

## **PANORAMA DE LAS PARTERAS**

**El caso de la partería en  
el Pacífico colombiano**



# PANORAMA DE LAS PARTERAS

## El caso de la partería en el Pacífico colombiano

Pontificia Universidad Javeriana-Cali  
Universidad del Pacífico  
Asociación de Alcaldías y Gobernaciones  
con Población Afrocolombiana – Amunafro



Santiago de Cali, 2020



# PANORAMA DE LAS PARTERAS

## El caso de la partería en el Pacífico colombiano

Rocío Carvajal Barona  
Milton Cesar Gómez Gómez  
Martha Cecilia Navarro Valencia  
María Teresa Varela Arévalo  
Elena Sofía Angulo Valencia  
Nathalia Restrepo Acuña



Santiago de Cali, 2019

Panorama de las parteras: el caso de la partería en el Pacífico colombiano / Rocío Carvajal Barona [y otros 5]. -- Santiago de Cali: Pontificia Universidad Javeriana, Sello Editorial Javeriano, 2019.

159 páginas: ilustraciones; 24 cm.

Incluye referencias bibliográficas.

ISBN 978-958-5119-27-7

1. Comadronas – Pacífico (Región, Colombia) 2. Mujeres como médicos -- Pacífico (Región, Colombia)  
3. Obstetricia -- Pacífico (Región, Colombia) 4. Multiculturalismo I. Carvajal Barona, Rocío II. Gómez  
Gómez, Milton Cesar III. Navarro Valencia, Martha Cecilia IV. Varela Arévalo, María Teresa V. Angulo  
Valencia, Elena Sofía VI. Restrepo Acuña, Nathalia VII. Pontificia Universidad Javeriana (Cali). Facultad  
de Humanidades y Ciencias Sociales. Departamento de Ciencias Sociales.  
SCDD 618.20233 ed. 23

CO-CaPUJ  
lmc/2019



Pontificia Universidad Javeriana Cali  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Departamento de Ciencias Sociales  
Asociación Nacional de Alcaldes de Municipios con Población Afrodescendiente (Amunafro)  
Universidad del Pacífico

### **Panorama de las parteras. El caso de la partería en el Pacífico colombiano**

ISBN: 978-958-5119-27-7

Autores:

© Rocío Carvajal Barona

© Martha Cecilia Navarro Valencia

© Elena Sofía Angulo Valencia

© Milton Cesar Gómez Gómez

© María Teresa Varela Arévalo

© Nathalia Restrepo Acuña

Formato: 17 cms x 24 cms

Rector: Luis Felipe Gómez Restrepo S.J.

© Derechos reservados

© Sello Editorial Javeriano

© Asociación Nacional de Alcaldes de Municipios con Población Afrodescendiente (Amunafro)

© Universidad del Pacífico

Coordinación editorial: Claudia Lorena González

Asistente Editorial: Manuela Triviño Monar

Portada: Luisa Fernanda Panteves Ospina

Fotografía portada: Graciela Aboucharr

Corrección de estilo: Luisa Fernanda Panteves Ospina

Pontificia Universidad Javeriana  
Calle 18 N°118-250, Av. Cañasgordas, Santiago de Cali, Valle del Cauca  
Teléfono: (57-2) 3218200

Santiago de Cali, Colombia, 2019

El contenido de esta publicación es responsabilidad absoluta de su autor y no compromete el pensamiento de la Institución. Este libro no podrá ser reproducido por ningún medio impreso o de reproducción sin permiso escrito de los titulares del *copyright*.

## **AUTORES**

### **ROCÍO CARVAJAL BARONA**

Enfermera y Magíster en Salud Pública de la Universidad del Valle. Estudiante de Doctorado de Estudios Sociales de la Universidad Externado de Colombia. Profesora hora cátedra de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Pontificia Universidad Javeriana-Cali, Colombia. Investigadora del Grupo Salud y Calidad de Vida desde el año 2012. Profesora hora cátedra de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle. Evaluadora par de Colciencias. Asesora temporal de proyectos de OPS y Unicef. Ha participado desde hace 20 años en el desarrollo de proyectos de investigación en salud pública en tuberculosis, malaria y salud sexual y reproductiva, especialmente en el Pacífico colombiano, con otros grupos de Investigación en salud pública, categoría A y B, certificados por Colciencias.

Correo electrónico: [rcarvajal@javerianacali.edu.co](mailto:rcarvajal@javerianacali.edu.co)

### **MILTÓN CESAR GÓMEZ GÓMEZ**

Médico y Cirujano, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Ginecología y Obstetricia, Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Epidemiología, Universidad Libre. Profesor Asistente Gineco-obstetricia de la Carrera de Medicina,

Pontificia Universidad Javeriana-Cali, Colombia. Director del Posgrado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Libre de Cali. Vicepresidente Sociedad de Ginecología y Obstetricia del Valle del Cauca. Ha sido director del Departamento de Clínicas y Materno Infantil en la Pontificia Universidad Javeriana-Cali. Asesor externo Mesa de Mortalidad Materna en la Secretaría de Salud Municipal de Cali. Fellow American Congress of Gynecologist and Obstetrics. Actualmente se desempeña en la Clínica Versalles de Cali y el Centro Médico Imbanaco.

Correo electrónico: [miltong@javerianacali.edu.co](mailto:miltong@javerianacali.edu.co)

## **MARTHA CECILIA NAVARRO VALENCIA**

Socióloga, Universidad del Valle. Especialista en Ordenación del Territorio y Medio Ambiente de la Universidad Politécnica de Valencia, España. Magíster en Antropología Médica y Doctora en Antropología Social y Cultural, Universidad Rovira y Virgili de Tarragona, España. Título de la tesis doctoral: *Salud reproductiva, cultura y procesos de socialización entre las mujeres afrocolombianas de la ciudad de Buenaventura. Una perspectiva antropológica*. Defensa de la tesis: junio del 2007. Investigadora asociada al Grupo de Investigación Seminari de Ciències Penales i Criminològiques, Universidad de Girona, Cataluña-España, desde al año 2010. Profesora invitada al curso 2007-2008, en el Máster Oficial en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante, España. Profesora invitada al Programa de Sociología de la Universidad del Pacífico, Buenaventura, de enero a junio del 2009.

Correo electrónico: [marta\\_palmira@yahoo.com.mx](mailto:marta_palmira@yahoo.com.mx)

## **MARÍA TERESA VARELA ARÉVALO**

Psicóloga de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, Magíster en Epidemiología y Doctora en Salud de la Universidad del Valle. Profesora de tiempo completo del Departamento de Ciencias Sociales, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Javeriana-Cali, Colombia. Investigadora del grupo Salud y Calidad de Vida desde el año 2003. Ha desarrollado proyectos de investigación en las líneas Salud y Estilos de Vida, Enfermedades Crónicas, Salud Sexual y Reproductiva y Calidad y Humanización en Salud. Secretaria General de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud – Alapsa.

Correo electrónico: [mtvarela@javerianacali.edu.co](mailto:mtvarela@javerianacali.edu.co)

## **ELIANA SOFÍA ANGULO VALENCIA**

Socióloga de la Universidad del Valle. Especialista en Educación Ambiental de la Universidad Santiago de Cali. Magíster en Salud Pública de la Universidad del Valle. Docente del Departamento de Sociología de la Universidad del Pacífico. Investigadora del Grupo Educación, Juventud y Región. Ha sido docente catedrática de la Universidad del Valle sede Pacífico y de la Universidad Antonio Nariño. Ha participado en proyectos de investigación en salud pública en tuberculosis, y en interculturalidad en salud.

Correo electrónico: [eliana.sofia-angulo@gmail.com](mailto:eliana.sofia-angulo@gmail.com)

## **NATALIA RESTREPO ACUÑA**

Psicóloga de la Pontificia Universidad Javeriana. Asistente de Investigación del proyecto *Análisis situacional y contextual de los modelos de atención diferencial en Colombia: el caso de la partería en el Pacífico colombiano*, Colciencias-Pontificia Universidad Javeriana 2014-2017.

Correo electrónico: [nati\\_restrepo@hotmail.com](mailto:nati_restrepo@hotmail.com)

## DEDICATORIA

**E**ste libro está dedicado a todas las mujeres y hombres en Colombia y en el mundo, que con su conocimiento, habilidad, práctica y don de ser humano, en el ejercicio de la partería, han aportado a traer nuevas vidas, a salvar miles de vidas de mujeres en el mundo y a consolidar una familia y una sociedad, y que, por lo tanto, merecen ser parte integral y activa de los sistemas de salud mundiales.



## PRÓLOGO

**N**os enfrentamos hoy, como habitantes de un mundo planetario, a nuevos retos para abordar la salud materno-perinatal, desde el enfoque intercultural y específicamente desde un estudio de caso, como es el de la PARTERIA EN EL PACÍFICO COLOMBIANO, tema central del presente libro.

Sus autoras y autor: Rocío Carvajal Barona, Marta Navarro Valencia, María Teresa Varela Arévalo, Eliana Sofía Angulo, Natalia Restrepo Acuña y Milton Cesar Gómez Gómez, han hecho un recorrido y análisis crítico, por diversos enfoques que contextualizan desde el proceso salud-enfermedad-atención, los grandes debates frente a nuevas cosmovisiones de la salud y el cuerpo de las mujeres y recién nacidos(as), sus derechos, la inequidad, la desigualdad y la discriminación, donde el eje central es la postura, tensiones y relaciones de los servicios de salud y las parteras, trabajo fundamentado en el estudio: *Análisis situacional y contextual de los modelos de atención diferencial en Colombia, realizado durante los años 2014 a 2017.*

Colombia se enfrenta hoy a serias problemáticas relacionadas con los determinantes sociales estructurales<sup>1</sup>, profundas brechas de género, vacíos de información y de políticas justas, que protejan los partos y nacimientos, no solo desde la

---

<sup>1</sup> Contexto que tiene como fundamento la distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios entre las personas, la estratificación de la sociedad según la ocupación, los ingresos, el género y la etnia, que asigna a cada individuo una posición social la cual lo expone de manera diferencial a los riesgos y los hace diferencialmente vulnerables. (Vega, R. 2009).

institucionalidad y jerarquización sistemática y hegemónica de los modelos tecnocráticos vigentes, que están permeados por el discurso de la patologización del parto (Leavit, 1986), su medicalización dada desde la obstetricia del siglo XIX, que desplazó a la partería; sino desde los nuevos paradigmas que relacionan y vinculan la maternidad, la paternidad y los nacimientos, con el establecimiento de relaciones y vínculos bio-neuro-emocionales (Otza, 2011), que proponen a la mujer y su bebé como protagonistas activos del parto, donde la atención a sus necesidades orgánicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales, sean dadas a partir del enfoque de derechos, que promuevan la humanización y el abandono de prácticas agresivas e irrespetuosas, que se han ido estructurando y validando con mayor énfasis en comunidades vulnerables relacionadas con la desigualdad, pobreza y marginalidad, como es el caso de las mujeres indígenas y afrocolombianas, que residen en el pacífico colombiano<sup>2</sup> y que son atendidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Explorar a profundidad el caso de la partería en el pacífico colombiano, entrarse en sus mareas y permitir que soplen nuevos vientos, movidos por la selva del trópico, sus ríos y manglares, sus mitos, ritos, tradiciones y costumbres propios de la cultura afro, que ha resistido, persistido y conformado el llamado **“universo de la partería”**, práctica ancestral declarada hoy patrimonio inmaterial de la humanidad (PES, 2016) por el Ministerio de Cultura, donde se pone en evidencia y visibiliza la partería, como un sistema de salud que involucra conocimientos específicos sobre los ciclos reproductivos de hombres y mujeres, el

---

<sup>2</sup> En el caso del Pacífico colombiano, el trasfondo de las inequidades sociales está permeado por factores estructurales y coyunturales entrelazados en el tiempo, relacionados con la historia de esclavización, la violencia, ocupación y despojo de los territorios, la minería ilegal no artesanal, la precaria prestación de los servicios públicos, la deficiente calidad de la educación y salud, situaciones que han puesto en riesgo la seguridad alimentaria, la autonomía de los territorios y desvalorizado las costumbres, las tradiciones, las creencias de los grupos étnicos que lo habitan y configuran la crisis humanitaria que padece actualmente la Región Pacífica. Plan Decenal 2018-2028 -comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Gobernación del Valle-Universidad Libre.2018.

cuerpo de la mujer, los cuidados para los recién nacidos, el uso de plantas medicinales, los bebedizos, las tomas, baños, rezos, masajes, consideradas como saberes asociados a la partería, incluyendo el conocimiento de los ciclos de la luna y su incidencia en el parto, así como la comprensión de la acción de la tierra, el agua, las plantas y su influencia en la vida de las personas, cosmogonía ajena a los protocolos que operan en la red de prestadores de servicios de salud a las maternas, consignados en los marcos de las Políticas de atención integral en salud (PAIS) y en el modelo (MIAS) que buscan garantizar buenas prácticas para la salud materna, pero que siguen siendo débiles en la incorporación de estos saberes.

**Las parteras del Pacífico**, portadoras de saberes, maestras del cuidado en el proceso de la gestación, nacimiento, alumbramiento y crianza, son quienes hacen realidad el mensaje universal de cambiar la forma de nacer para transformar la sociedad, labor que no se logra visibilizar en el presente estudio, cuando se enfoca a indicadores sociales institucionales dados por los organismos gubernamentales como el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) y las Instituciones de salud, que reducen sus análisis situacionales de información a cifras, tasas y tendencias de la salud sexual y reproductiva enfocados a la mortalidad materna, donde los sistemas tradicionales de la partería no se vinculan como verdaderos diálogos interculturales de doble vía, y quedan reducidos a número de parteras y datos que poco o nada dan cuenta de lo que verdaderamente está ocurriendo en los nichos de las parteras, sus avances, logros, y experiencias significativas interculturales, que trascienden del municipio de Buenaventura y forman parte de una práctica ancestral que el sistema de salud con sus variaciones y tensiones poco o nada ha incorporado, pese a que está sustentado en la Atención Primaria en Salud con enfoque familiar y comunitario, y cuenta con un Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021) que aborda la interculturalidad,

perpetúan aún como lo expresan sus autoras, la preeminencia de políticas etnocéntricas y monoculturales, que con su lógica homogenizadora de dominación y subordinación, **“incrementan la desconfianza y la confrontación mutua entre los distintos modelos de atención a la salud”**.

Agregando además en sus hallazgos, la persistencia y relevancia de un sistema de salud, **“donde prima la lógica de acumulación de los recursos económicos, el déficit de la atención a la población materna en el Distrito de Buenaventura, su alta vulnerabilidad durante el período estudiado, el incumplimiento en sus indicadores básicos**, propiciando cada vez más, barreras culturales que limitan los acercamientos y diálogos interculturales y no llegan a fusionarse para una real transformación, hacia la creación de instituciones interculturales con sensibilidad y amigabilidad cultural, con unidades y condiciones que promuevan el respeto y la decisión de la mujer para parir, en coherencia con las actuales tendencias de los países de América Latina, Centroamérica y la región del Caribe y que al mismo tiempo son reconocidas por la Organización Mundial de la Salud. (2018) y que bien podrían articularse en regiones que cuentan con ésta práctica ancestral como es el caso del Pacífico colombiano, con agremiaciones de parteras, haciendo posible y realizable lo planteado por Portela H. (2016) en el reciente trabajo de PARTERIA- Saber ancestral y practica viva- promovido por el Banco de la República de Colombia cuando expresa:

*“El papel protagónico del saber y las prácticas de las parteras como garantes de la continuidad y perdurabilidad biológica del mundo afro-pacífico, claman su vinculación a una nueva lógica que permita la distribución en la gestión de la salud pública colombiana de forma conjunta; es decir, desde las diferentes fuentes de regulación, como lo son el Estado, el mercado y las tradiciones de las comunidades, para superar el carácter mercantil que se ha dado a la búsqueda de la salud a partir de la Ley 100 de 1993”...*

Finalmente y sin terminar, el texto abre nuevos espacios desde la academia y la sociedad civil, para ampliar los debates, donde el enfoque diferencial (género, etnia, cultura, condición socioeconómica), sea parte de las políticas públicas en salud, y desde donde se aborde la diversidad cultural de una raza, de un pueblo y de una comunidad biodiversa y rica en saberes que permitan a las mujeres, hombres, familias y comunidad, alcanzar partos culturalmente adecuados, con encuentros de enriquecimiento mutuo y con el compromiso de promover-respetar y conservar los saberes ancestrales, creando rutas interculturales que se extrapolen de las instituciones de salud e incluyan espacios y ambientes comunitarios donde las parteras cuenten y sean visibilizadas como parte de una red de prestadores de servicios de salud que tenga impacto en la salud materno-perinatal de una de las regiones de Colombia de mayor vulnerabilidad y riqueza biocultural.

**BEATRIZ AMPARO VESGA SÁNCHEZ.**

Ph.D. en Educación. Magíster en Salud Pública. Enfermera.  
Doula-Docente Investigadora. Cogestora de la Asociación  
PARIR y de la Fundación Social Salud Holística.





**Fotografía:** Daniel Barrera Camacho



# TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	25
2.	ENFOQUE DEL ESTUDIO	35
2.1	MULTICULTURALIDAD, MULTICULTURALISMO, INTERCULTURALIDAD Y DIVERSIDAD CULTURAL	39
2.1.1	Multiculturalismo e interculturalidad: una reflexión desde la pedagogía	39
2.1.2	Interculturalidad y diversidad cultural	43
2.1.3	Salud e interculturalidad en América Latina	50
2.1.4	¿Multiculturalidad o multiculturalismo?	55
2.1.5	Multiculturalismo y salud	57
2.2	APROXIMACIÓN CONCEPTUAL DE ENFOQUE DIFERENCIAL	59
2.2.1	Enfoques diferenciales desde la perspectiva étnica y de género	61
2.2.2	Enfoques diferenciales en salud	62

3.	RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN	67
3.1	PANORAMA DE LAS(OS) PARTERAS(OS) EN AMÉRICA LATINA Y COLOMBIA	67
3.2	PANORAMA DE LAS(OS) PARTERAS(OS) EN COLOMBIA: EL CASO DE BUENAVENTURA	79
3.2.1	Contexto sociocultural de salud materna en Buenaventura	79
3.2.1.1	Aspectos demográficos y sociales	79
3.2.1.2	Aspectos de inversión en salud	87
3.2.2	Aspectos epidemiológicos de salud materna en Buenaventura	88
3.2.3	Prácticas de atención en salud materna en Buenaventura	95
3.2.3.1	Respuesta en salud gubernamental	96
3.2.3.2	Respuesta social en salud	102
3.2.4	Características sociodemográficas	105
3.2.5	Características de la actividad de partera(o)	109
3.2.6	Oferta de los servicios de partera(o)	110
3.2.7	Búsqueda de la atención y satisfacción	112
3.2.8	Capacitación o cualificación	113

3.2.9	Reconocimiento de los servicios de salud por parte de las parteras	114
3.2.10	Tratamiento del servicio de salud con las parteras	115
3.2.11	Postura sobre legitimidad de la partería	116
3.2.12	Relación entre servicios de salud y parteras	118
3.2.13	Organizaciones de parteras(os)	119
4.	ARTICULACIONES Y CONFLICTOS ENTRE LAS DIFERENTES PRÁCTICAS DE ATENCIÓN	123
5.	RESULTADOS DE LAS POLÍTICAS DE SALUD MATERNA EN EL DISTRITO	129
6.	BARRERAS Y FACILITADORES PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE MODELOS DIFERENCIALES EN SALUD: EL CASO DE LA PARTERÍA EN EL MUNICIPIO DE BUENAVENTURA	135
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	143



# 1.

## INTRODUCCIÓN

**E**l año 1991 marcó un antes y un después en la normativa política colombiana con el cambio de la Constitución que venía desde 1886 y que hablaba de un país unitario y homogéneo. Entre los cambios de la entonces remozada normativa, estuvo el reconocimiento de las minorías étnicas que habitan el territorio nacional. Es decir, los grupos negros e indígenas y, por lo tanto, el reconocimiento de un país plural étnica y culturalmente.

Parte de esta normativa es la Ley 70 del año 1993, que trajo a las minorías étnicas del país un reconocimiento como “sujeto colectivo de derecho público” (Rosero, 2010 p. 5), así como el derecho a autodefinirse y conservar su territorialidad. En otras palabras, el derecho a unos territorios que siempre han ocupado dichas poblaciones, que para el caso de la comunidad afrocolombiana, se trata de la legitimidad sobre los territorios que han habitado desde hace ya más de 200 años, una vez abolida la esclavitud. Esta situación puede entenderse, de algún modo, como un intento de resarcimiento para unas poblaciones que conforman, junto con los grupos indígenas, las minorías étnicas del país. Unos gestos desde las instituciones del Estado, que parecían llevar a un real reconocimiento de estos grupos como ciudadanos con plenos derechos.

Un argumento discrepante al interior de los dos grupos de minorías étnicas, indígenas y afrodescendientes, es el señalado por Arocha (1999) cuando afirma que ante las reformas propuestas en la Constitución, los afrocolombianos han quedado en situación de desventaja en relación con los grupos indígenas; ello debido a que la Carta Constitucional exaltó un modo de comunicación político ajeno para los afrocolombianos, como es el discurso basado en el esencialismo étnico<sup>3</sup>. Igualmente, para el autor, los afrocolombianos no han tenido los apoyos a la hora de presentar propuestas que redunden en reformas a la Constitución. Históricamente, los afrocolombianos han carecido de los soportes para enfrentar la exclusión, aunque el autor reconoce que los movimientos sociales afros e indígenas encarnan ya una politización y muestran un panorama diferente del tradicional.

Respecto de los afrocolombianos de la costa Pacífica, desde hace un par de décadas, con la llegada de la modernidad, o desde que, como dijo en su momento, el ahora expresidente, Belisario Betancourt<sup>4</sup>, “el Pacífico se puso de moda”, las nuevas dinámicas socioculturales, económicas y de calidad de vida de la población vienen mostrando cambios, pero en un sentido contrario al que se auguraba, dado el reconocimiento legal de estas poblaciones. Si bien estos cambios apuntan en distintas y diversas direcciones, la temática a tener en cuenta de manera específica en este estudio, es el relacionado con la situación de la atención a la salud materna de las mujeres afrocolombianas de Buenaventura en la etapa reproductiva, o propiamente, la salud materna desde una perspectiva contextual y situacional de dichas mujeres. Tenien-

---

3 Según Restrepo (2004), en el esencialismo étnico estarían la etnicidad y la conciencia de la identidad étnica, constituidos por una serie de rasgos característicos desde lo somático, cultural, lingüístico e histórico. Es decir la etnicidad sería inmanente a la condición humana, como manifestación de su ser biológico y su ser cultural. Del mismo modo, el autor habla de otra forma de esencialismo étnico: aquella que lo identifica con posiciones reduccionistas mediante la asunción de una necesaria y directa correspondencia entre un sujeto transcendental y unas identidades sociales y expresiones políticas

4 Belisario Betancourt fue presidente de Colombia, por el Partido Conservador, durante el período 1982-1986.

do en cuenta el contexto de la salud a nivel nacional, la costa Pacífica viene presentando, desde hace algunas décadas, una situación que podríamos llamar de clara marginación<sup>5</sup>. Un componente que contribuye a que ello ocurra son las circunstancias, tanto geográficas como sociopolíticas, que presenta la región, es decir, las condiciones de difícil acceso, debido a su abrupta topografía y al hecho de tener un único acceso al interior del país<sup>6</sup>. Aunque no menos importante para que ocurran estas desventajas es la desatención económica y política por parte del Estado.<sup>7</sup>

Autoras como Viveros y Gil (2006), señalan tres aspectos que viven las minorías étnicas en el país respecto de la atención a la salud desde el sector público, y que vienen a constatar que “la raza incorpora elementos como el capital social, la ubicación geográfica, las creencias y tradiciones, así como el ejercicio de los derechos ciudadanos” (p. 93). Dichos aspectos, que pueden incidir en los problemas relacionados con el cuidado y cosmovisión de la salud entre los distintos grupos de población, y son los siguientes:

- a. Las notables desigualdades que persisten entre los indicadores de calidad de vida de las minorías étnicas del país y el resto de la población nacional
- b. La relacionada con la relevancia de las prácticas de salud de cuño europeo frente a las prácticas curativas tradicionales o autóctonas.

---

5 Autores como Romaní (1996) definen la marginación como el producto de la combinación, en un momento histórico de “la emergencia de unos grupos sociales que, perteneciendo a una sociedad específica, no llegan a participar de sus estructuras íntimas, no gozan de las ventajas de la vida moderna y están incapacitados para transformar dicha situación” (p. 308).

6 Si bien esta situación persiste, también es cierto que en los últimos años se viene trabajando en la ampliación de las zonas de acceso a la ciudad de Buenaventura, como es la carretera que une a esta ciudad con su capital, Cali.

7 No obstante, al ser la ciudad de Buenaventura el principal puerto sobre la costa Pacífica colombiana, es puerta de entrada y salida de buena parte de los intercambios comerciales del país con los demás países de la región, al igual que con Europa y Asia.

- c. El tipo de “relación que sostiene la institución sanitaria biomédica, u oficial, con los grupos objeto de categorización étnica” Viveros y Gil (2006:94),

En general podríamos afirmar que la problemática de la salud en Colombia, dada su importancia, tiene capacidad de convocatoria en la sociedad civil, aunque aún no ha llegado a la situación de movilización requerida, sobre todo cuando se trata de acciones sostenidas (Franco, 2003; Navarro, 2012).

Buenaventura, municipio que se encuentra ubicado en la región del litoral Pacífico de Colombia, y territorio de interés de esta investigación, es el principal centro urbano de la región y puerto marítimo de Colombia. Este municipio pertenece al departamento del Valle del Cauca y es el primero en extensión del departamento y el quinto en extensión en el país; se caracteriza por ser una región selvática, de alta pluviosidad (Pérez, 2007).

