

**Partería Tradicional, Imaginarios y Representaciones en Torno al Parto Médico y la
Violencia Obstétrica en el Municipio de Villavicencio, Meta**

Nelson Aldana Hermosa & Ferney Ibarra Palacios

Abril de 2019.

Juan Sebastián Fagua Sánchez

Tutor de Tesis

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Comunicación Social y Periodismo.

Opción de Grado

2019

Tabla de Contenidos

Resumen	3
Abstract	4
Introducción	5
Justificación	10
Planteamiento del Problema	13
Aspectos Generales del Problema	13
Línea y Tema de Investigación	18
Descripción y Formulación del Problema	19
Objetivos	21
Marcos referenciales	22
1.1. Antecedentes	22
1.2. Marco Teórico	25
1.2.3 Marco Legal	35
Metodología	36
Resultados y Análisis	40
I. Representaciones e Imaginarios Sobre el Parto Obstétrico y la Partería Tradicional	40
El Parto Obstétrico, Representaciones Desde la Clínica y los Medios De Comunicación	42
La Violencia Obstétrica Desde Los Medios	53
El parto, escenario de disputa de representaciones e imaginarios	58
II. La Partería, Hacia el Reconocimiento como Práctica y Como Estrategia Para el Nacimiento	66
La Partería y una Lucha Histórica	66
La Partería Como Patrimonio	75
La Violencia Obstétrica y la Partería como una Alternativa para su Mitigación	76
Conclusiones y Recomendaciones	78
Anexos	82
Bibliografía	84

Resumen

El acto del nacimiento analizado como una expresión vital y a su vez como un espacio que desde el sistema biomédico hegemónico asume posturas de poder y control, ha sido en los últimos siglos regido a partir de discursos clínicos que han permeado los imaginarios alrededor de este proceso. Estas prácticas, en ocasiones ejercidas de manera inapropiada para el bienestar psicológico y físico de la parturienta, desencadenan en lo denominado como violencia obstétrica, un tipo de violencia que debido a la regularización del cuerpo en el discurso clínico se ha normalizado de manera extendida en la sociedad, siendo encubierta y ocultada, pasando desapercibida. En el panorama de esta problemática se divisa la práctica ancestral y patrimonial de la partería como un método viable para su mitigación, sin embargo los imaginarios establecidos alrededor de esta labor han implicado que sea vista como una opción insalubre y peligrosa. Para la presente investigación es necesario poder determinar la forma en que estos discursos han regulado la manera de representar y experimentar el parto en un grupo de mujeres en Villavicencio, el papel de los imaginarios médicos y la consecuente ocultación y encubrimiento de la violencia obstétrica en el marco de esta lógica. Asimismo, esta investigación pretende identificar las formas de complementariedad posibles entre los métodos de parto para el beneficio de la población objetivo, en este caso el del municipio de Villavicencio, a través de un acercamiento por medio de entrevistas con los grupos sociales de influencia en estos procesos (mujeres, parteras y médicos obstetras), así como la revisión bibliográfica de bases de datos de bibliotecas digitales, portales web y notas de campo, hacen parte de la metodología de desarrollo de la presente investigación.

Palabras Clave

Partería Tradicional, Violencia Obstétrica, Discursos Hegemónicos, Obstetricia

Abstract:

The birth act analysed as a vital expression and as a place in which the prevailing biomedical system takes postures of power and control, has been governed on the last centuries by hegemonic speeches that have influenced the imaginary created around this process. These practices sometimes exercised on unappropriated ways for the psychological and physical welfare of the parturient result in what is called as obstetric violence, a kind of violence that due to its nature and the increased normalization in society goes unnoticed. On the panorama of this problem the ancestral and patrimonial practice of traditional midwifery as a viable way for its mitigation appears on the sight, but the social imagery established around this labour have implied it to be seen as an unhealthy and dangerous option, because of that for the following investigation is necessary to be able to determined which speeches have allowed this imagery to exist and at the same time why obstetric violence have been forgotten on this logic, likewise identify the possible forms of complementarity between both childbirth methods for the benefit of the target population, which in this case is the one from Villavicencio city. As part of the methodology to develop this investigation work are needed an approach with the social groups that have influence in these processes (women, midwives and obstetricians), and the revision of theoretical and historical texts to have a clearer view about the giving to birth.

Key Words

Midwifery, Obstetric Violence, Hegemonic Speeches, Obstetrics

Introducción

Desde el modelo de la investigación social cualitativa, con sus instrumentos y metodología, la *Partería tradicional, imaginarios y representaciones en torno al parto médico y la violencia obstétrica en el municipio de Villavicencio, Meta*, se plantea como un análisis sobre las representaciones en torno al parto médico y a la partería tradicional, que atraviesan de distinta manera a médicos obstetras, parteras tradicionales y parturientas, con el fin de comprender la ausencia de la violencia obstétrica en los imaginarios sobre el nacimiento médico en el municipio de Villavicencio (Meta).

El objetivo principal de la investigación radica en el esclarecimiento de los discursos que llevan a la omisión en el pensamiento de la sociedad villavicense el problema de la violencia obstétrica, por medio de la comprensión de las representaciones e imaginarios que se desarrollan desde la institución hospitalaria y sus piezas comunicacionales, como de los medios de comunicación, ambos escenarios fungen como mecanismos del poder institucional, que utiliza estos mecanismos como medio de difusión de representaciones sobre el nacimiento.

Como uno de los principales intereses de investigación está el aportar una mirada analítica que permita comprender el campo de tensiones por los significados que es el trasfondo de los esfuerzos comunitarios a nivel nacional e internacional por rescatar la importancia de las prácticas sociales asociadas al parto tradicional y viabilizar la partería como una alternativa complementaria y real a los procesos del nacer en Villavicencio, desde la reflexión y propuesta académica, que permita entender la partería como conocimiento tradicional, patrimonial y práctica mitigadora de la violencia obstétrica.

Se asume la existencia de una violencia obstétrica a partir de investigaciones desde diversas disciplinas, que ha sido invisibilizada en los imaginarios de los metenses y colombianos a causa de un sistema biomédico imperante y hegemónico, que se impone como discurso de poder desde la biopolítica y que ha socavado históricamente la función social que

tenía la partería en las distintas comunidades, en Latinoamérica, Colombia y situacionalmente, en el municipio de Villavicencio (Meta).

Lo que también habla de un tipo de confrontación histórica producto de la colonización del mundo de la vida a partir del encubrimiento de América (Dussel, 1994), «América no es descubierta como algo que resiste distinta, como el Otro, sino como la materia a donde se le proyecta "lo Mismo". No es entonces la "aparición del Otro", sino la "proyección de lo Mismo": "encubrimiento"» (p.45), en donde las prácticas del primero se han apoderado y han dominado sobre las del segundo, y aquellos conocimientos, saberes y construcciones de lazos entre comunidades se han ido relegando hasta una visible extinción.

La propuesta de esta investigación sienta un precedente, en el departamento del Meta, desde la reflexión académica para el trabajo con conocimientos patrimoniales y de saberes culturales, como también del análisis sobre las representaciones entorno al nacimiento y del trabajo de parto.

Además establece una radiografía de la situación actual en la que se encuentra el departamento del Meta, en términos de conservación y protección del saber patrimonial en el caso de la partería, poniendo en evidencia su necesidad y pertinencia, como práctica contestataria frente a la violencia obstétrica y la mecanización del parto.

Pone por evidencia las múltiples circunstancias que desde el discurso y el poder político impiden su conservación y protección de los saberes tradicionales, estableciendo opciones desde la reflexión académica para futuras investigaciones y proyectos. Lo que permite viabilizar una ruta para el reconocimiento de la partería tradicional en el departamento del Meta y su consecutiva protección y salvaguarda. Consideramos relevante el reconocimiento de la partería tradicional, desde sus valores, saberes y conocimientos, como una opción viable y segura para la mitigación de la violencia obstétrica, como también de las parteras, en su rol de actoras sociales fundamentales y sabedoras.

No solamente como una necesidad latente en las zonas apartadas del país, en la ruralidad, donde la atención del sistema médico es inexistente o carente de los servicios completos, sino también en la zona urbana, como alternativa y como una posibilidad real de reducir los casos de violencia obstétrica que se dan en hospitales y clínicas a nivel municipal como también a nivel departamental y nacional.

Esta investigación nace de un proceso académico en el que los investigadores se han visto inmersos y afectados, como también evidenciando la ausencia de una investigación que analizara la construcción de representaciones e imaginarios que se construyeron a lo largo de los años sobre la partería tradicional y la biomedicina (partería obstétrica), por medio de la estigmatización de la primera, y una falta de conocimiento sobre las prácticas violentas que la segunda ejerce.

Investigaciones como la de Cruz y Forero (2016) abren un panorama sobre la violencia obstétrica en el departamento del Meta, funcionando de antecedente para la presente investigación. Su trabajo evidencia por medio de una encuesta de muestra representativa, que una mayoría de las madres encuestadas (en Villavicencio) desconocía el término de «violencia obstétrica», y en el absoluto de la muestra, fueron víctimas de esta y no lo reconocían en su trabajo de parto. La investigación además señala mediante un seguimiento y lectura crítica de medios, durante su periodo de análisis, la poca representación mediática que tiene la «violencia obstétrica» y la «partería tradicional» en medios noticiosos de comunicación de índole nacional, en los que únicamente tenía lugar en las publicaciones de prensa digital o impresa, mientras las radiales y las televisivas carecían totalmente de estos tópicos.

Sin embargo la investigación de Cruz y Forero (2016) desarrolla una metodología mixta, en una muestra corta y sin detalle del contacto e interacción con su población de estudio, su acercamiento se hace mediante encuestas de respuesta cerrada y el análisis de los datos

cuantitativos resultantes. Mientras su lectura crítica de los medios de comunicación se centra en analizar, durante un mes, la cantidad de publicaciones sobre los tópicos investigados, omite el análisis sobre su contenido como del tratamiento noticioso, ni las diferentes estrategias discursivas que son usadas desde los escenarios del poder y del control, centrándose únicamente en la invisibilización por medio de la omisión de los temas en la agenda informativa.

Mientras que la investigación de Vásquez (2012) sirve como aproximación y base académica del estado de la partería a nivel nacional, una radiografía sobre la labor de las parteras desde lo histórico hasta lo social, pasando de las reflexiones sobre su naturaleza y definición hasta su reflexión académica en una búsqueda por reivindicar la necesidad y pertinencia de la investigación científica sobre el tema, mientras devela las investigaciones que se han hecho hasta el año de su investigación.

El presente acude a las herramientas de la metodología de investigación social cualitativa como la hermenéutica y la fenomenología, también a la revisión y arqueo bibliográfico.

Además utiliza como principal herramienta metodológica de abordaje, la entrevista audiovisual, como principal herramienta para la recopilación de datos, materia prima para el desarrollo de la investigación. Estas entrevistas audiovisuales, bajo muestra no probabilística, ni muestral, se realizaron a mujeres víctimas de violencia obstétrica, a parteras tradicionales y a médicos obstetras, como también a representantes de los sectores de salud y cultura del departamento del Meta.

Las entrevistas tuvieron un número fijo de preguntas con el desarrollo esquemático y semiestructurado para cada caso, debido a las marcadas diferencias a las que respondía cada grupo poblacional y cada entrevistado. Estas rondaron sobre temas como el patrimonio, la violencia obstétrica, la partería como práctica, políticas de protección y reconocimiento del saber mencionado.

