y se atraen permanentemente.

F. La visión cultural del embarazo en la partería: un enfoque comparativo

En la partería el embarazo es parte fundamental del proceso. Sin embargo, puede ser visto desde diferentes perspectivas. En Bolivia, la mujer embarazada es considerada enferma y en Colombia es visto desde el ciclo reproductivo, como el momento más importante para la mujer y su familia. Asimismo, a la mujer embarazada se le reconoce como un ser completo que necesita atención tanto como emocional, espiritual y física. La etapa de gestión para la partería afro es el momento más sagrado y es una oportunidad para conectarse con la fuerza vital y la sabiduría ancestral.

G. La partería y la conexión con la naturaleza: el uso de plantas medicinales en el periodo de gestación

Durante el periodo de gestación en ambos territorios hacen uso de plantas y conservan la espiritualidad. Estas prácticas fueron concebidas en la transmisión oral de saberes generacionales que han sido reconocidos por la comunidad y se han fortalecido para perseverar la manifestación de la partería. Cabe resaltar que dichos conocimientos se han desarrollado a partir de la observación y la experimentación cotidiana. De igual manera, el uso de plantas es importante para velar por el bienestar de las comunidades o de las mujeres embarazadas, dado que son utilizadas para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades como para el cuidado del ciclo reproductivo. Con estos saberes se realizan botellas curadas, pringues y medicina con la finalidad de sanar.

H. Parto humanizado: un enfoque que respeta la diversidad cultural y los saberes ancestrales en Bolivia y Colombia

Tanto en Bolivia como en Colombia, se reconoce como parto humanizado aquel que respeta los tiempos fisiológicos y físicos de la gestante y del bebé. En un proceso comparativo entre ambos territorios, se destacó el objetivo de ambas instituciones estatales de otorgar reconocimiento y brindar apoyo a los parteros, mediante capacitaciones que les permitan complementar su formación, sin que esto implique una invasión en su práctica o sus conocimientos. En este sentido, se considera fundamental que el interés público respete la diversidad cultural y los saberes ancestrales en la atención del embarazo y el parto, y que se promueva un diálogo intercultural y una formación holística que integre los conocimientos

médicos y tradicionales en beneficio de las mujeres, las familias y las comunidades.

I. *Salvaguardia del saber ancestral y reconocimiento estatal.*

La partería es un saber ancestral que *ha sido luchado* por las comunidades para ser reconocida a nivel institucional, social y cultural. Por ende, en el transcurso de los últimos años los organismos estatales han hecho esfuerzos por promover la salvaguardia de esta práctica, puesto que ayuda a disminuir las tasas de mortalidad en madres gestantes y niños en territorios rurales. Dicho esto, no está de más reiterar que las parteras son portadoras de conocimientos que ocupan una labor esencial en la vida de las comunidades. Haciendo las veces no solo de mediadoras de vida, sino también de curanderas, mentoras de salud y familia, y agentes de salud integral.

J. *Los casos estudiados serían respuestas de alcance y valor relativo respecto del dilema entre igualdad y diferencia.*

De acuerdo con Fraser (1995), la idea de justicia social configura un dilema entre redistribución y reconocimiento, dado que “la desigualdad económica y la falta de respeto cultural se encuentran en estos momentos entrelazadas respaldándose mutuamente, puesto que “se busca el trato igualitario reivindicando la propia diferencia (...) Este dilema tiende a atenuarse si se buscan perspectivas que minimicen los conflictos entre redistribución y reconocimiento”. Uno de los recursos para reducir este dilema ha hecho parte de la esencia de este trabajo: una interpretación comparativa de dos textos con un doble origen (institucional y comunitario) que pretende deconstruir el dilema del

reconocimiento en dos comunidades bivalentes de género y etnia, la cual se hace compleja porque la práctica de partería enfrenta un doble desafío de conservación/adaptación respecto de, por un lado, la reivindicación del saber ancestral, de base étnica, cultural y femenina; y por otro lado, del conocimiento científico de la especialidad médica y la atención primaria de salud en los modelos de salud hegemónicos. Se considera que, con resultados y alcances diferentes, las dos experiencias en Colombia y Bolivia logran abordar con relativo acierto el dilema entre igualdad y diferencia, base de los procesos de participación social y de comunicación educativa que se despliegan en el litoral del Pacífico colombiano y al el Altiplano boliviano.