Este municipio, al igual que los otros municipios que conforman la costa Pacífica colombiana, no está exento al panorama desolador en salud. Si bien es verdad que han habido cambios en las últimas décadas, como se viene señalando, estos, además de tímidos, en muchas ocasiones tienen, o han hecho, el efecto contrario: perpetuar una situación de inequidad e ineficiencia en la prestación, calidad y acceso a la atención, o a la hora de requerir la población el uso de los servicios de salud, situación de la que no están exentas las mujeres a la hora de asumir el proceso de la maternidad.

Podría decirse que la situación anteriormente señalada es endémica, no solo para la ciudad de Buenaventura, sino para toda la región de la costa Pacífica colombiana en general.

En este estudio buscamos, desde un enfoque diferencial, abordar las prácticas de salud ancestrales de los grupos afrocolom-

bianos en cuyo ámbito está inscrita la práctica de la partería. Por lo tanto, entre las razones que nos alentaron a realizar la presente investigación estuvo la búsqueda de una visibilización, y sobre todo, el estudio, análisis y conocimiento del entramado que propicia esta situación de desventaja frente a otros grupos de población, así como de la búsqueda de salidas en beneficio de la salud materna de las mujeres de la ciudad. Una información de primera mano que vendría a contribuir para que, en un futuro no lejano, la maternidad, un derecho legítimo de toda mujer en cualquier lugar del mundo, no signifique para las mujeres de Buenaventura jugarse la vida. Consideramos, además, que la realización del presente estudio nos llevará a la comprensión de las prácticas de salud materna de las mujeres afrocolombianas en un contexto sociocultural específico y en una situación concreta. Análisis que contribuirá, como se viene señalando, a dilucidar las barreras que impiden una eficaz implementación de los mecanismos que lleven al conocimiento de esta problemática. Un conocimiento que abriría las posibilidades de implementar mecanismos efectivos que conduzcan a una mejora en las condiciones de vida de las mujeres afrocolombianas de la ciudad.

Por otra parte, una condición que presentan las prácticas socioculturales entre la población de Buenaventura son los componentes de multiculturalismo y de interculturalidad, incluyendo las prácticas de atención a los problemas de salud. Ello, en la medida que se trata de una ciudad habitada por una población compuesta por un heterogéneo mosaico étnico cultural. No obstante, dada esta condición, los grupos afrocolombianos presentan el conglomerado étnico dominante, ya que aproximadamente el 80 % de su población presenta esta condición (Navarro, 2007). Si bien el multiculturalismo y la interculturalidad están presentes, aún no se ha llegado a su pleno reconocimiento o legitimación, tanto en la ciudad, como en el país en general.

Cuando se habla de interculturalidad en el ámbito de la salud, la alusión no queda circunscrita a las relaciones entre miembros de grupos amerindios y afrocolombianos y personal biomédico, sino que esta interacción va más allá, abarcando un espectro mayor a lo propiamente étnico; se trata del establecimiento de unas relaciones asimétricas producidas en situaciones diversas como la pobreza, la desigualdad social o la estigmatización<sup>8</sup>. Ningún grupo escapa a estos enfrentamientos, conllevando, por lo general, una posición etnocéntrica por parte de los grupos hegemónicos, propiciando la jerarquización de estos. Respecto de la interculturalidad, esta no se puede pensar tan solo en términos morales de respeto, tolerancia o cooperación, dado que también en los procesos de salud/enfermedad/atención funciona en un contexto desigual, donde se conjuga lo cultural, económico, social, e inclusive, biológico. Por lo anterior, para entender los diferentes sistemas de salud en las actuales sociedades, es central no perder de vista que estos obedecen y dependen de unos contextos culturales sociales y económicos que son los que han generado dichos modelos conceptuales, formando parte sustantiva de los procesos sociales dentro de los cuales se constituye colectivamente la subjetividad. Menéndez (2002) señala que “el sujeto desde su nacimiento se constituye e instituye al menos en parte a través del proceso de salud/enfermedad/atención” (p. 309) (Menéndez, 2002; Menéndez, 1981; Navarro, 2007).

Siguiendo con Menéndez (2002), el autor señala que si bien el proceso salud/enfermedad/atención se expresa en la sociedad y en la cultura, sobre todo está presente en las particularida-

---

<sup>8</sup> Según Goffman (1980), el estigma es utilizado como un medio para marcar diferencias sociales, de tal modo que una persona, que bien podría llevar una relación simétrica con individuos o grupos diferentes al suyo, al ser identificada como parte de un colectivo específico, adquiere una diferenciación indeseable que borra en él todos los posibles atributos, quedando inscrita, automáticamente, en una forma tipificada de relación social. El autor señala que en la interacción social se pone en juego no solo aquello que los individuos dicen y creen de sí mismos y de sus grupos de pertenencia, sino también, lo que aquellos otros con quienes se relacionan piensan o imaginan de estos, respondiendo a categorías previamente establecidas.

### El caso de la partería en el Pacífico colombiano

des de todos los grupos que componen dicha sociedad. Grupos portadores de saberes, algunos iguales, pero también otros diferentes, respecto de situaciones como el sufrimiento y las enfermedades, así como de las estigmatizaciones que afectan a cada uno de manera diferente.





**Fotografía:** Daniel Barrera Camacho



## 2.

### ENFOQUE DEL ESTUDIO

*“Si no creyera que la Antropología puede usarse como un instrumento para la reflexión crítica y como una herramienta para la liberación humana, ¿Qué clase de cinismo perverso haría que una y otra vez volviera a perturbar las aguas de Bom Jesús da Mata? Lo que me lleva de vuelta a esa gente son precisamente esos pequeños espacios de convergencia, reconocimiento y empatía que efectivamente compartimos”.*

**Scheper-Hugues.**

**R**especto a la metodología escogida para el estudio, esta fue de naturaleza cuantitativa y cualitativa. Este estudio se desarrolló en el distrito de Buenaventura, localizado en el Valle del Cauca, principal puerto de Colombia y el mayor centro urbano de la costa Pacífica colombiana. Para 2005 la población registrada fue de 415 770 habitantes (DNP, 2017). La gran mayoría de habitantes del municipio son afrocolombianos e indígenas (Embera, Wounaan, Kuna, Páez, Awa) y, en menor proporción, mestizos.

En la fase cuantitativa se aplicó una lista de chequeo y una encuesta estructurada a los agentes tradicionales en salud, en la zona urbana de Buenaventura. Estas dos técnicas permitieron

la caracterización de la oferta de servicios de salud formales en el distrito con relación a salud materna y caracterizar a las/los parteras/os y su forma de servicio en la ciudad.

En la fase cualitativa se usaron las técnicas de revisión documental y entrevistas a parteras(os), mujeres embarazadas y puérperas, profesionales de la salud y tomadores de decisión.

La revisión documental se realizó en dos fases. La primera se realizó a través de la búsqueda de indicadores socioeconómicos y de salud del distrito de Buenaventura, que nos permitió caracterizar la situación contextual desde un enfoque histórico-social del distrito.

La segunda fase se llevó a cabo mediante la búsqueda de artículos, a través de la revisión de bases de datos bibliográficas de revistas indexadas y buscadores académicos de artículos científicos, documentos técnicos y normatividad. Estos documentos bibliográficos fueron caracterizados en categorías de análisis conceptuales, enfoques y políticos relacionados con las parteras(os) tradicionales.

Estas categorías se registraron en una matriz de análisis, lo que permitió su estudio e identificación de categorías emergentes, que conllevaron concertaciones de concepto e interpretaciones. A partir de este proceso se consolidó una matriz final de análisis que permitió sintetizar la información. El desarrollo de esta segunda fase de análisis cualitativo se realizó entre febrero de 2015 a 2016.

Con la matriz de análisis final se realizó un estudio de aproximaciones sucesivas, donde a medida que se recolectaba la información se realizaba el procesamiento y análisis simultáneo, que permitiera identificar necesidades nuevas de recolección de información, ampliación de términos y conceptos, para rea-

lizar nuevamente el análisis. Con esta información se llevó a cabo un plan de análisis de triangulación teórica y de investigadores acerca del tema de la partería (Arias, 2000).

De otro lado, en este estudio se implementaron también las entrevistas a los actores claves, definidos como las(os) parteras(os), mujeres embarazadas y puérperas, los profesionales en salud y los tomadores de decisión, dando así un lugar relevante al análisis cualitativo, es decir, la perspectiva *emic*, lo que significa que el investigador privilegia el punto de vista de los actores, más que la perspectiva *etic*, que ocurre cuando el investigador privilegia su propio punto de vista (Harris, 1996).

Los estudios de corte cualitativo tienen como marco de referencia las relaciones cotidianas de los sujetos estudiados, en el intento de captar las dinámicas microsociales de los procesos sociales y las estructuras que determinan dichos procesos, objeto de nuestro interés. O como lo señalan Hammersley y Atkinson (1994), ante la ausencia de leyes universales se realizan “descripciones detalladas de la experiencia concreta de la vida dentro de una cultura particular y de las reglas que la constituyen” (p. 22).

En este estudio, como se viene señalando, buscamos dar relevancia a los sujetos estudiados, las mujeres afrocolombianas de la ciudad de Buenaventura. Hemos decidido contribuir en el debate de dar la palabra a los sujetos sociales a los que, precisamente, se les ha negado significación y validez, es decir, la mujer frente a las problemáticas de los varones, el colonizador frente al colonizado, y en nuestro caso concreto, la biomedicina frente a la medicina tradicional. Autores como Menéndez (2002) señalan al respecto que en sociedades consideradas más homogéneas no hay un solo actor que esté callado o que su palabra sea negada, “sino que la mayoría de los actores pue-

den estarlo, ya que están silenciados cultural y políticamente por actores no solo de sectores dominantes externos, sino por actores locales” (p. 364).

En cuanto al proceso investigativo en las Ciencias Sociales, cuando escribimos sobre lo investigado estamos ordenando una realidad social. En este sentido, en la medida que le demos un orden será posible hallar prioridades y posibles caminos para su solución. De este modo, con este estudio estamos contribuyendo de forma decidida a romper la inercia de las inequidades hacia la población afrocolombiana, específicamente en lo relacionado con la salud materna. Tenemos la plena convicción que el solo hecho de denuncia no es suficiente para resolver situaciones de inequidad, especialmente en poblaciones con unos problemas de salud endémicos, como es el que nos ocupa en este estudio.

Las entrevistas fueron desarrolladas para indagar las categorías política, administrativa y técnica relacionadas con el tema de partería. Estas entrevistas fueron realizadas por una de las investigadoras principales, en los sitios de atención de las(os) parteras(os), los hogares de las embarazadas y puérperas y los lugares de trabajo de los profesionales de la salud y tomadores de decisión. Estas entrevistas fueron grabadas y después transcritas, y dichas transcripciones se clasificaron de acuerdo a las categorías preestablecidas, para posteriormente realizar las interpretaciones de los hallazgos correspondientes.

Para concluir este apartado, señalamos que, buscando un orden u ordenando una realidad, hemos decidido abordar el estudio, de forma específica, desde el estado situacional y contextual con relación al desarrollo e implementación de modelos diferenciales en salud, y en relación con la partería en la ciudad de Buenaventura. Pero para llegar a este apartado es necesario adentrarnos en el estudio de dos conceptos, necesarios y cen-

trales a la hora de abordar nuestro objeto de estudio, como son el multiculturalismo y la interculturalidad, sus relaciones y diferencias.

## **2.1 MULTICULTURALIDAD, MULTICULTURALISMO, INTERCULTURALIDAD Y DIVERSIDAD CULTURAL**

### **2.1.1 Multiculturalismo e interculturalidad: una reflexión desde la pedagogía**

Antes de entrar de lleno en el abordaje del multiculturalismo y la interculturalidad desde la perspectiva antropológica y en relación con los procesos salud/enfermedad/atención, hemos preferido hacer un acercamiento a estos dos conceptos desde una perspectiva diferente, pero no por ello menos cercana y pertinente al asunto objeto de nuestro estudio. Más bien, tenemos la certeza que es complementaria, permitiendo entender, desde otro ángulo, una problemática que tiene muchas aristas, por lo que de algún modo nos sobran otros abordajes a la hora de concebir cómo son gestionados, cómo operan y en qué estado están los procesos hacia el logro de una sociedad donde se tramite de forma eficaz el multiculturalismo y la interculturalidad en los diferentes escenarios de la vida social y política. Estos dos escenarios son, por excelencia, el ámbito educativo y el sociosanitario, tanto en países como Colombia, como en lo demás países de la región.

El tratamiento de estos dos conceptos, interculturalismo e interculturalidad, por autores como Dietz (2012) y Quijano (1992), entre otros, nos ayudan a entender el lugar, razón de ser y sentido estratégico, así como el avance de los procesos de interculturalidad y multiculturalidad dentro del proceso civilizatorio, en palabras de Elias (2009), y en sociedades con una

enorme diversidad cultural, como es el caso que nos ocupa: América Latina. Así, el abordaje que tendremos en cuenta es educar para:

- a. **Asimilar.** La presencia de la educación asimiladora que promueve un proceso unidireccional de adaptación cultural hacia los cánones hegemónicos ignora todos los demás modelos y enfoques producto de sociedades diversas. Independiente de que se den en la sociedad iniciativas y programas educativos nominalmente multiculturales o interculturales en la praxis lo predominante es el asimilacionismo. Ello lleva a plantear la existencia de un monoculturalismo que relega cualquier diversidad cultural al ámbito privado. (Dietz, 2012)
  
- b. **Tolerar y prevenir el racismo.** Dietz (2012) plantea que la educación para la tolerancia o la prevención del racismo podría llegar a ser eficaz en la medida que se constituya en un propósito real de ampliar la interculturalización entre los distintos grupos de población, con especial énfasis en los educadores de la sociedad hegemónica. Un enfoque que se inspirara en las experiencias de encuentros interculturales a nivel internacional, diálogos interreligiosos entre distintas congregaciones, fomento de la tolerancia y el respeto a la diferencia desde los centros educativos, así como acciones propositivas que contengan mensajes de tolerancia, solidaridad y comunicación humanas. Ello generaría entonces una “pedagogía de la diferencia” y no una “victimización de los grupos minoritarios o subalternos de forma paternalista” (p. 187). Del mismo modo, en la tarea de educar para prevenir el racismo habría que situar el problema no en el individuo como portador de una determinada cultura, sino en una perspectiva mayor: la tridimensionalidad de la confluencia entre estructuras sociales, políticas estatales y la identidad nacional (Wieviorka, 1994, citado por Dietz, 2012), así como

en la prevención para evitar la reproducción de esquemas racistas. Paradójicamente, señala el autor, la educación desde el multiculturalismo ignora elementos claves en las relaciones sociales, como la posición económica de las minorías en relación con la mayoría blanca; ello íntimamente ligado a situaciones como el acceso a los recursos y la discriminación que se produce a la hora de acceder al mercado laboral, vivienda, educación y las relaciones con las instituciones, como por ejemplo el cuerpo judicial, la policía, según se pertenezca a una u otra población.

- c. Transformar.** En educar para transformar, la palabra clave es empoderamiento. Sin embargo, autores como Dietz (2012) señalan que esta categoría en la práctica social, dada la insistencia en el uso, puede volverse confusa e incluso llegar a reproducir las viejas prácticas paternalistas que precisamente quiere combatir. De esta manera, una praxis pedagógica, tanto para las poblaciones que conforman las minorías étnicas, como para la población en general, “propone superar la acción afirmativa para las minorías y rescatar la visión societal más amplia aportada por el antirracismo” (Dietz, 2012, p. 188). El autor indica la necesidad de hacer énfasis en el análisis de la sociedad blanca y del desmonte de la hegemonía de esta, en particular en su ideología y práctica de supremacía. Un acercamiento a la construcción de “lo blanco” ayudará a enfocar otras formas de análisis a los problemas circundantes a la formación de la identidad en este momento histórico. En ello las acciones interculturales y del multiculturalismo tienen un papel central.
- d. Empoderar.** Abordar el empoderamiento nos remite a hablar de acciones afirmativas. Las propuestas, en este sentido, representan el enfoque directamente generado y formulado por movimientos multi e interculturalistas una vez institucionalizados. A diferencia de los enfoques anti-

rracistas, no se trata de elaborar posibles salidas o soluciones globales, sino de empoderar a grupos marginados y discriminados.

- e. **Descolonizar.** En cuanto a las acciones pedagógicas encaminadas a la descolonización en América Latina, el discurso intercultural ha sido llevado por académicos y políticos a menudo cercanos a los movimientos indígenas, más que a los grupos negros, permaneciendo estos grupos en el seno del discurso intercultural. No obstante, Dietz (2012) señala dos innovaciones en relación con la unidireccionalidad en los procesos de aculturación en épocas pasadas. Uno es el giro poscolonial o descolonial, y el otro es el diálogo, como una característica central de los procesos de interculturalidad que vive el continente. El post colonialismo aporta críticas al esencialismo simplificante de las concepciones multi e interculturales de cuño occidental, a la vez que recupera la mirada histórica de larga duración, en las relaciones entre colonizadores y colonizados, no solo en las periferias formalmente descolonizadas, sino también en las metrópolis europeas. Cada vez hay menos tendencia, cuando se habla de descolonización, de referirse a un lugar específico; y más bien se trata de una condición generalizable de aquellos países que obtuvieron la independencia en los últimos dos siglos, pero que, no obstante, afecta también a las antiguas metrópolis con quienes continúan teniendo vínculos de origen colonial. Unos vínculos estructuralmente asimétricos entre los distintos grupos que conforman la sociedad. Sin embargo, como se viene señalando, dado que esta condición poscolonial es compartida entre antiguas colonias y metrópolis, hay la necesidad de superar las dicotomías clásicas para pensar la colonialidad como algo inherentemente moderno y no como algo opuesto a la modernidad (Quijano, 1993, citado por Dietz, 2012).

## 2.1.2 Interculturalidad<sup>9</sup> y diversidad cultural

El concepto de interculturalidad, y desde una perspectiva antropológica, para autores como Menéndez (2006) “no es un concepto reciente ni unívoco, sino que constituye un proceso que ha tenido diversas interpretaciones” (p. 51) en su trayectoria, y desde distintas disciplinas. La interculturalidad convertida en el núcleo central de los estudios antropológicos da respuesta a situaciones específicas de los distintos grupos sociales. Para el caso de América Latina, el concepto tuvo un auge notorio en los años 90 del siglo XX. Si bien, como se viene señalando, fue notoria su alusión en diferentes campos del conocimiento, es relevante su uso respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención, del mismo modo que fue destacada la gestión del concepto de interculturalidad en las reivindicaciones de las poblaciones indígenas y negras, que conllevaron al surgimiento de movilizaciones de estas minorías étnicas, específicamente en países como Colombia, y en general, en las demás naciones de la región. Si bien este fue un proceso común vivido por los países de la región, fue igualmente un fenómeno que se presentó en diferentes proporciones y en relación con las especificidades de cada uno de los países.

Alejándonos de las fronteras latinoamericanas, Menéndez (2006) señala una situación clave ocurrida en la década de los años 20, y sobre todo en los años 30, como fue el paso a primer plano de los movimientos fascistas, y dentro de estos, del nacionalsocialismo alemán. Movimientos que vinieron a poner en cuestión lo racial y étnico como centro de discusión política e ideológica, al igual que académica, como nunca había sido co-

---

<sup>9</sup> Si bien hay diferencias entre interculturalidad e interculturalismo, en este estudio hemos optado por hablar de interculturalidad. Ello en la medida que el interculturalismo remite a un programa político consolidado a partir de las diferencias y, en el caso colombiano, consideramos que este proceso aún no está completamente acabado. Hablamos de interculturalidad en la medida que en la sociedad hay, de todos modos, un reconocimiento de las diferencias como un valor en sí y una situación presente de la sociedad.

locada hasta entonces. Los antropólogos alemanes incluyeron en una sola unidad lo biológico, lo étnico y lo popular, cuya definición dominante fue en términos de unidad biocultural y no de unidad racial, asumiendo términos académicos y de acción política, lo que constituía la concepción cultural e ideológica dominante, especialmente en las capas directivas de las sociedades europea y norteamericana, y expresada justamente en la aplicación de sus políticas eugenésicas<sup>10</sup>, así como en sus políticas de dominación colonial. Propuesta que viene a radicalizar la concepción etnocéntrica hasta entonces dominante, dado que la interculturalidad no solo caracterizada por la asimetría, sino también por la diferencia biocultural, reduce las posibilidades de interculturalidad en términos simétricos y la restablece explícitamente en términos de superioridad/inferioridad.

De forma contestataria a aquella posición más radical cimentada en postulados fascistas y de supremacía colonial, vinieron otros desarrollos de la interculturalidad tanto en la misma Europa, como en Norteamérica y América Latina, en los años 30 del siglo XX, siendo pionera la escuela norteamericana conocida como la Escuela de Chicago, con Robert E. Park a la cabeza. En esta, sociólogos y otros investigadores afines vinieron con sus estudios a rebatir el etnocentrismo presente que venía de las escuelas alemanas señaladas anteriormente, y que basaban en sus estudios las asimetrías jerarquizadas en diferencias biológicas más que en diferencias culturales y de diversidad de cosmovisiones entre los distintos grupos sociales. Aquellas escuelas alemanas nazistas, contrario a otras escuelas, como la de Chicago, concebían la interculturalidad imbuida por el relativismo cultural, y su mundo simbólico como punto deter-

---

10 Este término alude a la manipulación de las leyes biológicas, producto de la herencia, como un camino para mejorar la especie humana. Este ha sido un concepto muy controvertido y polémico. Tuvo su mayor auge de críticas a partir de la Segunda Guerra Mundial, con el conocimiento de las prácticas de los nacionalsocialistas, con Hitler a la cabeza, tanto hacia la población judía como a aquella que el régimen consideraba inferior: gitanos, gais, etc. Sus detractores ven esta práctica contraria a la ética y a la moralidad, dado que se recurre a la manipulación genética para estigmatizar a determinados grupos sociales.

minante para diferenciar los distintos grupos humanos, haciendo valoraciones de las relaciones de poder y la dimensión económica, y teniendo en cuenta la dimensión sociopolítica en dichas relaciones, pero solo a conveniencia.

Es así que se ignoraron investigaciones que en su análisis denunciaban las consecuencias de las complejas relaciones interculturales establecidas entre las poblaciones, tanto étnicas como socioculturalmente diferentes; desconociendo, igualmente, aquellas que denunciaban etnocidios, hambrunas y pobreza. Vinieron entonces nuevos desarrollos teóricos jalonados por científicos sociales que reflexionaron críticamente sobre la metodología que se venía utilizando, así como la desconfianza que suscitaba el hecho de que la recolección de la información se obtuviera desde las mismas lógicas de dominación/subalternidad que predominaba en la sociedad de la época; manteniéndose, de este modo, en la periferia de la discusión académica predominante que clamaba por un replanteamiento, tanto metodológico como sobre los sujetos estudiados (Menéndez, 2006; Walsh, 2012; Dietz, 2012).

La situación anteriormente señalada tuvo reacciones encontradas desde los países llamados desarrollados o del primer mundo, produciéndose movimientos sociales que propiciaron la visibilización de la diversidad cultural como un fenómeno presente en todas las esferas de la sociedad: las luchas por los derechos civiles libradas en Estados Unidos, así como los procesos migratorios dentro del mismo país, sur/norte ya totalmente visibilizada y estudiada desde los investigadores de la escuela de Chicago, entre otros. Esto, sumado a la inmigración en Europa Occidental, abrió un debate crítico sobre la existencia, que hasta entonces se venía sosteniendo, de la preeminencia de políticas etnocéntricas y monoculturales (Bolán, 2013, p. 24).

Al respecto, Menéndez (2006) señala que en el desarrollo de esta interculturalidad se establecieron características que aún persisten. Una es la noción de cambio, planteando que, si bien las poblaciones estudiadas tienen capacidad de cambio y sus propias dinámicas, su desarrollo está impulsado por el contacto con otras sociedades occidentales, reconociendo que el contacto entre culturas se afecta mutuamente, aunque no en iguales proporciones. Es importante tener en cuenta que dichos cambios no deben ser disruptores de las culturas nativas y de sus mecanismos cargados de un sentido común propio<sup>11</sup>, llevándolos a expresar nuevas propuestas en las relaciones e intercambios entre las diferentes culturas (Aguirre Beltrán, 1986, citado por Menéndez, 2006).

Tubino (2005), por su parte, es pesimista al señalar que las intervenciones que mantienen las características de la interculturalidad buscan mantener las mismas formas de funcionamiento del sistema dominante, donde el reconocimiento de la diversidad cultural no toca las causas de la desigualdad. Lo anterior, en contraposición a la interculturalidad crítica, concepto también abordado por Walsh (2012), considerándolo como “un proyecto en construcción, que debe alcanzar todas las esferas de la sociedad” (p. 64). Es decir, que la interculturalidad no parte del análisis de las diferencias culturales y simbólicas, sino de los problemas estructurales, post-coloniales y raciales que cimentan las condiciones asimétricas de las relaciones entre las culturas. Por lo que, según Walsh, se debe preguntar por las condiciones en que se da el diálogo y no por el diálogo *per se*, buscando el respeto y la equidad social, económica y política.

Otro abordaje acerca de la interculturalidad es el de Albó (2004), quien propone el concepto de “la interculturalidad positiva” (p. 135), señalando que la relación entre dos culturas dis-

<sup>11</sup> Sentido común definido como aquel “inventario básico del conocimiento con el que cuentan los individuos para interpretar y dar sentido a sus circunstancias” (Castro, 2002, p. 146).

tintas puede tener efectos negativos o positivos, dependiendo del grado de enriquecimiento o complementariedad que ocurra en dicho encuentro. Igualmente, los efectos negativos pueden venir dependiendo de los condicionantes, así como de otras variables que intervengan en dicha relación. El autor propone el abordaje de la interculturalidad en tres niveles: individual, grupal y estructural, siendo el último el de más desafiante, debido a la prevalencia que hay en los países Latinoamericanos de un sistema socioeconómico neocolonial, apoyado en paradigmas positivistas y neoliberales, que lleva a procesos de discriminación de la cultura de las minorías étnicas.

