

Capítulo 2

“Una cosa muy valiosa dentro de mi comunidad”: significados que otorgan las mujeres afrodescendientes en la salud materna rural

Julio Alberto Marín Muñoz

Cita este capítulo:

Marín Muñoz JA. “Una cosa muy valiosa dentro de mi comunidad”: significados que otorgan las mujeres afrodescendientes en la salud materna rural. En: Zambrano Bermeo RN. y Marín Muñoz JA. (eds. científicos). *Mujeres, Salud y Cotidianidad. ¿Iguales o diferentes?*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. pp 39-71.

Capítulo 2

“Una cosa muy valiosa dentro de mi comunidad”: significados que otorgan las mujeres afrodescendientes en la salud materna rural

Julio Alberto Marín Muñoz*

<https://orcid.org/0000-0001-5483-5060>

RESUMEN

El presente escrito tiene como propósito, describir los significados que las mujeres afrodescendientes le otorgan a ser una partera tradicional en el área rural, frente a experiencias de la salud materna, en el municipio de Buenos Aires, Cauca (Colombia). El elemento teórico principal fue la categoría de género, que hace parte de la “Triple Inequidad” descrita por Jaime Breilh¹; también se incluyeron elementos conceptuales como: partera tradicional, partería tradicional e interseccionalidad, para dilucidar el problema de investigación. Se compilan los resultados de un trabajo de investigación realizado en el año 2019, de tipo cualitativo con herramientas y técnicas etnográficas basadas en el método de Rosana Guber²; las categorías apriorísticas y de campo facilitaron la codificación, estructura y procesamiento de los datos, los cuales se orientaron con avances actuales en metodología de la investigación cualitativa y tecnológica. Desde la perspectiva EMIC usada en antropología de la salud, el análisis de la información se relaciona con las evidencias testimoniales, el referente teórico y otras evidencias académicas semejantes a la temática. Las mujeres afrodescendientes de la alta ruralidad ejercen como parteras tradicionales, porque manifiestan que es un legado el cuidar la vida en sus territorios, donde la atención en salud es deficiente o no existe; porque para estas mujeres es importante preservar la salud de la mujer y de las futuras generaciones, a través de sus prácticas y saberes

* Universidad Santiago de Cali
Cali, Colombia

✉ julio.marin00@usc.edu.co; alberto.marin00@yahoo.com

ancestrales, que les han permitido co-crear un escenario de cuidado desde ellas mismas y para las demás, por eso es, valioso para su comunidad.

Palabras Claves: mujer, afrodescendiente, partera tradicional, salud materna.

Abstract

The purpose of this writing is to describe the meanings that Afro-descendant women give to being a traditional midwife, compared to the experiences of maternal health in the rural context, in the municipality of Buenos Aires, Cauca (Colombia). The main theoretical element was the Gender category, which is part of the Triple Inequity described by Jaime Breilh¹; Conceptual elements such as: Traditional Midwife, Traditional Midwife and Intersectionality were also included to elucidate the research problem. The results of a qualitative research carried out in 2019 were compiled with ethnographic tools and techniques based on the method of Rosana Guber²; the a priori and fieldwork categories facilitated the coding, structure and processing of the data, which were guided by current advances in qualitative and technological research methodology. From the EMIC perspective used in health anthropology, the analysis of the information was related to the testimonial evidence, the theoretical framework and other academic evidence similar to the subject. Afro-descendant women from high rural areas work as traditional midwives. They affirm that it is a legacy to take care of life in their territories where health care is deficient or does not exist; For these women it is important to preserve the health of women and future generations, through their ancestral practices and knowledge, which has allowed them to co-create a scenario of care for themselves and for others, that is why it is valuable for their community.

Keywords: women, afro-descendant, traditional midwife, maternal health.

INTRODUCCIÓN

América Latina ha sido históricamente una región desigual³; en Colombia, tal fenómeno no es distinto y se ve agravado por las condiciones de violencia y abandono que conviven en este territorio, especialmente en las zonas rurales. A las desigualdades económicas y sociales, se suma la desigualdad de género imperante en la región; transversal a todas las demás desigualdades existentes y que subyuga a la mujer a otras formas de violencia y sometimiento (normas culturales imperantes señalan roles muy definidos a la mujer)³. Además de lo anterior, la desigualdad, de tipo étnico, es un problema relevante y que genera gran preocupación en Latinoamérica, donde el 33% de la población corresponde a minorías indígenas y afrodescendientes y 58 millones de mujeres viven en el área rural³. Cuando cruzamos estas formas de desigualdad (género, clase social y etnia) en diferentes combinaciones, escenificadas en distintos telones sociales e históricos, se “aumentan las barreras para el acceso y disfrute de los derechos”^{3,4}; a este fenómeno, Breilh lo ha denominado: la “Triple Inequidad en Latinoamérica”.

En un territorio donde una de cada tres mujeres carece de ingresos propios, y donde los indicadores de pobreza son mayores para el género femenino en las franjas rurales, la situación de las mujeres resulta especialmente vulnerable³. Esas mismas mujeres son víctimas de violencia económica: mayor desempleo, menor formalidad laboral y una menor remuneración. “Esta situación de menor ingreso tiene efectos en la salud, la nutrición, el acceso a la sanidad y el agua potable, la educación, el desarrollo de habilidades profesionales, la tecnología y el desarrollo infantil. Como la más visible manifestación de la discriminación hacia las mujeres, la violencia contra las mujeres y las niñas es una de las violaciones de los derechos humanos más extendida constituyéndose en una amenaza para la democracia. Es una barrera para el logro de la paz, un problema de salud pública y justicia social, además de una carga a las economías nacionales. Es una violencia basada en las desigualdades de género y en la discriminación”³.

La inequidad contra la mujer es disruptiva del bienestar común, porque restringe las capacidades de ellas como individuos y limita la satisfacción de sus necesidades.

En las áreas rurales de Colombia, sobreviven múltiples prácticas tradicionales ejercidas predominantemente por mujeres. Labores que se caracterizan por las condiciones de precariedad en las que se encuadran, siendo la partería tradicional una de ellas. A pesar de los contextos de exclusión social, étnica y económica, la partería es desempeñada por mujeres afrocolombianas en varios sectores rurales del país (y de la región); una labor que no es reconocida y que por el contrario es invisibilizada. Por ser la múltiple inequidad un problema cardinal para la salud pública en nuestra región, estos fenómenos necesitan ser contados para ser entendidos y abordados ³.

La partería tradicional, en el año 2017, ha sido declarada como Patrimonio Cultural Inmaterial en el territorio nacional, según lo manifestado en la Resolución 1077 de 2017, del Ministerio de Cultura de Colombia; lo incluido como patrimonio cultural inmaterial comprende los “Saberes asociados a la partería afro del Pacífico” con su Plan Especial de Salvaguardia ⁵, aprobado el Ministerio de Cultura, bajo el Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura 1088 de 2015, donde se estipula que la partería tradicional hace parte de los campos de PCI (Patrimonio Cultural Inmaterial) en lo relacionado a la medicina tradicional, conocimiento tradicional, el universo y la organización social.