La investigación de campo trajo consigo distintas situaciones que se presentan como obstáculos, entre ellas, la carencia de una base de datos e información de contacto de las parteras tradicionales, una situación difusa y dispersa de ellas, la falta de redes de cooperación y apoyo, la falta de interés por parte de las entidades territoriales y gubernamentales sobre el tema, junto con los obstáculos de orden logístico.

La estrategia metodológica se desarrolla en un departamento y en un municipio con una población heterogénea desde lo cultural y lo social, ya que abarca una diversidad de saberes afrodescendientes, campesinos e indígenas. La distribución demográfica también presenta algunas complejidades que han llevado a que las dinámicas investigativas se orienten y se adapten en ese sentido.

En el primer capítulo introductorio se desarrollará la discusión sobre los discursos de poder que atraviesan el parto obstétrico y la partería tradicional, que a través de las representaciones y los imaginarios normalizan y regularizan la violencia obstétrica, en sus diferentes instituciones y esferas de la sociedad.

En el segundo capítulo se desarrollarán las discusiones sobre la partería, en dos vertientes, por un lado, como práctica y alternativa para la mitigación de la violencia obstétrica con sus respectivas discusiones. Y, por otro lado, la partería como práctica tradicional y patrimonial, con sus deficiencias, dificultades y análisis de la situación actual en la que se encuentra.

Finalmente, en el desarrollo de las conclusiones, se establecen las necesidades del campo investigativo, lo faltante, y lo que se escapa de nuestra investigación que podrá someterse a futuros estudios y desarrollo.

Justificación

Los imaginarios sociales creados alrededor del nacimiento y aquello que le interviene o relaciona han tenido gran influencia en la forma desde la cual se interpretan y asumen los diferentes procesos en el dar a luz, la visión biomédica soportada por entes gubernamentales a nivel histórico en el país y de forma particular en el municipio de Villavicencio, han moldeado estas formas de ver el parto y a su vez ha dejado el sentir propio de la mujer y el neonato en una posición secundaria, dando así prioridad al procedimiento.

Si bien la medicina y la ciencia han avanzado de forma tal que el riesgo de mortinatalidad se ha visto disminuido de gran manera, viendo el accionar médico como indispensable para aquellos partos que supongan complicaciones para la vida tanto del bebé como de la madre, este alejamiento de la mujer en el proceso en cuanto a sus necesidades emocionales y corporales ha implicado a su vez el surgimiento de lo denominado como violencia obstétrica.

Las campañas realizadas por la gobernación del Meta de manera esporádica para promover entre enfermeros y médicos obstetras, la ejecución de un parto más humanizado e intentos realizados por ellos mismos de manera interna e independiente, con la intención de mejorar las prácticas con las mujeres gestantes, evidencian que poco a poco está habiendo una mayor conciencia de lo frecuente que es este tipo de violencia y de la necesidad de erradicarla. Sin embargo, y a pesar de lo anterior, el conocimiento sobre el tema en la población departamental no está muy extendido, en gran parte debido a la poca cobertura mediática que tiene este problema de salud pública, a pesar de la alta incidencia que tiene en las madres gestantes.

Según el rastreo documental realizado por Claudia Viviana Cruz Castillo y Viviana Andrea Forero Barrientos (2016), en el que siguieron por el periodo de un mes a distintos medios de comunicación, pudieron concluir que la información en relación al tema en dichos medios fue escasa: «durante el mes de análisis se informó únicamente en prensa nacional

sobre violencia obstétrica; en radio y televisión no se evidenció nada al respecto, ni siquiera en la sección de salud.» (p.38) esto da cuenta de las carencias a nivel informativo que existe sobre la problemática en mención y hace evidente una de las razones del desconocimiento de esta en la sociedad.

Puesto que la violencia obstétrica no es medible dado que las prácticas que la constituyen se han asimilado en la sociedad como parte normal del proceso de parto, no se puede hacer remisión a estadísticas que avalen de manera oficial este problema, sin embargo existen generalidades que se presentan en las grandes ciudades sobre las cuales puede hacerse mención.

Diariamente los centros hospitalarios, en especial aquellos ubicados en locaciones que albergan grandes poblaciones, tienen que enfrentarse a la tarea de traer al mundo una gran cantidad de bebés, en el año 2016 en el Departamento del Meta hubo 15.473 partos exitosos, siendo casi la totalidad atendidos por médicos y un porcentaje muy inferior por parteras, como también enfermeros, entre otros (DANE). Lo anterior ha llevado a que, en las ciudades más grandes del país, debido a la mayor masa poblacional los médicos obstetras y enfermeros, se vean obligados a pensarse este proceso más desde la eficiencia llegando a mecanizar el nacimiento -como en un proceso industrial-, el estrés sufrido por ellos se ve reflejado en acciones poco asertivas hacia las mujeres, que suelen conllevar diferentes grados de violencia obstétrica, sin embargo esta violencia abarca mucho más que únicamente malos tratos.

En cuanto a los procedimientos, estos pueden llegar incluso al punto de practicar procedimientos quirúrgicos de importancia sin la previa consulta a la madre, pudiendo ser estos en muchos casos infundados y así a su vez evitables (Barbara, 2019)

Bajo este panorama aparece la partería como una alternativa para mitigar esta violencia.

Históricamente la labor de la partería se ha caracterizado por ser un servicio ofrecido por las que en muchas comunidades son denominadas «matronas», expertas en los procedimientos de traer al mundo a los niños en las zonas rurales más dispersas, sin embargo, el acercamiento que realizan estas parteras con las madres a lo largo de la gestación y en el alumbramiento marcan un contraste respecto al proceso biomédico que se conoce tradicionalmente en las zonas urbanas del país.

A nivel nacional la partería sigue siendo un saber vigente a pesar del tiempo y las dificultades, sobre todo en aquellas regiones en las que el acceso a los servicios médicos todavía resulta complejo. En el 2016, en Colombia, las parteras estuvieron por un gran margen de diferencia por detrás de los médicos en el porcentaje de partos asistidos (DANE).

En nuestro territorio es importante saber identificar qué de aquellos saberes nos puede resultar útil para la resolución de problemas actuales, sin hacer caso omiso a lo que desde la medicina se ha avanzado en cuanto a la seguridad que se debe tener al dar a luz.

La importancia de este trabajo trasciende el interés de los investigadores, y por tanto también lo académico, al estar desarrollado a partir de una violencia que viven gran parte de las mujeres gestantes de la capital metense y que hoy en día no es vista con la atención requerida, a veces simplemente invisibilizada y otras, con el simple hecho de su desconocimiento.

A su vez, al involucrar un saber cultural patrimonial como lo es la partería, la cual se establece como una opción viable para la mitigación de este tipo de violencia y, al no existir en la población objetivo en la que se enmarca la investigación un estudio que desarrolle la posibilidad de postular esta labor como una alternativa válida que trabaje de la mano con la medicina como una forma de acompañamiento para la madre y el bebé para así mitigar los

índices de violencia obstétrica presentados en la región, erige el presente como un trabajo necesario.

Planteamiento del Problema

Aspectos generales del problema

El parto a lo largo de la historia ha ido evolucionando en cuanto a los procedimientos adecuados para su ejecución, hoy en día controlados en mayor medida por los discursos biomédicos que han propendido por la disminución de riesgos tanto para las gestantes como para los neonatos, no obstante, la medicalización y mecanización de este proceso ha llevado a lo que se ha denominado como violencia obstétrica, la violencia que como resultado de procedimientos y tratos efectuados de manera inadecuada ya sea antes, durante o luego del proceso de parto por obstetras, enfermeras y encargados del área médica, como cuando se inmoviliza a la mujer, se le impide que esté acompañada de sus seres queridos, cuando se incurre en tratos despectivos hacia esta, así como el uso de procesos evitables, como la práctica de cesáreas injustificadas (Moreno de los Ríos, 2016) y otros procedimientos que puedan resultar en la afectación física y psicológica de la mujer y que en su conjunto degrade, intimide y oprima a las mujeres en el periodo del embarazo, parto y posparto (Arguedas, 2014) constituye lo denominado como violencia obstétrica.

Violencia que al ser ejercida en zonas rurales o en latitudes en las que la atención médica ha sido implementada de manera no apropiada o no teniendo en cuenta las realidades presentadas en dichos territorios, no únicamente tendrá incidencia a nivel físico y psicológico, sino que, como se desarrolla en diferentes apartados del presente trabajo, también abarca connotaciones culturales que repercuten directamente en la decisión de algunas mujeres gestantes a no asistir a centros médicos para atender sus partos.

En el municipio de Villavicencio en el año 2016, las universitarias Claudia Viviana Cruz Castillo y Viviana Andrea Forero Barrientos, a través de uno de los semilleros de investigación de la Universidad Minuto de Dios que trabaja desde la perspectiva de género, realizaron un trabajo de investigación en el que concluyeron por medio de encuestas, rastreo documental y lectura crítica a medios de comunicación, que no solamente las mujeres encuestadas sufrieron en su totalidad este tipo de violencia en algún punto del proceso de parto, sino que además y más preocupante aún, ellas en ningún momento fueron conscientes de ello.

Aunque desde las alcaldías del departamento se hayan realizado campañas aisladas para concienciar a los médicos y enfermeros a tratar de una manera más humana a las parturientas, estas campañas se han realizado de manera muy esporádica y no hacen parte de políticas públicas que garanticen la correcta asistencia por parte del personal encargado de traer al mundo a las nuevas criaturas, lo que hace de estos esfuerzos algo estéril al largo plazo y en consecuencia, de poco efecto.

Al explorar maneras más sólidas para la mitigación de la violencia obstétrica la investigación se adentra en la práctica tradicional de la partería, un saber ancestral que en Colombia en el año 2017, fue reconocido como patrimonio cultural inmaterial por parte del Ministerio de Cultura, mediante la Resolución 1077, en la zona del pacífico, dictando así disposiciones para su protección. Una labor que ha estado por generaciones en nuestra sociedad pero que desde finales del siglo XIX a nivel mundial se ha visto afectada dados los «modelos mecanicistas de la salud y de la enfermedad que paulatinamente se han ido implantando en la atención sanitaria» (Arnau et al., 2012), lo que a posteriori le ha otorgado un papel casi exclusivo a lo que hoy es la forma convencional de parto como método para dar a luz.

Es de señalar que la Resolución 1077, de MinCultura es la única protección y salvaguarda de saberes relacionados a la partería tradicional a nivel nacional. Agregando que, en el año en curso de la investigación, aún la labor de la partería no se encuentra regulada por el Estado, aunque como señalamos más adelante existe una orden judicial para incluirla en el Registro Único de Talento Humano en Salud (Rethus), registro asociado con el Ministerio de Salud y Protección Social. En el departamento del Meta no existe siquiera un antecedente legal, en carácter de ordenanza, decreto o acción política para el reconocimiento de esta como práctica patrimonial, y como en consecuencia sucede, la no protección de estos saberes.

Esta práctica tradicional que ha sido relegada a un segundo plano e, incluso, a uno de la exclusión debido a concepciones y discursos hegemónicos de la medicina que lo presentan como una labor indeseada y altamente insalubre y peligrosa (Vásquez, 2013), ha dejado a la práctica obstétrica convencional casi como única opción en el imaginario de las mujeres de la sociedad moderna.