La interculturalidad introducida en América Latina, implementada e impulsada por el sector académico, especialmente en los años 90 del siglo XX, se ha producido a partir del diálogo constante entre los pueblos de minorías étnicas, donde la comunidad académica contribuyó, sobre todo, propiciando mecanismos de movilizaciones, debates y apertura de espacios en los distintos órdenes de la sociedad, y en relación con estos grupos de minorías étnicas del país<sup>12</sup>.

Entre las consecuencias positivas en Colombia, generadas de la situación anteriormente señalada, está la visibilización y el reconocimiento de las minorías étnicas. Grupos poblacionales que en adelante vienen mostrando una constante lucha por tener un lugar en la sociedad, ya no dentro de una escala jerárquica y en la base de dicha escala, sino mediante unas relaciones horizontales dentro de los distintos ámbitos de la sociedad, como son los ámbitos político, económico y sociocultural. Se trata de un trabajo permanente para que se les tenga en cuenta como unos grupos poblacionales activos y partícipes de los cambios en los distintos órdenes de la sociedad donde habitan,

---

12 Como ya señalamos en la introducción, para el caso colombiano fue la reforma a la Constitución en 1991. Carta Magna que vino a abrir el debate hacia el reconocimiento de un país heterogéneo, multiétnico y multicultural.

así como con plenos derechos. Hacemos referencia a los años 90, en los que ocurrieron grandes cambios políticos, económicos y sociales en los países de América Latina, produciéndose en esta década el detonante para el inicio de cambios en instancias de orden institucional que permitieron la apertura de espacios para la movilización.

De hecho, en 1993, dentro de los cambios producto de la nueva situación legal del país, se produjo, mediante la Ley 70, el reconocimiento del derecho a la tenencia de un territorio que siempre han ocupado, tanto la población indígena como la afrocolombiana; los primeros desde que se tiene noticia de este continente, y los segundos una vez abolida la esclavitud (Navarro, 2012).

Se trató, entonces, de unos gestos desde las instituciones del Estado, que parecían llevar a un real reconocimiento de estos grupos como ciudadanos con plenos derechos. Del mismo modo y como parte de estos cambios, o como producto de la búsqueda por parte del Estado de dejar plasmado el reconocimiento de los distintos grupos étnicos que conforman la población colombiana, vino la reforma sanitaria o Ley 100, conocida como Sistema General de Seguridad Social en Salud (Sgsss), buscando así compatibilizar las distintas prácticas de salud acorde con la situación étnica y cultural de los colombianos (Navarro, 2012).

Los impulsos iniciales en la gestión desde el Estado mediante las reformas propuestas a partir de la Constitución de 1991 con la Ley 100 y la Ley 70 de 1993, vinieron a plantear lo que Albó (2004) llamó interculturalidad positiva. Según el autor, esta consta de dos aspectos básicos: alteridad e identidad propia fortalecida. La alteridad entendida como la voluntad de comprender al otro desde su diferencia, ya sea por su género, ideología, cultura o condición socioeconómica. Para este logro

es imprescindible que haya una mirada hacia ese otro de reconocimiento y aceptación de su propia identidad; sin ello es imposible hablar de una interculturalidad positiva. Es el reconocimiento de la identidad un aspecto indispensable para la gestión de la interculturalidad y el multiculturalismo.

Respecto de los procesos de la identidad, es importante recordar que el estudio antropológico se centra en estructuras y procesos intergrupales e interculturales de constitución, diferenciación e integración, donde tal tarea solo será exitosa si se parte de políticas de identidad. En el caso de los estudios sobre la raza, esta se ha considerado como eje de la identidad, en estrecha relación con la cultura, la situación socioeconómica e histórica de las poblaciones; en el caso colombiano, de minorías étnicas de ascendencia africana e indígena, como las formas más explícitas de discriminación étnica.

En cuanto al sector de la salud, las políticas identitarias pasan por la necesidad de multiculturalizar los sistemas de salud mediante acciones afirmativas y de discriminación positiva que permitan empoderar a las minorías étnicas, en sus procesos de identificación y reconocimiento de sus propias necesidades y potencialidades en relación con los procesos salud/enfermedad/atención (Menéndez, 2002; Dietz, 2012). No obstante, lo que aún predomina es la incapacidad de la sociedad hegemónica postmoderna, portadora de un sistema médico hegemónico<sup>13</sup>, de interpretar las necesidades, en este caso en salud, de las poblaciones multiculturales y diversas de este continente, y de reconocer el potencial curativo que

---

13 El sistema médico hegemónico es aquel que alude a la medicina denominada, según autores y momentos, como medicina científica, alopática, cosmopolita, moderna, oficial o formal. En el siglo XIX se produjo una inflexión debido al éxito de la teoría microbiana que vino a propiciar el tránsito desde la práctica asistencial individualizada a la centrada en el hospital, así como al progreso técnico y a la influencia de estrategias corporativas encaminadas a asegurar un monopolio sobre la atención a la salud. La biomedicina tiene una forma, por excelencia, para expandirse y es mediante el proceso de medicalización. Esta consiste en que “ámbitos cada vez más amplios de la vida personal y social de la gente vaya siendo objeto de preocupación, estudio, orientación y, en definitiva, control por parte de la corporación médica” (Romani, 2004, p. 39).

tienen las prácticas tradicionales de atención a los problemas de salud o la medicina tradicional, entre los distintos grupos de población.

### **2.1.3 Salud e interculturalidad en América Latina**

A partir de los años 90 los debates sobre la interculturalidad han sido muy activos en el ámbito político y académico latinoamericano. Son 16 países en los cuales se ha creado, por lo menos, una agencia o instancia pública teniendo en cuenta la diversidad cultural. Para el ámbito de la salud intercultural, es Ecuador el único país que, constitucionalmente, ha definido la salud intercultural como un derecho, generando políticas sanitarias al servicio de la población indígena.

En cuanto al otro grupo que forma parte de las minorías étnicas, la población afrocolombiana, el país que viene demostrando mayores avances en el ámbito de la salud es Brasil. Para autores como Oliveira (2003, citado por Navarro, 2012), “la salud de la población negra es un campo de estudios, investigaciones y atención reconocido desde el punto de vista de su legitimidad política” (p. 22). De hecho, el primer foro sobre políticas públicas en salud fue realizado en Porto Alegre en enero del 2002, donde se insistió tanto en la defensa de la salud como un derecho, como en el otorgamiento de garantías para la diversidad cultural mediante procesos de participación incluyentes de todos los grupos sociales (Oliveira, 2003).

Para el caso colombiano, y en relación con los debates sobre la salud intercultural, si bien esta ya tiene capacidad de convocatoria, aún no se ha llegado a una madurez que lleve a movilizaciones entre la población afectada; tampoco ha alcanzado a una consolidación que permita realizar acciones sostenidas en el tiempo, sino que ha llegado a críticas aisladas, teniendo

como canal los medios de comunicación, como la radio y la televisión. Como se viene señalando, la falta de madurez lleva a que todavía no haya organizaciones fuertes y disuasorias que lleven a la población a participar en debates abiertos y amplios sobre las problemáticas sanitarias teniendo en cuenta el componente racial de las poblaciones afectadas. Incluso, se podría afirmar que, para el caso colombiano, es una problemática que tiene amplio debate, pero en los ámbitos académicos<sup>14</sup>, más que en otros espacios de la sociedad (Navarro 2012; Franco, 2003).

No obstante, en distintos países de América Latina es posible encontrar proyectos alternativos incluyentes, dirigidos a intentar paliar los problemas sanitarios de la población indígena y negra. Proyectos, probablemente, no divulgados lo suficiente como para generar discusiones más amplias al respecto; con diversos alcances y consecuencias a corto, mediano y largo plazo, promovidos por organizaciones nacionales e internacionales.

Entre las organizaciones que han gestionado este tipo de proyectos interculturales está el Hospital Patacayama en Bolivia (Vaca, 2012; Campos, 2010); el Hospital San Luis y el Centro de Salud Jambi Huasi en Otavalo, Ecuador (Campos, 2004; O'Neill, 2006), al igual que el Hospital Raúl Maldonado Mejía, ubicado en Cambaye, Ecuador (International Care, 2011).

Estos países han tratado de incluir las necesidades de la población indígena, incluso han incorporado médicos tradicionales en estas instituciones hospitalarias, tratando de adecuar tanto el personal sanitario, como el espacio mismo, a la cosmovisión de los grupos indígenas. Tal es el caso del uso de colores, dieta alimentaria autóctona y prácticas de salud relacionadas con la atención al parto, culturalmente diferenciado, con la participación de las(os) parteras(os) indígenas tradicionales.

---

<sup>14</sup> Este debate, en el ámbito académico, es jalonado principalmente por el área de las Ciencias Sociales; paradójicamente, el debate en la academia biomédica no está especialmente vivo.

En Chile se encuentra el Hospital Maquehue y el Centro de Salud Boroa-Filulawen. Estos se diferencian de los anteriores en que sus mesas directivas están a cargo de los Mapuches, ejerciendo el control ejecutivo de dichas instituciones. Por su parte, otras zonas de Chile, así como Venezuela, Perú, Bolivia tienen personal capacitado para orientar y acompañar a los indígenas en el espacio hospitalario, buscando minimizar el choque cultural cuando estas poblaciones requieran acudir a dichas instituciones de atención a la salud formal o biomédica (Campos, 2010, O'Neill, 2006).

Otra iniciativa interesante en el proceso de gestión de la interculturalidad en salud en América Latina es la creación de la Comisión Andina de Salud Intercultural, que está conformada, por una parte, por Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, con un representante de cada país, y por otra parte por el Organismo Andino de Salud y la Organización Panamericana de Salud. Dicha comisión busca crear un Plan Andino de Salud Intercultural (Lagos, 2010).

Sin embargo, el examen de estas experiencias revela que varias de ellas están lejos de lograr una interculturalidad positiva en pleno. Aunque no dejan de ser pasos importantes, que cuatro décadas atrás parecían imposibles, el ideal de salud intercultural crítica en América Latina se ve truncado en la medida que los sistemas de salud estatales siguen sin reformarse en profundidad y convierten, en muchos casos, la salud intercultural en algo perteneciente a la retórica de lo políticamente correcto, con poca inversión y corriendo el riesgo de sucumbir o quedar inconclusos ante los intereses políticos del momento<sup>15</sup>.

---

15 De todos modos, mediante la difusión de la retórica, la población se va haciendo consciente de que algo no cuadra, y llega el momento en que se madura una conciencia comunitaria que lleva a exigir más coherencia a las instituciones y al sistema cultural en general. Creemos con optimismo que el país puede estar entrando en esa fase o momento del proceso.

Es necesario recordar el hecho de que los sistemas de salud estatales en Latinoamérica tienen dos tendencias que los aleja de la interculturalidad plena o efectiva. El primero está relacionado con que se enmarcan y hegemonizan en un modelo que además de centrado en lo biológico, está basado en el conocimiento científico que, entre otras cosas, termina subordinando el conocimiento popular y a los conocimientos mágico-religiosos que son parte esencial de los modelos tradicionales de salud<sup>16</sup>. El segundo es la privatización de la salud. Esta última situación significa que un derecho universal contemplado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) desde el año 1994<sup>17</sup> está sujeto a darse, o no, dependiendo de la capacidad adquisitiva del paciente.

Es así que la mercantilización de los servicios hacen de la condición socioeconómica de los pacientes un determinante para poder acceder a un servicio de salud de calidad, poniendo precio a un derecho universal en sociedades con brechas de desigualdad económica tan marcadas, como es el caso de los países latinoamericanos, donde las poblaciones vulnerables y con bajos ingresos económicos cargan con la inequidad e ineficacia en el acceso, y en caso de estar afiliados a los distintos entes prestadores de dichos servicios, estos son precarios dado que, generalmente, están en crisis económica, con infraestructura y personal insuficiente (Migone, 2006). Del mismo modo, es común encontrar que el presupuesto destinado a cubrir las necesidades en salud intercultural, por parte de los gobiernos, venga desde otros rubros o partidas que habían sido asignadas previamente a otros fines, lo que da una idea del carácter marginal que tiene este aporte por parte del Estado, dándole,

---

<sup>16</sup> La medicina tradicional cubre un amplio abanico de prácticas y representaciones en la vida individual y colectiva de los distintos grupos de población. Esta abarca un espectro más profundo que los aspectos curativos específicos, por lo que su referencia es a un conjunto de recursos naturales, culturales y humanos que van más allá de lo estrictamente herbolario. La medicina tradicional está en el plano de la marginación, dado que es una práctica de atención a la salud no legitimada en la sociedad actual (Navarro, 2012).

<sup>17</sup> Véase: Organización de las Naciones Unidas. (1994). *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Conferencia, El Cairo.

por tanto, a las necesidades en salud, desde el punto de vista intercultural, un carácter no imprescindible y, en consecuencia, marginal dentro de las prioridades estatales (Abadía et al., 2007; Briceño-León, 2008; Macías, 2011; Madariaga, 2008; Napier et al., 2014; O'Neill, 2006; Paniagua y Hernández, 2008; Rojas, 2012; Salaverry, 2010; Zuloaga, 2006).

Finalmente, en muchas ocasiones el desarrollo de estas iniciativas, relacionadas con la atención a la salud desde una perspectiva intercultural, terminan siendo financiadas, en buena medida, por ayudas no gubernamentales. Organismos multilaterales como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) apuestan por la importancia que representa para las poblaciones afectadas el crear programas que integren los dos modelos médicos, el oficial o hegemónico<sup>18</sup> y el tradicional.

Teniendo en cuenta lo anteriormente señalado, podemos concluir que las iniciativas respecto de la gestión de los programas de salud en América Latina plantean tomar como marco de referencia central la interculturalidad. Si bien esto es cierto, no están asumiendo la complejidad que este proceso implica, como es entablar el diálogo con las poblaciones que conforman las minorías étnicas, la población indígena y la población negra o afroamericana de esta región del continente, generando entonces resultados distantes de lo que sería una relación real entre las prácticas de salud oficiales actuales y las propias de un país que reconoce y es consecuente con su densa diversidad cultu-

---

<sup>18</sup> El modelo médico hegemónico es conocido también como biomédico, medicina alopática, oficial, occidental, moderno y formal. Es considerado fruto del proceso en el que la medicina hipocrática galénica y de carácter empírico naturalista incorporó los paradigmas biológicos de la ciencia experimental, abandonando, a finales del siglo XIX, el discurso político social sobre la salud y la enfermedad. La biomedicina ha reforzado su hegemonía mediante el proceso de medicalización, el cual consiste en que, cada vez más, ámbitos de la vida personal y social de los sujetos son objeto de preocupación, estudio y control por parte de la corporación biomédica. Convertida entonces, la medicalización, es “uno de los principales referentes culturales ideológicos y cognitivos que utilizan los individuos para interpretar sus circunstancias” (Castro, 2000, citado por Navarro, 2012, p. 34).

ral<sup>19</sup>. En esta ocupan un lugar destacado las diversas formas, dentro de esta diversidad de cosmovisiones, de atender los problemas de salud, o como lo señala Menéndez (2002), los diversos modos de vivir los procesos de salud/enfermedad/atención.

Lo que la práctica social muestra son programas que abandonan la interculturalidad, pero terminan ocultando las causas estructurales de las desigualdades en salud y, a su vez, desconociendo las bolsas de pobreza que presentan estas poblaciones, así como la desatención que dicha problemática presenta, persistiendo, en cambio, unas relaciones de dominación y subordinación que aumentan la desconfianza y la confrontación mutua entre los distintos modelos de atención a la salud.

#### **2.1.4 ¿Multiculturalidad o multiculturalismo?**

En este estudio hablaremos de multiculturalismo y no de multiculturalidad. Si bien el concepto de multiculturalidad remite, o alude, a la existencia de diferentes culturas cohabitando en un mismo espacio geográfico y social, entre ellos se produce poca influencia de unas sobre las otras, no obstante, hay en esta situación, y desde la cultura hegemónica, la cimentación de una estructura jerárquica, legal y social que propicia una convivencia conflictiva entre los distintos grupos de población. En este caso, finalmente ninguno de los grupos que comparten esta multiculturalidad tiene intercambios que los lleve a un sincretismo cultural. Por el contrario, el concepto de multiculturalismo remite a un modelo de organización social que propende por la convivencia e intercambios entre grupos que comparten un mismo espacio, cuya característica es que hay la tenden-

---

19 Diversidad cultural entendida no como aquella suma mecánica de diferencias, sino como un enfoque desde diferentes dimensiones y perspectivas, que estudia “las líneas de diferenciación” (Dietz, 2012, p. 95) en los distintos grupos de población. La diversidad cultural puede verse, desde la lógica homogeneizadora, como algo problemático o no deseable, dado que obliga a crear políticas que lleven a entenderla y aceptarla.

cia a entenderse, no obstante existan diferencias étnicas, religiosas o lingüísticas. A pesar de esta diversidad, hay respeto y reconocimiento en la convivencia de todos los individuos que conforman dicha comunidad portadora de diferentes cosmovisiones. De este último concepto, multiculturalismo, es el que trataremos en el estudio. De todos modos, de acuerdo con esta definición, podemos afirmar que en países como Colombia aún no ha llegado el multiculturalismo a una madurez que propicie el reconocimiento de todos los grupos étnicos permitiendo una participación activa e injerencia en las decisiones, continuando una situación de jerarquía en los distintos órdenes sociales.

En la historia reciente, tanto la interculturalidad como el multiculturalismo adquieren una visibilidad relevante a partir de los años 80. Mayo de 1968 fue el momento detonante que llevó a la conformación de movimientos contestatarios en Europa y, sobre todo, en Estados Unidos; hechos que aglutinaron una diversidad de grupos, entre los que estaban feministas, gays, afroamericanos, chicanos y tercermundistas, que desde entonces se han amparado en el no poco ambiguo lema del “multiculturalismo”. Es decir, de aquel “heterogéneo conjunto de movimientos, asociaciones, comunidades y, posteriormente, instituciones que confluyen en la reivindicación del valor de la diferencia étnica o cultural, así como en la lucha por la pluralización de las sociedades que acogen a dichas comunidades y movimientos” (Dietz, 2012, p. 18); unas prácticas colectivas, socialmente construidas, donde los movimientos sociales<sup>20</sup> que reivindican el multiculturalismo son el producto de estas realidades.

---

20 Movimiento social entendido como aquel actor social, colectivo, que despliega, con alguna permanencia en el tiempo y en el espacio, una capacidad de movilización basada en la elaboración de una identidad propia y en formas de organización sustentadas en la elaboración de formas identitarias propias y flexibles, poco especializadas, que tienen como finalidad tener un impacto en el desarrollo tanto de una sociedad, como de sus instituciones (Dietz, 2012). Quedan excluidas aquellas acciones colectivas espontáneas y aisladas que no logran una permanencia en el tiempo ni una estructura organizativa. Dietz señala que hay autores que identifican como movimientos sociales tan solo aquellos que están dirigidos al Estado como interlocutor, señalando que esta es una posición reduccionista, ya que también hay movimientos sociales que tienen como interlocutor a otros sectores de la sociedad.

La ruptura social y política propiciada en mayo de 1968 produjo un nuevo tipo de movimiento social que lo diferencia de los anteriores, por tener una pluralidad de personas que se levantaron para luchar y lograr sus derechos civiles; era un reflejo de la desigualdad mundial para las minorías. Es aquí donde el análisis del multiculturalismo se bifurca en: a) el paradigma basado en el modelo anglosajón, de la movilización de recursos, y b) el paradigma de los nuevos movimientos sociales.

### 2.1.5 Multiculturalismo y salud

Como se viene señalando, el discurso sobre los factores culturales cobró visibilidad en los años 90 mediante un discurso articulado con propuestas de cambios a escala global en la esfera tanto política como social y cultural. Saltaron las alarmas ante el reconocimiento de la situación de precariedad socioeconómica y de calidad de vida de algunos grupos de población. Sumado a ello se puede añadir, también, la relevancia que tuvo el concepto salud/enfermedad, donde se comenzó a ver la cultura como un determinante social central para la ocurrencia de estos dos eventos en la vida de las personas.

Como ya hemos señalado, en Colombia la problemática de la salud y la enfermedad fue reconocida de forma legítima a partir de la reforma sanitaria que siguió a los cambios constitucionales de 1991. Para Domínguez (2006), el discurso de la salud en Colombia plantea situaciones como una tendencia universalista, que pareciera incluir dentro de los cánones del multiculturalismo a estas poblaciones que conforman las minorías étnicas. Sin embargo, en la práctica social ocurre respecto de la articulación entre el derecho a la diferencia y el concepto de seguridad social universal, que difícilmente se concilia la experiencia de la salud propuesta desde los sec-

tores oficiales y la experiencia local de los diferentes grupos de población. Por lo anterior el autor concluye que tal y como está estructurado el sistema de salud colombiano, difícilmente encaja hasta llegar a los distintos grupos de población, del que las minorías étnicas del país son parte. Aunque pareciera que tiene el espíritu que llevaría a propiciar el multiculturalismo, no es así. Se trata entonces de un sistema de salud que, más que propiciar el multiculturalismo, se queda en la idea de multiculturalidad, idea que no llegan a fusionarse para su real transformación.

Domínguez (2006) señala tres situaciones, o razones, que propician esta situación en el país a la hora de articular el concepto de diversidad cultural con las políticas públicas en salud:

- Hay la tendencia a confundir diferencia cultural en función de la clase y la precariedad, más que de la cultura, donde las minorías étnicas bajo la presión que ocasiona la desigualdad, se han visto abocadas a reducir su origen cultural al sinónimo de desigualdad para acceder a los derechos que les da el Estado, los cuales de otra manera perderían. Dicha situación lleva al peligro de “construir culturas a conveniencia” (p. 59).
- Las relaciones entre el Estado y las minorías, y de las minorías entre sí, son limitadas.
- La biomedicina y la medicina tradicional en el país, si bien coexisten, su relación continúa siendo, además de lejana, desarticulada. Esto dado que las categorías que se manejan en las prácticas de salud desde el modelo tradicional no son asimilables con las que exige el modelo de atención formal o hegemónico.

## 2.2 APROXIMACIÓN CONCEPTUAL DE ENFOQUE DIFERENCIAL

El enfoque diferencial como método, busca encontrar caminos para visibilizar las distintas formas de discriminación hacia aquellos grupos humanos considerados diferentes en tanto unas desventajas de género, étnicas, culturales y socioeconómicas. Situación que está presente en países como Colombia, donde, por ejemplo, tener una condición étnica diferente a la hegemónica es sinónimo de discriminación y exclusión social. Esta situación la comparten los grupos poblacionales de minorías étnicas, como son los grupos indígenas y afrocolombianos. Esto significa que ser de un fenotipo diferente al hegemónico es una desventaja que, por lo general, va aparejada con otro tipo de asimetrías como es la reflejada en aspectos socioeconómicos y culturales. De ahí que el enfoque diferencial es útil como herramienta de análisis a la hora de realizar estudios donde se busque la comprensión de fenómenos relacionados con prácticas socioculturales en grupos que presentan esta desventaja.

Igualmente, para el caso colombiano, consideramos que los estudios con énfasis en el enfoque diferencial permiten:

- Visibilizar el recrudecimiento de la violencia y violación de los derechos humanos en forma sistemática a poblaciones y grupos considerados histórica y culturalmente con criterios discriminatorios.
- Evidenciar la ausencia de políticas públicas con enfoque de derechos.
- Señalar las dificultades y resistencias para reconocer las asimetrías, desigualdades, vulnerabilidad y necesidades de las poblaciones consideradas como diferentes.

## Panorama de las parteras

- Mostrar la invisibilización y visión limitada sobre las características de poblaciones con unos imaginarios<sup>21</sup> no hegemónicos.
- Realizar acciones positivas que no solo disminuyen las condiciones de discriminación, sino que apuntan a modificar condiciones sociales, culturales y estructurales.

El Derecho Internacional de los Derechos Humanos es enfático en reconocer que ciertos pueblos y grupos tienen necesidades de protección diferenciada, basada en situaciones específicas de vulnerabilidad manifiesta o de inequidades y asimetrías de las sociedades hegemónicas a las que pertenecen (Villar Borda, 2007).

En este estudio buscamos, desde un enfoque diferencial, abordar las prácticas de salud ancestrales de los grupos afrocolombianos en cuyo ámbito están inscritas las prácticas de la partería; una práctica no hegemónica pero válida y eficaz dentro de su grupo de pertenencia, razón por la cual la cultura oficial ha de reconocerla desde la diferencia, pero no jerarquizada. El papel que tienen estudios como el propuesto aquí, y desde iniciativas académicas, es buscar la creación de conocimiento y verterlo en sus consecuencias a la sociedad; que el debate alcance otros ámbitos más allá del estrictamente académico. Es decir, que del debate académico pase a la academia administrativa para luego involucrar estos cambios a la creación de nuevas instituciones interculturales, para que posteriormente tenga una visibilización en la academia jurídica, en el intento de lograr legislar abriendo paso a esas nuevas instituciones interculturales.

---

<sup>21</sup> Imaginario entendido como “todos aquellos modos en que una cultura percibe y concibe el mundo”(Glissant, 1997, citado por Mignolo, 2003, p. 83)

### **2.2.1 Enfoques diferenciales desde la perspectiva étnica y de género**

En la definición de enfoques diferenciales encontramos en un lugar relevante categorías como las diferencias de género, la identidad sexual, la etnia y la edad. Unas asimetrías en las relaciones que se realizan entre sujetos y grupos sociales y que presentan unos significados enmarcados en connotaciones de discriminación, estando presente además de la exclusión, la dominación. Son entonces unas categorías diferenciadoras, pero también excluyentes.