Esta compilación de los saberes de la “Partería Afro del Pacífico”, hace parte del Patrimonio Cultural Inmaterial de Colombia. De este trabajo se resaltan los siguientes aspectos: es pertinente, porque corresponde a los campos de la medicina tradicional y conocimientos sobre la naturaleza, el universo y la organización social; esta manifestación es representativa, porque es un saber que trasciende culturalmente; genera identidad, porque es una práctica propia de los afrodescendientes; es de naturaleza e identidad colectiva, porque es vital para las comunidades afrodescendientes, además de poseer un fuerte enfoque de género; es una manifestación vigente, porque aún es

*«Una cosa muy valiosa dentro de mi comunidad»:
significados que otorgan las mujeres afrodescendientes en la salud materna rural*

practicada en zonas rurales y urbanas (Buenaventura); es equitativa, porque cualquier mujer puede ejercer la partería tradicional si tienen gusto y amor por el trabajo, haciendo énfasis que también es un trabajo solidario dado que ejercen su tarea así la parturienta tenga recursos o no; y es responsable, porque a través de la partera, se han generado encuentros de aprendizaje donde se respetan los derechos individuales y/o colectivos⁶.

Entonces, la partería tradicional contribuye con dos de los objetivos del milenio, Objetivo N° 4: que es reducir la mortalidad infantil ⁷ y Objetivo N° 5 mejorar la salud materna ⁸. Con referencia de lo anterior, desde un contexto global, los 73 países africanos, asiáticos y latinoamericanos representados en el informe denominado Estado de la Partería en el Mundo 2014 (último reporte trienal publicado oficialmente), declararon que en estas naciones se encuentra el 96% de la carga global de muertes maternas, el 91% de mortinatos y el 93 % de muertes neonatales, contando con el 42% de las parteras, enfermeros y médicos en el mundo; el informe exhorta a los países a invertir en la educación y capacitación en partería para contribuir a reducir las evidentes deficiencias que existen, tal como lo demuestra un estudio revelador realizado en Bangladesh, donde se expone que las contribuciones en educación y capacitación en partería (según estándares internacionales) pueden producir un retorno del 1.600 por ciento con respecto a lo invertido en tal programa ⁹.

En este mismo orden y dirección, en la publicación (artículo en inglés) del portal Midwifery Today, The heart and science of birth (2007) el autor nos expone que, en algunas zonas rurales de los países latinoamericanos las parteras continúan atendiendo nacimientos. Sin embargo la medicalización del parto y la expansión en su atención logró que, los médicos empezaran “a ver a las parteras tradicionales como primitivas y a asumir que no tenían nada que contribuir a la atención de la maternidad”, a tal punto que las parteras han sido discriminadas en la sociedad, causando confusión sobre su rol tradicional ¹⁰.

Cabe agregar que sólo hasta tiempos recientes, se les ha dado algo de crédito y de reivindicación. Ahora reconocemos la importancia histórica y social que estas personas merecen “Las parteras continúan jugando un importante papel en la salud materna en varios países del mundo, dado que tienen amplia aceptación en las comunidades, reciben capacitación en buenas prácticas y pueden detectar las alteraciones tempranas del embarazo y el parto; sin embargo, en otros países este oficio se halla prácticamente en el ocaso, está reducido a zonas marginales y no cuentan con apoyo de los organismos de salud”¹¹.

Sí bien es cierto las parteras son mujeres con reconocimiento y figura de respeto en sus comunidades por su labor, ese mismo crédito no lo obtienen por parte de la biomedicina. Una partera manifiesta en el material de apoyo: “Partería: saber ancestral y práctica viva”.

Una parte de la sociedad desconoce nuestra profesión y no reconoce la sabiduría que tenemos porque somos mujeres pobres, negras y analfabetas (Voz de partera)¹².

En este orden de ideas de nuevo cito a Pórtela (2016) Investigador del Banco de la República de las áreas culturales de Chocó, Valle del Cauca y Nariño. Él hace énfasis en que las parteras llegan a todos los lugares del pacífico a diferencia de lo que ocurre con el Estado y la biomedicina; estas mujeres auxilian a aquellas que requieren de atención durante la gestación, alumbramiento y puerperio; manifiesta que la situación es grave sí la tasa de mortalidad por embarazo, parto y puerperio en la región es de 86.1 por 100.000 habitantes, cuando para el país es de 74.9; en el Chocó se encuentra la tasa más alta registrando 227.4, le sigue Cauca con 97.1, Nariño con 75.9 y el Valle del Cauca con 71.6 (cifras referidas por el autor, año 2016).

En algunos territorios es evidente la ausencia del Estado, y el olvido ha sido sistemático especialmente sobre las comunidades de la zona del Norte del Cauca. Esta región ha sido objeto de la violencia ejercida por grupos armados durante muchos años, en donde el conflicto se gestó primordialmente

«Una cosa muy valiosa dentro de mi comunidad»: significados que otorgan las mujeres afrodescendientes en la salud materna rural

en el área rural, sitio donde residen los asentamientos de los grupos étnicos afrodescendientes e indígenas. El desarrollo socioeconómico de estas zonas fue lento y se debe a que las diferentes políticas públicas de orden nacional y territorial no tuvieron el mismo impacto en ellas que en las cabeceras municipales, como consecuencia de esto “Todo ello llevo al atraso a estas zonas rurales de los municipios, donde era casi imposible el accionar de las administraciones locales del orden estatal”¹³.

La permanencia de estas mujeres con sus saberes y prácticas logra un gran aporte al colectivo afro en disminuir y/o eliminar las diferencias entre los indicadores de las tasas de morbilidad en los territorios ¹⁴. Igualmente Pórtela en su revisión sistemática (2013) afirma que es necesario “Rescatar la medicina tradicional en la salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas a través del diálogo intercultural” sugiere que ese objetivo se logra trabajando desde sector salud, a través del diálogo intercultural con aquellas personas socialmente valoradas, autovaloradas, visibles y con oportunidad de opinión un diálogo mediante el cual “ningún sujeto social se subordina ni subordina al otro” donde las relaciones sean simétricas y de interacción mutua a través del reconocimiento étnico, donde sea posible comprender la condición y/o capacidad de ser diferente ¹⁵.

La zona norte del Cauca, y en especial el municipio de Buenos Aires, Cauca, se ha caracterizado por la capacidad de organización y fortaleza de los grupos étnicos, en el proceso de resistir de manera pacífica al conflicto armado en su territorio; estas turbulencias sociales se han dado por los intereses sobre las riquezas del suelo, la ubicación geográfica privilegiada y el difícil relieve que tiene la región (incluso existen intereses económicos involucrando la minería y recursos energéticos provenientes de multinacionales instaladas en el territorio). Un problema social de esta región, ha sido la migración interna –el desplazamiento forzado– debido a las disputas por la tierra, causada por el aumento de superficie de los cultivos ilícitos, afectando la residencia en la zona ¹³.

La zona que comprende el norte del Cauca y el sur del Valle del Cauca es montañosa, escarpada y con dificultades para el acceso. Por el conocido aislamiento geográfico de la zona, las parteras debieron desarrollar conceptos únicos sobre la atención del parto y el cuidado de la mujer y el niño (y en extensión, el cuidado de toda la comunidad): ¿Cómo cuidar con lo que se podía comer en su tierra?, ¿cómo sanar con las plantas que crecían en sus linderos?, ¿cómo refugiarse de las particularidades del clima?, ¿cómo sobrevivir en medio de la pobreza y la lejanía y la guerra? Aspectos de los que hace mención el documento “Dinámicas del conflicto armado en el sur del Valle y norte del Cauca y su impacto humanitario”, resumen ejecutivo emitido por Fundación Ideas para la Paz, con el apoyo de United States Agency International Development (USAID) y la Organización Internacional para las Migraciones que trabajan en el “Área de Dinámicas del Conflicto y Negociaciones de Paz - Unidad de análisis siguiendo el conflicto”¹⁶.