Sobre la partería tradicional surge la inquietud de si esta puede considerarse una opción complementaria y viable para los procesos de nacimiento en el municipio de Villavicencio como alternativa mitigadora de la violencia obstétrica. Para lo que es importante analizar no únicamente las prácticas propias de cada labor sino también los discursos manejados desde la biomedicina que han posicionado a ambas prácticas en los lugares que hoy desempeñan.

La complementariedad entre ambos métodos (partería y obstetricia), a priori, al menos en el municipio de Villavicencio, resulta compleja. La distancia que hay entre los actores, y las posturas que manejan respecto a los procesos, vistos entre sí como contrarios, hacen parecer distante cualquier tipo de acuerdo.

La casi extinción del método ancestral de la partería en el municipio de Villavicencio debido a múltiples motivos como lo son la avanzada edad de las mujeres que la solían

practicar, la falta de interés de las nuevas generaciones por preservarla, la desconfianza generalizada que se presenta respecto a estos procedimientos y las mayores facilidades que existen para llegar a centros asistenciales, marca uno de los ejes principales de la investigación.

Sin embargo, se asume desde la investigación que pretender proponer la partería como alternativa única para efectuar el proceso de nacimiento y de mitigación de la violencia obstétrica, negando los avances que ha habido desde la medicina y la ciencia, es impracticable. Debido a la fuerte estructura médica que hay establecida hoy en día en la sociedad a nivel organizacional, esta propuesta encontrada en parte de la bibliografía estudiada se analiza como algo contrario a los intereses de las mujeres y los neonatos y, por tanto, contrario a los intereses de la presente investigación, ya que la intervención médica en casos en los que el parto pueda tener complicaciones es siempre la vía correcta y la más recomendada tanto por médicos, organizaciones de salud como por las mismas parteras y desde este trabajo no se va a hacer oposición a esa realidad. Es por ello que a lo largo del documento se propone la partería como una opción *complementaria* a los procesos de parto efectuados en el territorio, yendo de la mano con la medicina y viendo la necesidad de acercarla a nivel técnico a lo que se efectúa en esta para de esta forma procurar su conservación.

Empero, el procedimiento médico no es perfecto, los discursos biomédicos que desde su posición hegemónica del conocimiento han establecido conceptos relacionados al parto, limitando las posibilidades de las mujeres como individuos capaces de decisión en este y asimismo obviando de su discurso problemas como la ya mencionada violencia obstétrica, han influido de manera directa en el imaginario social, al asumirse que muchos de los actos que pueden afectar a nivel psicológico y físico a las mujeres al parir con la mediación de un obstetra están dentro de los parámetros normalizados de este proceso.

Los medios de comunicación también juegan un rol fundamental en esta lógica al emitir la realidad primordialmente desde la mirada del lente biomédico desde el cual el nacimiento acciona como campo de poder, situación que genera dos consecuencias analizadas desde el marco de la investigación acá expuesta: La omisión de la labor de la partería tradicional en el imaginario general y, el desconocimiento de la población cuando se refiere al tema de la violencia obstétrica y en consecuencia de todas aquellas prácticas ejercidas que la hacen tal. Respecto al primero cabe aclarar que, aunque en los últimos años la partería ha tenido mayor espacio en los medios de comunicación a nivel nacional, esta es vista todavía como una labor netamente de la ruralidad como práctica histórica, no valorándose como una alternativa a futuro para las zonas urbanas del país.

Este trabajo de investigación tiene enmarcado como objetivo primordial esclarecer los discursos que tienen como consecuencia la omisión en el pensamiento de la sociedad villavicense el problema de la violencia obstétrica, para lo cual es importante establecer justamente estos discursos ejercidos desde la biomedicina, para así ser capaces de dilucidar el imaginario de la sociedad villavicense respecto al nacimiento y las formas por medio de las cuales se desarrolla.

A su vez se tiene como objetivo proponer la partería como una alternativa viable, complementaria y segura para la mitigación de la violencia obstétrica, debido no sólo a la capacidad de las matronas para recibir partos sino también por su cercanía con las madres a lo largo del proceso de gestación y en la creación de lazos en las comunidades, asimismo, tal como se ha dado en países desarrollados se considera que esos lazos son realizables también con la biomedicina en el territorio metense y que por ende al trabajar de la mano y con la capacitación debida pueden ser de gran ayuda para las madres en el Departamento del Meta.

Línea y tema de investigación

La investigación se encuentra bajo los lineamientos que propone la línea de Desarrollo humano y comunicación, puesto entiende el papel generativo del lenguaje que conforma nuestro hábitat y diario vivir, como también la estrecha relación entre lenguaje y pensamiento, expresión propia de la lingüística.

Proponiendo en la investigación el uso de la sociolingüística como lente, que toma la relación que tienen los fenómenos lingüísticos y los socioculturales desde el análisis crítico del discurso (Van Dijk, 1999; Hall, 1981, & Fairclough, 2003) lo que permite indagar sobre unas representaciones construidas históricamente desde los medios de comunicación (McLuhan, 1964) y la institución hospitalaria (Foucault, 1963), mecanismos de control y del poder, en torno al parto médico y la partería tradicional que detonan la problemática del presente documento.

El tema que se propone es la construcción de estas representaciones a través de discursos de poder, que desde la hegemonía de sus valores culturales y colonizantes han sometido las prácticas tradicionales de parto, para institucionalizarlo mediante entidades médicas como instrumentos de control sobre la vida, el cuerpo de la mujer y el nacimiento.

Nos afiliamos además al micro-cluster de Comunicación y Cultura, desde el que se aborda las dinámicas de la transformación sociocultural y política, desde el papel de los medios, como señala el Centro de Investigación y Transferencia en Comunicación para el Cambio Social.

Descripción y formulación del problema.

¿Cuáles son las representaciones e imaginarios que reproducen parteras y madres entorno al parto médico, la partería tradicional y la violencia obstétrica, y cómo estas son atravesadas por las prácticas discursivas de la autoridad médica entorno al nacimiento?

Las narrativas discursivas que se han construido a través de distintos elementos comunicacionales, desde los medios masivos de información, hasta el ejercicio médico como campo de discursividades ha invisibilizado la presencia de la violencia obstétrica del escenario de la medicina. Mientras por otra parte, han subrayado la falta de higiene, primitivismo, poco conocimiento científico y el folclorismo de las prácticas tradicionales de parto, hasta su también invisibilización.

De la anterior manera se ha impuesto como práctica hegemónica la biomedicina, y como única opción formal para miles de mujeres en estado de gestación en el departamento del Meta, que cada año sufren en desconocimiento del tipo de violencia obstétrica física y/o psicológica que se justifica, respaldada en el protocolo médico y las posibilidades del hospital para brindar servicios más “humanos”, que termina por normalizar desde lo social, justificando un orden y control sobre el nacimiento como del cuerpo de la mujer.

Esto se asume desde el análisis crítico de los imaginarios y representaciones en torno al nacimiento en Villavicencio, que para un común denominador de la población, están exentos, de cualquier tipo de violencia. Mediante el posicionamiento hegemónico de un discurso que se vale de la reproducción sistemática de estas imágenes y representaciones en torno al parto obstétrico, difundidas en escenarios de comunicación, son evidencia del distanciamiento entre el hecho de dar a luz y su representación mediatizada.

Objetivos

Objetivo General

Comprender las representaciones e imaginarios que reproducen parteras y madres entorno al parto médico, la partería tradicional y la violencia obstétrica, y su relación con las representaciones mediáticas y las prácticas discursivas de la autoridad médica entorno al nacimiento en Villavicencio.

Objetivos Específicos

- Indagar sobre la brecha que imposibilita el diálogo entre el saber obstétrico y la partería tradicional, desde los relatos de sus protagonistas.
- Identificar las acciones políticas y administrativas sobre la protección y salvaguarda del saber patrimonial de la partería en el departamento del Meta.
- Reflexionar a partir de entrevistas y narrativas mediáticas sobre el nacimiento como campo de poder discursivo.

Marcos referenciales

1.1. Antecedentes

Para el desarrollo del trabajo investigativo se tuvieron en cuenta varios antecedentes que tenían relevancia respecto a la temática a tratar, las cuales se enuncian a continuación:

Partería: Perspectivas Jurídicas De Los Conocimientos Tradicionales Y Los Derechos Sexuales Y Reproductivos De Las Mujeres Iku. Dunen Kaneybia Muelas Izquierdo (2018)

Jurisprudencia. Se desarrolla una investigación respecto la partería, la violencia obstétrica y las mujeres indígenas, profundizando en la relación de estos temas entre sí, considerando además la mencionada labor como una alternativa clara para la mitigación de la también mencionada violencia en las sociedades de raza indígena. Asimismo se hace un recuento histórico y a nivel jurídico de la labor en Colombia.

·El Ombligo De Pichincha: Etnografía Visual De Partería Y Saberes Para El Cuidado Reproductivo En La Provincia De Pichincha, Ecuador. Diana Álvarez Romo (2016)

Antropología. En este trabajo realizado en el año 2016 por Diana Álvarez Romo en la provincia de Pichincha, Ecuador, la investigadora tuvo un acercamiento a la labor de la partería por un periodo de tiempo mayor de dos años, espacio en el que acompañó a tres parteras con las cuales produjo un trabajo etnográfico.

De manera simultánea a la elaboración del trabajo escrito ella vio como necesario el desarrollo de un documental audiovisual como alternativa narrativa de la etnografía, esto con motivo de ofrecer mejores posibilidades para que la información plasmada en el texto tuviese

un mayor grado de comprensión para las parteras que hicieron parte del proceso, además también como herramienta etnográfica complementaria al documento escrito.

Las reflexiones desarrolladas en el trabajo etnográfico respecto a ambos temas, tanto el de la partería como labor propia de las culturas y saber ancestral heredado por generaciones con funciones útiles para la sociedad, como el del desarrollo del documental audiovisual con características que van más allá de una documentación de la realidad y se adentra en el proceso etnográfico tanto como herramienta y forma narrativa y de lectura, se establecen de importancia para el trabajo acá desarrollado.

·La Partería: Saber Popular Que Contribuye A La Eliminación De La Violencia

Obstétrica. Claudio Viviana Cruz Castillo, Viviana Andrea Forero Barrientos

(2016)

Comunicación Social. Esta investigación realizada en la ciudad de Villavicencio marca un antecedente para la identificación de la problemática de la violencia obstétrica, su incidencia en la sociedad villavicense y a su vez establece un primer indicio de la posibilidad de considerar la labor de la partería como una opción viable para su mitigación, aunque no existe en el documento una aproximación cercana al tema.

A partir de este trabajo se determina que en la ciudad de Villavicencio, la totalidad de mujeres que fueron encuestadas (80) sufrieron en algún momento del parto y en diferentes niveles la violencia obstétrica.

La poca cobertura mediática también pudo ser identificada, lo cual ayuda a tener una idea más clara del porqué existe tan poco conocimiento de la sociedad respecto a este problema.

Las estadísticas presentadas en este trabajo ayudan a establecer el alcance de la violencia obstétrica y el desconocimiento de la población en términos generales sobre esta, además se muestra como uno de los pocos trabajos ya sea a nivel académico o investigativo sobre la problemática en cuestión.