Para nosotras, ha sido importante resaltar que con este trabajo logramos conocer un asunto para el que no se tenía suficiente acceso a los datos, ya que la información es relativamente limitada, principalmente en el contexto boliviano. También, valoramos el hecho de que, en los últimos años, diferentes organizaciones, instituciones y sujetos han realizado trabajos, investigaciones y estudios sobre esta temática, lo cual nos motivó a seleccionar el oficio de la partería como tema a trabajar. En el transcurso de la investigación, fue posible desarrollar un aprendizaje y un pensamiento crítico sobre la relevancia de esta práctica en los diferentes territorios y la pertinencia de la comunicación como eje fundamental en el desarrollo de los procesos de participación y de educación, y que se encuentra en la base del trabajo intersectorial entre dichas comunidades y las agencias del Estado o la sociedad civil. Al mismo tiempo, logramos percibir y reconocer la trascendencia del valor ancestral de esta ocupación y de qué manera cumple el papel de solución a una

problemática vigente en zonas donde el Estado no atiende de manera permanente y oportuna a sus pobladores. Por último, estamos convencidas de que el saber ancestral de la partería forma parte de la riqueza y diversidad socioeconómica y cultural de Colombia y de Bolivia.

Referencias

ACUA. (2018). ¿Qué es la partería?. Recuperado de: <https://programaacua.org/5384/>

Alarcón Nivia, M. Á., Sepúlveda Agudelo, J., & Alarcón Amaya, I. C. (2011). Las parteras, patrimonio de la humanidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 62(2), 188-195

Alcaldía Distrital de Buenaventura. (2017). *Análisis de Situación de Salud Modelo de los Determinantes Sociales de Salud Distrito de Buenaventura*. Recuperado de: <https://www.valledelcauca.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=viewpdf&id=24129>

Arboleda Truque, R. V., Minotta Hurtado, S. P., Orobio Riofrio, J. C. y Renteria Caicedo, T. L. (2014). *Saberes y prácticas de las parteras de Buenaventura frente a la primera infancia*.

Argüello-Avenidaño, H. E., & Mateo González, A. (2014). Parteras tradicionales y Parto medicalizado, ¿un conflicto del Pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74531037002>

Balduino de Melo, P. (2021). MATRONAS AFROPACÍFICAS: TERRITORIALIDADE E GÊNERO NO PACÍFICO SUL-COLOMBIANO. *Amazônica: Revista de Antropologia*, 13(2).

Banco Mundial. (2020). Esperanza de vida (Bolivia). Recuperado de: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?locations=BO>

Blázquez Rodríguez, M. (2009). Ideologías y Prácticas de Género en la Atención Sanitaria del Embarazo, Parto y Puerperio: El caso del Área 12 de la Comunidad de Madrid. Tesis Doctoral: Universidad Rovira i Virgili.

Carty, R. M. (2005). La red global de centros colaboradores de la OMS para el desarrollo de la enfermería y partería: una aproximación política a la salud para todos a través de la excelencia en enfermería y partería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 613-618.

Centro Nacional de Población y Vivienda-DANE. (2018). *Porcentaje de hogares que enfrentan privación por variable (%) Municipio de Buenaventura (urbano y rural) - 2018*.

Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/planes-desarrollo-territorial/100320-Info-Alcaldia-Buenaventura.pdf>

Córdoba, E. M. P., Martínez, O. H., y Martínez, M. B. (2010). Aprender de la memoria cultural afrocolombiana. *Sociedad y economía*, (18), 37-57.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2019). Estadísticas Vitales. Defunciones No fetales 2019. Cálculo Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales>

El Fondo de Población de las Naciones Unidas, FPNU (2021). “El estado de las matronas en el mundo en el año 2021”. Recuperado de: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-UNFPA-SoWMY2021-Report-ESv7131.pdf>

Fraser, N. (2006). *Afinar el dilema: De nuevo sobre el género y la raza. De la redistribución al reconocimiento*. pp. (25-30). Ediciones Morata, SL.

Gallego Arango, J. (2014). *Saberes derivados de las prácticas de los curanderos que contribuyen a configurar la identidad étnica de las comunidades negras del consejo comunitario de la Plata, Bahía Málaga (Documental radial)*. Disponible en: <http://vitela.javerianacali.edu.co/handle/11522/3214>

Giraldo Duque, Y. A., y López Ramírez, J. M. (2019). La Partería Tradicional Afro del Pacífico colombiano como patrimonio cultural y la importancia de sus prácticas de comunicación.