Contextualizando, la partera en cuestión, está representada por una mujer afrodescendiente, que ejerce la partería tradicional como oficio y que ha permanecido en las zonas rurales descritas, facilitando la atención y los cuidados materno-perinatales. “(...) se diagnostica que la gran mayoría de la población afrocolombiana se encuentra marginada de los beneficios del desarrollo, con un bajo nivel de vida, expresado en términos de pobreza, inequidad, violencia, discriminación, debilidad de su capital humano y fragmentación del tejido social, siendo su estado, uno de los más críticos en la totalidad de la población colombiana (CONPES 3169 de 2002)”¹⁷.

De lo anterior, el documento Situación de las Mujeres Afrocolombianas e Indígenas, de la Corporación Humanas (2011-2014 último informe) destaca que el Estado colombiano carece de información sobre la situación de las mujeres afrocolombianas e indígenas respecto a: datos demográficos, cifras sobre sus victimizaciones, dificultades de acceso a la justicia y otra información con fuentes no precisas y de origen desconocido¹⁸.

El documento Los Afrocolombianos frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD

- 2012) consigna que la CEPAL (2007) propuso unos indicadores que permitieran tener un panorama global desde la perspectiva de género, involucrando los derechos reproductivos de la mujer, las desigualdades en el hogar y la violencia. Recalcan que aún no hay resultados, porque existen dificultades en la producción y recolección de información en términos de género y etnia. Destacan que es importante trabajar sobre estas líneas y generar bases de datos desde lo institucional para poder diseñar, ejecutar y evaluar, políticas públicas orientadas a la promoción de la equidad y disminución de la pobreza; lo anteriormente planteado es una de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cuyo Objetivo 3 es Promover la Equidad de Género y la Autonomía de la Mujer ¹⁹.

El panorama para las mujeres afrodescendientes presenta diferencias marcadas frente a sus congéneres no étnicas y a los hombres afrodescendientes, específicamente en lo referente a mayores tasas de desempleo además de malas condiciones laborales. Hay una elevada tendencia hacia las actividades de tipo informal, con mala remuneración y carentes de acceso a la seguridad social. Aquellas mujeres en situación de desplazamiento, tienen un panorama aún más desfavorable para acceder al mercado laboral, ya que su situación social incide en la obtención de una plaza de trabajo, lo que endurece la situación de pobreza y exclusión de estas mujeres –afrodescendientes desplazadas por los conflictos armados– ¹⁹.

MARCO REFERENCIAL

Relaciones de Género

Además de las características sexuales definidas por un genotipo y expresadas de manera orgánica mediante un fenotipo, se fueron construyendo diferencias culturales que les daban rasgos diferenciales a los individuos. Estas construcciones culturales primariamente obedecían a lo que la evidencia empírica mostraba sobre las diferencias entre el macho y la hembra: fuerza, talla, resistencia física, función reproductiva y

psiquismo básico. Posteriormente, estas nociones fueron evolucionando y abarcando nuevos elementos, creando un ideario que se correspondía a las expectativas que los pueblos y sociedades determinaban sobre lo que debía ser un macho o una hembra: roles de género anclados a los conceptos de masculinidad y feminidad.

Lo anterior determinó papeles distintos para el hombre y la mujer ante la comunidad, sobreponiendo las construcciones sociales muy por encima de las distinciones orgánicas. Más allá de las formas de interacción entre hombres y mujeres, se adjudicaron papeles y posiciones distintivas a cada uno en el hogar, en el trabajo, en las instituciones, en el acceso al conocimiento, en la propiedad y finalmente en el acceso al poder. Los individuos del género masculino pudieron ubicarse en una situación estratégica para la captación de los rendimientos y el control de los excedentes del trabajo: dominio social y económico.

Las distinciones biológicas fueron transformadas en inequidad de género. Alrededor del género dominante, se construyeron barreras que permitieron perpetuar su acceso preferente a las instituciones de poder: barreras culturales, económicas, religiosas y políticas. La reivindicación de los derechos de la mujer, junto a la visibilización de otras formas existentes de género, han puesto en tensión las estructuras tradicionales de dominación. En tanto que las sociedades modernas exigen mayor equidad social y económica, se hace necesario que las estructuras de poder sean permeadas y transformadas en verdaderas representaciones de la diversidad de su pueblo: romper la amalgama de género y poder ¹.

Partera tradicional afrodescendiente

La mujer partera dentro de una comunidad afrodescendiente es una figura distintiva, referente para ella y para las demás mujeres, pues va más allá de una representación de la maternalidad intrínsecamente ligada a su género, poseyendo atributos otorgados y heredados, que sólo ella ostenta por su

ocupación en la partería tradicional; una labor que como práctica tiene un legado ancestral, histórico, social y ligado al género (en la mayoría de los pueblos). La tradición en ella es visible, siendo la líder y referente en salud para su comunidad; entretejiendo relaciones, fortaleciendo vínculos sociales y siendo la autoridad frente a una atención en salud en zonas donde la cobertura de servicios es baja, precisamente es allí donde ellas se hacen más presentes.

En las comunidades negras del Pacífico colombiano, las parteras se definen a sí mismas de muchas maneras, y no únicamente como mujeres que acompañan el proceso de gestación y parto; ellas afirman ser conocedoras de prácticas religiosas y místicas, además de poseer saberes sobre las plantas y remedios de su entorno. Enfatizan que su labor es un acto de confianza que integra y reafirma vínculos territoriales, sociales y ancestrales; pues su acto de traer vida, teje lazos de solidaridad entre personas, familias y colectivos; en síntesis, son intérpretes de la salud de los miembros de su entorno, se reconocen como alternativas confiables y cercanas ante un sistema de salud que no llega a todos ²⁰.

La partera tradicional es caracterizada por la OMS como “la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje con otras parteras tradicionales”²¹.

Las parteras tradicionales cumplen tres funciones principales dentro de la comunidad según Menéndez (Clases subalternas y el problema de la medicina denominada tradicional, 1981)²² la primera, detalla las relaciones interpersonales entre la partera y las mujeres gestantes, estableciendo una interacción afectiva beneficiosa, que al generar confianza favorece la cercanía y familiaridad, obteniendo como resultado mitigar la ansiedad de la parturienta, esto en contraposición a su sentir cuando es atendida en los servicios médicos institucionalizados; la segunda, hace referencia a que desde el conocimiento la partera es capaz de identificar las necesidades y carencias económicas de las mujeres que acuden a su servicio, lo anterior permite la comprensión del contexto de la mujer que le solicita y posible-

mente lleva a una disminución significativa del cobro por la atención que la partera ofrece; la tercera, hace énfasis en el apoyo que las parteras ejercen en las labores domésticas y el cuidado de los hijos recién nacidos. Concluyen Pelcastre et al, que estas tres funciones hacen sinergia, haciendo que la partera tradicional sea vista como un recurso humano altamente apreciado y solicitado en las comunidades rurales ²³.

La partería tradicional ha sido objeto de discriminación por parte de la biomedicina (instituciones de salud) porque ven a las parteras tradicionales como "primitivas", asumiendo que no generan una contribución a la atención materna, lo que ha creado en la sociedad una confusión respecto a su rol de ser partera tradicional; en algunos países del mundo las parteras siguen brindando desde sus saberes y prácticas la atención materna teniendo aceptación en las comunidades, sin embargo este oficio en otros países se halla solo en zonas marginales, sin apoyo de los servicios de salud; también puede que exista discriminación entre ellas mismas desde lo étnico, sobre este aspecto, es que trabajaremos en el presente estudio y la literatura es escasa respecto al tema.