·Pluralismo Médico Y Parto Biomédico En La Maternidad Isidro Ayora De Quito.

Mónica Esmeralda Vásquez Quezada (2013)

Ciencias Sociales. Se elabora una etnografía en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora entre las parturientas y el personal médico-enfermero donde las temáticas abarcadas son de especial interés para la investigación, debido a su enfoque en los imaginarios y sentires maternos, entendiendo la violencia obstétrica como un obstáculo que puede arriesgar el bienestar de la madre y el neonato, por ende se abarca el tema de la partería y otras alternativas al parto biométrico.

·Una Aproximación Al Estado De La Partería Tradicional En Colombia. Celmira

Laza Vásquez (2012)

Ciencias de la Salud. Se presenta un panorama general de la partería en el territorio colombiano (varios años antes de que se estableciera como patrimonio inmaterial de la nación) en la actualidad e históricamente, haciendo evidente la escasez de medidas tomadas por el gobierno hasta ese momento para la preservación de esta labor. A su vez valora esta práctica ancestral como de importancia para la sociedad y menciona la importancia que debe tener también en la indagación científica como un patrimonio que reafirma la diversidad e identidad del pueblo colombiano.

1.2. Marco Teórico

El trabajo investigativo acá presentado se traza alrededor de las diferentes miradas del parto en la sociedad villavicense, involucrando lo que refiere al nacimiento desde sus múltiples formas y analizado desde los discursos de poder biomédicos, que desde sus saberes regula las prácticas realizadas en este espacio en la institucionalidad así como las representaciones existentes en la población, esto con la intervención de los medios de comunicación los cuales reproducen lo dicho por los poderes hegemónicos.

Lo anterior da espacio para la introducción del término «**biopolítica**», concepto clave y estructurador de gran parte de este trabajo, ampliamente desarrollado por Foucault, quien establece que es aquella vertiente social ligada a las técnicas disciplinarias del poder y el control demográfico (1987: 34-36).

Y como señala (Tejada, 2011) las reflexiones de Foucault nos trasladan a la revisión de lo que son la sociedad y el poder en cuanto a lo disciplinario sobre la corporeidad:

«En la vida moderna, la individualización y la humanización van de la mano al bloquear, aniquilar y suprimir a los seres humanos, su subjetividad y su corporeidad. Se les requiere como fuerza de trabajo, como clientela y como consumidores. A la vez se impone la necesidad de normalizarlos, uniformarlos, disciplinarlos como individuos anómicos y como masa uniforme.» (p.78).

Cobra mucho sentido cuando se ha mencionado el proceso biomédico occidental, como una institución y mecanismo de poder que deshumaniza y mecaniza el acto de nacer, y hace uniforme las labores relacionadas a la gestación, creando discursos de desprecio y trivialización de la labor de las parteras tradicionales. El hospital, especialmente los de carácter público, como institución reduce a las madres en pacientes, una clientela que espera por su turno de ser atendida, donde la relación del partero (obstetra, médico o enfermero) y la madre es casi nula.

Mientras que el concepto de **hegemonía cultural**, llega a articular lo anterior mencionado y darle más profundidad desde la reflexión académica. Desde Gramsci, esta se define como: «la dominación o poder bajo un consenso, donde hay una clase que se impone al resto de la sociedad en su conjunto, con un sistema de significados propios acerca de cómo es el mundo y cómo se debe estar en él» (Benítez, 2018)

En la hegemonía cultural, desde la lectura de Gramsci, «se impone una clase dominante, que difunde sus ideologías mediante sistemas como la educación, las instituciones religiosas y los medios de comunicación. Estos mecanismos básicos van a “educar” a los dominados para que conciban este sometimiento de manera “natural”» (Benítez, 2018)

Es de esta interpretación gramsciana se entiende a los fenómenos culturales y políticos ligados entre sí, puesto sus manifestaciones culturales son un espacio de intervención y conflicto, como señala Aguirre (2009):

«entiende la cultura como un espacio de intervención y conflicto que resulta central en las formas en que se ejerce y se contesta el poder. Implica, además, una manera de analizar la totalidad social en la cual los procesos de formación del estado, la constitución de clases, el desarrollo de las culturas populares y la construcción de hegemonía, son procesos simultáneos, confluyentes y mutuamente contenciosos, sujetos a múltiples tensiones, en los que las dimensiones estrictamente “culturales” no pueden ser disociadas de las estructuras políticas y de poder que la engloban.» (p.127)

Para referirnos a las **representaciones**, una de las definiciones más significativas dentro del desarrollo de la investigación, creemos pertinente la que señala Denise Jodelet (1991), como aquellas formas de conocimiento socialmente elaboradas que contienen elementos:

«Informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, creencias, valores, actitudes, opiniones, imágenes, etc.; en tanto que sistemas de interpretaciones que registran nuestra

relación con el mundo y con los otros y que organizan las conductas y la comunicación social» (Jodelet, p.36).

Las representaciones, desde Jodelet (1991) «integran fenómenos cognitivos con implicaciones afectivas y normativas, que moldean una determinada manera de interpretar la realidad, y que dan sentido a la experiencia, estableciendo un modo de acción dentro de un grupo en un tiempo histórico determinado.»

Como interpretaciones sociales, desde su imposición hacia el individuo, bajo un orden establecido, moldean el comportamiento de la sociedad mediante la transmisión histórica, repetitiva entre generaciones de una particular lectura desde el poder.

Finalmente, los **imaginarios**, como concepto clave desde el que reproducen creencias e imágenes colectivas, que se significan y que:

«También mantienen y justifican un orden social. Es lo que se conoce como los problemas de la legitimación, integración y consenso de una sociedad. Legitimación entendida como explicación, fuente de sentido y plausibilidad subjetiva; esto es, las significaciones sociales muestran, contrastan y ocultan, a la vez, una realidad social.» (Cabrera, 2004)

Cómo se desarrolla más adelante, los imaginarios funcionan como reproductores de creencias e imágenes colectivas no concretas, sino difusas, que como significaciones sociales muestran, contrastan y ocultan una realidad social.

El **Plan Especial de Salvaguardia** (PES), dentro del análisis de este documento entra a valer como respuesta de la institucionalidad, ante la organización de las practicantes de un saber tradicional, como un acuerdo social y administrativo concebido como un instrumento de gestión del patrimonio cultural de la nación, mediante el cual se establecen acciones y lineamientos encaminados a garantizar la salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial (PCI). En el marco de esta investigación el PES se convierte en un objetivo a lograr en el

departamento del Meta, pero no se establecen medidas específicas para trazarlo ni establecer la ruta para su establecimiento, sin embargo, la presente investigación si pretende ser un primer paso para futuras investigaciones y proyectos que decidan iniciar el camino de su reconocimiento y protección.

El ejercicio de la partería tradicional en Colombia y en el departamento del Meta, ha atravesado distintas fases de desarrollo y exploración, como también de marginación y detrimento. Las actuales circunstancias en el departamento del Meta, y en muchos más del país, evidencian estos conocimientos en una situación compleja, llena de dificultades que se distinguen por los propios procesos sociales, políticos y culturales de cada pueblo.

Desde el contexto histórico mundial, se puede iniciar un mapeo desde el siglo XVII con el surgimiento de los Estados-nación, y la determinación de que el futuro político y la prosperidad económica de los Gobiernos «se ligarían íntimamente al fenómeno de la población y sus elementos particulares como: fecundidad, natalidad, demografía, morbilidad» como lo señala Libia J. Restrepo (2016).

Desde entonces, de acuerdo Arguedas Ramírez (2014), a las mujeres se les comenzó a intervenir por «el ejercicio de los poderes médicos y jurídicos dentro del ámbito de la salud reproductiva» pasando, la gestación y el parto, de ser un escenario de consolidación de la familia a un «hecho de salud pública en el marco de la institución hospitalaria. Entonces, el acceso a la atención sanitaria, antes que un derecho, tuvo la impostura de una obligación» (Felitti y Fornes 2011).

En el siglo XVIII, como describe Martínez y Pardo, es cuando «la hegemonía de las parteras se pone sistemáticamente en cuestión desde el poder político, intelectual y religioso, y [fue] sustituida de forma progresiva por la de los cirujanos comadrones» (2001, p. 5). De esa manera el discurso médico argumentó a favor de los cirujanos parteros el que, además de

su habilidad manual, contaban con instrumental que sólo ellos poseían y sabían usar (Martínez-Pardo, 2001: 8).

Si nos aproximamos a la época colonial, Carrillo señala para México, que los médicos de formación universitaria pretendieron ser los únicos capacitados para proporcionar atención médica y ejercieron presión sobre el Estado para que legisle en este sentido (Carrillo, 1998, p. 158).

En relación con las parteras tradicionales, desde esa época «se les ha culpabilizado por la mortalidad materno infantil, al tiempo que se proclamaba la necesidad de su entrenamiento y licencia o su total reemplazo por doctores y enfermeras» (Birn, 2006: 166).

Añade Birn (2006) que: «al focalizarse la problemática en las parteras, se redujo la comprensión de las causas y soluciones de la alta mortalidad materno-infantil y se desarticuló este problema de los determinantes sociales y económicos y medicalizando a las parteras, el nacimiento y la maternidad misma» (p.137).

El trabajo de Laza (2012) es una fuente importante y de referencia cuando se habla de partería tradicional en Colombia. No solo por el mapeo histórico que consigue sino también por la recopilación de trabajos investigativos sobre partería tradicional en zonas como el Valle del río Cimitarra, Magdalena medio, la costa pacífica caucana, y en departamentos como Cundinamarca, Antioquia y Santander, y ciudades como Quinchía o Popayán.

Es importante hacer la apreciación histórica de la declaración que hace en la década de los 70 la OMS con respecto «al acercamiento institucional con las parteras, como políticas de ampliación y accesibilidad de los servicios de salud como estrategia para disminuir las mortalidades materna y perinatal» (Duarte, 2003, p.641).

Además de la propuesta para la región de América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003), reconociendo la problemática de la cobertura a la atención calificada de la gestante, como una estrategia provisional valiosa, planteó la

posibilidad de que el sistema de salud formal se asociara con las parteras tradicionales, en particular en materia de «maneras culturalmente aceptables de atender a las mujeres».

También es importante reconocer y diferenciar del análisis la presencia de los pueblos indígenas de Achaguas, Páez, Embera Katio, Embera Chami, Piapoco, Inga, Guayabero, Guanano, Sikuni y Tucano en el departamento del Meta, habitando zonas rurales y urbanas de municipios como San Martín, Puerto Gaitán, Granada, La Uribe, Mesetas, Mapiripán, Puerto Concordia y Puerto López.

Lo anterior desde la observación jurídica que hace Muelas (2018) con respecto a la CIDH e IWGIA explican que «las barreras frente al estatus indígena han sido entendidas por diversas instituciones como formas de violencia cultural y espiritual» (CIDH y IWGIA 2017). Entonces, en este caso, la violencia obstétrica no solo se presenta como un tipo de violencia de género -pues se produce en función de la salud sexual y reproductiva de las mujeres- (OMS 2014)

Y esto agravado en el caso colombiano debido a que los enfoques de las políticas sobre la disminución de la mortalidad materna del Ministerio de Salud y de agencias internacionales como la UNFPA (UNFPA 2017b, 2017a) «no sitúan los saberes de las mujeres indígenas en el centro de sus planteamientos» (Mato, 2007)

Finalmente, es importante señalar que no existe investigaciones sobre violencia obstétrica, cultural y espiritual para el caso de los pueblos indígenas asentados en el departamento, con un enfoque diferenciado. El estudio de Cruz y Forero (2016), a pesar de lo anterior, sitúa un problema más relacionado a la situación en las ciudades, con un enfoque especial en Villavicencio y una muestra corta desde lo estadístico.