Los enfoques diferenciales desde la perspectiva de género hacen visibles, como método de análisis, la relación y la calidad de la relación entre hombres y mujeres, así como los determinantes sociales que tienen que ver con su ubicación en la sociedad ante situaciones y asimetrías respecto a sus capacidades, subjetividad, necesidades y derechos. Unos derechos que en las relaciones de poder establecidas entre sujetos y grupos sociales presentan unos significados enmarcados en connotaciones de discriminación, manifestándose, además de la exclusión, la dominación. En sociedades como la colombiana el género -ser mujer, igual que la condición étnica -ser afrocolombiano-, son categorías diferenciadoras, pero también, y sobre todo, excluyentes.

El género es una categoría que permite ver de forma diferenciada en hombres y mujeres procesos biológicos y sociales. En las dos últimas décadas ha habido interés por parte de los investigadores, tanto hombres como mujeres, en el contexto europeo y latinoamericano, de incluir en sus estudios problemáticas relacionadas de forma separada para los hombres y para las mujeres. En el caso de la biomedicina, y teniendo en cuenta la perspectiva de género en el ejercicio de la profesión, los estudios realizados en los últimos años han servido para poner de relieve el androcentrismo de la medicina oficial y las

desigualdades de género en las profesiones relacionadas con el cuidado de la salud<sup>22</sup>. Estos estudios han sido útiles en la medida que permiten poner de relieve las diferencias, en cuanto aportes de las mujeres y las distintas maneras, respecto de los hombres de encarar sus profesiones.

Un ejemplo de la ausencia o falta de diferenciación entre hombres y mujeres es el planteado por Stolke (2003), cuando argumenta sobre la abundante bibliografía generada por los estudios acerca de los sistemas de parentesco, desde las ciencias socioantropológicas y humanas, donde solo fue a raíz revisiones históricas, etnográficas y teóricas de investigadoras feministas que a lo largo de las últimas décadas vienen denunciando esta no diferenciación entre hombres y mujeres y el empeño desde algunos organismos, oficiales y legítimos, que en los estudios del hombre están incluidas las mujeres. No obstante, el análisis de la autora, estos parámetros cada vez más están siendo cuestionados desde diferentes posicionamientos y evidencias, acerca de la necesidad en la sociedad de afianzar los modelos diferenciales en los distintos órdenes de la vida social e individual de las poblaciones<sup>23</sup>.

### 2.2.2 Enfoques diferenciales en salud

Si tenemos en cuenta el enfoque diferencial en el ámbito de salud, este es elocuente a la hora de explicar cómo, si bien la salud es considerada un derecho inalienable, es necesario sen-

---

22 Es importante, como ejemplo de la negación del enfoque diferencial en el área de la salud, el caso señalado por las autoras Ehrenreich y English (1988) cuando señalan que a lo más que llegaron las mujeres en Estados Unidos en el siglo XIX fue a enfermeras. Una situación que, desde la publicación de las autoras, viene mostrando cambios en favor de las mujeres. No obstante, la institución biomédica sigue siendo mayoritariamente asunto de hombres.

23 Una situación que, si bien ha presentado cambios, persiste tanto en Europa como en el continente americano, donde la diferencia se relaciona desde la desigualdad y jerarquías en dualidades como hombre/mujer, blanco/negro, hegemónico/subalterno, etc.

tar unas bases y guías que permitan orientar las actuaciones desde ámbitos de la medicina tradicional y la biomedicina a partir de una perspectiva diferencial, de modo que puedan caracterizar adecuadamente al paciente teniendo en cuenta sus especificidades. Para el caso que nos ocupa, sería el ser afrocolombiana a la hora de producirse la atención a sus problemas de salud, permitiendo, desde esta especificidad, ir construyendo canales que llevarían a erradicar estereotipos<sup>24</sup> relacionados con la condición étnica, el empoderamiento hacia la defensa de una diferencia no en tanto inferior, sino en tanto la presencia de una alteridad.

Es decir, si bien se propende por una atención a los problemas de salud de forma diferenciada, ello aboga en el sentido de la diferencia desde el reconocimiento del otro como portador de una cosmovisión propia, permitiendo su empoderamiento desde sus propios modos de gestionar la salud y la enfermedad, teniendo, a su vez, una continuidad en sus prácticas ancestrales de atención a los problemas de salud. Ello llevaría a que de manera coordinada se puedan orientar las acciones en salud de todos los actores que operan en un territorio, garantizando el cumplimiento del rol de cada uno de los grupos que habitan en él, armonizando así los servicios de atención médica con las acciones sobre los determinantes sociales en salud, donde la condición racial sea parte de dichos componentes diferenciadores en los procesos de salud /enfermedad/atención de dichos grupos.

Finalmente, señalamos que al plantear esta propuesta de estudio basada en un modelo diferencial en salud, teniendo en cuenta las prácticas tradicionales propias de la población afro-

---

24 Los estereotipos son características aplicadas de modo fijo como representativas de una persona o un grupo, y operan mediante la fijación de atributos, yendo más allá del contexto al que pertenezcan dichos grupos o personas. Strathern (1979, p. 142) señala que los estereotipos actúan de forma inconsciente en los individuos definiendo el modo como se espera que las personas sientan u reaccionen ante una situación concreta.

colombiana, no estamos proponiendo nada ajeno a lo que ya está planteado en la Constitución Política colombiana de 1991, que define al país en su Artículo 1 como un Estado social de derecho, cuya premisa es el establecimiento de leyes adoptadas para velar por la:

(...) dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad, el derecho a la vida y la integridad personal; la igualdad, la prohibición de toda discriminación, la protección de la familia, el derecho a la vivienda, la educación y el trabajo; la obligación social de la propiedad, el derecho a un ambiente sano, el derecho a la cultura.



**Partera Filomena Valencia**  
Fotografía: Daniel Barrera Camacho



# 3.

## RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

### 3.1 PANORAMA DE LAS(OS) PARTERAS(OS) EN AMÉRICA LATINA Y COLOMBIA

**E**s necesario partir del hecho de que los sistemas de salud estatales en Latinoamérica tienen dos tendencias, que cada día los aleja de la interculturalidad plena. La primera es que se enmarcan y hegemonizan un modelo biologista basado en el conocimiento científico que, entre otras cosas, termina subordinando el conocimiento popular y filosófico, al igual que los conocimientos mágico religiosos, que son parte esencial de los modelos tradicionales de salud; el segundo es la privatización de la salud y la mercantilización de los servicios, que hacen del dinero un determinante para poder acceder a un servicio de calidad y le pone precio a un derecho universal.

A la luz de un verdadero proceso para una salud intercultural, el modelo médico occidental, dominante en la gran mayoría de sistemas de salud en el mundo entero, necesita replantearse. Campos (2004) y Zuluaga (2015) dan testimonio de cómo su rol como médicos se fue modificando a través del trabajo directo con comunidades indígenas; los dos coinciden en decir que el paradigma en el que tuvieron su formación como agentes de salud se quedó corto ante las realidades de salud de las comunidades.

## Panorama de las parteras

El punto de partida se dio al entrar en contacto con un médico tradicional indígena del piedemonte amazónico colombiano. Tras experimentar un largo proceso personal de lo que podría llamar una crisis epistemológica, terminé por aceptar la posibilidad de que sistemas tradicionales de salud, diferentes a la medicina occidental, sean coherentes y eficaces (Zuluaga, 2015, p. 1).

Y en este panorama de células y tejidos, órganos y funciones, microbios y parásitos, malestares, y enfermedades, hospitales y centros de salud, como verdaderas islas de las humanidades aparecían algunas (muy pocas) lecciones de psicología médica, introducción a la medicina humanística, historia de la medicina, salud pública. De antropología social ni su sombra; quizá alguna materia optativa de antropología física (Campos, 2004, p. 130).

Si bien se han visto beneficios para la salud humana gracias a los avances tecnológicos creados a través del método científico, es este mismo el que también limita el acercamiento a un verdadero diálogo intercultural (Salaverry, 2010). Los médicos han sido formados en un método que acepta solo verdades observables, medibles y cuantificables, y por tanto entienden que los resultados se pueden aplicar indistintamente del contexto; su epistemología les da la sensación de hablar con la verdad sobre las verdades. Este paradigma los pone en aprietos cuando se encuentran con fenómenos que se dan solo en contextos particulares y cuyo origen no está dado por la afectación de un órgano en particular, sino por el conjunto holístico que abarca lo que se entiende por salud en estas comunidades. Como sucede, por ejemplo, con las enfermedades culturales, que ante la incapacidad de explicarlas desde el método científico, se encasillan como enfermedades mentales dentro del manual de psiquiatría DSM, sin embargo esto no promueve que los médicos tengan en cuenta la etiología y tratamiento de las enfermedades propias de la cultura, deslegitimizando las prácticas de alivio que implementan los agentes de salud tradicionales y sus usuarios (Paniagua, 2008). “La comprensión de que el conocimiento tiene una va-

riable cultural la cual condiciona su objetividad, constituye un planteamiento nuevo del asunto que deberá ser asimilado epistemológicamente” (Macías, 2011, p.12).

La lógica anterior de corte positivista, el sacrificio de la cultura por una cultura disciplinaria (Comelles, 2004) que encaje con las respetadas ciencias puras, es el estigma que cargan aún los programas de educación en medicina en América Latina. Nos encontramos con jóvenes médicos que se gradúan de su programa con un pensamiento dicotómico entre su disciplina y las Ciencias Sociales, dando poca relevancia a las asignaturas que ofrecen miradas de la salud que sean complementarias a la biomédicas o al trabajo con profesionales de Ciencias Sociales. Los aportes que tienen la antropología médica, la sociología o la psicología social son, en últimas, una opción aislada con insuficiente número de interesados de acuerdo las necesidades que presentan las comunidades étnicas. Pero, ¿por qué sucede esto a pesar de los variados estudios desde las Ciencias Sociales que han enriquecido la perspectiva de los procesos de atención, salud y enfermedad en la medicina occidental?, como lo muestran Briceño León (2003) o Madariaga (2008).

Sería importante reflexionar sobre el currículo oculto que se da en las facultades, es decir, esos valores y prácticas que enseñan los profesores a los alumnos con el ejemplo; en pocas palabras, del comportamiento ético del docente (Rojas, 2012). Por un lado, hay que señalar que en las facultades de medicina se enseña a los estudiantes, implícitamente, un código de jerarquías y prestigios heredados que necesitan ser abiertamente discutidos para dar paso a menos tratos burocráticos y más relaciones de apertura al aprendizaje mutuo, pero también para que los alumnos pasen más tiempo con los pacientes conociendo sus necesidades y realidades y menos reportándose con sus superiores (Napier, 2014). Por otra parte, es importante

hacer alusión en los planteles educativos sobre las concepciones racistas y discriminatorias implícitas en el trato médico-paciente (O'Neill, 2006; Rodríguez, 2004), docente-alumno, tema que la academia poco se ha interesado por profundizar (Menéndez, 2006).

Develar por parte de los estudiantes la cultura profesional con la que carga la biomedicina debe ser una prioridad, como vía para alcanzar una perspectiva de salud intercultural crítica. Promover cambios culturales de la disciplina desde la academia, crear una “nueva conciencia socio histórica en el personal biomédico” (Espinosa, 2009, p. 294) es un paso importante para que cada día, como mínimo, sean más los médicos que salen al campo con conciencia de sus recursos y los límites de ellos, facilitando la apertura al diálogo con otros modelos de salud y un trato con menos prejuicios sobre sus usuarios.

La segunda tendencia, la privatización de la salud, es un tema que ha traído consigo muchos debates y consecuencias (Abadía, 2007). No hay duda que en sociedades con brechas de desigualdad económica tan marcada, como ocurre en los países latinoamericanos, quienes se ven mayormente afectados con las consecuencias negativas, son las poblaciones marginadas y con bajos ingresos económicos. Son ellos los que cargan con la inequidad en el acceso al sistema de salud, y que además, en caso de estar afiliados, reciben los servicios de salud en instituciones que generalmente están en crisis económicas, con infraestructura y personal insuficiente (Carrillo, 2007). Es común encontrar que el dinero para salud intercultural por parte de los gobiernos venga de excedentes de otros rubros, lo que le da un carácter impredecible y dependiente de ayudas no gubernamentales para su desarrollo.

El Banco Interamericano de Desarrollo, en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud, encargaron una investigación en 2005: cinco estudios de caso de modelos de salud intercultural en América Latina. Un aspecto que observaron fue que las reformas hechas en los sistemas de salud habían tendido a descentralizarse y pasar a manos de entidades privadas, hecho que en definitiva limitaba el acceso de las comunidades indígenas a un servicio adecuado de salud occidental. Y siendo la medicina tradicional su principal y único medio de atención, concluyen que es definitivo crear programas que integren los dos modelos médicos (O'Neill, 2006; Mignone, 2015).

Ante este panorama, se desenvuelve la medicina tradicional, y es así como uno de sus principales exponentes, las(os) parteras(os), se encuentra inscrito. Existe en la literatura una polisemia en el término con el que se acuña a las(os) parteras(os), donde su significado depende de quién lo utilice (Arguello y Mateo, 2014). Por esto, es importante clarificar que por 'partera tradicional' nos estamos refiriendo a las mujeres que en el seno de su comunidad son reconocidas como capaces de acompañar a la embarazada durante el proceso de gestación, parto y puerperio, y aprenden el oficio a través del acompañamiento que se hace a otras mujeres con vasta experiencia y posteriormente la práctica. Su ejercicio se articula con el uso de medicina tradicional, y al ser parte de la comunidad, conoce y comprende los rituales, símbolos y significados que tiene para esta cultura el embarazo, el parto y puerperio. Es común que se les ubique en áreas rurales y que gocen de un liderazgo y confianza en sus comunidades (Kolodin et al., 2015; Pabón Varela, 2018), por lo que son agentes claves para abordar otras problemáticas relacionadas con la salud de la mujer (Laza, 2011). Sin embargo, dadas las circunstancias de los territorios, se han cualificado en este oficio igualmente hombres que hacen parte de este gran universo de la partería.

En América Latina, los pueblos originarios (Cardona et al., 2015; González y Corral, 2015) y las comunidades afrodescendientes (OPS, 2012; López et al., 2011) siguen pariendo sus niños con ayuda de parteras tradicionales. Esta práctica, además de ser en varios casos la opción más accesible, es la que da cuenta de su mundo simbólico, del significado que tiene traer una nueva vida al mundo, y constituye un ritual que facilita la trasmisión generacional de valores identitarios de la comunidad. Esta estrecha relación de su rol con los elementos culturales hace de las(os) parteras(os) tradicionales uno de los temas de más interés desde la salud intercultural. El análisis de estos desde una perspectiva intercultural crítica debe propender por reivindicar su rol dentro del mundo académico, político y social, reconociendo que además de tener un papel significativo en la salud materno-infantil de las poblaciones en las que son protagonistas, tienen una perspectiva de la gestación y el parto integral que coincide con la apuesta internacional de volver al parto humanizado, y por tanto, tienen propiedad para trascender la subordinación a la que se les impone desde la biomedicina y buscar, desde el diálogo intercultural, fortalecer su rol.

En América Latina aparece un heterogéneo panorama político de las(os) parteras(os) tradicionales, ya que el interés ha estado principalmente vinculado a la capacitación como estrategia para bajar los índices de mortalidad materna y neonatal. Se resalta el caso de Guatemala, en el cual, siendo uno de los países de América Latina con más alto índice de muerte materna y neonatal, el Estado se ha propuesto formalizar las parteras (más conocidas en ese país como comadronas) y parteros tradicionales como estrategia para su reducción.

Guatemala en el 2010 puso a funcionar la Ley para la Maternidad Saludable, donde establece que la comadrona capaci-

tada en asuntos técnicos es personal autorizado para atender partos, y aquellas que no son capacitadas, están autorizadas para acompañar a la gestante dentro del centro de salud las 24 horas del día. Bajo esta ley, el Estado se comprometió a coordinar entre las(os) parteras(os) y el Ministerio de Salud Pública la formulación de una política que definiera el rol de las(os) parteras(os), sus funciones y su relación con los servicios de salud, al igual que establecer un programa de transición para la formación de comadronas capacitadas y certificadas a nivel técnico (Guatemala, 2010; Escuintla, 2014). Es evidente que el fin último del Estado es tecnificar a las(os) parteras(os) tradicionales y ponerlos bajo el ala del sistema biomédico, con lo cual se fragmentan su rol y aleja este modelo de una salud intercultural (O'Neill, 2006).

Este tipo de acercamientos está bajo el lastre de la hegemonía que tiene el modelo biomédico dentro de los sistemas de salud latinoamericanos, y las limitaciones epistemológicas que, como expusimos anteriormente, deslegitiman otros modelos de atención, generando una huella indiscutible en la estigmatización de las(os) parteras(os) tradicionales (Jiménez, 2008). Así, el hecho de que su experticia se basa en un aprendizaje experiencial con un gran componente cultural, hace que a muchos profesionales de la salud les cueste aceptar y reconocer que estos agentes en salud son capaces de llevar exitosamente un proceso de un parto sin complicaciones; incluso para aquellos inmersos en programas con objetivos interculturales, como se observa en el aún significativo porcentaje de médicos en el Hospital de San Luis de Otavalo que se niega en permitir a las(os) parteras(os) acompañar a las usuarias en el quirófano (Fundar, 2013).

Lo anterior, de la mano con las apuestas de los Estados por estrategias relacionadas con salud sexual y reproductiva, donde se prioriza la atención hospitalaria del parto con personal

exclusivamente biomédico, borra del panorama nacional a las(os) parteras(os) tradicionales. En Colombia, por ejemplo, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Gaviria, 2013) menciona a tono de logro, que el 98,6 % de los partos son institucionalizados y un 98,7 % atendido por personal calificado, y que los partos atendidos por partera disminuyeron de 2,7 % a 0,78 %, afirmación que deja fuera del rango de personal calificado a las(os) parteras(os). En consecuencia, en el objetivo que se plantea de “garantizar el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, de aborto seguro, del parto y del puerperio de todas las mujeres gestantes del país, por personal calificado, que favorezca la detección precoz de los riesgos y la atención oportuna, en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategias de atención primaria en salud”, las(os) parteras(os) tradicionales no están incluidas. (UNFPA, 2014, p 17)

Poco se menciona dentro de la literatura examinada, pero es significativo anotar cómo la literatura internacional ha estigmatizado el rol de las(os) parteras(os) tradicionales, al hacer una diferenciación marcada de los términos *midwives* y *Traditional Birth Attendece* (TBA), lo que en la práctica excluye a las segundas del prestigio con el que sí cuenta el primer término en la literatura internacional. Es decir, la traducción de partera al inglés es *midwife*, y es lógico pensar que la traducción de partera tradicional sería *traditional midwife*. Sin embargo, encontramos en que en vez de usar este término se usa TBA en una amplia gama de artículos académicos (Hincapié, 2000; Radoff, 2013; Vieira, 2012). Esta exclusión de las(os) parteras(os) tradicionales del término *midwife* hace una separación de nuevo, relacionada con la tendencia a marcar diferencia entre el conocimiento adquirido por medio de la formación académica y la empírica, además de restarle legitimidad. En relación a esto, la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento construyó un documento que fue enviado

a The International Confederation of Midwife, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de Población de la Naciones Unidas y el Banco Mundial, argumentando la necesidad que hay en el uso del término *traditional midwives*, por encima de TBA, por estas organizaciones internacionales, sabiendo que ellas afectan las políticas de las américas, y también como forma de fortalecer la imagen de las(os) parteras(os), siendo coherentes con el contexto (Midwiferytoday, 2015).

Adicional a la estigmatización que se da a través del término con el que se refieren a las(os) parteras(os) tradicionales, los organismos internacionales que dictan las políticas sanitarias de la atención reproductiva han construido, progresivamente desde los años 90, un discurso donde las(os) parteras(os) tradicionales, incluso con capacitación, no hacen parte de lo que ellos consideran como personal calificado, y en consecuencia, este gremio se mantiene al margen del sistema sanitario y es excluido de las estrategias para la reducción de la mortalidad materna (Argüello, 2014). Este hecho se ve reflejado en el documento construido por Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa), denominado *El estado de la(o)s partera(o)s en el mundo 2014* (2014), en el cual no se incluyen datos sobre partería tradicional en los análisis estadísticos, pues los Estados no reportaron datos; sin embargo, cuando se les nombra simplifican su rol al equipararlas a las funciones de un agente comunitario.

La Revista Lancet lanzó un especial sobre partería en el 2014, paralelo al documento de la Unfpa, donde construyeron un marco de categorías que caracteriza lo que se espera de una atención cualificada para el cuidado de mujeres y niños en la gestación, parto y post-parto. Para construir este marco se basaron en la revisión de tres temas: 1) la percepción y experiencias que tiene las mujeres sobre los cuidados recibidos durante su embarazo y parto, 2) la identificación de las prácticas

que mostraban efectividad en el cuidado materno y neonato y 3) la revisión de estudios que permitieran identificar los actores que estuvieran involucrados con algún elemento de la partería. Sobre este último tema analizaron dos revisiones de estudios hechos con parteras tradicionales (llamándolas TBA), donde todas se enfocaban en su entrenamiento. Estas revisiones aportaron poco a la construcción del marco, pues estos estudios no evidenciaban la efectividad de la atención de su práctica (Renfrew, 2014). Esto nos muestra que las investigaciones científicas, al parecer, se han preocupado más por mostrar en lo que deben capacitarse las parteras tradicionales que por la efectividad de sus prácticas, lo que contribuye a la perpetuación de los estereotipos que muchos médicos tienen de ellas.

Pese a este panorama, países como México y Ecuador en años recientes han articulado sus acercamientos a las(os) parteras(os) tradicionales con una perspectiva intercultural de salud, lo que los ha llevado a crear modelos incluyentes que generan rutas para una interculturalidad cada vez más positiva.

En México existe una red estatal de parteras tradicionales que se amparan bajo la Ley General de Salud, donde hay un compromiso de promover, respetar y conservar la medicina tradicional. Esta ley compromete a las autoridades sanitarias competentes a establecer acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las(os) parteras(os) tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio, por lo que las(os) parteras(os) deben asistir a estas capacitaciones como prerrequisito para ser acreditadas por la Secretaría de Salud y ser parte de esta red. Otros requisitos que deben tener es saber leer y escribir y tener una carta de una autoridad comunitaria que la certifique como partera (SSM, 2015). Así mismo, desde el 2004 se ha desarrollado una metodología de capacitación entre parteras y personal de

salud de hospitales, llamada Encuentros de Enriquecimiento Mutuo (EEM), que ha permitido la sistematización de la información sobre la partería tradicional. Entre los logros que se destacan de estos encuentros está el desarrollo de elementos hospitalarios acordes a las necesidades interculturales del parto, como por ejemplo la mesa obstétrica para la atención del parto humanizado intercultural en posición vertical, o el banco obstétrico ergonómico que permite varias alturas y posiciones para el parto, entre otros. A través de los EEM también se difunde y promueve el modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro (SSM, 2014; Kolodin, 2015).

De otro lado, Ecuador, en su más reciente constitución, hace de la interculturalidad un eje transversal que ha permitido ser la guía para para el parto culturalmente adecuado (Lagos, 2010).

En Colombia, de otra parte, existe un interés poco significativo desde la investigación científica por las(os) parteras(os) tradicionales (Carrillo, 2007); sin embargo, es posible encontrar documentación que muestra la participación de parteras tradicionales en el acompañamiento de la gestación y el trabajo de parto en distintas regiones del país, pero no ha constituido una fuerza movilizadora que impulse discusiones sobre la invisibilidad de su rol dentro de la salud materno-infantil en el contexto colombiano (Argüello, 2014; Campos, 2004).

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012), menciona a tono de logro que en el 2010, la mayor parte de los partos son institucionalizados y atendidos por médicos, mientras los partos por parteras siguen con tendencia a la baja. Es claro que las(os) parteras(os)

## Panorama de las parteras

tradicionales no son consideradas como personal calificado para la atención materna; en consecuencia, en el objetivo que plantean de garantizar acceso a la atención de todas las mujeres gestantes del país con personal calificado, no hacen parte de las opciones que respalda el sistema de salud nacional. En la actualidad para el Gobierno nacional de Colombia, las(os) parteras(os) son solamente actores comunitarios para realizar actividades de información, educación y comunicación en salud materna y remisión a los servicios de salud de las gestantes, pero no son considerados como prestadores del servicio de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Esta postura refleja que para el gobierno las(os) parteras(os) tradicionales no constituye un actor clave en la prestación del servicio de salud materna, y pareciera que lo consideran un gremio casi extinto que no merece mayor atención y menos una política de inclusión dentro del sistema de salud nacional.

## ROSTROS DE PARTERAS



Filomena Valencia

**Fotografía:** Jorge Manrique González.



Jacinta Obregón

**Fotografía:** Jorge Manrique González.

## **3.2 PANORAMA DE LAS(OS) PARTERAS(OS) EN COLOMBIA: EL CASO DE BUENAVENTURA**

### **3.2.1 CONTEXTO SOCIOCULTURAL DE SALUD MATERNA EN BUENAVENTURA**

#### **3.2.1.1 Aspectos demográficos y sociales**

Como parte de este estudio se observó la tendencia de los principales indicadores demográficos y sociales de Buenaventura en un periodo de diez años, desde 2007 a 2016, lo que permite brindar una visión del contexto social en que se encuentran inmersas las mujeres, sujetos sociales de interés para el estudio. En términos de densidad poblacional, se identifica que Buenaventura presentó un crecimiento poblacional de 9,7 puntos porcentuales en ese periodo de tiempo, y fue uno de los municipios que aportó al crecimiento poblacional del departamento. En la Tabla 1 se detalla el estado de este indicador del 2007 a 2016 en el territorio estudiado (DANE, 2005).