Interseccionalidad

La interseccionalidad también es una problemática sociológica: la articulación de las relaciones de clase, género y raza es una articulación concreta, y las lógicas sociales no son iguales a las lógicas políticas. En este sentido para las propiedades de los agentes sociales "es importante tender el puente entre estas diferencias, asumiéndolas como diferencias no dominantes y no como jerarquías. comprendidas en términos de ventajas o desventajas, desde una lógica aritmética de la dominación" ²⁴.

Así, la posición más "desventajosa" en una sociedad clasista, racista y sexista no es necesariamente la de una mujer negra pobre, si se la compara con la situación de los hombres jóvenes de su mismo grupo social, más expuestos que ellas a ciertas formas de arbitrariedad, como las asociadas a los con-

troles policiales. El análisis de configuraciones sociales particulares puede relativizar las percepciones del sentido común sobre el funcionamiento de la dominación ²⁴.

El origen social de quienes crearon las teorizaciones llamadas hoy interseccionales es fundamental para entender su génesis y desarrollo, y el lugar que ocupan la raza y el racismo como modalidades particulares de la dominación; igualmente, para explicar la importancia de la experiencia y la práctica social como fuentes de conocimiento, y el lugar asignado a la resistencia, la revuelta y la emergencia de nuevos sujetos políticos.

Sin embargo, al convertirse la interseccionalidad en la “metáfora feminista más difundida en Europa y los Estados Unidos”, muchos de los trabajos escritos sobre este tema perdieron conexión con los movimientos sociales que le dieron origen e ignoraron contribuciones importantes hechas por fuera de los contextos universitarios noratlánticos escritos en lenguas distintas al inglés ²³. Los análisis interseccionales permiten y propician una reflexión permanente sobre la tendencia que tiene cualquier discurso emancipador a adoptar una posición hegemónica y a engendrar siempre un campo de saber-poder que comporta exclusiones y cosas no dichas o disimuladas ²⁴.

METODOLOGÍA

Este documento de investigación es de tipo cualitativo ²⁵, con enfoque de herramientas y técnicas etnográficas acorde a la metodología de Rosana Guber ². La recolección de los datos se hizo con las técnicas de entrevista semiestructurada y diario de notas de campo, a informantes clave y grupo focal, con previa explicación y diligenciamiento del consentimiento informado ²⁶. Se recabó la información que tenía relación con el marco teórico del estudio y el propósito de investigación, esto cumpliendo con el criterio de saturación de los datos, donde no aparecen nuevos elementos ²⁷.

El lugar del estudio fue el municipio de Buenos Aires, Cauca (Colombia), los diez participantes fueron mujeres afrodescendientes, que ejercen la parte-ría tradicional en la zona rural del municipio agrupadas por el concejo comunitario del territorio. En esta investigación no hubo conflictos de interés de las partes involucradas.

El análisis y el procesamiento de los datos, desde las categorías de entrada y del trabajo de campo, se consolidaron desde la codificación cualitativa abierta y se tuvo en cuenta la perspectiva EMIC que es: “La visión desde adentro, o la perspectiva sobre la realidad que el informante tiene (...) la visión desde adentro, de lo que sucede y porqué, es básica para comprender y describir de manera exacta las situaciones y los comportamientos”²⁸.

Este trabajo se direccionó de manera voluntaria acorde la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, para los aspectos éticos y las normas vigentes para la interacción con comunidades y grupos étnicos; así como también los principios de Helsinki. Se tuvo respeto y protección de sus derechos bajo los principios científicos y éticos según el art. 5 de esta Resolución; salvaguardando la dignidad y la seguridad; se procedió a detallar los riesgos y pormenores del estudio acompañado del consentimiento informado según lo dispuesto en los artículos 6,14 y 15, de la misma Resolución; se desarrolló el trabajo de campo con aval ético según el literal G del punto 6, otorgado por la Universidad Santo Tomás de Bogotá D.C.

De acuerdo al artículo 11, de la Resolución 8430 de 1993, esta investigación por su componente metodológico se clasifica como “Investigación con riesgo mínimo” porque hará el contacto en el trabajo de campo como investigador que hace parte de un programa de maestría con aval institucional y la recolección de la información a través de la observación e interacción con los participantes donde no se hará intervención o modificación de alguna de sus variables (biológicas, fisiológicas, psicológicas, sociales) o aspectos sensitivos de su conducta.

RESULTADOS

“Uno allí está defendiendo muchas vidas”: significado de ser una partera tradicional

La descripción del significado que la mujer afrodescendiente otorga a ser una partera tradicional, se vislumbró a través de la escucha activa del discurso y el análisis de lo transcrito. Ellas han definido desde su cosmovisión, lo que consideran fundamental de ser una partera tradicional: defender la vida en un entorno en el que, a través de una forma de atención ancestral, han brindado a la gestante, parturienta–puérpera y a su descendencia, cuidados para preservar su integridad (biológica, espiritual y social), su vida y su salud. Los siguientes testimonios evidencian sus significados:

Para uno la significación de ser partera, es de que uno allí está defendiendo muchas vidas y porque le corresponde a uno salvar la vida, de una persona inocente que le toca a uno atender y porque pues me gusta el destino (Ángela, 71 años, entrevista del 15 de diciembre de 2018).

Para mí lo que significa ser partera es un orgullo. Me siento orgullosa porque es ayudar a sobrevivir a una persona, o sea que él bebé salga bien para que tenga buena salud y pues hacer un favor a la comunidad (Celia, 42 años, entrevista del 22 diciembre de 2018).

Para mí se significa ser partera, ser uno responsable, ser cumplido. Donde me llamen ir a atender mi parto sin ninguna complicación (Tomasa, 60 años, entrevista del 22 diciembre de 2018).

Para mí lo que significa ser partera, es que me gusta el arte, y ser responsable en eso (Miriam, 66 años, entrevista del 12 enero de 2019).

Para mí lo que significa ser partera es un orgullo, porque lo ejercí por mi propia cuenta, veo que es una cosa muy valiosa dentro de mi comunidad (Rosa, 57 años, entrevista del 12 enero de 2019).

“Decidí ser partera”: Ser partera en el municipio de Buenos Aires, Cauca

Las participantes relataron que los saberes adquiridos han sido heredados de forma oral y vivencial por sus antecesoras (madre–abuela). Todas manifiestan una empatía por el oficio y relatan que fueron “escogidas” para ello. Los siguientes testimonios evidencian la cuestión:

Porque me gustó el destino, fue mi abuela por parte de mamá. Desde que tenía 25 años me iba con mi mamá. Lo que me motivó en realidad a ser partera es porque me gusta ayudar a las personas, y a uno en una vereda que le toque que hay una mujer en ese estado y no haya rápido cómo movilizarla, uno pues le motiva eso, uno defiende a la persona (...) Mi mamá me decía que si a usted le anhela ser partera pues hágale, yo le indico (...) Ella me dijo esa es la herencia que le puedo dejar para que salga adelante, mi mamá aprendió de mi abuela y yo aprendí de ella, ese aprendizaje lo tengo en mi mente, mi experiencia y así uno que lo va contando (Ángela, 71 años, entrevista del 15 de diciembre de 2018).