Sin embargo, es el trabajo más cercano y un primer paso en materia de reconocimiento y propuesta para la eliminación de este tipo de violencia, por medio de la partería. Desde la contribución académica, es una influencia más para iniciar con este estudio y su pronto

desarrollo, que propende a servir de base para futuros trabajos que consoliden la propuesta de la partería tradicional como estrategia complementaria para la reducción de esta violencia que afecta a una gran parte de las mujeres del departamento y las dinámicas del nacer.

Es importante en este punto hacer la distinción entre los términos **parturienta** y **materna**, conceptos a menudo confundidos, mientras el primero hace referencia a «una mujer que está de parto o recién parida», el segundo es una distinción que pertenece o es relativa a las madres, como mujeres que han pasado un tiempo relativo después de su proceso de parto. Es de notar que el personal médico entrevistado suele acudir al término «maternas», para referirse al conjunto de mujeres en estado de gestación que han pasado por la institución médica o que se encuentran en ella en su proceso de parto o control prenatal. Parturienta suele ser usado como término académico para referirse, como señala su definición, a mujeres en estado próximo a parir o que han parido recientemente.

Con 85635 km², el departamento del Meta, en el centro del país, es el cuarto con mayor extensión territorial y el décimo con menor densidad poblacional. El municipio de Villavicencio, su capital, es la ciudad más poblada, con cerca de medio millón de habitantes y con 1338 km² de extensión territorial. Un departamento y un municipio marcado por una migración desigual, ampliamente definida por los hechos históricos relacionados al conflicto armado de los años 50's y consecuentes.

La **partería tradicional** en el departamento se define como práctica por sus colonizadores, en gran parte campesinos, y por la población que ya habitaba los territorios, los indígenas. En general en una población con un alto desconocimiento de los procedimientos científicos y quirúrgicos para la atención tanto de la gestación como del parto, pero con gran conocimiento cultural de sus prácticas y conocimiento empírico que había sido transmitido entre generaciones por parteras, en la mayoría de casos.

La **partera tradicional, o la matrona empírica, comadre, comadrona, o simplemente partera**, se define como la mujer que asiste a la parturienta, que «cuenta con un cúmulo de conocimientos transmitidos de generación en generación y basados en la práctica de muchos años que les ha permitido brindar unos cuidados a la mujer durante la gestación y el parto inclusive, en el puerperio.» (Restrepo, 2005)

La Red Latino Americana y del Caribe por la Humanización del Parto y del Nacimiento (RELACAHUPAN) define de ella que:

«su sabiduría la obtiene como aprendiz tradicional, método informal y costumbre antigua de la profesión que puede incluir: El aprendizaje por su experiencia como madre, asistiendo a otras mujeres, de sus ancestros, colegas, sanadores, otros servidores de la salud y de manera autodidacta; sueños, ejemplos y espíritus de la naturaleza, de su espiritualidad y de Dios. Cuando recibe educación de una organización no gubernamental se le conoce como Partera Tradicional Adiestrada.» (RELACAHUPAN, 2007)

Añade que:

«su talento varía según la región donde vive. Su don de partera y su intuición la ayudan a crear una relación única e íntima con cada madre e infante en su cuidado. Integran su conocimiento el uso de dietas, plantas, diversas infusiones, baños de inmersión, baños de sudoración, sahumeros, enemas y masajes. Aprende la mínima intervención y conoce de maniobras especiales para trabajar los partos más difíciles. Practica la higiene, apoya el amamantamiento y protege a la madre con su presencia, consejos y rezos. La partera tradicional considera el parto un evento natural o una ceremonia.» (RELACAHUPAN, 2007)

En ese contexto la **violencia obstétrica**, es el resultado de los procedimientos violentos biomédicos o de medicina occidental, cuando hacen su incursión al departamento, durante los siglos XIX y XX, en la medida en que los asentamientos colonizadores iban demandando la presencia institucional.

Mientras la OMS (2014) con respecto a este tipo de violencia menciona que:

«Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos. (6-9)»

Encontrándose diferentes tipos de violencia obstétrica como describe en detalle Moreno de los Ríos (2016):

«(...) Es violencia inmovilizar a la mujer (...) impedir que esté acompañada por las personas que ella elija, brindar información sesgada, el monitoreo continuo que no permite el movimiento, aplicar la maniobra de Kristeller, las episiotomías de rutina, practicar una cesárea no justificada, negar por rutina la atención de un parto vaginal después de cesárea, o interferir en el establecimiento del apego temprano y de la lactancia materna inmediata (...) También se ejerce violencia cuando se le dice a una mujer con dificultades para quedarse embarazada que su cuerpo no sirve (...) no dejar que una mujer se despidiera del hijo que ha perdido en el parto o en un aborto, es negarle la analgesia en el parto si la solicita, es tratar a una mujer con una pérdida gestacional como a una criminal, es negar el establecimiento del vínculo precoz mediante el contacto piel con piel, son los gritos y las amenazas, entre otros. Menos conocido es que la violencia obstétrica también afecta a los padres y acompañantes cuando se les impide estar con su pareja y con su bebé, cuando no se les da información, cuando no se les permite tomar decisiones que afectan a su pareja o a su hijo/a, cuando se les ignora, etc.

Arguedas (2014) señala que la **violencia obstétrica** «hace referencia a un conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la

atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y postparto.»

Desde la lectura que Arguedas (2014) hace de Foucault propone la noción de «*poder obstétrico*», en el que:

«la violencia obstétrica sería, entonces, un mecanismo de control y opresión, derivado del ejercicio de este tipo específico de poder. El poder obstétrico constituye una forma de poder disciplinario (...) que produce cuerpos sexuados y dóciles. Cuerpos sexuados entendidos a partir de Anne Fausto-Sterling (2000, 2012).»

En resumidas, la violencia obstétrica entendida como una particular forma de poder disciplinario, donde funciona como mecanismo de control y como generador de subjetividades específicas.

1.2.3 Marco Legal

En este apartado se cree pertinente reconocer en primer lugar, que el proceso de implementación y reconocimiento de la partería tradicional en Colombia, desde el aspecto legal podría someterse a varias dificultades como señala Laza (2012), debido a los escasos conocimientos de los antecedentes y estado del arte actual sobre ese tópico en el país.

Frente lo anterior, desde el Congreso de la República nace el proyecto de ley 19 de 2009, con la intención de legislar y reconocer la labor de la partería en Colombia, con un reconocimiento especial frente a la partera tradicional y comunitaria. Para pesar de esta iniciativa, el proyecto fue archivado por Tránsito de Legislatura, en 2011.

La aproximación más importante de reconocimiento y protección en Colombia, ha sido la Resolución número 1077 de 2017, por la cual se incluye la manifestación '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 Salvaguardia. Las disposiciones en la Resolución ligeramente avanzan sobre el tema de la partera en otras regiones del país.

En febrero de 2019 se ordenó por parte de un juez administrativo de Cundinamarca, el incluir la labor de la partera en el Registro Único de Talento Humano en Salud (Rethus), donde se ordena establecer las normas para regularla. Para ironía del asunto, se gesta a través de una demanda de una ciudadana francesa que quería avalar sus estudios como partera.

En el departamento del Meta no se cuenta con ninguna acción legislativa, en carácter de ordenanza, decreto o acción política con el fin de reconocer la labor de la partería tradicional, ni de sus actoras, las parteras, como ese actor social y comunitario que ha fungido a lo largo de la historia como eje vinculante de las relaciones sociales de cada pueblo y comunidad.

Metodología

La presente investigación se desarrolló en el municipio de Villavicencio (Meta), en el marco de los estudios cualitativos, bajo las dinámicas analíticas y metodológicas de la fenomenología y la hermenéutica, que como se estableció con anterioridad, dan prioridad y pertinencia a interpretar una realidad social, por medio de la búsqueda de la comprensión y el análisis de sus factores constitutivos (Echeverría, 1997; Gadamer, 1993 & Husserl, 1982).

Lo anterior establece unas maneras de abordar la realidad investigada, que pone por protagonista la interpretación, la comprensión de los fenómenos y la subjetividad crítica.

Esto se garantiza mediante la interpretación y lectura crítica de las entrevistas semiestructuradas a ocho madres, de edades entre los 18 y los 37 años, de zonas poblacionales de Villavicencio, que con sus relatos íntimos y su testimonio, conforman el eje de análisis de las representaciones e imaginarios sobre el parto obstétrico, la partería tradicional y la violencia obstétrica.

Además, confluyen las entrevistas realizadas a dos parteras, que con su testimonio refuerzan la idea de las estructuras discursivas que se han impuesto desde el poder obstétrico que han socavado desde lo social, su rol como sabedoras, lideresas y gestoras de vínculos sociales, estructuran las relaciones dentro de las comunidades.

El análisis crítico de la información y la lectura sobre la base del análisis de su discurso frente a representaciones e imaginarios, estructuran un objetivo desde la comunicación, suponen una fase del proceso metodológico.

Se recalca la importancia de la interpretación y la subjetividad mediante el uso de las técnicas de recolección de información y del análisis crítico de la misma, mediante un proceso de codificación que estructura las categorías analíticas sometidas a los relatos de la experiencia de parto de las madres y parteras, por medio de entrevistas dialógicas, como también la observación participante de los fenómenos discursivos ligados a la comunicación.

Desde la investigación se empieza con un proceso de clarificación de los presupuestos de los investigadores, se estructuran desde ahí las categorías de análisis, para después hacer un primer acercamiento a los documentos bibliográficos de referencia.

Como proceso de análisis crítico se depuró el material bibliográfico mediante la delimitación temática, para llevarse un proceso de discusión de los resultados, las experiencias de vida como ese relato fidedigno de la violencia obstétrica que atravesó de distinta manera sus vidas.

Se realiza consecutivamente el análisis sobre las discursividades que atraviesan las piezas audiovisuales, que sirven como promoción a las IPS, por las que se determinan las representaciones de la clínica/hospital y cómo esto se relaciona con los imaginarios sobre el nacimiento ideal mientras al mismo tiempo reafirma el poder obstétrico.

Además de lo anterior, vemos necesario el análisis de las piezas audiovisuales que representan el nacimiento y que se emiten como propaganda de compañías privadas en los

mass media (generadores de representaciones sociales e industria mediática), que por su experiencia y la historicidad mediática como señala (Thompson, 1998) condicionan como nunca antes los procesos de subjetivación y configuración de subjetividades, estas se enlazan directamente con el nacimiento, reafirmando un imaginario del nacimiento que se aleja de la realidad, ajustándose a los criterios estéticos que esta industria mediática le impone, mediante la construcción ideográfica de los espacio clínicos, de la atención hospitalaria y el momento del parto, se contrastada por medio de los testimonios de las madres entrevistadas.

Las entrevistas audiovisuales son usadas como la principal herramienta de abordaje, dentro del prisma de la etnografía de la comunicación, que contribuye al discurso antropológico sobre la cultura de las mujeres entrevistadas y genera un relato sobre las condiciones históricas en las que se plantea este proyecto.