**Tabla 1.** Densidad poblacional del Valle del Cauca y Buenaventura periodo 2007–2016

Municipio	Hab./Km <sup>2</sup>	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Valle del Cauca</b>		191,9	202,6	204,7	206,8	208,9
<b>Buenaventura</b>		50,4	51,4	52,4	53,4	54,5

Municipio	Hab./Km <sup>2</sup>	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Valle del Cauca</b>		211,1	213,3	215,5	208,4	210,5
<b>Buenaventura</b>		55,6	56,9	57,9	58,9	60,1

**Fuente:** elaboración propia a partir de proyecciones de población censo DANE (2005).

Sin embargo, los datos sobre el crecimiento poblacional podrían estar sub estimados, debido a que esta ciudad ha sufrido una serie de cambios demográficos, especialmente por el conflicto armado interno que vivió el país y la presencia de grupos al margen de la ley en esta región. En los últimos diez años Buenaventura representó entre el 43 % y 81 % de la población desplazada o expulsada del departamento, como se observa en la Tabla 2 (RNI, 2017).

**Tabla 2.** Características de desplazamiento poblacional: población expulsada en Buenaventura, periodo 2007-2016

Municipio	Población expulsada	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Valle del Cauca</b>		33 184	24 202	10 561	8 734	26 649
<b>Buenaventura</b>		18 460	15 058	4 587	4 380	20 541

Municipio	Población expulsada	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Valle del Cauca</b>		18 754	27 314	28 683	14 531	7 780
<b>Buenaventura</b>		13 366	20 850	23 269	9 457	4 628

**Fuente:** Red Nacional de Información (RNI) (2017),

De otro lado, la estimación de población recepcionada durante los últimos diez años estuvo entre el 18 % y el 52 % debido al desplazamiento, lo que afectó directamente las cifras demográficas del municipio (tabla 3) (RNI, 2017).

**Tabla 3.** Características de desplazamiento poblacional: población recibida en Buenaventura periodo 2007-2016

Municipio	Población recibida	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Valle del Cauca</b>		36 747	33 324	18 414	16 808	21 286
<b>Buenaventura</b>		12 274	11 427	3 435	4 432	7 431

Municipio	Población recibida	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Valle del Cauca</b>		23 973	29 739	33 470	19 629	10 628
<b>Buenaventura</b>		10 444	15 537	17 349	7 906	3 935

**Fuente:** Red Nacional de Información (RNI) (2017).

## Panorama de las parteras

Las Tablas 4 y 5 muestran las cifras año a año de personas y hogares desplazados durante los últimos diez años para el municipio de Buenaventura (RNI, 2017).

**Tabla 4.** Características de desplazamiento de personas en Buenaventura periodo 2007-2016

<b>Año</b>	<b>Personas expulsadas</b>	<b>Personas recibidas</b>	<b>Personas declaradas</b>
2007	16 325	12 274	10 403
2008	15 299	11 427	9 736
2009	4 721	3 435	5 563
2010	4 578	4 432	4 413
2011	20 884	7 431	6 405
2012	13 878	10 444	9 968
2013	22 116	15 537	19 034
2014	26 524	17 349	20 241
2015	9 339	7 906	12 086
2016	4 553	3 935	3 960

**Fuente:** Red Nacional de Información (RNI), Unidad de Víctimas y Registro Único de Víctimas (RUV) (2017).

**Tabla 5.** Características de desplazamiento de hogares en Buenaventura, periodo 2006-2017

<b>Vigencia</b>	<b>Hogares expulsados</b>	<b>Hogares recibidos</b>	<b>Hogares declarados</b>
2006	2 829	2 377	1 805
2007	3 601	2 525	2 050
2008	3 171	2 155	1 734
2009	1 169	743	1 055
2010	1 160	1 048	931
2011	4 323	1 879	1 522
2012	3 889	3 037	2 720
2013	6 521	4 894	5 736
2014	8 594	5 718	6 500
2015	3 271	2 648	4 196
2016	1 622	1 321	1 361
2017	432	505	775
Sin información	2	16	

**Fuente:** Red Nacional de Información (RNI), Unidad de Víctimas y Registro Único de Víctimas (RUV) (2017).

Estas cifras demuestran cómo 2011, 2013 y 2014 fueron los años de mayor desplazamiento, tanto para personas como para hogares en el municipio de Buenaventura.

En los últimos diez años en Buenaventura el 54,2 % de la población recepcionada por desplazamiento ha sido registrada como mujeres, y de estas el 60 % son mujeres en edad fértil; y de estas mujeres en edad fértil, el 70 % son afrocolombianas, según el Registro Único de Víctimas (RUV) de 2017.

## Panorama de las parteras

Estos eventos de desplazamiento y recepción de personas ocurridos durante los años 2007 a 2016 en el municipio de Buenaventura, no solamente han afectado la dinámica poblacional del municipio, si no que han impactado negativamente una serie de aspectos sociales, como las necesidades básicas insatisfechas (NBI), la pobreza, el desempleo, la violencia, la calidad y cobertura en educación y la cobertura, calidad, oportunidad y uso de los servicios de salud.

Con relación a la etnicidad, encontramos que en Buenaventura la mayor concentración étnica pertenece a los afrocolombianos, con 83,63 %, seguidos de los mestizos/blancos con 1,01 % y 0,82 % de indígenas, mientras que un porcentaje considerable de la población (5,5 %) se encuentra sin información de auto-reconocimiento. Esta información da cuenta de Buenaventura como un municipio de alta vulneración social, si se considera la fuerte relación existente entre etnicidad y pobreza. Para este caso, la mayor concentración de población afrocolombiana e indígena (84,45 %) así lo determina (Tabla 6).

**Tabla 6.** Características de etnicidad de la población en Buenaventura

Municipio	Población indígena	Población afrocolombiana	Mestizos y blancos	Sin información
Buenaventura	0,82	83,63	1,01	5,54

**Fuente:** Gobernación del Valle del Cauca (2009).

Respecto a la situación de pobreza, las mujeres en Buenaventura se ven enfrentadas a este fenómeno, si tenemos en cuenta que, en general, para la ciudad se estimó en el año 2011 un indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas general (NBI) de 35,8 %, superando la media del departamento de 15,7 % y la media nacional en 19,6 %. En cuanto a la

miseria, Buenaventura presenta el 13 % de su población en esta condición, nuevamente superando la media del departamento y la nacional que están en 3 % y 5,8 % respectivamente (DANE, 2012).

Con relación a la esperanza de vida al nacer, no se encontraron mediciones de este indicador para la ciudad, de tal manera que se tomó el indicador del Valle del Cauca, donde la esperanza de vida es diferencial para las mujeres, en donde este grupo poblacional maneja una esperanza de vida de 79,96, un año por encima de la media nacional, nueve años por encima de la población masculina del Valle del Cauca y siete años por encima de la media nacional de la esperanza de vida de los hombres. Sin embargo, este indicador puede estar sub estimado, si tenemos en cuenta que los patrones de mortalidad en el municipio han cambiado con el tiempo, especialmente en lo que se refiere a temas de violencia (DANE, 2016).

Respecto al mercado laboral, se encontró que la tasa de ocupación es de 50,2 %; de este porcentaje, el 46,0 % son trabajadores por cuenta propia, el 39,7 % son obreros o empleados particulares y el 14,3 % se dedica a actividades no especificadas. El desempleo tuvo una tasa del 18,0 %. De la población inactiva de Buenaventura se dedicó al estudio el 43,5 % y el 42,0 % a oficios del hogar. No se encontraron datos desagregados por sexo, ni grupo etario para Buenaventura, una situación que no permite valorar la realidad del mercado laboral de las mujeres en la ciudad (DANE, 2017).

De acuerdo con los datos del Ministerio de Educación Nacional de Colombia, la ciudad de Buenaventura presenta un panorama desalentador en el tema educativo, en donde las tasas de cobertura de educación son variadas, encontrándose una tasa de cobertura neta en educación preescolar de 47,2 % y de pri-

## Panorama de las parteras

maria de 83,4 %, con una diferencia entre ellas de 36,2 %. Esto tal vez puede ser explicado porque culturalmente los niños menores de seis años en Buenaventura tienden a permanecer en casa, al cuidado de sus madres y abuelas; sin embargo, esta población, al no estar escolarizada, no es beneficiaria de programas sociales como alimentación, vestimenta, educación, etc. (Ministerio de Educación Nacional, 2014).

Con relación a la tasa de cobertura neta en educación secundaria, el porcentaje es de 50,2 %, lo que nos representa una diferencia con relación a la tasa de primaria de 33,2 %, mostrando un alto porcentaje de población escolar en secundaria por fuera del sistema escolar. Este alto porcentaje de desescolarización de la población juvenil de Buenaventura la pone en riesgo para ser parte de actividades ilícitas en el municipio (MEN, 2014).

Respecto a la tasa de cobertura neta en educación superior, el panorama es menos alentador; solo el 14,6 % tiene cobertura de educación superior, dejando por fuera del sistema escolar superior al 35,4 % de los jóvenes del municipio. Este contexto impacta negativamente la economía y el mercado laboral de Buenaventura, si se tiene en cuenta que el gran porcentaje de la población joven del municipio se encuentra sin cualificación de alta calidad. Adicionalmente, este indicador no se encuentra desagregado por sexo, razón por la cual no se puede tener información acerca de la situación de las mujeres para este caso (DNP, 2017; MEN, 2014).

En referencia a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Buenaventura presenta una cobertura de afiliación del 73,14 %, mientras que un 26,86 % se encuentra sin afiliación. En este sentido, la afiliación está distribuida de la siguiente manera: 93.195 habitantes (22,42 %) están afiliados al régimen contributivo, 206 026 (49,57 %) al régimen subsidiado,

y en régimen especial se hayan 4 774 habitantes (1,15 %). Igualmente, este indicador no se encuentra desagregado por sexo, ni grupo etario (SSDV, 2017).

### 3.2.1.2 Aspectos de inversión en salud

Con relación a la inversión en salud y referente a la inversión realizada a la partería, se pudo establecer que el distrito de Buenaventura es el segundo municipio en el Valle del Cauca que recibe mayor asignación de recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) para salud, con un 18 %, y de este el 6,6 % es destinado especialmente a las actividades de salud pública. Una vez analizada la inversión del SGP destinada a salud pública, se pudo establecer el porcentaje de asignación de estos recursos a las actividades de salud sexual y reproductiva (Tabla 7).

**Tabla 7.** Distribución del dinero de salud pública, en actividades de salud sexual y reproductiva (SSR) en Buenaventura, Valle del Cauca, 2007 a 2014

Año	2007	2008	2009	2010	2011
Actividad					
SSR	0 %	0 %	11 %	25 %	19 %

Año	2012	2013	2014	2015	2016
Actividad					
SSR	15 %	17 %	21 %	ND	ND

**Fuente:** elaboración propia con base en datos Departamento Administrativo de Planeación Departamental del Valle del Cauca (año)

De la inversión realizada en salud sexual y reproductiva, se pudo establecer, a través de la revisión de la base de datos del SECOPI I, que el distrito invirtió alrededor de 114 000 000 millones de pesos en cuatro años, de los diez de estudio, en cinco proyectos para fortalecer las actividades de las(os) parteras(os). Estos proyectos fueron ejecutados por organizaciones no gubernamentales, parteras(os) e indígenas de la ciudad.

Es necesario señalar las múltiples limitaciones para la adquisición de la información necesaria para dar mayor profundidad al análisis, pues a pesar de llevar a cabo una búsqueda amplia y sistemática en diversas fuentes de información, así como la gestión documental con diferentes entidades, se identifica baja consolidación y, en ocasiones, aspectos que no han sido indagados en las poblaciones, lo cual representa un problema para realizar un profundo análisis de la situación en salud materna del distrito de Buenaventura.

### **3.2.2 Aspectos epidemiológicos de salud materna en Buenaventura**

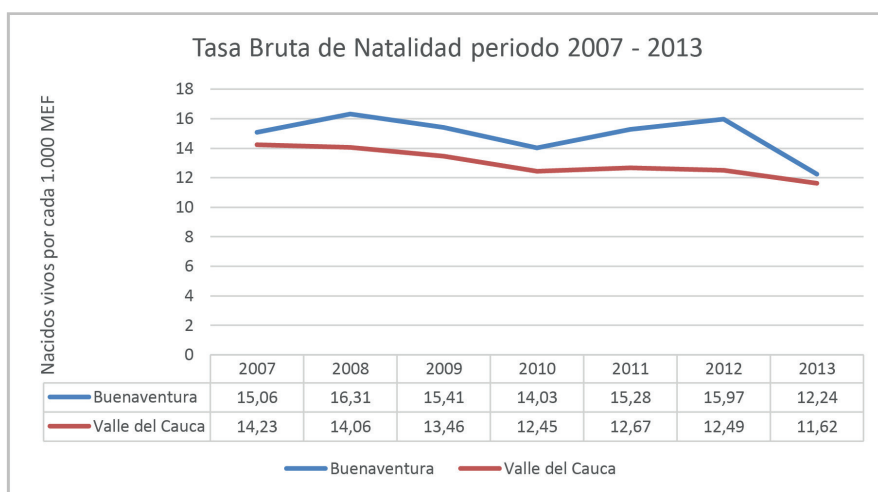
La salud materna en el distrito de Buenaventura es un tema de gran interés y una prioridad en salud pública, si se tiene en cuenta que este territorio es uno de los más afectados a nivel nacional por la morbilidad y mortalidad en maternas y recién nacidos.

Los datos demográficos del distrito dan cuenta de una población femenina en edad fértil (15-59 años) del 31,6 % (DANE, 2015), siendo esta la de interés de este estudio. La tasa bruta de natalidad de Buenaventura durante el periodo 2007-2013 fue variable, presentando su mayor pico en el año 2008 y el menor en 2013. Al comparar la tasa de nata-

## El caso de la partería en el Pacífico colombiano

lidad de Buenaventura con el Valle del Cauca, encontramos que este indicador siempre ha sido mayor para el municipio, sin embargo, en el año 2013 se presenta una estrechez considerable en su diferencia, la cual es de solo 1 punto porcentual (Tabla 8).

**Tabla 8.** Comparación de las tasas brutas de natalidad de Buenaventura y Valle del Cauca, periodo 2007–2013



**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos de los Asís Distrital y Valle del Cauca (2016).

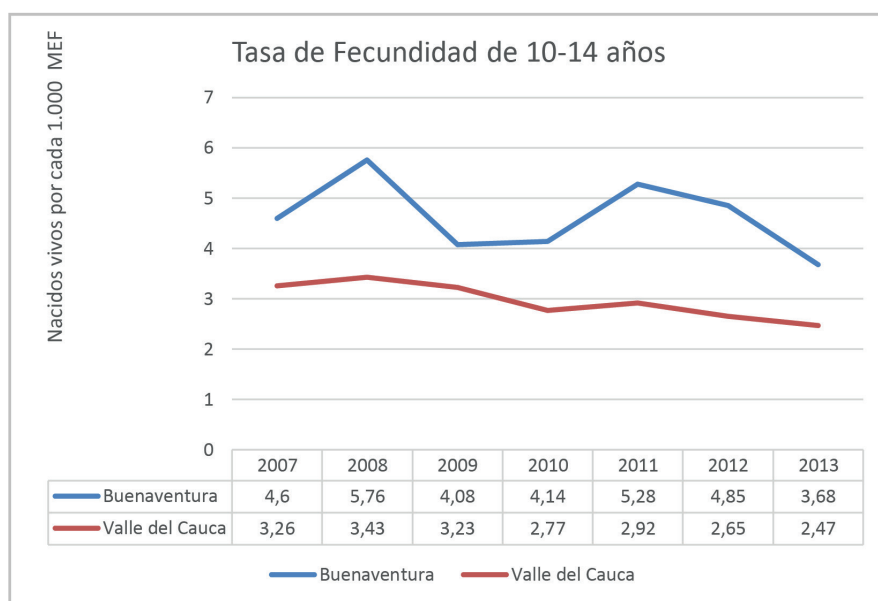
Respecto a la fecundidad, la tasa general para Buenaventura fue de 4,6 hijos por cada 1000 mujeres en edad fértil, mientras la del Valle del Cauca es 2,02 y la de Colombia es de 2,0, lo que indica que esta tasa es mayor para el distrito.

Cuando esta tasa de fecundidad se analiza de manera específica para los grupos de edad, especialmente la correspondiente a los adolescentes, se puede establecer que la tasa para mujeres entre 10-14 años tuvo su mayor pico en 2008; no obstante, en los últimos tres años del periodo analizado ha descendido, siendo el 2013 el año de menor valor de este

## Panorama de las parteras

indicador, con 3,68 hijos por cada 1000 mujeres en edad fértil. Igualmente, se puede establecer que la tasa específica de fecundidad para este rango de edad es mayor para el distrito de Buenaventura que para la media del Valle del Cauca (Tabla 9).

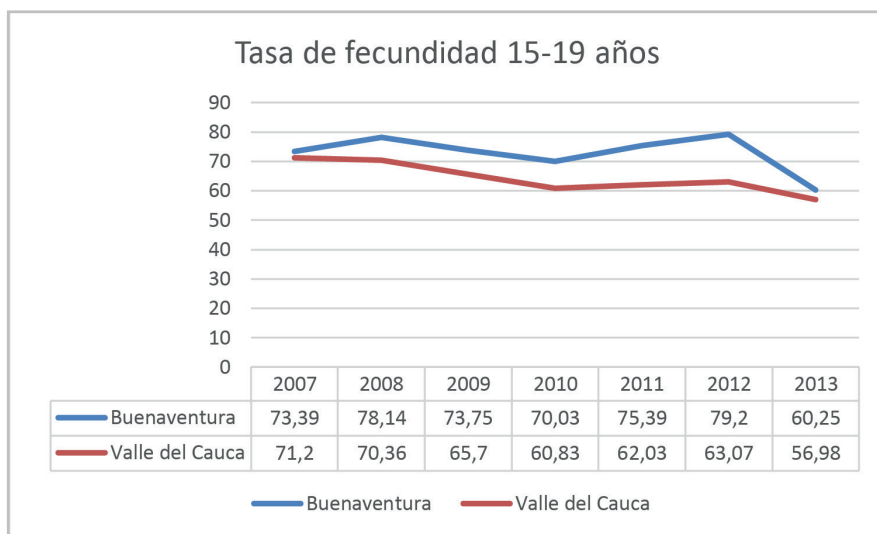
**Tabla 9.** Comparación de las tasas específicas de fecundidad del grupo de edad de 10-14 años de Buenaventura y Valle del Cauca, periodo 2007-2013.



**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) Profamilia y los Análisis de la Situación de Salud (ASIS) distrital y Valle del Cauca (2016).

La tasa específica de fecundidad del grupo de edad de 15-19 años ha sido variable, teniendo su mayor pico en el 2012 y siendo el año 2013 el menor. La tasa de fecundidad para este grupo de edad fue mayor para el distrito en comparación con el Valle del Cauca (Tabla 10).

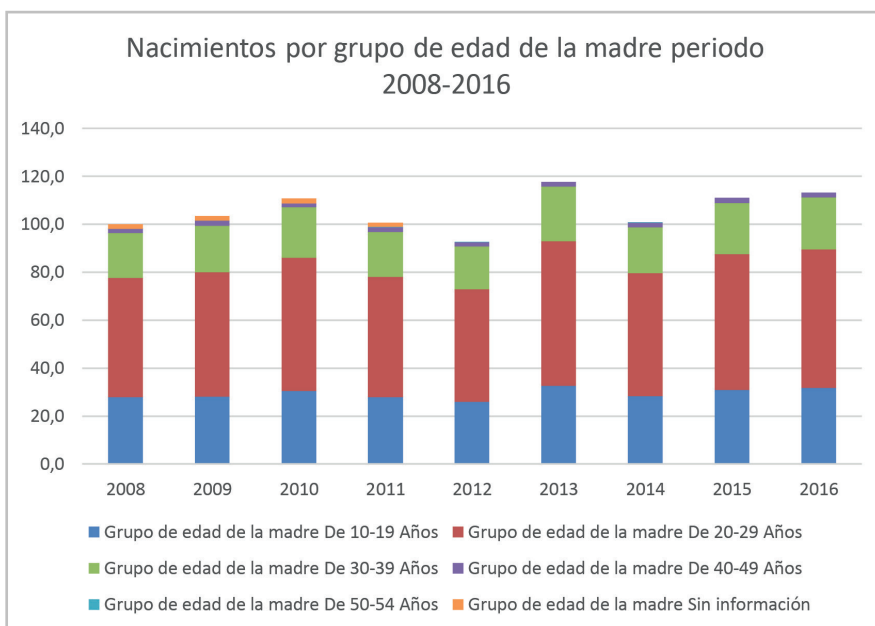
**Tabla 10.** Comparación de las tasas específicas de fecundidad del grupo de edad de 15-19 años de Buenaventura y Valle del Cauca, periodo 2007-2013



**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) Profamilia y los Análisis de la Situación de Salud (ASIS) distrital y Valle del Cauca (2016).

El grupo de edad que concentra mayor porcentaje de nacimientos es el correspondiente a población joven, es decir, quienes están entre 20 y 29 años (Tabla 11).

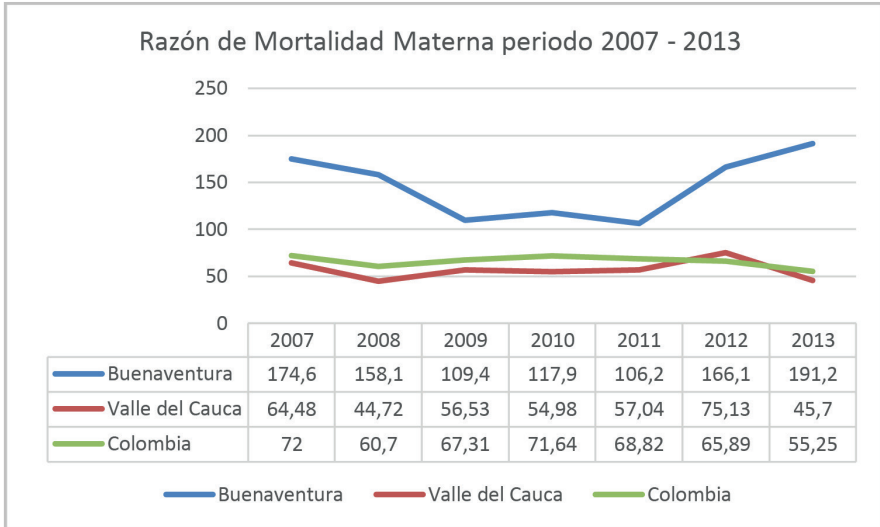
**Tabla 11.** Porcentaje de nacimientos por grupo etario de Buenaventura, periodo 2008-2016



**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) Profamilia y los Análisis de la Situación de Salud (ASIS) distrital y Valle del Cauca (2016).

La razón de mortalidad materna que reporta el distrito de Buenaventura solo fue posible reconstruir para siete años, dando como resultado que es en promedio tres veces mayor que la media departamental y dos veces mayor que la media nacional. La razón de mortalidad materna más alta del distrito de Buenaventura fue de 191,2 por cada 100 000 nacidos vivos para el año 2013 (Tabla 12).

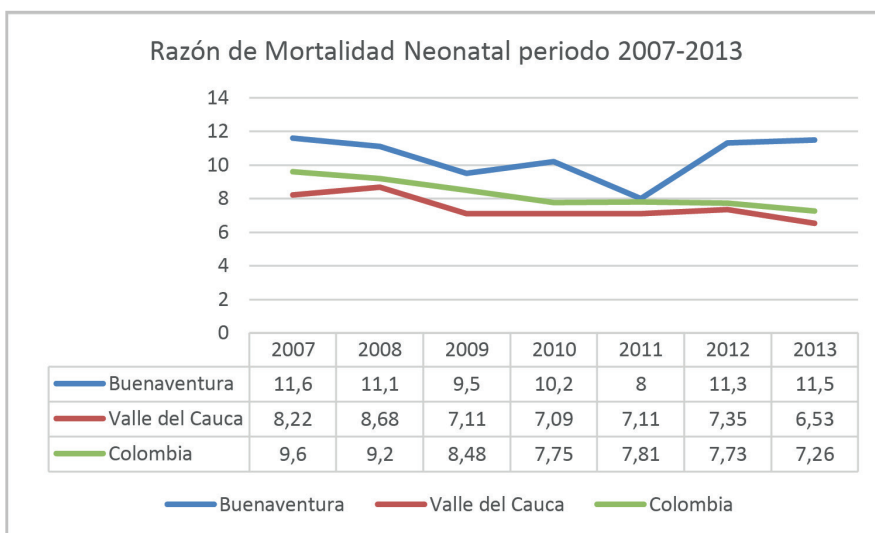
**Tabla 12.** Razón de mortalidad materna de Buenaventura, periodo 2007-2013



**Fuente:** elaboración propia a partir de los Análisis de la Situación de Salud (ASIS) distrital y Valle del Cauca (2016).

Por otro lado, la razón de mortalidad neonatal en el distrito de Buenaventura es en promedio mayor que la media departamental y nacional. La razón de mortalidad neonatal más alta del distrito en el periodo de estudio fue para el año 2007, aunque el año 2013 este indicador casi igualó la cifra del 2007 (Tabla 13).

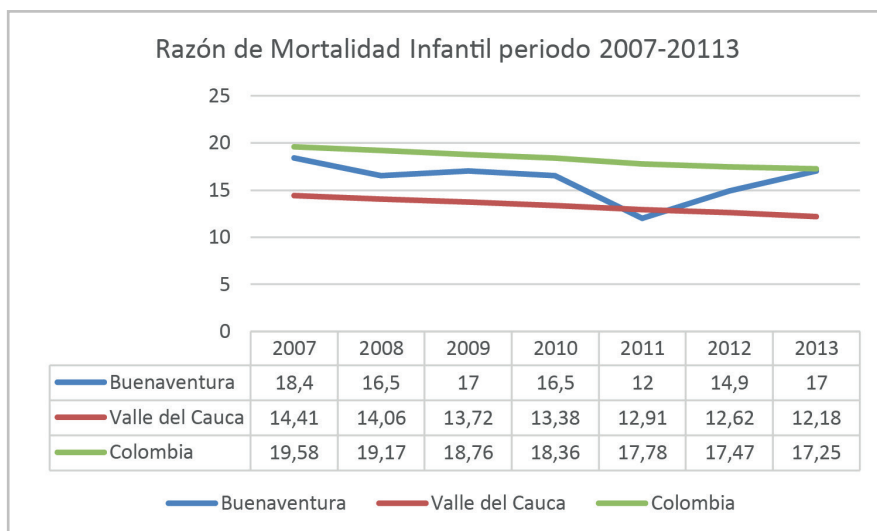
**Tabla 13.** Razón de mortalidad neonatal de Buenaventura, periodo 2007-2013



**Fuente:** elaboración propia a partir de los Análisis de la Situación de Salud (ASIS) distrital y Valle del Cauca (2016).