A mí me motivó ser partera con la experiencia de mi madre que ella siempre ha sido partera, todo le ha salido muy bien y pues me ha gustado (...) Decidí ser partera desde los 25 años, que me tocó con una muchacha que yo nunca había aprendido y desde ahí me gusto ser (Celia, 42 años, entrevista del 22 diciembre de 2018).

Lo que me motivó a ser partera fue porque mi abuela me dijo, hija yo sé que usted es mi nieta, pero yo veo que usted puede ser partera (...) Yo he atendido a dos hermanas, entonces por eso me dedique a ser partera (Miriam, 66 años, entrevista del 12 enero de 2019).

Me motivó a ser partera, porque un día llegué a visitar a mi suegra y ella estaba en trabajo de parto. Ella estaba sola entonces me pidió ayuda y yo no sabía, entonces yo fui y la ayudé y a mí me fue también y de ahí ejercí mi trabajo hasta ahora (Rosa, 57 años, entrevista del 12 enero de 2019).

Las parteras tradicionales, a través de sus experiencias, revelan algunas formas de atención (saberes y cuidados) que se valen de los medios disponibles en el entorno (recursos locativos, insumos y medios de movilidad). Se apoyan en lo que se conoce que existe y está disponible (recurso vegetal, animales, enseres, alimentos, fuentes de agua, lluvias, ciclos estivales, etc.); integrando ancestralidad, conocimiento, trabajo, costumbres, tenacidad e intuición. Los siguientes testimonios acreditan la anterior afirmación:

Me tocaba estarlas asistiendo: sobándolas y todo hasta que se venían al hospital, pero entonces yo les prestaba la sobada a ver cómo tenían el niño, la experiencia que me ha tocado, es que nunca he tenido ningún inconveniente ni fallo (...) Uno atiende la gente y si uno ve que no puede en la casa, uno lo lleva al hospital si no puedo con ella en la casa, en la comunidad uno tiene que favorecer sea una criatura que viene si ya es de emergencia, a uno le falta casi todo, supongamos uno no tiene unos guantes para recibir a la criatura, no tiene como un tapabocas, uno tiene que recibir esa criatura a manos así limpias, mantener las manos bien limpias para uno recibir a la criatura (Ángela, 71 años, entrevista del 15 de diciembre de 2018).

Pues a veces a uno lo llaman y uno dice pues que no, porque no tiene todo el equipo necesario para uno ir a atender un parto, eso es una dificultad. Pues porque de todas maneras uno así tiene que tener uno higiene, ir bien preparado para atender un parto que tenga todo su equipo de uno, para poder atender un parto normal (Tomasa, 60 años, entrevista del 22 diciembre de 2018).

Yo atendí el primer parto, todo me salió bien y de ahí fui practicando y abuela me decía: esta agua usted la puede cocinar cuando esté en el parto, nunca la vaya a tapar; ella me decía como tenía que hacer las cosas (...) Yo allá en la vereda, si alguien necesita una inyección yo se la aplico si el médico se la formuló (...) Desde antes, en la madrugada uno siempre se va a atender sea la hora que sea, yo voy uno no se puede negar (Miriam, 66 años, entrevista del 12 enero de 2019).

Lo que se viene afirmando también se puede constatar en lo recogido en el grupo focal el día 22 de diciembre 2018:

Entonces, yo salí corriendo y cuando llegué el bebé ya estaba empezando a coronar, y yo sin saber nada me puse ayudarla, y salió el bebé, de ahí me tocó cortarle el ombligo, yo medí sin saber y yo asustada por si sobrevivía o no y ya se veía mejor, envolví la placenta y arrojé al bebé...Y otra fue que me tocó traer a la muchacha que era primeriza al hospital, porque el parto no venía normal, porque ella hacia la fuerza, pero echaba era para abajo y se cerraba. He tenido dos partos complicados, a todas las dos mujeres que he atendido se me han venido los dos niños de pie, unos han sangrado mucho, pero pues a una se le ha quedado la placenta también, le he cortado el ombligo y se los he amarrado de la pierna o si no después de que nazcan los niños hago que amamanten, por ahí sueltan la placenta (Ángela, 71 años, grupo focal del 22 de diciembre de 2018).

Aunque, a veces uno tiene ocasiones que está atendiendo el parto y le toca que salir con la muchacha, a llevarla al hospital porque uno mira que no lo puede tener en la casa... Me ha ido muy bien salvando vidas (Rosa, 57 años, grupo focal del 22 de diciembre de 2018).

Y ya me la traje y cuando venía por acá por una manga, esa muchacha ya no me daba esperanzas y cuando venía en cierta parte me atacaron esas fuerzas. Yo estaba más joven, entonces la cogí y la metí y la alce en impulso y cuando llegué allí a cierta parte, yo no sé Dios como me dio fuerzas, agarré unas hojas de cascarillo y se las puse ahí, y cuando allí mismo ¡Tran! Tuvo el niño, y cuando llegó la ambulancia ya había tenido (sic) el niño. Como no tenía hilo, entonces arranqué una hebra del vestido y se lo puse, y de allí ya me devolví (Miriam, 66 años, grupo focal del 22 de diciembre de 2018).

Como se ha podido detallar en lo anterior, las mujeres le han atribuido al significado de ser partera tradicional los siguientes distintivos: ser defensoras y salvadoras de la vida, ser cumplidora y responsable, ayudar a la sobrevivencia para una buena salud, favorecer a la comunidad; e igualmente

*«Una cosa muy valiosa dentro de mi comunidad»:
significados que otorgan las mujeres afrodescendientes en la salud materna rural*

lo reconocen como un orgullo y parte de su destino. A su vez, las parteras tradicionales en el municipio de Buenos Aires, Cauca, han ejercido la partería en sus territorios, pese a que el entorno ha carecido de recursos económicos y logísticos para atender la salud materno-perinatal.

Ellas en respuesta a esa deficiencia, a través del tiempo han aportado a la salud en sus comunidades con sus prácticas y saberes para preservar la vida y la tradición que es parte de su herencia. Es notable percibir que ellas hacen mención del nombre de Dios, en la mayoría de sus discursos, por lo que a continuación la siguiente categoría que emergió y se desarrolló en el trabajo de campo, nos brinda información de la relación espiritual que estas mujeres han sostenido.

Anotaciones al Capítulo

Es notorio que las participantes, en el curso de sus vidas, han construido de manera individual y colectiva su rol como mujeres afrodescendientes en sus territorios, a través de las diversas experiencias: propias, en familia y/o comunidad; otorgando significados que parten de sus principios y valores culturales en sus comunidades.

Estas mujeres aducen que, a partir de sus saberes tradicionales, contribuyen a sus comunidades en la defensa de la vida y el derecho a nacer; de esta manera están fomentando el arraigo al territorio y la identidad cultural. Esto les enorgullece y les genera reconocimiento por parte de las otras mujeres y de la comunidad, convirtiéndolas en pieza fundamental y líderes femeninas en las tradiciones asociadas a la salud y el cuidado.

Las parteras entrevistadas se han moldeado como figuras femeninas importantes. Son mujeres empoderadas sobre sus hechos y acciones. Con un poder relativo de injerencia en decisiones sobre la vida de las personas en torno a la salud y el bienestar. Y con resistencia, porque han podido superar dificultades con sabiduría e inteligencia. En ocasiones, atribuyen sus cualidades a fuerzas sobrenaturales: Dios, la Virgen, santos y santas, etc., recurriendo a ellas para ganar confianza en momentos de necesidad.