Iglesias Casas, S. et al (2009). Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas Profesión*, 10(2): 5-11.

Laza Vásquez, C. (2012). Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia.

Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100012

León, C. P. M., Roa, I. D. A., y Pabón, A. C. B. (2020). Aportes de la partería tradicional al ejercicio del cuidado materno-perinatal en Colombia: una visión intercultural del fenómeno. *Ciencia y Salud Virtual*, 12(1), 29-35.

Menéndez López, G. (2001). El proceso del embarazo parto y puerperio en la mujer del ande. Disponible en : https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2001_n17/proceso.htm

Ministerio de Cultura. (2017). *Resolución No. 1077 de 2017*. Disponible en: <https://www.mincultura.gov.co/prensa/noticias/Documents/Patrimonio/20-Parter%C3%ADa%20afro%20del%20Pac%C3%ADfico%20-%20Resoluci%C3%B3n.pdf>

Ministerio de Cultura. (2020). *Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras*.

Disponible en: <https://mincultura.gov.co/areas/poblaciones/comunidades-negras-afrocolombianas-raizales-y-palenqueras/Paginas/default.aspx>

Muñoz, J. A. M. “Una cosa muy valiosa dentro de mi comunidad”: significados que otorgan las mujeres afrodescendientes en la salud materna rural. *Mujeres, Salud y Cotidianidad.*, 39. https://www.researchgate.net/profile/Vivien-Ocampo-Ramirez/publication/354111468_Mujeres_Salud_y_Cotidianidad_Iguales_o_diferentes/links/613a2e5b35e5e82234191e44/Mujeres-Salud-y-Cotidianidad-Iguales-o-diferentes.pdf#page=39

Portela Guarín, H. (2017). Partería: saber ancestral y práctica viva. Recuperado de: <https://www.banrep.gov.co/en/node/45893>

OMS. Organización Mundial de la Salud. (1993). *Parteras Tradicionales*. Ginebra, OMS.

Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38859/9243561502_spa.pdf;jsessionid=D441C822DC436953EBD034A40A63CCDA?sequence=1

OPS. Organización Panamericana de la Salud. (1980). *Medicina Tradicional Indígena, Afrodescendiente, y de la diversidad étnica de las Américas*. Disponible en: <https://mtci.bvsalud.org/medicina-tradicional-indigena-afrodescendiente-y-de-la-diversidad-etnica-de-las-americas/>

Quiñonez Sánchez, L. López, G., y Gómez Lozano, B. (2016). Plan especial de salvaguardia de los saberes asociados a la partería afro del Pacífico. <http://patrimonio.mincultura.gov.co/siteassets/paginas/plan-especial-de-salvaguardia-de-los-saberes-asociados-a-la-parter%C3%8Da-a-afro-del-pac%C3%8Dfico/20-parter%C3%ADa%20afro%20del%20pac%C3%ADfico%20-%20pes.pdf>

Quarti, A., y Polini, G (2018). Material didáctico: Salud intercultural en Bolivia. Región del altiplano. https://issuu.com/libero9677/docs/material_didactico

Ramírez, G. S., & Laako, H. (2019). *Parterías de Latinoamérica: Diferentes territorios, mismas batallas*. El Colegio de la Frontera Sur.

Ramirez Poloche, N. (2012). *La importancia de la tradición oral: El grupo Coyaima-Colombia*. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1053/105325282011.pdf>

Robledo Palma, J. C. y Cañón Guerrero, J. P. (2020). *Revisión del desarrollo jurídico de la partería en Colombia*. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/28730>

Sarria, K. A. (2018). *Análisis de la comunicación para el cambio social en la transmisión de saberes intergeneracionales en el oficio de la partería en el Pacífico Colombiano (Período 2000 a 2010). Caso biográfico: Ana Polonia González, Puerto Tejada-Cauca*. Disponible en: <https://repository.unicatolica.edu.co/handle/20.500.12237/1708>

Suarez, Alberto Mario. (2017). Las parteras del Pacífico, un tesoro en medio de la miseria.

Recuperado de: El diario El Tiempo. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/colombia/cali/parteras-del-pacifico-una-tradicion-que-se-resiste-a-morir-64236>

Towler, J. y Bramall, J. (1997). *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=15449>

Valencia, J. C., y Magallanes, C. (2016). Prácticas comunicativas y cambio social: potencia, acción y reacción. *Universitas humanística*, (81), 15-31.