La razón de mortalidad infantil en Buenaventura se asemeja en sus valores a la media nacional y está por encima de la media del departamento. La razón de mortalidad infantil más alta del distrito en el periodo de estudio fue para el año 2007 y la menor para el año 2011, estando incluso por debajo de las medias nacional y departamental; sin embargo, el año 2013 presenta nuevamente un considerable incremento.

**Tabla 13.** Razón de mortalidad infantil de Buenaventura, periodo 2007-2013



**Fuente:** elaboración propia a partir de los Análisis de la Situación de Salud (ASiS) distrital y Valle del Cauca (2016).

### 3.2.3 Prácticas de atención en salud materna en Buenaventura

Los problemas de salud en el ser humano son abordados o solucionados a partir de acciones que el mismo hombre desarrolla con el fin de mantener su salud y la calidad de vida. A este tipo de acciones se le denomina *respuesta social* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013; Frenk, 1994).

Este tipo de respuesta ha sido organizada por el hombre a través de diversos conceptos, paradigmas y enfoques durante los años, dando consigo diferentes tipos de respuestas, que para el caso de la salud se han centrado en los gobiernos, mediante la puesta en marcha de sistemas de salud, y por la sociedad,

por intermedio de agentes tradicionales en salud, que se han formado de generación en generación. Entre estos últimos, se pueden identificar parteras, curanderos, sobanderos, santeros, entre otros, los cuales son miembros importantes de una comunidad, de gran liderazgo y relevancia debido a su estrecha relación e influencia sobre las decisiones de salud de las comunidades y su aporte al desarrollo de las mismas (Gutiérrez, 1991; Fernández, 2004).

La salud materna en Buenaventura, en la actualidad, tiene dos tipos de respuesta: una gubernamental y otra social, las cuales confluyen en el territorio y son usadas de manera indistinta por las maternas del distrito para atender sus necesidades y las de sus futuros bebés. A continuación se realiza una descripción de cada una de estas respuestas.

### **3.2.3.1 Respuesta en salud gubernamental**

Esta respuesta es liderada por el Gobierno Nacional de Colombia, a través del Ministerio de Salud y Protección Social. Se brinda a través de un modelo unificado denominado Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual es un sistema organizativo que se basa en una tesis económica del Modelo Pluralismo Estructurado, la cual está conformada por cuatro componentes (Guerrero, 2011; Congreso, 1993; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016):

- La modulación o regulación de la salud, responsabilidad exclusiva e indelegable del Gobierno Nacional a través de sus entidades, como Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y autoridades sanitarias (Instituto Nacional de Vigilancia y Medicamentos y Alimentos [Invima], Comisión Reguladora en Salud [CRES] y autoridades sanitarias departamentales y municipales).

## El caso de la partería en el Pacífico colombiano

- La articulación realizada por nuevos actores, las aseguradoras en salud, encargadas de administrar los recursos de los seguros en salud y de intermediar en la prestación del servicio de salud de la población, pueden ser de carácter público y privado, denominadas Empresas Promotoras de Salud (EPS) (hoy Administradoras de Planes de Beneficio [EAPB]) y Administradoras de Riesgos Laborales.
- La financiación del sistema de salud realizada a través de la captación de dinero proveniente de diferentes fuentes es responsabilidad de la seguridad social y debe regulada por los principios de las finanzas públicas, con el fin de proveer seguro universal para todos los colombianos.
- La prestación de servicios de salud, realizada por organizaciones sociales denominadas Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud (IPS), de carácter público y privado, cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y que se encuentran habilitadas de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

En este sistema, la salud pasa a ser un servicio administrado por las EAPB de carácter público o privado, y la atención en salud es brindada por las IPS públicas y privadas que conforman la red prestadora de la EAPB. Igualmente, la población que requiere este servicio es denominada usuaria de los servicios de salud, las cuales son clasificadas e incluidas en seguros de salud o regímenes de afiliación de acuerdo a su capacidad de pago, estructurándose una economía de mercado regulada para la prestación de servicios de salud, en donde las EAPB y las IPS compiten por segmentos de dicho mercado (Guerrero, 2011; Congreso, 1993).

Este modelo de salud tiene una lógica de acumulación de recursos económicos, lo que corresponde al modelo de desarrollo globalizante centrado en lo económico (Londoño, 1997; Ra-

nis, 2002). De igual manera, el campo de conocimiento médico que dicho modelo impulsa está basado en el saber científico, positivista, donde el eje fundamental es el cuerpo del ser humano y el tratamiento de un evento en salud, denominado enfermedad (Larralde, 1993; Menéndez, 2005).

Ahora bien, este estudio realizó una comparación entre los años 2013 y 2015 para Buenaventura, respecto a la oferta de los servicios de salud habilitados en la red de IPS públicas y privadas.

La Tabla 14 muestra que, en el distrito de Buenaventura, para los servicios de consulta externa, la oferta de servicios de medicina general sufrió una reducción del 17,6 %, y aumentó su oferta en los servicios de enfermería y toma de muestras de laboratorio en 8,7 % y 12,8 %, respectivamente. Los servicios de cirugía laparoscópica y ginecoobstetricia permanecieron estables.

**Tabla 14.** Comparación de servicios de salud habilitados en la red de IPS públicas y privadas en el distrito de Buenaventura, años 2013 y 2015

Servicio	2013	2015
<b>Servicio de consulta externa</b>		
Medicina general	57	47
Enfermería	42	46
Ginecoobstetricia	16	16
Cirugía ginecológica laparoscópica	2	2
Toma de muestras de laboratorio	34	39
<b>Servicios de internación habilitados</b>		
Obstetricia	5	4
Cuidado intensivo neonatal	2	1
Cuidado intermedio neonatal	2	1

## El caso de la partería en el Pacífico colombiano

Servicio	2013	2015
<b>Servicios de protección específica habilitados</b>		
Protección específica-atención en planificación familiar hombres y mujeres	ND	37
Planificación familiar	37	31
Detección temprana-alteraciones del embarazo	ND	25
Protección específica-atención al recién nacido	ND	8
Protección específica-atención del parto	ND	7
<b>Servicios quirúrgicos habilitados</b>		
Cirugía ginecológica	4	5
Cirugía pediátrica	1	1
<b>Servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica habilitados</b>		
Laboratorios clínicos	23	20
Toma de muestras citologías cérvicouterinas	21	17
Radiología e imágenes diagnósticas	7	7
Lactario	2	1
<b>Servicios de transporte asistencial habilitados</b>		
Transporte asistencial básico	7	4
Transporte asistencial medicalizado	2	3

**Fuente:** elaboración propia, a partir de datos del Análisis de la Situación de Salud (ASIS) distrital de Buenaventura (2013, 2015).

Los servicios de internación habilitados de obstetricia y cuidados intensivos e intermedios neonatales se redujeron en 20 % y 50 %, respectivamente, afectando el servicio de salud materna hospitalario para las embarazadas del distrito de Buenaventura.

## Panorama de las parteras

Respecto a los servicios de protección específica en salud materna, no se pudo realizar la comparación en la mayoría de sus indicadores debido a la falta de información estadística para el año 2013, sin embargo, se pudo determinar que con relación a planificación familiar se produjo una reducción de la oferta de este servicio en 16,2 %. En los servicios quirúrgicos de ginecología se aumentó la oferta de cirugía ginecológica en un 20 % y la cirugía pediátrica permaneció estable.

Con relación a los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica habilitados, se pudo establecer que la oferta de laboratorio clínico para toma de muestras de citologías cérvico uterinas y lactario se redujeron en 10,4 %, 19,1 % y 50 %, respectivamente. La oferta de radiología e imágenes diagnósticas permaneció estable.

Estas cifras muestran que la salud materna en el distrito de Buenaventura se encuentra comprometida, si tenemos en cuenta que los principales actores y servicios de promoción y prevención para el embarazo, parto y puerperio se redujeron en el periodo de comparación.

Respecto a la disponibilidad de servicios de salud para la población de Buenaventura, y en especial para las mujeres en edad fértil, se puede destacar que el distrito cuenta con cuatro médicos por cada 1 000 mujeres en edad fértil, cuatro enfermeras por cada 1 000 mujeres en edad fértil, un ginecobstetra por cada 1 000 mujeres en edad fértil, dos servicios detección temprana-alteraciones del embarazo por 1 000 mujeres en edad fértil y seis servicios protección específica-atención del parto por 1 000 mujeres en edad fértil (Tabla 15).

**Tabla 15.** Razones de servicios de salud para la población general y mujeres en edad fértil en el distrito de Buenaventura, 2015

Indicador	2015
<b>Población general</b>	
Razón de médicos por 1 000 habitantes	0,1
Razón de enfermeras por 1 000 habitantes	0,1
<b>Población mujeres en edad fértil</b>	
Razón de médicos por 1 000 mujeres en edad fértil	0,4
Razón de enfermeras por 1 000 Mujeres en edad fértil	0,4
Razón de gineco obstetra por 1 000 Mujeres en edad fértil	0,1
Razón de Servicio de Obstetricia por 1 000 Mujeres en edad fértil	0,03
Razón de servicio detección temprana-alteraciones del embarazo por 1 000 mujeres en edad fértil	0,2
Razón de servicio protección específica-atención del parto por 1 000 mujeres en edad fértil	0,06
Razón de servicio de protección específica-atención al recién nacido por 1 000 mujeres en edad fértil	0,07
Razón de servicio de cirugía ginecológica por 1 000 mujeres en edad fértil	0,04
Razón de servicios de toma de muestras citologías cervi-co-uterinas por 1 000 mujeres en edad fértil	0,1
Razón de servicio de transporte asistencial básico por 1 000 mujeres en edad fértil	0,03

**Fuente:** elaboración propia, a partir de datos del Análisis de la Situación de Salud (ASIS) distrital de Buenaventura (2015).

### 3.2.3.2 Respuesta social en salud

La respuesta social en salud, especialmente de territorios afrocolombianos, desde un enfoque antropológico y sociológico, está ligada a una concepción religiosa, donde Dios es considerado el ser supremo, el cual es el creador y quien designa la ruta y transformación de la vida, tanto de los seres humanos como de la naturaleza. La cultura afrocolombiana considera que la relación con ese ser supremo se realiza a través de mediaciones y mediadores. Es así como las ánimas, que son las almas de los muertos, los antepasados y los santos son considerados como figuras protectoras y mediadoras ante Dios (Bernal, 1996; Sánchez, 1998; Pantoja, 2008).

La naturaleza es considerada el espacio por el cual Dios se manifiesta o se materializa, y esta materialización se da a través de elementos del ambiente, como esteros, manglares, bocanas, mar, ríos, quebradas, cementerios, etc., a los que las poblaciones afrocolombianas le dan un significado particular de beneficio en relación con Dios y en contraposición el maleficio asignado a espíritus malos (Bernal, 1996; Sánchez, 1998; Pantoja, 2008).

En la cultura afrocolombiana encontramos dos tipos de espíritus: los buenos y malos, los cuales influyen significativamente en la vida del hombre. En la cosmovisión afrocolombiana personajes como “el duende” y “la tunda” son espíritus que viven en sitios naturales que hacen parte de la vida cotidiana del afrocolombiano, como las aguas, minas, bosques y manglares. Estos espíritus son considerados generalmente dañinos y son utilizados para la enseñanza social y moral a través de relatos de leyendas (Bernal, 1996; Sánchez, 1998; Pantoja, 2008).

El manejo del tiempo también es fundamental en la cultura afrocolombiana. Es así como el futuro no existe y este solamente le pertenece a Dios, debido a que él es el único ser que

habita en el más allá, mientras que el pasado es el referente fundamental y permanente, lo que conlleva que el pueblo afrocolombiano sea dependiente de la tradición en toda su manera de actuar en el presente; es por eso que es muy importante no romper con el pasado. Los afrocolombianos, ante situaciones del presente como una enfermedad, fiesta, muerte, velorio, etc., están ligados a prácticas tradicionales del pasado, como los cantos, rezos, rituales, entre otros, y se consideran eventos de relevante importancia que detienen los ritmos cotidianos de la vida para asumir estos acontecimientos (Bernal, 1996; Sánchez, 1998; Pantoja, 2008).

Esta cosmovisión de lo religioso y del tiempo en los afrocolombianos son condicionantes para las formas de vida, prácticas culturales, procesos de adaptación o cambios socioculturales, y específicamente para el caso de la salud, se refleja en las prácticas tradicionales del manejo del proceso salud-enfermedad (Bernal, 1996; Sánchez, 1998; Pantoja, 2008).

La respuesta social en salud afrocolombiana tiene una fuerte relación entre la naturaleza, la religiosidad y las relaciones sociales entre los individuos. El concepto de salud en los afrocolombianos está ligado al de desarrollo humano o etno-desarrollo, donde su historia, cultura, formas de producción económica, organización social colectiva, el territorio y los recursos propios hacen parte de su salud y calidad de vida. Es aquí donde los agentes comunitarios en salud, como las(os) parteras(os), curanderos, sobanderos, entre otros, ejercen un papel fundamental en la comunidad y gozan de un gran reconocimiento comunitario que los convierte en líderes en sus respectivas comunidades (Bernal, 1996; Sánchez, 1998; Pantoja, 2008; Bonfil, 2006).

El tipo de conocimiento médico y sus prácticas en salud ejercida por estos agentes comunitarios tradicionales se basan

en recursos de tipo espiritual, botánico, objetos naturales y materiales con significados y simbologías, que son utilizados para procesos curativos y de conservación de salud de las personas (Bernal, 1996; Sánchez, 1998; Pantoja, 2008; Bonfil, 2006).

Este estudio encontró que en el distrito de Buenaventura no se cuenta con una base de datos de la oferta de los servicios tradicionales en salud en el área urbana, pese a la indagación realizada en la Secretaría Distrital de Salud y en organizaciones propias como Consejos Comunitarios Afrocolombianos y organizaciones indígenas. No se hallaron datos de proveedores tradicionales en salud, lo que no permitió tener un registro oficial del número de agentes tradicionales presentes en el distrito.

Sin embargo, se obtuvo conocimiento del funcionamiento en la ciudad de una agremiación de parteras tradicionales denominada Asociación de Parteras del Pacífico Colombiano (Asoparupa), la cual tiene presencia en el territorio desde hace 28 años y se ha dedicado a la conservación del saber ancestral de las parteras y el uso sostenible de las plantas medicinales, nutricionales y aromáticas. Esta asociación ha tenido una fuerte presencia en el distrito, especialmente en relación con los servicios de salud para el desarrollo de las acciones colectivas de salud.

Este estudio pudo establecer, a través del método bola de nieve, para toda el área urbana de Buenaventura, el número de agentes tradicionales, y de estos, el número de parteras(os) presentes en el distrito. Para la fase cuantitativa se diseñó y aplicó un instrumento estructurado que indagó, en esta población, variables demográficas y sociales de la actividad propia como partera/o y de la oferta del servicio de partería. Para la fase cualitativa se realizó una guía

de entrevista semiestructurada que indagó categorías como búsqueda de atención del servicio de partería, satisfacción de la atención por parte del servicio de partería, integración actividades de partería con servicios de salud, organización de parteras(os). Se entrevistaron nueve personas entre parteras, funcionarios de salud y usuarias de servicios de salud maternos, y se realizaron dos grupos focales con parteras. Esta información fue recolectada entre junio de 2015 y julio de 2016 por dos encuestadoras y un supervisor de trabajo de campo.

Se encontró un total de 557 agentes tradicionales en salud en el área urbana del distrito de Buenaventura, y de estos 146 (26,2 %) eran parteras(os) que se lograron encuestar para este estudio. Igualmente, se contactaron y se logró identificar, por referencia de la comunidad, a 110 personas adicionales como parteras(os). De ellos 37 (33,6 %) personas rechazaron participar del estudio, 23 (20,9 %) estaban de viaje al momento de la encuesta, 15 (13,6 %) refirieron las personas de la comunidad que murieron, ocho (7,2 %) manifestaron que ya no eran parteras(os) por la edad, la salud y la religión y 27 (54,5 %) trabajaban y no se encontraron al momento de la encuesta, de acuerdo a la información referida por su familia.

### 3.2.4 Características sociodemográficas

De las 146 personas encuestadas que se autoreconocieron como parteras/os en este estudio (Tabla 16), el promedio de edad fue de 65 años, con un valor mínimo de 23 años y máximo de 92 años. El sexo que predominó fue el femenino, con el 92,5 % (135), mientras que el masculino fue de 7,5 % (11). La etnia con mayor porcentaje fue la afrocolombiana; se encontró que la mayor parte de entrevistados se encuentran sin

## Panorama de las parteras

compañero(a) permanente al momento de la encuesta, y para el 79 % de los entrevistados su nivel académico está entre ninguno y primaria. Respecto a su procedencia, el 74,6 % de las parteras/os son de otro municipio de la costa Pacífica y el 60,3 % han vivido la mayor parte de su vida en Buenaventura. En cuanto a la afiliación a la seguridad social, el 78,1 % pertenecen al régimen subsidiado.

**Tabla 16.** Características sociodemográficas de las(os) parteras(os) encuestados en el distrito de Buenaventura, Colombia. Julio de 2016

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	135	92.5
Masculino	11	7.5
Etnia		
Indígena	2	1.3
Afrocolombiano	137	94.5
Mestizo	6	4.1
No sabe/no responde	1	0.7
Presencia compañero(a) permanente		
Sin compañero (a)	96	65.7
Con compañero (a)	49	35.6
Sin dato	1	0.7
Nivel de estudios		
Ninguna	53	36.3
Primaria	62	42.4
Secundaria	28	19.2
Técnico/tecnólogo	3	2

### El caso de la partería en el Pacífico colombiano

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Procedencia		
Buenaventura	29	19.9
Otro municipio costa Pacífica	109	74.7
Otro municipio del Valle del Cauca	5	3.4
Otro municipio de Colombia	2	1.4
Cali	1	0.7
Residencia mayor parte del tiempo		
Buenaventura	88	60.3
Otro municipio costa Pacífica	49	33.6
Otro municipio del Valle del Cauca	2	1.4
Otro municipio de Colombia	4	2.8
Cali	2	1.4
Otro país	2	0.7
Afiliación a SGSS		
Contributivo	22	16.5
Subsidiado	111	83.4
Pobre no asegurado	13	8.9

**Fuente:** elaboración propia a partir de las encuestas a agentes tradicionales en salud en Buenaventura (año).

En la Tabla 17 se presentan otras características sociales. En el 43,1 % de los casos, las(os) parteras(os) viven con su familia; el 82,8 % refiere tener alguna pertenencia religiosa, siendo la católica la de mayor predominancia con un 57.8 %; en el 93,4% de los casos la religión le permite realizar su ejercicio como partera(o).

Panorama de las parteras

**Tabla 17.** Otras Características sociales de las(os) parteras(os) encuestados en el distrito de Buenaventura, Colombia. Julio de 2016

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Pertenenencia religiosa		
Si		
No		
No sabe/no responde		
Clase de religión		
Católica	70	57.8
Evangélica	32	26.4
Cristiana	14	11.5
Bautista	1	0.8
No sabe/no responde	4	3.3
Religión permite ejercicio partera/o		
Si	113	93.4
No	5	4.1
Sin dato	3	2.5
Vive con su familia		
Si	136	93.1
No	8	5.5
No sabe/no responde	2	1.4

**Fuente:** elaboración propia a partir de las encuestas a agentes tradicionales en salud en Buenaventura

### 3.2.5 Características de la actividad de partera(o)

Las/os parteras/os realizan otras labores complementarias en su actividad en salud; las que presentaron mayor porcentaje fue la de yerbatera(o) y sanador(a), con 69,2 % (n=83) y 56,8 % (n=101), respectivamente. Estas dos ocupaciones ofrecen los servicios de cura del mal de ojo, el espanto de tierra y de agua, el pasmo, preparación de botellas curadas, bebedizo para la fertilidad y para limpiar la matriz, entre otros.

La variable edad en la cual aprendió el oficio no siguió un parámetro normal, por eso se presenta en medianas. La mediana de edad a la cual aprendió el oficio fue de 20 años, con un rango intercuartílico entre 15 y 30 años. Respecto a la persona que le enseñó a ser partera(o), los encuestados refirieron que en un 70,3 % (n=102) fue un familiar, mientras que para un 11,7 % (n=17) fue otro agente tradicional y para el 17,8 % (n=26) fue otra persona.

En cuanto a si ha recibido capacitación o cualificación para desempeñar esta actividad en salud, el 57,9 % (n=84) no ha recibido capacitación y el 42,1 % (n=61), sí. De los que recibieron capacitación, esta fue brindada en el 19,2 % (n=28) por personal y servicios de salud, en el 21,2 % (n=31) por otro agente tradicional y en el 2 % (n=2) por Organizaciones No Gubernamentales (ONG).

Se indagó acerca de si las(os) parteras(os) realizaban otra actividad laboral, encontrándose que el 63,4 % (n=92) no realiza otra actividad laboral, mientras que el 36,5 % (n=53) si lo hace. De estas, el 71,7 % (n=38) lo hace en trabajos informales; el 17 % (n=9) en trabajos de soporte social, como madres FAMI, hogares comunitarios y farmacias; el 9,4 % (n=5) son agricultores(as) y mineros(as) y el 3,8 % (n=2) no respondió.

## Panorama de las parteras

Respecto a la remuneración, el 63,4 % de las(os) parteras(os) encuestadas(os) reciben mensualmente por ejercer su actividad menos del salario mínimo establecido para 2016 (\$644 350), pero el 17,6 % reportan recibir otro tipo de reconocimiento diferente al dinero, como presentes, regalos, oro, mercado, alimentos, etc.

Al indagar su pertenencia a una asociación o agremiación para su oficio de partera(o), el 92,5 % (n=135) dice no pertenecer a ninguna asociación y el 7,5 % (n=11) sí pertenecen a alguna.

### 3.2.6 Oferta de los servicios de partera(o)

Con relación a la oferta del servicio de partera(o), la Tabla 18 muestra que un 79,4 % de las(os) parteras(os) no cuentan con un espacio en la vivienda para ejercer su oficio; no obstante, de los que sí cuentan con este espacio, el 72 % tienen todos los elementos o implementos de dotación para ejercer su actividad. El 88,3 % refiere no necesitar personal auxiliar para desarrollar su labor y de los que sí requieren de personal auxiliar, el 87,5 % cuentan en el momento con dicho personal.

**Tabla 18.** Características de la actividad de parteras(os) de los encuestados en el distrito de Buenaventura, Colombia. Julio de 2016

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Espacio en casa para actividad partera(o)		
Si	25	17.1
No	116	79.4
No sabe/no responde	3	2.0

### El caso de la partería en el Pacífico colombiano

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Espacio con elementos o dotación completa		
Si	18	72
No	4	16
No sabe/no responde	3	12
Personal auxiliar para actividad de partera(o)		
Si	16	10.9
No	129	88.3
Sin dato	1	0.6

**Fuente:** elaboración propia a partir de las encuestas a agentes tradicionales en salud en Buenaventura (año).

Con relación a la atención, un 23,4 % (n=34) de las(os) parteras(os) reportan atender diariamente una persona, dos personas un 56,5 % (n=82), tres personas un 13,8 % (n=20) y más de cuatro personas un 6,8 % (n=10). En promedio las/os parteras(os) son consultados por la misma persona al mes unas cinco veces, lo que equivale a en un 23,5 %, y el promedio de tiempo por consulta es de 15 minutos para el 39,2 %. El tratamiento que realizan las(os) parteras(os), al igual que el procedimiento, varía entre uno y otro, sin embargo, se pudo establecer que las dos prácticas rutinarias que ellas(os) realizan con mayor frecuencia son el uso de hierbas en un 70,83 % (n=102) y sobijos/masajes en 95 % (n=133).

Respecto al contacto por parte de las(os) parteras(os) con los servicios de salud, se pudo establecer que solamente el 16,4% (n=24) tienen contacto para actividades relacionadas con su trabajo, mientras el 83,5 % (n=122) no tienen ningún tipo de contacto con estos servicios.

Adicional a estas cifras, la fase cualitativa presenta un panorama de las percepciones de las(os) parteras(os), funcionarios de salud y mujeres usuarias de los servicios de salud y parteras(os) respecto a la situación de la actividad de partería en Buenaventura.

### 3.2.7 Búsqueda de la atención y satisfacción

En general el grupo de entrevistados considera que la búsqueda de atención, así como la satisfacción de los servicios prestados en partería, se debe a que las mujeres y sus familias las(os) prefieren, porque el trato hacia la embarazada es mejor, más cálido, más humano y de mayor confianza. Igualmente, los entrevistados refirieron que les permite mantener las comodidades de su hogar y la proximidad con su familia, tal como se observa en los siguientes relatos.

“Hay partos que son un día, dos días, tres días, a mí me ha tocado dormir en casas ajenas para atender un parto. Yo le doy mis tomas y hago los pringres” (MF7-partera, comunicación personal, 28 de octubre de 2016).

“Me consultan porque soy una buena partera. No van al puesto de salud porque las tratan mal y las gritan mucho, en cambio nosotros le damos cariño” (BMS1-partera, comunicación personal, 28 de octubre de 2016).

“Tengo tres hijos y los tres los parí en casa. A los tres les hice control, pero a la hora de parir prefiero no ir al hospital, porque en experiencia anterior, una señora adulta estaba dando a luz y estaba gritando, parece que tenía un dolor desesperante, pues cada hijo trae su dolor, la señora decía ‘ay me voy a tirar’, y las enfermeras le decían tírate y así dejás de joder tanto” (RA3-usuaria materna, comunicación personal, 29 de octubre de 2016).