Su rol se caracteriza por ser intergeneracional y ayudar a la preservación de la identidad cultural y la subjetividad. Las actividades de la partería, han estado íntimamente ligadas a la disponibilidad de recursos propios, del entorno, o fuera de este, lo que afecta en algunas ocasiones su labor. Son notables las necesidades económicas en sus comunidades, lo que obliga a las parteras (y en general a toda la comunidad) a disponer tiempo y esfuerzo en la obtención de recursos. Lo anterior pone en riesgo la subsistencia de cualquier actividad que no ofrezca un mínimo de réditos económicos, entre ellos, la partería.

Aunque las mujeres tengan poder cultural, por ser poseedoras de conocimientos, prácticas y saberes ancestrales en su labor, esto no es una garantía para el disfrute de sus derechos como mujer; pues ellas no están asociadas en grupo para formar una sola fuerza, que trabaje por sus causas propias y colectivas, sino que dependen del concejo comunitario para la solución de sus problemáticas, y muchas de sus situaciones no han sido resueltas como se ha expuesto y descrito en este documento.

A pesar de ser figuras fundamentales en la salud reproductiva, cuentan con poco apoyo externo (incluso se les ha llegado a desprestigiar) lo que incide negativamente en sus derechos económicos, sociales y culturales; esto es porque las mujeres conocen parcialmente sus derechos como mujer, como trabajador y por su pertenencia étnica.

DISCUSIÓN

“Las relaciones de género son construcciones culturales que surgen históricamente alrededor de las diferencias sexuales y biológicas entre los hombres y las mujeres”¹

Estas parteras tradicionales son víctimas de inequidad de género. En su vida familiar, les corresponde realizar las labores que tradicionalmente se les han impuesto y atribuido a las mujeres. Pero, además, se les atañen tareas

propias del campesino y habitante del área rural, tareas que convenientemente sí trascienden al género: acarrear agua, encargarse de los sembrados, cuidar los animales, disponer de excretas, labores de minería, etc. Por estas faenas usualmente no reciben un estipendio, pues les han enseñado que al tratarse de trabajos “ligados al cuidado del hogar”, no lo ameritan. Por el contrario, su contraparte masculina sí negocia, recibe y administra los réditos de la comercialización de los frutos del trabajo.

Adicionalmente, estas parteras se ven abocadas a hacer oficios por fuera de su hogar. Asumen una segunda carga laboral, en aras de recibir algún beneficio económico para obtener elementos para ellas y sus hijos o contribuir a la economía familiar.

Ninguna de ellas llegó a manifestar ser poseedora de bienes materiales o inmuebles. El acceso a la educación no presentaba una distribución asimétrica entre hombres y mujeres; sin embargo, se conserva la creencia que una de las hijas debe sacrificarse para dedicarse al cuidado de los padres o enfermos de la familia (de manera temporal o permanente).

Las parteras se han solidarizado para la atención del parto en sus comunidades, generalmente sin recibir aliciente alguno. Esta solidaridad de género se hace necesaria entre los grupos sociales que se encuentran en desventaja, pues carecen de recursos propios o no se pueden permitir de medios para una contraprestación directa o inmediata. Incluso, las parteras refirieron que, de su trabajo, esfuerzo y bienes materiales, deben procurarse los elementos para la atención del parto de las otras mujeres.

En sus comunidades, las congregaciones religiosas son poderosamente influyentes, y todas las parteras manifiestan creencias religiosas judeocristianas; también paradójicamente, la mujer tiene una posición claramente inferior a la del hombre en todos los aspectos de la vida. Estas creencias, que se encuentran fuertemente arraigadas y culturalmente inmersas en las sociedades rurales de nuestro país, poseen mensajes de dominación y abominación contra el género femenino: la mujer, que como fruto del pecado

debe sufrir los dolores del parto; la mujer, que como instigadora y generadora de pasiones, es impura y se dignifica al lado de un hombre; la mujer, que por ser débil y dominable, necesita servirse de un hombre que la ampare; la mujer, que tiene la obligación de ser fértil y darle una descendencia al hombre, para poder consumir su rol como esposa y mujer.

Estas parteras, han desarrollado su labor en medio de enormes contradicciones sociales: entre solidaridad y opresión, entre resiliencia y resignación, y entre independencia y dominio. Y si bien hay iniciativas transnacionales en favor de un trato justo y equitativo a la mujer, estas mujeres son la muestra de que tales planes no llegan a cobijar a todos los individuos.

Respecto a las políticas de salud pública vigentes en Colombia, los distintos testimonios muestran que el enfoque de género que se pretende aplicar en el territorio nacional, no llega a toda la población: “El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP) busca visibilizar e intervenir las inequidades derivadas de las relaciones establecidas entre hombres y mujeres, como sujetos en distintos momentos vitales, con diversas cosmovisiones, orientaciones y condiciones socioeconómicas”²⁹.

El hecho de que una buena parte de la asistencia y atención en salud reproductiva se les adjudique exclusivamente a las mujeres (atención del parto, puerperio y planificación familiar) dentro de estas comunidades, demuestra que todavía persiste una sistemática y desigual distribución de género con respecto a los deberes y responsabilidades de la vida marital, familiar y social.

El profesor Breilh nos muestra un concepto de género similar al expresado por Nancy Krieger³⁰, la cual lo señala como una noción social enmarcada en convenciones, papeles y comportamientos de representación cultural fijados a las mujeres–hombres, niños–niñas en un contexto histórico, social y de roles ligados al género (que a su vez dependen de una expresión biológica). Ambos autores reconocen que el género comporta divisiones sociales basadas en relaciones de poder y autoridad.

Se puede decir que las mujeres de Buenos Aires, Cauca, encarnan la dimensión histórica de un legado ancestral que ha sido transmitido de forma oral –entre mujeres– en sus comunidades. El oficio de ser partera le es natural a la mujer, pues este hace parte de su existencia y rol social: a las hembras, desde lo biológico, les corresponde la gestación y el parto. Por lo tanto, la sucesión del oficio es exclusivo de la mujer y su vivencia se enmarca en un contexto familiar y comunitario –también de mujeres. Se describe igualmente una jerarquía y una noción de legado, en donde las parteras mayores tienen la potestad de escoger y entrenar su sustituta (escogida entre alguna de sus hijas o nietas); y la elegida demostrará sus aptitudes ante ese llamado.

Desde una perspectiva de género desde lo étnico, Motta ³¹ en su obra de reflexión, nos muestra a la mujer desde una mirada integracionista, quien aporta al desarrollo de su comunidad garantizando la reproducción biológica y sustentando la supervivencia a través de diversas formas de cuidado. De igual modo, la mujer que ha practicado la partería tradicional en Buenos Aires, Cauca ha sido un agente de salud y bienestar para su comunidad; un elemento en el engranaje que permite mantener el equilibrio del ciclo biológico de la vida; y una persona que interviene positivamente en la supervivencia y la salud de sus cercanos.

Sí la mujer afrodescendiente, es un recurso valioso en la comunidad a través de su labor y este no ha sido reconocido, entonces se podría propender tomar algunas ideas del feminismo funcional ¹ que faciliten la reivindicación de sus derechos económicos, sociales y culturales; permitiéndoles el libre desarrollo como ser humano a través sus metas, proyectos y sueños –como lo plantea Breilh–, basados en una distribución de recursos, bienes materiales y oportunidades de forma equitativa, y a su vez disminuyendo las cargas sociales impuestas por la sociedad, por el hecho de ser mujer. Esto puede ser una estrategia para que la mujer, dentro del marco neoliberal –económico, social y político–, pueda emprender como empresaria, con la posibilidad que constituya empresa y obtenga el poder de la propiedad privada empresarial, con soporte de programas estatales de apoyo comunitario basados en el cuidado, la crianza y otras tareas femeninas.