Los datos conseguidos a través de la revisión de bases digitales, tales como el Sistema Nacional de Bibliotecas de la UNIMINUTO, artículos en formato físico y digital, la revisión de portales web, la revisión del material documental disponible, la realización de entrevistas audiovisuales abiertas y semiestructuradas en medio audiovisual y sonoro, junto con las notas de campo y datos etnográficos audiovisuales como fuentes principales de información y consulta. En un proceso consecutivo de análisis de estos datos, fueron necesarias la organización de categorías, la lectura crítica de los artículos y material documental, el análisis de datos etnográficos y de las bases de datos.

Retomando el proceso y haciendo un resumen metodológico la investigación, esta se desarrolló en las siguientes 6 fases:

En una primera fase, se inició el estudio documental bibliográfico mediante la contextualización, descripción y posterior planteamiento de los primeros referentes teóricos, desde el análisis crítico de los documentos referentes y productos documentales de tipo audiovisual, creando las bases del primer acercamiento al problema de la investigación.

En una fase secundaria, se inicia el estudio exploratorio, donde se establecen los primeros contactos con los entrevistados desde dos médicos obstetras, dos parteras y ocho madres que han pasado por el proceso de parto. Se realizó la grabación de una entrevista audiovisual y a partir de ella se gestaron las reflexiones que servirían como situación de rediseño de la técnica de recolección de información.

La tercera fase desarrolla el rediseño de las técnicas de recolección de información, se estudia su pertinencia, y se analiza sus características sobre confiabilidad y validez. Para continuar la cuarta fase de recolección y registro amplio de datos por medio de entrevistas y observaciones, mientras se adelanta a su vez el desarrollo y la lectura de la base documental sobre los temas relacionados al problema de investigación, haciendo una depuración del material bibliográfico.

En una quinta fase llega al proceso de categorización y codificación de la información, donde se establecen las diferentes categorías de análisis, creando relaciones temáticas de sus contenidos, mediante la síntesis de sus datos hasta su posible tratamiento, creando grupos desde sus valores y atributos similares.

Finalmente, en una sexta fase se desarrolla de manera amplia el análisis e interpretación de los datos, mediante el resumen de las observaciones se crea las respuestas a las preguntas de investigación, utilizando los valores y conocimientos extraídos de la anterior fase. En lo definitivo se presenta la propuesta desde la investigación, en el informe final, dando los resultados del proceso y la formulación teórica que lo sustenta.

Resultados y análisis

I. Representaciones e imaginarios sobre el parto obstétrico y la partería tradicional.

Alrededor del nacimiento se han construido en los últimos siglos un conjunto de representaciones y saberes, y el parto, escenario que los detona, se enfrenta ante visiones distintas y contrarias de un mismo hecho social que constituye lo fundamental, el nacer.

Desde el surgimiento de los Estados-nación en el siglo XVII, y ante la comprensión sobre la relación que tendrían los distintos escenarios de la vida, como la fecundidad, la natalidad, la demografía y la morbilidad, con la prosperidad económica de los gobiernos (Restrepo, 2016), se planteó desde los poderes políticos y jurídicos que el nacimiento sea un hecho de salud pública en el marco de una institución hospitalaria (Ramírez, 2014), teniendo un carácter obligatorio y sistemático. La clínica entonces se constituyó «como parte de las tecnologías biopolíticas que los estados nación modernos desplegaron para disciplinar, regularizar y gobernar la vida misma», como quedó contemplado en la obra de Foucault, *El nacimiento de la clínica* (1963).

Lo anterior se respalda por medio de la legitimación de un discurso jerárquico que estableció la supremacía de los saberes científicos y técnicos, del parto obstétrico, en detrimento de los ancestrales, del parto tradicional. Esta legitimación a cargo del poder, ha llevado a una lucha histórica que ha generado una serie de imaginarios en detrimento de la labor ancestral como consecuencia de diversos factores, que abarcan desde lo legal hasta los medios de comunicación, y con el pasar del tiempo la han puesto en una posición cada vez menos deseada, tanto para la mirada de la medicina como para la sociedad en general. Esto tiene sus orígenes con lo que Libia J. Restrepo (1995) llamaría una convergencia de dos

discursos, el de la «ginecología soportada y legitimada por la ciencia y las autoridades europeas» y, el de la partería, sancionada «por [hacer parte de] las viejas tradiciones de saber popular, fantasmal y misterioso, impreciso en el lenguaje por carecer de uno científico».

(p.35)

Y para que este discurso de la ginecología y la obstetricia logre la perpetuación, supeditación, hegemonía y efectividad que ha tenido hasta el día de hoy, se ha valido de los distintos mecanismos del poder que controlan los escenarios donde se reproducen y se cuestionan las representaciones y los saberes sobre el parto.

El ejercicio del poder se construye a partir del uso sistemático de sus diversos escenarios (el hospital, la escuela, los medios de comunicación, etc.) que confluyen a sus necesidades por mantener y conservar el orden, uno que consideran ideal y que no debe cuestionarse. Todo lo anterior sometido a una idea del desarrollo económico, político y social.

Los mecanismos del poder, generadores y reproductores de representaciones, para este análisis constituyen dos principales: Las entidades hospitalarias y los medios de comunicación. Aunque se considera válido señalar que un espacio de producción importante de representaciones en torno al parto, que queda exento del análisis, son los centros educativos de educación básica y superior (la academia científica), que desde su formación científico-técnica sirve también como escenario que respalda y superpone el discurso y las narrativas del conocimiento científico sobre los tradicionales, desde lo jerárquico y un paradigma de la modernidad.

Como se ha señalado con anterioridad estos medios de producción de representaciones configuran los imaginarios en torno al nacimiento, al parto obstétrico, la partería tradicional y la violencia obstétrica. En lo consecutivo se evidenciará por medio de los relatos de las madres y parteras, la presencia de algunos de los imaginarios sobre estos tópicos y la demostración sobre las afirmaciones aquí expresadas.

El parto obstétrico, representaciones desde la clínica y los medios de comunicación.

Foucault señalaba que «el poder médico y la medicalización de la vida y de la cultura, que, valiéndose de la etiqueta de la cientificidad, se difunden por los medios de comunicación para seducir al consumidor» (da Rocha, Franco & Baldin, 2011, p. 205).

Y es importante ver desde esta óptica que la estructura de la clínica, como plataforma de servicios, ve en la madre gestante, no por su papel de portadora de vida, sino la del cliente del sistema, una consumidora a la cual hay que abordar desde la propaganda mediática y los servicios dependiendo de su nivel socioeconómico.

En ese sentido, el Estado colombiano en su función institucional y organizacional busca la cobertura y el aseguramiento en salud de los ciudadanos. Bajo una dinámica mercantil delega la función de afiliación en entidades promotoras de salud (EPS), estas de carácter privado, público o mixtas, se definen en calidad dependiendo de sus servicios burocráticos y de comercialización, donde los ciudadanos pasan a ser clientes de servicios y se inscriben dependiendo de sus posibilidades económicas.

Estas categorías resultantes de estas posibilidades económicas definen los regímenes de contribución, que en Colombia en «el primer trimestre de 2017 el régimen contributivo de cobertura alcanzó el 44,8%, el régimen subsidiado el 45,4% y los regímenes de excepción el 4,2%.» (MinSalud, 2017)

Mientras, por otro lado, se encuentran las IPS, quienes son en últimas, los hospitales o clínicas que prestan los servicios hospitalarios, en ese sentido también existen de tipo privado y se distinguen en diferencia por la alta calidad de sus servicios.

Como señalan Mendoza, de la Victoria & Zárate (2017) en su análisis sobre las EPS de régimen subsidiado, revelando mediante un análisis estadístico que existe:

«(...) una persistente dificultad para que los pacientes pobres tengan un acceso a los servicios de salud con calidad (40) evidenciando que las políticas del sistema de salud en Colombia presentan no conformidades.»

Esto se demuestra por medio las distintas formas de propaganda mediática que nacen desde las clínicas en el marco de la competencia por los servicios hospitalarios, tanto del régimen contributivo como del subsidiado, para ello se tomaron las imágenes y los textos que acompañaban el material publicitario de las páginas web y los vídeos promocionales de clínicas del departamento y se halló lo siguiente:

En la competencia, desde el sistema contributivo, y de servicios prepagados, se encontró que estos giran en torno a las características relacionadas al prestigio, al recurso humano calificado, la tecnología, la experiencia, los «altos» estándares de calidad, a la diversidad de servicios, como de su ventaja comparativa y la especialización del personal, como queda expreso en el texto extraído de la página web de la Clínica Meta, en su pestaña «Por qué elegir Inversiones Clínica Meta»:

“(...) (La) Clínica Meta cuenta con un gran *prestigio* en la comunidad Llanera, *recurso humano* altamente calificado y *tecnología* de última generación, más de 41 años de *experiencia* han traído consigo altos *estándares de calidad* y los mejores servicios de salud y asistencia espiritual, es por esto que estamos preparados para atender cada uno de los requerimientos que demandan nuestros usuarios. Nuestro equipo médico especializado, el proceso de certificación y la exportación de servicio de salud, nos indica que ya no es necesario buscar en otras ciudades prestaciones de salud de alto nivel.”

Acompañando esa sección, con un vídeo institucional que funciona como material promocional tratando de construir la imagen de una institución sólida y con experiencia como queda evidenciado en la (Imagen 1)



Imagen 1 - Desde Youtube.com. Video Institucional Clínica Meta

Dentro de la construcción de representaciones evidenciadas en el audiovisual, es de subrayar la mención de aspectos técnicos como el manejo del instrumental quirúrgico, los espacios amplios y caracterizados por la hermeticidad, la constancia de los colores blancos y claros, la cercanía del personal médico con los bebés, y la relevancia de la renovación tecnológica.

Otro caso de estudio es el de la Clínica Marta, en donde podemos encontrar, una imagen relacionada a la exclusividad y a la comodidad, incluso reforzando esa idea bajo el concepto de servicio VIP, como queda evidenciado en la parte derecha de la (Imagen 2)



Imagen 2 - Desde página web Clínica Marta.

Es notorio señalar de la Imagen 2, las características higiénicas, la distribución de sus espacios y los recurrentes colores blancos y claros junto a los elementos de confortabilidad.

Queda reforzada esta idea de los hospitales y clínicas con servicios privados y prepagados en las entrevistas a las madres, en una de ellas, señala Sandra Hernández, de 18 años, con referencia a su atención en la Clínica de la Universidad Cooperativa, en comparativa a del Hospital Departamental de Villavicencio: «Porque me habían comentado que tenerlo en el hospital era muy demorado, y que de por sí, cada vez que iba a esa clínica cuando estaba con el bebé me parecía que era muy buena la atención allá, muy rápida para los exámenes, para nosotras las embarazadas era prioritario.»

Lo anterior demuestran que, desde su representación y sus servicios a nivel municipal, el servicio médico público y el privado distan en cuanto a la calidad de sus prestaciones y la atención recibida. Esto involucra unos imaginarios ya establecidos sobre lo privado (lo bueno, el privilegio, la calidad) y lo público (lo pobre, lo malo o mediocre, la mala atención).