“En uno de los partos, pare tres días con sus noches para tenerlos y no fui al hospital, lo tuve en mi casa, porque no voy a ir que me traten mal” (TN12-partera, comunicación personal, 29 de octubre de 2016).

“La desigualdad entre el hospital y la casa, en tu casa la partera te atiende los 40 días hasta que te deja estable, en el hospital usted va a parir y ya, lo sacan, lo bañan, como a perro, ¿entiende? Usted sabe que en su casa lo atienden mejor, porque le dan su bebedizo” (FI5-usuaria materna, comunicación personal, 29 de octubre de 2016).

Sin embargo, algunas de las personas entrevistadas consideran que el trabajo de la partería está perdiendo su valor cultural y de cohesión social entre las personas, y que el reconocimiento como personas líderes se está dejando de lado:

“La gente es muy mal agradecida, porque si usted los parteó, uno es la segunda mamá y deben respetarlo a uno, pero los papás no les enseñan, eso da nostalgia” (AP9-partera, comunicación personal, 18 de noviembre de 2016).

### 3.2.8 Capacitación o cualificación

Con relación a la capacitación recibida por las(os) parteras(os), existen diferentes percepciones por parte de los entrevistados; mientras los funcionarios de salud manifiestan que se han realizado talleres de capacitación para las(os) parteras(os), los entrevistados encargados de ejercer la partería en la zona urbana de Buenaventura manifiestan que no han recibido invitaciones y no han asistido a capacitaciones dirigidas a esta población. Otros señalan que la han recibido a través de la Asociación de Parteras del Pacífico (Asoparupa), que tiene influencia en la zona.

“Yo he recibido capacitación, más de diez capacitaciones, desde que existía el hospital central. También por medio de Asoparupa. Las capacitaciones han sido de dos, tres y hasta cinco días” (MC2-partera, comunicación personal, 28 de octubre de 2016).

“El distrito ha realizado capacitaciones para cualificar a las parteras. En dos años ha realizado cuatro talleres. El último taller se realizó ahora en diciembre del año pasado” (EG6-funcionario de salud, comunicación personal, 18 de noviembre de 2016).

“No, no conozco de actividades de capacitación, no recibo capacitación para mi profesión por parte de salud, lo poquito que he aprendido desde hace tiempo y ahora ha sido por hablar y cambiar ideas con otras parteras” (FI5-partera, comunicación personal, 29 de octubre de 2016).

“Solo se de capacitación por Asoparupa, pero solo a las que pertenecen a ellas, nosotras que no estamos, no nos han capacitado” (PR11-partera, comunicación personal, 19 de noviembre de 2016).

### **3.2.9 Reconocimiento de los servicios de salud por parte de las parteras**

Las(os) parteras(os) reconocen los servicios de salud como una institución de importancia para la atención de las embarazadas; además consideran que para la atención que ellas(os) realizan, un procedimiento indispensable para poder ejercer su actividad como partera(o) es que sus usuarias tengan el control prenatal. Adicionalmente, opinan que las actividades que los médicos, enfermeras y parteras/os realizan con las embarazadas son complementarias.

“Remite a las embarazadas; vaya donde el médico tal o al hospital tal, es necesario que consulte” (MF7-partera, comunicación personal, 28 de octubre de 2016).

“Yo no atiendo mujeres embarazadas sin el papel del control. Si no tienen el papel del control o las veo amarillas, no las atiendo, porque tienen la hemoglobina bajita y pueden tener una hemorragia en el parto. Yo las mando al servicio de salud” (BMS1-partera, comunicación personal, 28 de octubre de 2016).

### **3.2.10 Tratamiento del servicio de salud con las parteras**

Con respecto al trato que los servicios de salud dan a las(os) parteras(os), los entrevistados mencionan que es irrespetuoso, desobligante y agresivo; que no existe un reconocimiento de los conocimientos de las(os) parteras(os) por parte de enfermeras y médicos, principalmente, y de igual manera por parte de trabajadores de los servicios de salud, como por ejemplo los de servicios generales. Aunque consideran que existen pocas excepciones en algunos profesionales, especialmente los funcionarios de salud con mayor edad, que los tratan con respeto y consideran sus conocimientos.

“Uno si está concientizado. Los médicos y las enfermeras son los que deben concientizarse. Es a la institución que le toca darle charlas o algo para concientizarlos y que escuchen y trabajen y nos acepten a las parteras, para que nos den las pautas a seguir. Así como uno comete errores, ellos también cometen errores y hasta horrores. ¿Qué pasa? Que si nos comunicamos podemos ser mejores” (GF001-partera, comunicación personal, 29 de octubre de 2016).

“A veces uno se encuentra a médicos que le dicen las agüitas que les das, pero hay otros médicos, la mayoría, que le ponen a

uno su cara de revolver. Entonces uno se siente cohibido, como apretado, uno no le tiene confianza al médico” (AP9-partera, comunicación personal, 18 de noviembre de 2016).

“A veces voy con las maternas y las dejo en la puerta. Hasta ahí en la puerta, a uno lo dejan por fuera, no dan comunicación, así sea la función que uno tenga, ni nada, entonces así uno no tiene confianza” (PR11-partera, comunicación personal, 19 de noviembre de 2016).

“Yo me identifiqué como partera con mi carnet, y solo decían: “espere, que todavía no es hora”. Les dio lo mismo que dijera que yo era partera(o). No son capaces de decir: “venga, ayúdela a pastorear en la sala que caminan”. Les dio como si nada” (MC2-partera, comunicación personal, 28 de octubre de 2016).

### **3.2.11 Postura sobre legitimidad de la partería**

Con relación a la legitimidad del servicio de partería en el distrito, se encontraron percepciones diferentes tanto de los funcionarios de salud como de parte del gremio de parteras(os). En general no se tiene claridad en este municipio sobre cómo opera la normatividad con relación a estos servicios, pero la mayoría de las(os) parteras(os) entrevistados sienten que son señalados y que se ha establecido que es ilegítimo realizar esta práctica, y no entienden la razón, ya que siempre se ha ejercido en sus territorios ese servicio, el cual ha ayudado a que las madres tengan sus bebés en buenas condiciones de salud.

Adicionalmente, entre las(os) parteras(os) se tiene la percepción de que para poder ejercer su oficio deben estar carnetizadas(os) por parte de la autoridad de salud; sin embargo, la entidad territorial en salud menciona que esto de carnetizar no existe y no hace parte de sus funciones.

Aunque los entrevistados mencionan que se permite a las(os) parteras(os) carnetizados diligenciar el registro de nacido vivo de los recién nacidos, el funcionario del distrito menciona que esto no es real. Esta persona señala que tiene un conocimiento vago de las(os) parteras(os) a través de Asoparupa, reconociendo que esta se constituye en una Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD), por el manejo especial que dio el Instituto Nacional de Salud (INS) debido a las características territoriales. Sin embargo, dentro de la legislación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Decreto 3518 de 2006) estas no son consideradas UPGD. No obstante, se pudo comprobar esta versión a través de un documento oficial.

Igualmente, desde los servicios de salud se tiene claro que este gremio existe y que debe ser tenido en cuenta para el desarrollo de las actividades comunitarias en salud pública, por eso han sido considerados en las acciones de planeación de los Planes Operativos Anuales de Inversión (POAI) del distrito y del departamento del Valle del Cauca, para que cumplan los servicios de información, educación y comunicación a las embarazadas y sus familias, y que, a su vez, sean actores que participen activamente en la captación y remisión de embarazadas a los servicios de salud.

“La carnetización de parteras(os) no hay. No existe carné para partear por parte de la Secretaría de Salud, pues la institución no tiene ni capacidad, ni infraestructura, ni talento que pueda capacitar o evaluar a las parteras(os)” (EG6-funcionario de salud, comunicación personal, 18 de noviembre de 2016).

“Yo sé que a las parteras las carnetizan y tienen unos niveles. Yo conozco a una que está en quinto nivel, ya es una partera profesional y ya tienen sueldo” (AP9-partera, comunicación personal, 18 de noviembre de 2016).

“La diferencia de una que tiene carné y yo que no tengo carné, es que anteriormente usted parteaba e iba y denunciaba a la notaría. Ahora no se puede. Ahora le exigen a uno partera un nacido vivo, y solamente pueden dar esta constancia los que tienen carné. Y si no hay nacido vivo, usted debe tener testigos y le dan vueltas” (GF001, comunicación personal, 29 de octubre de 2016).

“Comadre, ¿porque uno no puede partear como antes? Por el nacido vivo. Yo no sé qué regla o norma dice que debe tener carné, y si pasa algo a usted el carné la respalda. A usted lo buscan en el sistema. usted aparece y pasan a la persona a la sala cuna. pero sin el carné, yo no existo” (GF001-partera, comunicación personal, 29 de octubre de 2016).

“De acuerdo con la Resolución 518 de 2015, las(os) parteras(os) solamente están autorizadas por el Ministerio de Salud para hacer actividades o acciones comunitarias de IEC y referencia a servicios de salud a través del PIC (Plan de Intervenciones Colectivas), no como prestadoras de servicios de salud, pese a que sabemos que lo hacen, pero esa es la ley” (KH13-funcionario de salud, comunicación personal, 16 de diciembre de 2016).

### **3.2.12 Relación entre servicios de salud y parteras**

En general la percepción de las(os) parteras(os) es que no existe una relación entre los servicios de salud y la partería, debido a que los profesionales de salud creen tener mayores conocimientos, así como autoridad sobre este gremio. Adicionalmente, se mencionaron casos puntuales de otros territorios donde existe presencia de parteras(os) en los cuales se da una relación estrecha entre estos y servicios de salud, que difiere de la situación encontrada en Buenaventura.

“Si los médicos, hacen como en el 90, en el 92, que se reunían las parteras y los médicos, no habría tanto caso. Pero los médicos han sacado a las parteras a un lado, ¿entiende? Es lo mismo que ellos ahora para aplicarle una inyección a un niño, lo mandan a medir de ojo, porque lo mandan a medir de ojo, porque han muerto mucho niño” (MF7-partera, comunicación personal, 28 de octubre de 2016).

“Dialogar con los médicos no es fácil. Se sienten que tener un cartón los hace más y no se siente la igualdad. No es igual que en el Caquetá. Allá todo el mundo es igual. Yo voy mucho al médico y no he escuchado jamás sobre una capacitación a parteras, porque si fuera así, yo ya estaría allá” (XD14-partera, comunicación personal, 19 de noviembre de 2016).

“Yo he sido partera en la Tola, y nos hablamos y nos entendemos con los médicos, en toda la costa Pacífica, en Nariño, ellos nos escuchan, nos dejan entrar y hablamos mucho. Nos capacitan. Hacemos prácticas con ellos para mirar cómo es que se partea. El profesional de salud aquí en Buenaventura lo trata muy mal a uno como partera. Ellos la reciben allá, y a uno como partera no lo reciben. Son patanes. No lo dejan entrar a uno para explicarle como viene” (GF001-partera, comunicación personal, 29 de octubre de 2016).

“Si usted tiene un conocimiento, yo tengo otro, y unidos podemos vencer. No habría tanto muertos, tantas mujeres que se han quedado en cirugía dando a luz” (GF002-partera, comunicación personal, 19 de noviembre de 2016).

### **3.2.13 Organizaciones de parteras(os)**

En general, la mayoría de parteras(os) entrevistados refieren no pertenecer a ninguna organización y asociación de

## Panorama de las parteras

parteras(os) que los agremie. Solo dos de las entrevistas refirieron haber pertenecido a Asoparupa, y los funcionarios de los entes territoriales de salud del departamento y del distrito refirieron conocer a Asoparupa y apoyarse en ellos para el desarrollo de proyectos del PIC dirigidos a parteras/o en Buenaventura.

La gran mayoría refiere que no se reúnen, y si lo hacen, es de manera espontánea, para hablarse entre ellas(os). Además, relatan que son importantes estos encuentros porque se comparten remedios y procedimientos entre unas(os) y otras(os), pero estos encuentros son muy esporádicas y no son planeados.

“Cuando tengo dudas o necesito algún consejo, para atender una embarazada, busco a doña fulanita o la otra señora que es partera, para saber cómo atender, y me da una receta. “Dele esta agüita, hágale esto”, y así” (PR11-partero, comunicación personal, 19 de noviembre de 2016).

“Cuando yo estaba en Asoparupa, nos reuníamos los sábados cada 15 días, en La Independencia, y era para que entre nosotras habláramos sobre como atendíamos los partos, para que revisáramos en que uno se equivoca o que hace bien, y ahí uno cambiaba formas ya” (BMS1-partera, comunicación personal, 28 de octubre de 2016).



**Fotografía:** Daniel Barrera Camacho



# 4.

## **ARTICULACIONES Y CONFLICTOS ENTRE LAS DIFERENTES PRÁCTICAS DE ATENCIÓN**

Este estudio permitió dilucidar las articulaciones y conflictos entre las prácticas de atención, desde lo conceptual hasta la implementación en lo territorial.

En el distrito de Buenaventura se pudo establecer que, en términos de articulación entre las dos prácticas de atención, falta demasiado terreno por abonar, si bien es cierto que los Planes Operativos Anuales de Inversión y las bases de datos de contratación, así como los relatos de los funcionarios, parteras(os) y usuarios(as) dan cuenta de una relación de tipo contractual para el desarrollo de actividades de cualificación a las(os) parteras(os) del distrito. No obstante, otros relatos también evidencian la discriminación, ausencia de planes y programas dirigidos a este gremio.

Estos intentos de articulación, sin embargo, están parados en la postura intercultural de los gobiernos, basados en la interculturalidad funcional, donde se fundamentan en el enfoque diferencial de las actividades “interculturales” que realizan los sistemas de salud con los pueblos étnicos, siendo estos pueblos los que deben transformarse. Así, el sistema de salud busca mantener las mismas formas de funcionamiento del sistema

dominante hegemónico biomédico, y los agentes de salud tradicionales, como las(os) parteras(os), son considerados agentes comunitarios al servicio del sistema, limitados al papel de desarrollar actividades que faciliten el acceso de las mujeres gestantes al sistema de salud hegemónico, brindar información de factores de riesgo de las gestantes y asegurar un trato culturalmente adecuado (Menéndez, 2006, Tubino, 2005). Esto lleva a que estén perdiendo, o haciendo a un lado, su estatus o papel de prestadoras de atención en salud a gestantes y recién nacidos para sus comunidades.

En este marco de relaciones, encontramos conflictos y tensiones entre los dos modelos de salud, a partir de sus diferencias simbólicas, conceptuales y organizacionales, particularmente en las fuertes diferencias de los modelos de desarrollo humano propuestos por uno y otro modelo. El modelo tradicional ejercido por las(os) parteras(os) está centrado en un modelo de etnodesarrollo basado en el respeto por la vida, mientras que el modelo de salud alopático está centrado en un modelo de desarrollo económico, en donde su lógica es la acumulación de capital, por encima del derecho a la vida y la salud, el cual está consignado constitucionalmente (Navarro, 2012; La Veist, 2005).

Estas diferencias estructurales de los dos modelos implican dificultades de relacionamiento y articulación, como pretende realizar conceptualmente la salud intercultural. Un claro ejemplo de estas dificultades es cómo en el distrito de Buenaventura el modelo de salud tradicional ejercido por actores como parteras(os) subyace frente al modelo de salud alopático.

Estos conflictos se manifiestan particularmente en la formulación e implementación de las políticas públicas duales existentes a nivel nacional y local, que afectan la participación y verdadera integración de los agentes tradicionales en salud,

como las(os) parteras(os), a un verdadero modelo de atención integral diferencial.

Pese a que desde 1991 la Constitución de Colombia impulsa la diversidad étnica y cultural, en el sector salud desde la década de los 90, con la implementación de la nueva política del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se ha legislado en restringir esta diversidad. Es así como la normatividad propia de este sector no tiene en cuenta los agentes tradicionales; muestra de ello es el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), que desde su nombre y concepción no integra la medicina tradicional. Reflejo de ello es su normatividad (Decreto 2266 de 2004), la cual no contempla dentro de sus productos fitosanitarios las preparaciones ancestrales o tradicionales y se limita solamente a las farmacéuticas, mientras que algunas de estas preparaciones con productos de uso regular por parte de las(os) parteras(os), como caléndula, ruda y ortiga, entre otras, se restringen a ventas con fórmula médica.

De otro lado, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Decreto 3518 de 2006, creó y reglamentó el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, el cual es administrado por el Instituto Nacional de Salud. Y pese a que los agentes tradicionales, como las(os) parteras(os), son personal que genera información de atención en salud, no son consideradas unidades de notificación, ni hacen parte del sistema de vigilancia en salud.

En cuanto a prestación de servicios de salud, las(os) parteras(os) no son reconocidos legalmente a nivel nacional, si bien realizan la función de atención de maternas en su gestación y parto desde hace ya varios siglos, y en la actualidad, en este territorio. Su reconocimiento se limita a ser un actor comunitario encargado de la promoción de la salud materna

y prevención del riesgo materno, a través de la información y remisión a los servicios de salud, como lo estipula la Resolución 518 de 2015.

De igual manera, el contexto social del Pacífico colombiano, y particularmente el distrito de Buenaventura, presenta unas características sociales propias territoriales y culturales, siendo la mayor parte de sus habitantes afrocolombianos, con una participación de minoría indígena y mestiza. En este sentido, tanto indígenas como mestizos cuentan con sistemas de salud reconocidos constitucionalmente, a diferencia de los afrocolombianos, los cuales son vistos como una población homogénea. De hecho, el Gobierno privilegia para estos territorios de mayoría étnica el desarrollo e implementación de modelos de salud biomédicos, desconociendo la diversidad cultural y territorial e imponiendo a toda la población, incluida los afrocolombianos, un sistema de salud monocultural que debe ser asumido como legítimo debido al proceso de sometimiento y aculturación impulsado por el Gobierno colombiano, lo que devela una doble marginalidad para esta población étnica.

Los argumentos anteriormente expuestos presentan más conflictos que articulaciones entre las dos prácticas de atención, razón por la cual, si de verdad se quiere lograr una inclusión de las poblaciones étnicas y sus prácticas en salud al sistema de salud colombiano, se debe trascender a la interculturalidad crítica.



**Fotografía:** Daniel Barrera Camacho



# 5.

## RESULTADOS DE LAS POLÍTICAS DE SALUD MATERNA EN EL DISTRITO

De acuerdo con los resultados de la investigación se pudo establecer que el distrito de Buenaventura, en cabeza del ente territorial en salud, implementa los lineamientos nacionales, a través de sus planes de desarrollo y planes territoriales de salud. Durante los diez años de observación del estudio se pudo establecer que los tres planes de desarrollo y territoriales de salud desarrollados en este periodo contemplaron acciones para el fomento de una salud materna saludable.

Sin embargo, pese a que se pudieron establecer acciones de inversión destinadas a este programa, se encontró muy poca inversión en actividades de salud pública relacionadas con salud sexual y reproductiva, dentro de la cual está inscrita la salud materna. Para los diez años de estudio se alcanzó un promedio de inversión de 10,8 % del total del Sistema General de Participaciones (SGP) destinado a salud pública y, de este, muy pocas acciones destinadas a la integración del gremio de parteras(os) al sistema de salud local.

En cuanto al contexto demográfico y social, el distrito de Buenaventura presentó un comportamiento en sus indicadores que denotan una complejidad social, que influye de manera

negativa en la salud en general de la población bonaverense, y en especial de la población materna.

Los indicadores sociales, como el aumento de la densidad poblacional, alto reporte de mujeres recepcionadas en el distrito como población desplazada, y particularmente un alto porcentaje de mujeres en edad fértil, una alta pertenencia a comunidades étnicas, las altas tasas de NBI, el alto porcentaje de población inactiva y desempleada, la baja cobertura en educación, la alta cobertura en salud de personas sin capacidad de pago y la baja y discontinua inversión para los programas de salud sexual y reproductiva, y, especialmente para apoyar programas de partería, se convierten en factores determinantes que marcan un aumento de la vulnerabilidad de la población femenina y conducen a perpetuar una maternidad insegura en el distrito.

Las políticas de salud materna en el Buenaventura apuntaron a alcanzar las metas planteadas, sin embargo, estas no se lograron. Es así como en el Plan de Desarrollo del periodo 2004-2007, el distrito no estableció indicadores cuantitativos para la meta de salud materna, razón por la cual no se pudo determinar una comparación, sin embargo, la razón de mortalidad para el último año de este periodo muestra cómo la razón de mortalidad materna superó dos veces la media nacional y tres veces la departamental, indicando que la salud materna en esta región, para este periodo, estuvo seriamente comprometida.

El Plan de Gobierno de Buenaventura del periodo 2008-2011 estableció disminuir la razón de mortalidad materna en 90,5 por cada 100.000 nacidos vivos, la tasa de mortalidad perinatal en 9,8 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad infantil en 9,25 por cada 10.000 nacidos vivos; sin embargo, en dos de estos indicadores la meta para este periodo no se alcanzó (razón de mortalidad materna de 106 por cada 100.000 nacidos vivos

y mortalidad infantil de 12 por cada 10.000 nacidos vivos). La mortalidad neonatal si alcanzó el objetivo al lograr su disminución a 8 por cada 1.000 nacidos vivos.

De otro lado, el Plan de Gobierno del distrito 2012-2015 estableció solo una meta para el componente de salud materna, la cual consistía en la reducción de la razón de mortalidad materna a 47; pero con los datos disponibles para dos primeros años del periodo, esta meta está muy lejos de ser alcanzada, si se tiene en cuenta que las razones de mortalidad materna superan para el primer año en tres veces, y para el segundo año en cuatro veces, la meta establecida, lo que indica que continua la vulnerabilidad de la salud materna en Buenaventura.

Por último, las cifras de oferta de servicios de salud en el distrito de Buenaventura dan cuenta de lo vulnerable que se encuentra la salud materna en este territorio, debido a la reducción considerable de los principales actores y servicios para la atención de las mujeres en edad fértil, embarazadas y recién nacidos, como es el caso del cierre del Hospital Departamental de Buenaventura para el año 2013 y Profamilia para el año 2017 (Gobernación del Valle del Cauca, 2016).





**Fotografía:** Daniel Barrera Camacho



# 6.

## **BARRERAS Y FACILITADORES PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE MODELOS DIFERENCIALES EN SALUD: EL CASO DE LA PARTERÍA EN EL MUNICIPIO DE BUENAVENTURA**

Las barreras identificadas por este estudio para desarrollar una política coherente y relevante en modelos diferenciales para poblaciones étnicas, que impacte de manera positiva los indicadores de salud, como es para este caso la salud materna en Buenaventura, se reflejan en la perpetuidad de fundamentar la atención en salud en solo lo biomédico, basándose así en un modelo intercultural funcional por parte de los tomadores de decisión y actores en salud gubernamentales, que generan políticas ambiguas, excluyentes, discriminatorias e inequitativas frente a las(os) parteras(os) tradicionales.

La interculturalidad funcional, que permea todo el funcionamiento del sistema de salud de Buenaventura, se refleja en la invisibilización de los agentes tradicionales en el tema prestacional de servicios de salud. Esto ocurre con las(os) parteras(os), donde la visión por parte del gobierno y de sus organizaciones en salud es lograr la transformación de las(os) parteras(os) hacia la legitimación de su saber por parte de la academia, o a la limitación de sus funciones y no recono-

cimiento como prestador de servicio a través de la normatividad. De esta manera, se permiten las formas de funcionamiento del sistema de salud biomédico dominante, relegando a las(os) parteras(os) al rol de agente comunitario que facilite la información y educación a la comunidad, y a cumplir una labor de remisión de la población gestante al sistema de salud hegemónico (Menéndez, 2006; Tubino, 2005; Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014).

Esta postura intercultural de discriminación, exclusión e inequidad de las(os) parteras(os) tradicionales en Colombia, y especialmente en Buenaventura, territorio étnico por excelencia, por parte del sector salud, se da también por la fuerte influencia que ejerce el modelo económico de salud que actualmente funciona en el país y donde su lógica es la rentabilidad financiera, por encima del derecho a la vida y la salud. De igual manera, otro sector dominante, como es el académico se encarga de influir en el paradigma positivista, a través de visibilizar como ilegítimo, mediante las políticas públicas y el quehacer profesional en salud, el papel de la(el) partera(o) tradicional, con sus formas de enseñanza e investigación, que segregan el protagonismo de la partería tradicional en los territorios étnicos a un acto meramente cultural y simbólico que debe ser instrumentalizado y puesto en función del servicio del sistema de salud hegemónico (Walsh, 2009; Albo, 2004; Rojas, 2012, Quiroz 2018).

Un ejemplo claro de estas barreras son los vacíos en el campo normativo con relación a los espacios geográficos étnicos, los cuales poseen formas de funcionamiento de su sistema de manera diferencial que son fundamentales, pero que al momento de formular e implementar políticas públicas no son verdaderamente tenidas en cuenta, lo que genera contradicciones y exclusión en el campo de la salud para estas comunidades étnicas (MPS, 2007; Ministerio de Salud, 2012; Makanaky, 2010;

OPS, 2011; Moreno, 2008; OPS, 2008; Arocha, 1999; Escobar, 2010; Restrepo, 2013; Mateo, 2018, ).

Estos factores de discontinuidad y ambigüedad de políticas sociales y sectoriales, la ausencia de un compromiso político frente a la interculturalidad y de una verdadera participación social de los agentes tradicionales en salud a nivel decisorio, se convierten en barreras que dificultan el tránsito hacia la interculturalidad crítica, donde los programas de salud sean procesos y proyectos contruidos por todas las esferas de la sociedad, los cuales permitan estudiar y plantear alternativas de solución teniendo en cuenta las causas estructurales y raciales que afectan a los pueblos étnicos, y, a su vez, promuevan un diálogo de iguales para facilitar una verdadera construcción de modelos diferenciales en salud con enfoque intercultural crítico.