La partera tradicional de Buenos Aires, Cauca, al igual que sus pares del pacífico, se reconocen como personas practicantes de cultos, que confían –y realizan plegarias y ritos– en sus referentes religiosos: la invocación a fuerzas sobrenaturales está incorporada en su labor. De manera similar, en el artículo de investigación de Laza & Ruiz ³², se destaca el tema espiritual como un ingrediente trascendente en las prácticas de partería; las autoras encontraron que en el valle del Río cimitarra (Santander), las parteras tradicionales manifestaban un fuerte fervor de creencias católicas, y que repasaban invocaciones en momentos previos a la atención de la mujer en trabajo de parto (frases a Dios y a la Virgen del Carmen para encomendar la atención hacia la madre y el niño).

Expresiones casi equivalentes a las que se pudieron apreciar entre las parteras tradicionales de Buenos Aires, Cauca.

“Así pues, para el feminismo negro, el problema de las mujeres negras no es la diferencia fenotípica ni étnica, sino que esa particularidad se convierte en discriminación, situación que además está oculta en cosmovisiones universales dominantes, presentes en lógicas culturales e institucionales de exclusión y marginación” ³³. En las parteras de Buenos Aires, Cauca, no se evidenció que existiera discriminación ni exclusión por ser mujer negra o afrodescendiente, según las evidencias testimoniales; es claro que la exclusión y marginación fue por sus prácticas y saberes tradicionales, que afectan indirectamente sus derechos económicos, sociales y culturales, pues se mantiene una tensión entre la biomedicina y la medicina tradicional que no permite el reconocimiento de las mujeres en su labor. Lo dominante en ellas, es cómo interpretan su realidad frente a la atención a la mujer, pues en su cosmovisión colectiva es visible el principio de la solidaridad, al manifestar que son defensoras de la vida, salvadoras de la vida y demás denominaciones que se han atribuido.

La partera tradicional de Buenos Aires, Cauca, se define como un ser que es capaz de intuir los cambios físicos, funcionales y emocionales de la mujer gestante, manifestando poseer la capacidad de comprender el entorno, las

necesidades y expectativas de cada mujer a su cargo. Se hacen responsables de su oficio y se comprometen en el servicio a la gestante, hilando vínculos sociales –entre mujeres– basados en el respeto, la confianza, la esperanza y el altruismo; respecto a lo anterior, estoy de acuerdo en que “el parto es un espacio de poder femenino”³⁴, donde la mujer es quien toma las decisiones en todo lo relacionado con el trabajo de parto–parto y alumbramiento, pues son temas que se manifiestan y solucionan entre las mismas mujeres; aunque no estoy de acuerdo en que “a los hombres nos les queda otra opción que seguir las órdenes dadas por las parteras brasileñas” pues en algunos discursos de las parteras tradicionales que participaron en el estudio, fue evidente la presencia del hombre, como fuente primaria de información y soporte familiar en el espacio–tiempo de desarrollo del parto, pues desde esta mirada la posición del hombre es acompañar al sueño de la mujer de ser madre.

“Desde una perspectiva relacional que requiere el concepto de género, se puede afirmar que el saber sobre el parto y el nacimiento confiere poderes a las mujeres, aunque sea un poder relativo”³³. De acuerdo con lo anterior, las mujeres afrodescendientes poseen conocimientos, saberes y prácticas tradicionales que les permiten ser únicas y exclusivas en su oficio, manteniendo cierto mando y control sobre la salud de la mujer en el área rural; se podría decir que tienen poder cultural y técnico-científico¹ como parte del desarrollo humano, que les permite direccionar e influenciar cuidados hacia la preservación de la salud en las mujeres y en la atención maternoperinatal.

Así que, toda iniciativa a favor de la reivindicación de los derechos de la mujer hacia la equidad, debe abordar el problema del poder que se ha vivenciado en el curso de humanidad; pues de este se han determinado las diferencias de género, de clase y étnicas que están entrelazadas, asociándose fuertemente al control diferencial del poder y sus formas¹.

CONCLUSIONES

- Respecto al género, se identificó que el rol de ser partera tradicional, ha sido heredado por parte de las mujeres. Las mismas mujeres (parteras tradicionales), reconocen quiénes tienen la aptitud para optar para ser partera tradicional en su comunidad; a algunas les ha correspondido ejercer por necesidad del contexto, otras por motivación personal y algunas porque siguen a su antecesora.
- Las mujeres afrodescendientes que ejercen la partería tradicional, no tienen entre ellas un vínculo asociativo formal, que les permita trabajar en colectivo por sus derechos como mujer, como trabajadoras y como portadoras de una herencia ancestral que fortalece su cultura. A diferencia, de las parteras tradicionales del litoral pacífico quienes lograron asociarse con el propósito de defender sus derechos como mujer y velar por el patrimonio cultural que es la partería. Porque consideraron que es valioso e importante para ellas luchar por sus intereses personales y como colectivo.
- No es evidente que las mujeres afrodescendientes, hagan parte de la agenda del plan de salud pública de intervenciones colectivas, específicamente en el enfoque diferencial. Porque desde el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), no han priorizado los asuntos de género y étnicos, para reconocer en los individuos y/o grupos sociales sus manifestaciones de credo e ideológicas, que permitan visualizar y relacionar algún vínculo con la salud, especialmente en la toma de decisiones en su desarrollo como ser humano y en la forma como ofrecen cuidado colectivo –entre otros y con los otros–.
- Dentro de las limitaciones de este estudio, se hizo evidente que no existe un marco referencial adecuado. Los estudios consultados tienen como propósito: resaltar la práctica de partería tradicional a través de las prácticas y saberes ancestrales, los cuidados populares de la salud maternoperinatal, el conflicto entre las parteras tradicionales y las ins-

*«Una cosa muy valiosa dentro de mi comunidad»:
significados que otorgan las mujeres afrodescendientes en la salud materna rural*

tituciones de salud. Muy pocos estudios detallan la relación que tienen la mujer afrodescendiente con su oficio, su realidad social, económica y cultural, como insumo que sea facilitador para contextualizar y comparar con los resultados de este trabajo de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Breilh J. Parte I: el género entre fuegos tres vías de inequidad. En: Valle E, editor. El Género entre fuegos: Inequidad y esperanza. Primera Ed. Quito; 1996. p. 323.
2. Guber R. La Etnografía, método, campo y reflexividad. 3ra ed. Editores SX, editor. Buenos Aires; 2016. 160 p.
3. Desigualdad y género en América Latina y el Caribe. [citado 10 de julio de 2018]; Disponible en: https://www.americalatina genera.org/es/documentos/post2015_fichas/Desigualdad.pdf
4. Breilh J. Inequidades en salud: Ecuador: El asalto a los derechos humanos y la resistencia del sueño andino. Repos Inst del Org Académico de la Comunidad Andina CAN [Internet]. 2002 [citado 10 de julio de 2018];1-18. Disponible en: [http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3402/1/Breilh%2C J-CON-105-Inequidad salud.pdf](http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3402/1/Breilh%2C%20J-CON-105-Inequidad%20salud.pdf)
5. República de Colombia: Ministerio de Cultura. Resolución 1077 de 2017: Saberes asociados a la partería Afro del pacífico en la lista representativa de patrimonio cultural inmaterial del ámbito nacional y se aprueba su Plan Especial de Salvaguarda. 2017. p. 26.
6. República de Colombia: Ministerio de Cultura. Descripción de la manifestación La partería tradicional afro pacífica, Resolución 1077 de 2017.
7. Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años. [citado 6 de mayo de 2018]; Disponible en: http://www.cinu.mx/minisitio/ODM8/docs/ODM4_M4.pdf
8. Objetivo 5: Mejorar la salud materna. [citado 6 de mayo de 2018]; Disponible en: http://www.cinu.mx/minisitio/ODM8/docs/ODM5_M5.pdf
9. WHO. Fact sheet: The state of the world's midwifery 2014.