Por un lado, la humanización del proceso de parto, es uno de los objetivos del sistema médico hospitalario, aunque a nivel departamental, no sea una prioridad para los centros hospitalarios, este procedimiento que reconoce el protagonismo de los futuros padres y sus necesidades, especialmente de la parturienta. Es un proceso que, desde clínicas de servicios prepagados, de contribución particular, se ha podido efectuar de mejor manera, mientras que desde los de servicio público dependen de la situación económica que atraviesan las instituciones.

Como señala Cristian Adolfo Bernal, ginecólogo y obstetra, en relación a los servicios de humanización del parto y analgesia obstétrica, desde el sistema privado/prepagado de contribución particular y los servicios públicos de las EPS, en favor de la madre gestante observando que:

“Usualmente la gran mayoría de los partos al menos en la Clínica Meta que es la única institución que cuenta con una sala de trabajo de parto (en la parte de medicina pre-pagada y particular), el 100% se hace así (con las posibilidades de aplicar analgesia obstétrica), desafortunadamente con las EPS aunque la ley dice que sí se puede ofrecer la analgesia obstétrica no cuentan con los recursos y por lo tanto no se ofrece, a no ser que lleguen a un acuerdo, entonces no hay ese ofrecimiento del proceso para acompañar, y en las otras clínicas que hay en la ciudad, desafortunadamente como todas son salas comunitarias de trabajo de parto pueden haber cuatro o hasta diez pacientes en trabajo de parto al mismo tiempo, y no se puede ofrecer el acompañamiento de la familia.”

Natalie Castro, una madre de 29 años, tuvo su bebé en la clínica Meta, contó con un embarazo sin complicaciones, una relación directa por la velocidad de su proceso de gestación, el buen servicio de la clínica y la poca congestión del centro hospitalario (fue la única mujer que estaba en ese proceso).

Señala además Castro, un antecedente de su primer embarazo, a sus 16 años, que fue atendido en la Clínica Servimédicos, en Villavicencio, denostando una crítica al mal servicio de ese centro hospitalario, diciendo que con su primer hijo tuvo:

«una pésima experiencia (...) el trato allá es pésimo para las madres que van a dar a luz, las tratan mal, no las atienden, no tienen esa comprensión con ellas de que de pronto tengan los dolores y que sean pacientes, no, ellos son muy bruscos al tratar a las mamitas, ellos empiezan a acosarlo a uno, o a decirle palabras feas y uno en ese momento necesita mucho apoyo»

Se hace evidente una correlación desde las condiciones de la clínica, mediante su infraestructura para el servicio de parto, y la atención misma de los funcionarios de la entidad prestadora del servicio.

Se puede analizar por tanto que, dentro de las representaciones en torno al parto obstétrico, este puede estar condicionado a la distancia y privilegio de los servicios que prestan clínicas de carácter privado con respecto a las de carácter público.

También señala Castro que «estando allá sí habían más mamás que tuvieron sus bebés, [y hubo] una mamita perdió el bebé estando yo en recuperación, (...) tal vez fue también que ella ocultó de pronto cosas a los doctores, porque de pronto no fue culpa de los doctores, ni de la clínica, porque a lo menos a mí y a las mamás que estaban ahí nos atendieron súper bien, entonces también es culpa de uno, no decirle todo a los doctores, llevar los controles como es, y además eso es la voluntad de Dios.»

Es relevante señalar dentro de su testimonio el criterio de relación que hace, desde su atención frente a la que tuvo la madre que perdió a su hijo, es de notar además que sea fácil conjurar una irresponsabilidad de la madre gestante que la culpabilidad del sistema médico o del centro hospitalario.

Desde la postura analítico-reflexiva se puede considerar como una ejemplificación más de las situaciones donde el control del discurso médico y los imaginarios se gestan a favor del sistema y no de la madre gestante, sobreponiéndose desde su carácter científico (infalible) en el imaginario de la sociedad metense y las madres gestantes.

Se asume por tanto que las clínicas y que su personal médico también son espacios generadores de representaciones en torno al parto, que se construyen además por los elementos sensoriales, semióticos, y la narrativa que se recibe desde los medios de comunicación.

Desde las entrevistas, las madres ratifican en totalidad el poder obstétrico que tienen los médicos debido a su profesionalismo y conocimiento, y desde ese poder niegan la posibilidad de otras opciones como señala una de las madres, Mary Ardila, de 36 años, cuando asegura que confía mucho en estos conocimientos científicos, y que se niega a todo aquello que sea

distinto, por considerar a la partería como «esas cosas de mitos o creencias, no tendría un hijo así porque sería arriesgarle la vida, no lo haría.».

Además, dentro de sus consideraciones para decidirse por una clínica en específico lo único que señala es «la seguridad en que la niña naciera en una clínica con profesionales médicos.» Desde lo anterior, incluso la posibilidad de tenerla en su propio hogar no le parece una buena idea a Ardila puesto considera que en su casa no había la higiene suficiente, ni «los medios», haciendo referencia la falta de equipo médico y tecnológico.

Las discusiones sobre el trato humanizado o no, se trasladan al escenario de lo mercantil y una relación comercial donde existen clínicas con buena o mala reputación de sus servicios, y el paradigma cambia de ser un trato humano y se construye bajo las condicionantes de la atención médica, la seguridad y la economía de sus servicios.

Se considera apropiado apuntar que hay una separación bien definida de los espacios del nacimiento, entre una sala de parto y alguna habitación del propio hogar (o algún escenario casero), desde la constitución de sus espacios e infraestructura, mediante los elementos semióticos que pueden ameritar un análisis más profundo.

Sin embargo, es de notar a través de las observaciones iconográficas de los espacios hospitalarios la falta de calidez, la distancia entre lo público y lo privado, donde la privacidad de los dolores previos, queda extinto por la falta de ella. Donde lo aséptico representado desde lo visual y el trato distante queda marcado desde la separación de los espacios y las representaciones que se crean en ambos escenarios. El alejamiento diametral de la privacidad y confortabilidad de los espacios por sobre su utilidad y las necesidades del sistema por cumplir con la cobertura, los estándares burocráticos y mecanicistas del centro hospitalario.

Mientras por su parte existe otra dimensión desde la que se pretende analizar las representaciones, que es la que se da desde los medios de comunicación que comprenden para esta investigación aquellos que más han construido representaciones en torno al parto y

al nacimiento como la televisión, el cine, la radio, el periódico como también los folletos ilustrativos y educativos.

Lo anterior se consigue desde la construcción de representaciones que se dan en los medios de comunicación y los distintos mecanismos del poder, unas narrativas que se van fundiendo en el imaginario social.

Un ejemplo claro de lo anterior es el comercial de Winny, emitido por televisión nacional desde el año 2012, en esta representación del parto (Imagen 3) por medio del audiovisual, es evidente que el parto se somete a los parámetros estéticos de la televisión nacional. Por un lado, oculta los fluidos que acompañan este proceso, elimina la expresión de dolor de la madre, pues no la representa, además recurre a la imagen de un embarazo acompañado por el padre del bebé, junto a la expresión de felicidad de la madre, la única que aparece de ella durante el proceso de parto.



Imagen 3 Winny – Desde Youtube.com. La Llegada del Verdadero Amor.



Imagen 4 - Comercial Forzamax Embarazo Y Lactancia

Otro ejemplo de esto queda consignado en la Imagen 4, el comercial de la marca Forzamax del año 2018. En este lo notable es que, aunque se representa el dolor de la madre, pasa a ser una imitación que no expresa en profundidad, ni la dimensión completa del parto, quedan exentos tanto fluidos como el nacimiento del bebé, también se muestra un parto limpio apenas identificado por los gestos y el sudor de la madre. El bebé hace su aparición en la parte final del vídeo, cubierto en una manta y vestido, este reposa en el pecho de su madre en medio de expresiones alegres y nuevamente la presencia del padre o acompañamiento.

Las representaciones carecen de realidad, tanto de la madre como de los médicos. No hay representación de otros fluidos, ni del dolor, ni del proceso de parto en su magnitud, desde la sala de emergencias y de los procedimientos anteriores al parto. Por lo general esta falta de realidad está permeada en los relatos de las madres que testifican este desfase entre lo que veían en medios de comunicación y cómo se vive al interior de la sala de parto.

Un punto en común se evidencia, en el que señala Victoria:

“yo ya estaba mentalizada del dolor porque había visto videos, ya me había preparado psicológicamente de cómo podría ser, pero la realidad es otra, yo estaba calmada, las

contracciones son fuertes, pero a la hora que va pasando el tiempo es muy fuerte, no sé cómo comparar el dolor, pero es demasiado el dolor que uno siente ahí.”

O como lo cuenta Lina María Hernández:

“Primero yo creo que deberían los documentales, películas, series, o lo que sea que muestren por televisión o por internet ser reales a como es en la vida de ahora, siempre muestran por televisión que la pareja el papá puede ingresar a darle apoyo a uno, eso es totalmente falso, yo vi documentales de eso y dije bueno, él va a estar ahí acompañando, dando fuerza y luego allá y no lo dejan ingresar, no lo vuelvo a ver ya hasta al otro día prácticamente, entonces la angustia de uno ahí sólo, y no tener la opción de poderle preguntar, o decirle ve y mira, averigua o algo, porque tampoco las enfermeras llegan a uno a decirle qué está pasando.”

O como queda evidenciado en la entrevista a Ardila, sobre las representaciones del parto antes de su primer embarazo, ella señala que:

«Sí tenía imágenes muy lejanas de lo que veía en el bachillerato respecto a sexualidad, pero en el tiempo que yo estudié pues no era muy a fondo

Entrevistador: ¿Y esa imagen creada era muy diferente a la realidad?

Ardila: Claro, totalmente diferente, de la teoría a la práctica hay un eslabón demasiado grande.»

En ese sentido, también existen casos, como el de Lady Almanza, de 26 años, quien no recibió clases formales de educación sexual y reproductiva antes del nacimiento de su primer hijo, las pocas representaciones sobre el parto venían de la televisión y la experiencia narrada de su madre como lo que conocía del voz a voz.

Otro testimonio es de Sandra Hernández, de 18 años, quien antes del embarazo no sabía, ni conocía nada sobre el parto, pero desde ese momento en el que se supo embarazada empezó a ver «vídeos en Youtube y Facebook» y cuando experimentó su parto notó que:

«(...) en algunos vídeos si hubo cierta diferencia porque yo no pensé que fuera tan duro, porque cierta parte te dicen “tiene que pujar” y uno puja, cierta parte le dicen “ya no puje

más” y en ese momento ya no puede. Cuando uno quiere pujar, no puede, pero cuando uno ya tiene que dejar de pujar, no puede. Eso es algo que a uno como que lo confunde (...)»

Por ello se valida el uso de los medios de comunicación como instrumento y escenario para la divulgación masiva de representaciones, que se van construyendo en las grandes audiencias desde la repetición.

Que para el propósito del control de los escenarios de la vida trabajan de la mano, construyendo simbolizaciones, narrativas y reforzando imaginarios en torno al parto. Se idealiza el parto obstétrico como proceso libre de situaciones violentas, como el mejor de los escenarios posibles para dar a luz.

Por medio de la hegemonía sobre las representaciones, desde los escenarios y mecanismos del poder, que se difunden a través de los medios de comunicación y discursividades simbólicas, se invisibiliza, por un lado, la violencia obstétrica, mientras por el otro, se estigmatiza e invisibiliza las alternativas natales del escenario de lo mediático.