Adicionalmente, los movimientos y colectivos afrocolombianos y de comunidades negras, y nos referimos específicamente a este pueblo étnico, por ser Buenaventura un territorio mayoritariamente afro, poseen grandes vacíos y limitadas acciones reivindicatorias con relación al tema de salud, debido a que su lucha se ha centrado particularmente en reclamar los derechos territoriales y de educación, centrando el campo de la salud solamente a la protección de las prácticas tradicionales en salud de las poblaciones afrocolombianas, sin avanzar hacia la postura de la inclusión de estas prácticas en las políticas de salud colombiana. Esto muestra la diversidad de posiciones, procesos e interés por parte de los movimientos y organizaciones afrocolombianas al momento de pensar en temas tan fundamentales como es la salud de sus poblaciones (DPN, 2002; MG, 1993; Makanaky, 2010; OPS, 2011; Moreno, 2008; OPS, 2008; Arocha, 1999; Escobar, 2010; Restrepo, 2013).

Finalmente, otro de los factores que influyen en el diseño de modelos diferenciales en salud para la población de parteras(os), es el desconocimiento por parte de esta población de lo que conceptualmente es y significa un verdadero modelo intercultural crítico, que permita un diálogo de saberes con los funcionarios de salud. Además, la falta de unión como gremio dificulta realizar acciones planeadas para lograr un verdadero reconocimiento e inclusión más allá de lo cultural a lo político.

Dentro de los factores facilitadores para el desarrollo de modelos diferenciales en salud encontramos la disposición y apertura por parte de la población de parteras(os) a la construcción conjunta, con los equipos de funcionarios de salud, de políticas públicas diferenciales.

La nueva Política de Atención Integral en Salud (PAIS) es un facilitador y una verdadera oportunidad de construir verdaderas políticas diferenciales en salud. Esta nueva normatividad da un paso para que organizaciones gubernamentales en salud, entidades territoriales y actores del sistema de salud se piensen y apliquen un carácter diferencial por territorio y por población (Ministerio de Salud, 2016).

Esto trae nuevos retos para el Ministerio de Salud y Protección Social, especialmente en generar nuevas políticas en las que se incluya lo diferencial, verdaderamente. Uno de esos retos es, desde el campo de vista de prestación de servicios de salud, visibilizar y generar normatividad para la inclusión de las(os) parteras(os) al sistema. Desde el sistema de vigilancia por parte del Instituto Nacional de Salud (INS) se incluyen a las(os) parteras(os) como parte del sistema, a través de convertirse en unidades notificadoras de eventos. Por su lado, el Invima debe crear un sistema de vigilancia de productos naturales usados por parteras(os); todo esto si de

verdad el gobierno quiere trascender la equidad y la salud intercultural crítica.

Por último, es vital el resurgimiento del debate en la academia (Argüello-Avenidaño, 2014; Gonzáles, 2010; Hincapié, 2000; López, 2011; Navarro, 2012), lo que puede brindar una visión más política en temas como la interculturalidad, que van más allá de lo cultural y simbólico. Lo anterior, con el objetivo de que ayude a consolidar la legitimación y el reconocimiento de agentes tradicionales en salud, como es el caso de las(os) parteras(os) tradicionales.





**Fotografía:** Daniel Barrera Camacho



# 7.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abadía, C. E., Cortés, G., Fino, D., García, C., Goretty, D., Pinula, M. Y., et. al. (2007). Perspectivas inter-situadas sobre el capitalismo en la salud: Desde Colombia y sobre Colombia. *Palimpsestus*, (6), 12. Recuperado desde <http://sedlocal.sedbogota.edu.co/cdlusme/images/stories/saludalcolegio/perspectivas.pdf>

Albó, X. (2004). Interculturalidad y Salud. En G. Fernández (editor). *Salud e Interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas* (pp. 129-152). Quito: Ediciones Abya-Ayala, Agencia Bolhispana, Universidad de Castilla-La Mancha.

Alcaldía Distrital de Buenaventura. Secretaria de Salud Distrital de Buenaventura. (2016). *Análisis de Situación en Salud - ASIS*. Buenaventura.

Almaguer, J. A., Vargas, V., y García Ramírez, H. J. (editores). (2014). *Interculturalidad en salud*. México: Biblioteca Mexicana del Conocimiento.

Argüello-Avenidaño, H. E., y 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. *Revista Liminar*, 2(2), 13-29.

Arias, M. (2000). La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Investigación y Educación en Enfermería*, XVIII(1), 13-26

Arocha, J. (1988). La inclusión de los afrocolombianos. ¿Meta inalcanzable? En A. Maya (editor), *Los afrocolombianos. Geografía humana de Colombia* (vol. 6) (pp. 333-395). Santafé de Bogotá: Instituto de Cultura Hispánica.

Arocha, J. (1999). *Ombligados de Ananse. Hilos ancestrales y modernos en el Pacífico colombiano*. Universidad Nacional de Colombia: Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Colección CES.

Bernal, J. (editor). (1996). *Sistemas de salud de las comunidades indígenas y negras de Colombia estudiadas por la Gran Expedición Humana. Terrenos de la Gran Expedición Humana. Serie Reportes de Investigación*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

Bolán, E. N. (2013), *Las políticas culturales en América Latina en el contexto de la diversidad*. En A. Grimson y K. Bidaseca (editores). *Hegemonía cultural y políticas de la diferencia* (1 ed.) (pp. 23-45). Buenos Aires: Clacso.

Bonfil Battalla, G. (2006). *Etnodesarrollo sus premisas jurídicas, políticas y de organización*. En *Obras escogidas de Guillermo Bonfil Batalla*. Tomo II (pp. 464-480). México: INAH/INI.

Briceño-León, R. (2003). *Las Ciencias Sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico*. *Cien. Saude Colet*, 8(1), 33-45.

Campos Navarro, R. (2004). *Experiencia sobre salud intercultural en América Latina*. En G. Fernández (editor). *Salud e interculturalidad en América Latina: Perspectivas antropológicas*

(pp. 75-92). Quito: Ediciones Abya-Ayala, Agencia Bolhispana, Universidad de Castilla-La Mancha.

Campos Navarro. R. (2010). Marco conceptual sobre diálogo intercultural en salud. En Memorias Encuentro Internacional de Salud Intercultural Proyecto Embera – Risaralda (pp. 27-34). Colombia: Instituto de Bienestar Familiar, OIM, CRIR, UNFPA.

Cardona Arias, J. A., Rivera Palomino, Y., y Fonseca, J. C. (2015). Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo Intercultural. *Revista Cuba Salud Pública*. 41(1), 77-93.

Carrillo, A. (2007). Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década. *Revista Ciencias la Salud*, 5(2), 72-85.

Castro, R. (2000). Formas de precariedad y autoritarismo presentes en la vivencia de la reproducción en el área rural de Morelos. En C. Stern y C. J. Echarri (coordinadores), *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación* (pp. 33-66). México: El Colegio de México.

Castro, R. (2002). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México: Universidad Autónoma de México y Centro Regional de investigaciones Multidisciplinarias (CRIM).

Comelles, J. M. (2004). El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el S.XXI. En G. Fernández Juárez (editor), *Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas* (1 ed.) (pp. 17-30). Quito: Ediciones Abya-Ayala, Agencia Bolhispana, Universidad de Castilla-La Mancha. Recuperado desde [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-73562006000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73562006000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes) 3169. Política para la Población Afrocolombiana. República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá, mayo 23 de 2002.

Decreto 3039 de 2007 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. 2007-2010, Bogotá, 10 de agosto de 2007.

Dietz, G. (2014). Multiculturalismo, interculturalidad y diversidad en educación. Una aproximación antropológica. México: Fondo de Cultura Económica.

Distrito de Buenaventura, y Secretaria de Salud Distrital. (2015). Análisis de situación de salud. Modelo de los determinantes sociales de salud distrito de Buenaventura. Buenaventura: Secretaría de Salud Distrital.

Domínguez, L. C. (2006). Una aproximación al proyecto multicultural del sistema sanitario colombiano. *Revista Gerencia Política y Salud*, (10), 50-69.

Ehrenreich, E., y English, D. (1988). Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras, dolencias y trastornos. Política sexual de la enfermedad. Barcelona: La Sal.

Escobar, A (2010). Territorios de diferencia: lugar, movimientos, vida, redes. Popayán: Envió Editores.

Espinosa Cortés, L. M., y Ysunza Ogazón, A. (2009). Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. *Ciencias la Salud Humanas*, 16(3), 293-301.

Evidence and Lessons from Latin America (ELLA). (2013). Intercultural health policies in Latin America (pp. 1-7). México:

Fundar. Recuperado desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/23338697>

Fernández Juárez, G. (coordinador). (2006). Algunas reflexiones inspiradas en Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas. Quito, Abya Yala, Universidad de Castilla-La Mancha, Bolhispania, 2004, 350 p. II. Antropología de la Salud y crítica intercultural, Quito, Abya Yala & Universidad de Castilla-la Mancha, 2006, 450 p.

Fernández, G. (editor). (2004). Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas. Quito: Ediciones Abya-Ayala, Agencia Bolhispana, Universidad de Castilla-La Mancha.

Franco Agudelo, S. (2003). Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social en Colombia. *Revista Gerencia, Política y Salud*, (4), 58-69.

Frenk, J. (1994). La salud de la población. *Hacia una nueva salud pública* (p. 164). México. USA: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Gaviria, A., Muñoz, N., Ruíz, F., Ospina, M., Arias, J., & Ortiz, L. et al. (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado desde [http://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/Plan Decenal - Documento en consulta para aprobaci%C3%B3n.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/Plan_Decenal_-_Documento_en_consulta_para_aprobaci%C3%B3n.pdf)

Gobernación del Valle del Cauca, y Secretaría de Salud Departamental. (2017). Cobertura de Afiliación al SGSSS. Cali: Gobernación del Valle del Cauca, Secretaría de Salud Departamental.

Gobernación del Valle del Cauca, y Secretaría de Planeación Departamental. (2017). Asignación de Recursos del Sistema

General de Participaciones-SGP. Cali: Gobernación del Valle del Cauca, Secretaría de Planeación Departamental.

Gobernación del Valle del Cauca, y Secretaría de Salud Departamental. (2016). Análisis de Situación en Salud-ASIS. Cali: Gobernación del Valle del Cauca, Secretaría de Salud Departamental.

Gobernación del Valle del Cauca, y Secretaría de Salud Departamental. (2016). Alcances al Documento de Red - Organización de prestadores de servicios de salud públicos del departamento del Valle del Cauca - Modelo de red de servicios. Cali: Gobernación del Valle del Cauca, Secretaría de Salud Departamental

Gobernación del Valle del Cauca. (2009). Anuario Estadístico del Valle del Cauca 2008-2009. Cali: Gobernación del Valle del Cauca.

Gonzáles, D., y Corral, J. (2010). Definición del rol de la(o)s partera(o)s en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador. Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Recuperado desde [http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D277.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D277.pdf)

González, M., Argüello, A. M., y Avendaño, H. E. (2018). Partería tradicional en el marco normativo de cuatro países latinoamericanos: del reconocimiento a la ambigüedad. En Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas (pp. 154-210). San Cristóbal de Las Casas, Chiapas: El Colegio de la Frontera Sur.

Guerrero, R., Gallego, A., Becerril-Montekio, V., Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. Salud Publica México, 53(2), S144-S155.

Gutiérrez, G. (1991). Los sistemas locales de salud: una transición de la respuesta social organizada. Salud Pública de México, 33(6), 617-622.

Hammersley, M., y Atkinson, P. (1994): Etnografía. Métodos de investigación. Barcelona: Editorial Piados.

Harris, M. (1996). Antropología cultural. Madrid: Harper & Row, Inc.

Hincapié, E., y Valencia, C. P. (2000). Capacitación de la(o)s partera(o)s y su relación con la mortalidad perinatal en el municipio de Quinchía, Colombia. Colombia Médica, (31), 11-5.

International Care, Ministerio de Salud Pública, y Dirección Provincial de Salud de Pichincha. (2011). Por un parto culturalmente adecuado: un derecho de las mujeres y los recién nacidos. Recuperado desde <http://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2014/03/Sistematizacion-Parto-Culturalmente-Adecuado1.pdf>

Jiménez, S., Pelcastre, B., y Figueroa, J. (2008). Parteras tradicionales y su relación con las instituciones de salud. Entre la resistencia y la subordinación. Revista Chilena de Salud Pública, 12(3), 161-168. doi:10.5354/0719-5281.2010.2205

Kolodin, S., Rodríguez, G., y Alegría-Flores, K. (editores). (2015). Asuntos de familia: estudio cualitativo sobre las redes sociales durante el embarazo y parto en Mesoamérica: Chiapas (México), Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.

La Veist, T. (2005). Minority populations and health. An introduction to health disparities in the United States (1 ed.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Lagos, G. (2010). Plan Andino de Salud Intercultural. En G. Fernández (editor). Salud, interculturalidad y derechos claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen vivir (pp. 191-196). Quito: Editorial Abya-Yala.

Larralde, C. (1993). La biomedicina. ¿Qué, quién y para qué? *Ciencias*, (30), 19-22.

Laza, C. (2011). La partera tradicional, ¿más allá de atender partos? *Revista Teoría y Praxis Investigativa*, 6(2), 82-8.

Ley 70 de 1993 por la cual se desarrolla el artículo transitorio 55 de la Constitución Política de Colombia. República de Colombia, Ministerio de Gobierno de Colombia, Bogotá, agosto 27 de 1993.

Ley para la Maternidad Saludable. Congreso de la República de Guatemala, 2010. Recuperado desde [http://www.cepal.org/oig/doc/LeyesCuidado/GTM/2010\\_D32-2010\\_GTM.pdf](http://www.cepal.org/oig/doc/LeyesCuidado/GTM/2010_D32-2010_GTM.pdf)

Londoño, J. L., y Frenk, J. (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina (pp. 307-346). México: Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe (Funsalud).

López, L., Cataño, N., López, H., y Velásquez, V. (2011). Diversidad cultural de sanadores tradicionales afrocolombianos: preservación y conciliación de saberes. *Aquichan*, 11(3), 287-304. Recuperado desde <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=74741198&lang=es&site=ehost-live>

Macías Llanes, M. E. (2011). Ciencias Sociales y Humanísticas en la formación médica. *Revista Humanidades Médicas*, 11(1), 18-44. Recuperado desde <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/38/9MENÉNDE>

Madariaga, C. (2008): Interculturalidad, salud y derechos humanos: hacia un cambio epistemológico. *Reflexión*, (36), 1-5.

Makanaky, G. Discriminación Estructural y acceso a la Salud. Grupo de Trabajo de Expertos en Población afrodescendiente. Recuperado desde [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:rT3XiiTDVIJ:www2.ohchr.org/english/events/iypad2011/documents/Working\\_Group\\_on\\_African\\_Descent/2010\\_WGPAD\\_Session/Discriminacion\\_Estructural\\_y\\_Acceso\\_a\\_la\\_Salud-G\\_Makanaky.doc+&cd=22&hl=es&ct=clnk&gl=co](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:rT3XiiTDVIJ:www2.ohchr.org/english/events/iypad2011/documents/Working_Group_on_African_Descent/2010_WGPAD_Session/Discriminacion_Estructural_y_Acceso_a_la_Salud-G_Makanaky.doc+&cd=22&hl=es&ct=clnk&gl=co)

Menéndez, E. (1981). Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán, México. México: Ediciones de la Casa Chata.

Menéndez, E. (2000). Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos. En E. Perdiguero y J. M. Comelles (editores), Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina (pp.163-188). Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Menéndez, E. (2002). La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. Salud colectiva, La Plata, 1(1), 9-32.

Menéndez, E. (2006). Interculturalidad; diferencias y antropología at home. Algunas cuestiones metodológicas. En G. Fernández (editor), Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural (1 ed.) (pp. 51-63). Quito: Ediciones Abya-Ayala.

Mignolo, W, (2003). Historias locales/diseños globales. Colonialidad conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo. Madrid: Akal.

Mignone, J., Bartlett, J., y Neil, J. O. (2006). Prácticas modelo en salud intercultural. Recuperado desde [http://www.centroetnosalud.com/trabajos/Dr Javier Mignone\\_Modelo.pdf](http://www.centroetnosalud.com/trabajos/Dr_Javier_Mignone_Modelo.pdf)

Ministerio de Salud de Perú, y Oficina General de Epidemiología de Perú. (2002). Guía para el análisis de la respuesta social a los problemas de salud con énfasis en los servicios. Recuperado desde <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/050408.pdf>.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2014). Consulta para la creación de «la política de comadronas» en Escuintla. Recuperado desde <http://mspas.gob.gt/index.php/en/mspas/noticias/700-consulta-para-la-creacion-de-la-politica-de-comadronas-en-escuintla.html>

Ministerio de Salud y Protección Social. Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas. Prosperidad para Todos. Protocolo de atención preconcepcional. 2014. Bogotá DC. ISBN: 9789588735658.

Moreno, R. (2008). Salud y minorías étnicas en Colombia (Tesis de Especialización). Universidad de Verano de Derechos Humanos y del Derecho a la Educación.

Napier, A., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., & Chatterjee, H. et al. (2014). Culture and health. *The Lancet*, 384(9954), 1607-1639. doi: 10.1016/s0140-6736(14)61603-2

Navarro Valencia M: “Entre la cama y el paritorio: Salud reproductiva y cultura entre las mujeres afrocolombianas de la ciudad de Buenaventura. Una perspectiva antropológica”. Tesis doctoral, 2007.

Navarro Valencia, M. (2012). Cuerpos afrocolombianos. Prácticas y representaciones sociales en torno a la maternidad, las

uniones y la salud sexual y reproductiva en la costa Pacífica colombiana. Quito: Ediciones Abya-Ayala.

Norbert, E. (2009). El proceso de la civilización. México: Fondo de Cultura Económico.

O'Neill, J., Bartlett, J., y Mignone, J. (2006). Best practices in intercultural health (p. 68). Washington D. C.: Inter-American Development Bank. Recuperado desde <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5214/BestPracticesinInterculturalHealth.pdf?sequence=1>

Oliveira, F. (2003). Políticas públicas, salud de la mujer y agenda feminista. En Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del caribe. Mujeres negras e indígenas alzan su voz (pp. 60-69). Santiago de Chile: Cuadernos Mujer y Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2008). Equidad en salud para las minorías étnicas en Colombia. Bogotá D. C.: Colombia: OPS/OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2011). Desigualdades en salud en Colombia. New York: PAHO.

Organización Panamericana de la Salud. (2012). Colombia Maternidad segura en el Litoral Pacífico caucano: camino hacia un parto seguro y feliz. Colombia: OPS/OMS.

Pabon Varela, Y., Cortina Navarro, C., Pabón Varela, Y., Brito Ferreira, K., y Freyle Brito, Y. (2018). La partería tradicional en tres regiones del Magdalena-Colombia. Revista Cubana de Enfermería, 34(2). Recuperado desde <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1657/355>

Paniagua, W., y Hernández, A. L. (2008). Desde otro punto de vista. Un acercamiento a la salud intercultural en Guatemala. *Revista Reflexiones*, (3), 32-35.

Pantoja, J. (compilador). (2008). *Tras el conocimiento ancestral afrocolombiano. Encuentros de saberes en medicina tradicional del pacífico colombiano*. Guapi: Asociación Jumpro.

Pérez, G. J. (2007). *Historia, geografía y puerto como determinantes de la situación social de Buenaventura*. Bogotá: Centro de Estudios Económicos Regionales, Banco de la República.

Quijano, A. (1992). *Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina*. Lima: Centro de Investigaciones y Estudios Sociales (CIES).

Quiroz Pérez, L. (2018). La (in)definición de la partería: El discurso sobre partería tradicional en la política pública sanitaria internacional 1990-2017. En *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas* (pp. 95-120). San Cristóbal de Las Casas, Chiapas: El Colegio de la Frontera Sur.

Radio Nacional de Venezuela. (2013). *Venezuela cuenta con 32 oficinas de atención integral al paciente indígena*. Recuperado desde <http://www.rnv.gov.ve/venezuela-cuenta-con-32-oficinas-de-atencion-integral-al-paciente-indigena/>

Radoff, K., Thompson, L., Bly, K., & Romero, C. (2013). Practices related to postpartum uterine involution in the Western Highlands of Guatemala. *Midwifery*, 29(3), 225-232. doi: 10.1016/j.midw.2011.12.009

Ranis, G., y Stewart, F. *Crecimiento económico y desarrollo humano en América Latina*. *Revista de la Cepal*, (78), 7-24.

Renfrew, M., McFadden, A., Bastos, M., Campbell, J., Channon, A., y Cheung, N. et al. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129-1145. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60789-3

República de Colombia, y Congreso de la República de Colombia. (1993). *Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud: Ley 100*. Bogotá: Congreso de la República

República de Colombia, y Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2005). *Proyecciones de población 2005*. Bogotá: DANE.

República de Colombia, y Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2012). *Necesidades Básicas Insatisfechas-NBI, por total, cabecera y resto, según municipio y nacional a 31 de diciembre de 2011*. Bogotá: DANE.

República de Colombia, y Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2016). *Indicadores de mortalidad 1985-2015*. Bogotá: DANE.

República de Colombia, y Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2016). *Indicadores de nacimientos*. Bogotá DC, 2016.

República de Colombia, y Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2017). *Mercado laboral de la ciudad de Buenaventura, 2016*. Boletín Técnico.

República de Colombia, y Departamento Nacional de Planeación. (2017). *Fichas de Caracterización Territorial*. Bogotá: DNP.

República de Colombia, y Ministerio de Educación Nacional. (2014). Educación superior 2014 - síntesis estadística. Bogotá: MEN.

República de Colombia, y Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

República de Colombia. Red Nacional de Información. Unidad para las Víctimas. Bogotá DC, 20017. <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>

Resolución 429 de 2016 por la cual se adopta la Política Integral de Atención en Salud (PAIS). República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, 17 de febrero de 2016.

Resolución 518 de 2015 por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión en Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública e Intervenciones Colectivas. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, 24 de febrero de 2015.

Restrepo, E. (2004). Esencialismo étnico y movilización política: tensiones en las relaciones entre saber y poder. En O. Barbary y F. Urrea (editores), *Gente negra en Colombia. Dinámicas socio-políticas en Cali y el Pacífico* (pp. 227-244). Medellín: Lealon, Cidse/Univalle-Colciencias.

Restrepo, E. (2013). Articulaciones de negritud: políticas y tecnologías de la diferencia en Colombia. En *Hegemonía cultural y políticas de la diferencia* (1 ed.). (pp. 147-163). Clacso.

Rodríguez, L. (2004). Género y etnia, los cruces de las inequidades en la salud. En G. Fernández (editor), *Salud, in-*

terculturalidad y derechos claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen vivir (pp. 149-161). Quito: Editorial Abya-Yala.

Rojas, O. A. (2012). "Currículum oculto" en medicina: una reflexión docente. *Revista Médica de Chile*, (140), 1213-1217

Romaní, O. (1996). Antropología de la marginación. Una cierta incertidumbre. En J. Prat y A. Martínez (editores), *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat* (pp. 303–315). Barcelona: Editorial Ariel.

Romaní, O. (2004). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.

Rosero, A. E. F. (2013). La construcción del sujeto colectivo afrocolombiano: lecciones de una consulta. *Revista de Derecho Público*, 31, 4 - 25

Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(1), 80-93.

Sánchez, J. A. (1998). Curanderos afrocolombianos y el territorio como escenario religioso. En G. Ferro (editor), *Religión y etnicidad en América Latina*. Tomo III. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología.

Secretaria de Salud de México. Guía para la autorización de la(o)s partera(o)s tradicionales como personal de salud no profesional. Recuperado desde <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/MedicinaTradicional/GuiaAutorizacionParteras.pdf>

Stolke V. (2003). La mujer es puro cuento: la cultura del género. *Quaderns. Serie monográficos*, (19), 69–95.

The Latin American & Caribbean Network for Humanization of Childbirth. (2007). Traditional midwives are widwives. Recuperado desde <http://www.midwiferytoday.com/articles/traditionalmidwivesmt82.asp>

Tubino, F. (2005). La interculturalidad crítica como proyecto ético-político [Internet]. Encuentro continental de educadores agustinianos. Recuperado desde <https://oala.villanova.edu/congresos/educacion/lima-ponen-02.html>

United Nations Population Fund. (2014). El estado de la(o)s partera(o)s en el mundo 2014. Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de mujer. Estados Unidos: Naciones Unidas. Recuperado desde <http://www.unfpa.org/sowmy>

Vaca, K. (2012). Sistematización de la experiencia en salud de médicos del mundo en el hospital Patacayama (pp. 1-19). Recuperado desde <http://www.saludintegralincluyente.com/ftp/saludintegralincluyente/DOCUMENTOS/PDF/sistematizacion/Sistematizacion Patacamaya Bolivia.pdf>

Vieira, C., Portela A., Miller, T., Coast, E., Leone, T., y Marston, C. (2012). Increasing the use of skilled health personnel where traditional birth attendants were providers of childbirth care: a systematic review. *PLoS One*, 7(10).

Villar Borda, L. (2007). Estado de derecho y Estado social de derecho. *Revista Derecho del Estado*, (20), 73-96.

Viveros, M., y Gil, F. (2006). De las desigualdades sociales a las diferencias culturales. Género raza y etnicidad en la salud sexual y reproductiva en Colombia. En M. Viveros, *Saberes culturales y derechos sexuales en Colombia* (pp. 87-108), Bogotá: Tercer Mundo Editores.

Walsh, C. (2012). Interculturalidad y de-colonialidad: perspectivas críticas. *Visao Global*, 215(1-2), 61-74.

Zuluaga, G. (2006). La construcción cultural de la salud y la enfermedad Aproximación desde un diálogo intercultural (pp. 1-28). Presentación, Seminario Internacional de Etnoecología y Conocimiento Tradicional, Universidad del Rosario y Universidad Complutense de Madrid, Bogotá. Recuperado desde <https://carmonje.wikispaces.com/file/view/La+construcción+cultural+de+la+salud+y+la+enfermedad.pdf>