10. Marsden W. La Partería Global - Tradicional y Oficial - y la Humanización del Nacimiento [Midwifery Today [Internet]. 2007 [citado 29 de junio de 2018]. Disponible en: <https://midwiferytoday.com/mt-articles/la-parteria-global-tradicional-y-oficial-y-la-humanizacion-del-nacimiento/>
11. Alarcón MA, Sepúlveda J, Alarcón IC. Las parteras, patrimonio de la humanidad. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2011;62(2):188-95. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342011000200010&script=sci_arttext&tIng=pt
12. Portela Guarín H, Molano ME, Asoparupa, Ramírez S, Banco de la República. Partería: saber ancestral y práctica viva [Internet]. Vol. 1. 2016 [citado 29 de junio de 2018]. p. 84. Disponible en: http://proyectos.banrepcultural.org/parteria/sites/default/files/adjuntos/-banrep-catalogo_arte-050317.pdf
13. Alcaldía Municipal de Buenos Aires. Plan de Desarrollo Territorial 2016 - 2019 [Internet]. 2016 [citado 27 de junio de 2018]. p. 102. Disponible en: <http://buenosaires-cauca.gov.co/apc-aa-files/38663033336132303337353234323037/plan-de-desarrollo-2016-2019-y-acuerdo-municipal-del-plan.pdf>
14. Pórtela Guarín H, Investigación y curaduría, Pórtela García SC, Asistente de investigación, Banco de la República. Áreas culturales: Chocó V del C y N. El arte de partear. Curanderas, comadronas y parteras del Pacífico Colombiano | Partería [Internet]. [citado 28 de junio de 2018]. Disponible en: <http://proyectos.banrepcultural.org/parteria/es/el-arte-de-partear>
15. Portela H, Astaiza NX, Guerrero NY, Rodríguez S. Rescatar la medicina tradicional en la salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas a través del diálogo intercultural. Rev Univ y Salud. 2013;15(2):238-55.
16. Fundación Ideas para la Paz. Dinámicas del Conflicto armado en el sur del Valle y Norte del Cauca y su Impacto Humanitario. Vol. 72, <http://cdn.ideaspaz.org/media/website/document/53b5910826062.pdf>. 2013.
17. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD. Afrocolombianos. Sus territorios y condiciones de vida [Internet]. 2012 [citado 3 de julio de 2018]. p. 112. Disponible en: <http://www.co.undp.org/content/>

- dam/colombia/docs/DesarrolloHumano/undp-co-cuadernoafro-2012.pdf
18. Corporación Humanas Colombia. Situación de las mujeres afrocolombianas e indígenas Corporación Humanas Colombia [Internet]. 2011 [citado 1 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.humanas.org.co/archivos/mujeresafroeindigenascolombia.pdf>
 19. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Los Afrocolombianos frente a los Objetivos del Desarrollo del Milenio [Internet]. 2010 [citado 3 de julio de 2018]. 188 p. Disponible en: <http://www.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODM/undp-co-odmafrocolombianos-2012.pdf>
 20. Plan especial de salvaguardia de los saberes asociados a la partería afro del pacífico [Internet]. [citado 13 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.mincultura.gov.co/prensa/noticias/Documents/Patrimonio/20-Partería afro del Pacífico - PES.pdf>
 21. World Health Organization, United Nations Population Fund, UNICEF. Parteras tradicionales : declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF. Ginebra : Organización Mundial de la Salud. 1993.
 22. Menéndez EL, (Mexico) C de I y ES en AS. Clases subalternas y el problema de la medicina denominada "tradicional [Internet]. [México]: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 1981. p. 168 p. (Cuadernos de la Casa Chata ;32). Disponible en: <file://catalog.hathitrust.org/Record/101182900>
 23. Pelcastre B, Villegas N, De León V, Díaz A, Ortega D, Santillana M, et al. Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. Rev da Esc Enferm da U S P [Internet]. 2005;39(4):375-82. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/01.pdf>
 24. Viveros Vigoya M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. Debate Fem [Internet]. 1 de octubre de 2016 [citado 5 de julio de 2018];52:1-17. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188947816300603>
 25. Hernández Sampier R. Metodología de la Investigación. Editores MGHI, editor. México D.F.; 2014. 589 p.

26. Ulin PR, Robinson ET, Tolley EE. Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Organización Panamericana de la Salud. 2006. 304 p.
27. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias/Sampling in qualitative research. Basic principles and some controversies. Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana [Internet]. noviembre de 2011 [citado 20 de junio de 2019];7. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>
28. Morse JM. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Contus. 2003. 447 p.
29. Ministerio de Salud y Protección Social. ABC del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 [Internet]. Bogotá D.C.; 2013 [citado 4 de julio de 2019]. p. 82. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf
30. Krieger N. Glosario De Epidemiología Social. —Tomado del Boletín Epidemiológico [Internet]. 2002;23(2):480-90. Disponible en: http://www.unida.org.ar/Bibliografia/documentos/Salud Comunitaria/glosario_epidemiologia_social.pdf
31. Motta N. Enfoque de género en el Litoral Pacífico colombiano. Nueva estrategia para el desarrollo. 1ra ed. Álvarez W, editor. Santiago de Cali: Facultad de Humanidades Universidad del Valle; 1995. 89 p.
32. Laza Vásquez C, Ruiz de Cárdenas CH. Entre la necesidad y la fe: la partera tradicional en el Valle del río Cimitarra. Cienc y Enferm [Internet]. 2010; XVI(1):69-76. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=en%5Cnhttp://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=577079&indexSea
33. Álvarez Ossa L. Mujeres, pobres y negras, triple discriminación: una mirada a las acciones afirmativas Título para el acceso al mercado laboral en condiciones de trabajo decente en Medellín (2001- 2011) Álvarez. 1ra ed. Escuela Nacional Sindical, editor. Medellín; 2015. 181 p.

«Una cosa muy valiosa dentro de mi comunidad»: significados que otorgan las mujeres afrodescendientes en la salud materna rural

34. Tornquist C, Lino F. Relatos de partos y parteras campesinas en Brasil: los cuentos hacen pensar. *Intersecc en Antropol* [Internet]. 2005 [citado 4 de julio de 2019];6:211-7. Disponible en: [http://www.ridaa.unicen.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/942/Tornquist%2C Carmen S.%3B Lino%2C Fernanda. Relatos de partos y parteras campesinas en Brasil. Los cuentos hacen pensar.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.ridaa.unicen.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/942/Tornquist%2C%20Carmen%20S.%26Lino%2CFernanda.Relatos.de.partos.y.parteras.campesinas.en.Brasil.Los.cuentos.hacen.pensar.pdf?sequence=1&isAllowed=y)