La violencia obstétrica desde los medios

El mismo sistema médico mediante la representación mediatizada que se manifiesta en los imaginarios de las madres y familiares desde la imagen de la clínica, sus prácticas y el trato humano que queda secundado ante el procedimiento. En ese sentido la representación mediatizada, es un instrumento del poder que silencia sobre esta violencia, e infra representa su frecuencia y magnitud.

Así como señalaron Cruz y Forero (2016), en su análisis sobre violencia obstétrica en medios de comunicación nacionales y de Villavicencio cuando «durante el mes de análisis se informó únicamente en prensa nacional sobre violencia obstétrica; en radio y televisión no se

evidenció nada al respecto, ni siquiera en la sección de salud.» (p.38). Pudieron dar cuenta de la poca y casi nula representación de esta violencia en medios de la prensa nacional y municipal.

Se puede ver esto representado en los testimonios de las madres, que corroboran el desconocimiento sobre el tema, al mencionarse y preguntarles sobre el término y su definición, junto con el conocimiento de sus prácticas violentas, en pocos casos pudieron dar ideas cercanas sobre el término, pero en su mayoría, el desconocimiento se hizo evidente y cuando se les explicaba sobre esta violencia anotaron que no lo habían escuchado con anterioridad y que nadie les había hablado del tema en las etapas previas al embarazo, ni en su desarrollo.

Sin embargo, es de resaltar que en la totalidad de los casos registrados las entrevistadas hayan experimentado como mínimo un tipo de violencia obstétrica, desde casos leves hasta casos graves. En un sentido general, al preguntarles por el término en relación a su proceso de parto, reconocían algunas prácticas violentas, pero al desarrollarse la entrevista hacían visibles otro tipo de éstas, en menor o mayor grado. Se hizo evidente, entonces, la falta de reconocimiento de la magnitud de este tipo de violencia y su tipificación no está muy clara para las entrevistadas.

En ese sentido, el caso de Lina María Hernández, de 29 años, es ejemplo claro en donde al preguntársele por la violencia obstétrica, identificó como práctica violenta el momento en el que sacaban los coágulos de sangre de su abdomen, mediante un forcejeo agresivo y no voluntario. Pero a su vez no reconocía de forma inmediata la violencia implícita en la desatención de su EPS, mencionándolo sólo como un hecho anecdótico que: «la EPS directo con la que tenía la clínica no me atendía, me decían “está dilatando” pero no hacían nada más, me tocó ya como angustia de madre, porque tenía conocimiento de que si se pasaban las 41 semanas era riesgo para el bebé, me fui hasta el hospital(...)», como también las

expresiones y actitud de las enfermeras a la voluntad de no darle teta a su hijo y la imposibilidad de que su esposo la pudiera acompañar aunque le hubiera gustado contar con su presencia, se manifiestan como situaciones ajenas a esa definición pero que parte de hechos desagradables que le hubiera gustado evitar. Evidencia este caso la normalización de las violencias en sus otras manifestaciones.

Es de lo anterior que se analiza el hecho de que, en los 8 casos registrados, las madres en su totalidad evidenciaron que, en ningún momento, alguien del personal médico les explicó que en un momento antes, durante y después del embarazo que podrían sufrir de este tipo de violencia y qué tipo de acciones podrían configurarla.

Además, como lo evidenciaron las madres entrevistadas, ellas en su totalidad desconocían el término de violencia obstétrica, aunque identificaban algunas prácticas desde la expresión mencionada, definiciones que se acercaron al término, pero que no lo abordaban en su totalidad.

Y aunque la expresión «violencia obstétrica», como un tipo de violencia de género, se encuentre tipificada, mediante los procedimientos clínicos y hospitalarios antes, durante y después del momento del parto, a esta definición confluyen las violencias de orden cultural y espiritual, como señala la observación jurídica que hace Muelas (2018) con respecto a estas, donde por ejemplo frente a comunidades indígenas estas violencias son más evidentes, y reconocidas por distintas instituciones (CIDH e IWGIA, 2017).

La violencia obstétrica tiene lugar en las comunidades urbanas y rurales donde la partería tradicional con sus valores culturales, tenía presencia y una función social. Cuando el parto obstétrico irrumpe en las relaciones comunitarias y construye la discursividad a partir del parto individualizado y como un procedimiento personal, mientras excluye la discursividad de forma progresiva del parto y el nacimiento como un evento social y de la comunidad,

donde la partera tenía una función de sabedora que traía una nueva vida, el cual gozaba de respeto y el cariño de la familia de la parturienta.

Así lo señalan ambas parteras entrevistadas, tanto doña Norfy como doña Freddy hicieron evidente este desplazamiento de sus saberes y del reconocimiento que anteriormente gozaban en sus conocimientos, aunque el respeto perdure hasta el día de su muerte.

Se hace evidente en ambas entrevistas que ellas señalen el tipo de respeto y las relaciones al interior de sus barrios y comunidades, cómo han cambiado y recuerdan el trato que llevaban como parteras. Así lo recuerda doña Norfy:

«Antes la partera era el dios de la tierra, la verdad que sí, porque anteriormente una partera que atendía un parto, desde que se hacía el almuerzo para la que dio a luz, era un excelente almuerzo para esa persona que había atendido el parto, y aveces casi, yo me atrevo a decir que la partera era la que más ahijados tenía, porque la gente con esa cultura y ese agradecimiento de saber que esa persona atendió el parto decían: “No es que usted va a ser la madrina”. Un respeto muy contundente»

Y lo corrobora doña Fredy, que aún mantiene el contacto con las mamás y los bebés atendidos, ahora niños o jóvenes: «Yo los recuerdo y ellos cuando me los encuentro le dicen a los niños: Ella es su segunda mamá. Mantengo una relación muy buena con las mamás y con los niños, algunos de ellos jóvenes que atendí hace bastante tiempo.»

Bajo ese tejido de comunidad que se ha roto con el paso de los años, se demuestra el cambio de relaciones al interior de las comunidades, tanto doña Norfy como doña Fredy no atienden casos a menos de que sean de emergencia, pero anotan que ahora evitan atender los partos por el peligro que involucra la familia de la parturienta y las acciones violentas que puedan tener contra ellas en caso de que algo salga mal.

Así, por tanto, la violencia obstétrica tiene múltiples manifestaciones, en distintos escenarios y en diferentes grados en los que pueden manifestarse. Lo anterior llega el punto de normalizarse como parte del desarrollo procedimental del parto obstétrico.

Y el papel de los medios de comunicación y espacios de educación sexual y reproductiva, son fundamentales para el reconocimiento de esta violencia obstétrica, para que sea fácilmente identificada y reconocida por ellas y por los miembros de su familia, quienes también pueden identificar sus características tipificables.

Se deja como conclusión la evidenciada necesidad de ser representada y contada en los medios de comunicación, desde lo noticioso hasta lo educativo, empezando por su tipificación y reconocimiento que debe establecerse en los múltiples escenarios donde la educación sexual y reproductiva tenga lugar.

La academia, los centros de comunicación y la misma clínica en una labor educativa-informativa deben señalar desde lo procedimental las diferentes maneras en la que esta violencia podría manifestarse.

Como hemos desarrollado con anterioridad las violencias relatadas por las madres, en sus testimonios, en la mayoría de los casos no son siquiera identificadas por ellas como parte de la «violencia obstétrica», sino justificadas como resultado del procedimiento obstétrico y del saber médico, o relatadas de forma anecdótica, desconociendo las acciones que podrían constituirla, si se retoman sus testimonios se puede identificar desde malos tratos verbales hasta violencias físicas, en distintos niveles o grados de afectación.

Se hace necesario que la institución médica hospitalaria en un primer término reconozca las necesidades por identificar esta violencia, estableciendo un protocolo que la tipifique, como también esclareciendo su diferenciación técnica entre la psicológica (malos tratos verbales, desatención, imprudencia pasiva, realización de tactos vaginales no consentidos, etc.) y la física (golpes, forcejeos innecesarios, cesáreas sin consentimiento, etc), y teniendo en cuenta las diferentes acciones que la pueden tipificar sean conocidas por el personal médico, como también a la mujer gestante antes de su proceso de parto y le sea facilitado un registro de atención hospitalaria que dé cuenta de cada una de las posibles acciones violentas

desde su ingreso hasta su salida del hospital o la clínica, lo que permitiría llevar un conteo, supervisión y estadística sobre el servicio obstétrico y la atención al interior del centro de salud.

Sin embargo, desde la investigación se cree que esta violencia no solamente debe ser atacada desde la institución médica, sino recurriendo a las prácticas tradicionales por sus atenciones más humanas y cercanas al respeto del cuerpo, proponiendo a la partería tradicional como alternativa y una estrategia oportuna para la mitigación de esta violencia. Como hemos evidenciado la falta de representaciones desde lo mediático de la práctica tradicional creemos pertinente analizar cómo y de qué manera estas representaciones se han hecho en los medios de comunicación de esta práctica, de la manera en la cual el poder institucional ha logrado crear imaginarios en torno a esta.

El parto, escenario de disputa de representaciones e imaginarios.

Dentro de estas narrativas creadas a través de los medios y los recursos de los órganos gubernamentales, han gestado una única narrativa sobre el nacimiento bajo los escenarios del hospital y su discurso como el único en la gran esfera de lo mediático.

La partería hegemónica o asistida desde la obstetricia, lo que ha gestado a través del acompañamiento estrecho con la institucionalidad ha sido que las campañas de comunicación se hayan construido desde la hegemonía discursiva de la atención hospitalaria, mientras al mismo tiempo cierra las posibilidades a las prácticas tradicionales desde medios de comunicación privados y públicos.

Y estas campañas para el departamento del Meta y Villavicencio, para 1998, como señala Omar Ramírez Gómez, funcionario especialista de la Secretaría de Salud del Meta, tuvieron un auge desde la problematización de la partería tradicional, como problema de salud pública,

acusando de responsables de los altos índices de morbilidad materna y perinatal, a las parteras:

(...)Entonces era un evento común pero como era un problema de salud pública entonces la Secretaría de Salud comenzó a buscar la manera de lograr que el parto se tuviera de forma institucional pues garantizando con ello, seguramente una mejor prestación de servicios, una atención oportuna en emergencias médicas, garantizando en general una mejor atención para todas las maternas. Hubo varias estrategias entre ellas hablábamos de ofrecerle a la materna la primera muda de ropa, donde la institución de salud entregaba la primera muda de ropa a ese bebé que recién nacía, como un estímulo para que tuviera el parto institucional, también se hablaba mucho de la parte de la vacunación, porque ese niño recibía las primeras dosis de vacuna, y también la posibilidad de que esos niños fueran atendidos por médicos especialistas para detectar problemas de tipo congénito o algún otro problema que no lo puede identificar una partera, de esa manera logramos que el parto institucional en el departamento se haya estabilizado.

Como indica Omar Ramírez, para lograr ese objetivo se hizo necesario «el uso de estrategias de información, educación y comunicación, a través de la radio, de folletos, y del boca a boca en la institución de salud para que la materna le contara a la otra materna que era mejor tener su parto institucionalmente», lo que evidencia es el uso de distintos canales de comunicación y el planteamiento estratégico de una campaña de comunicación información y educación dirigida que aprovechó de los recursos públicos para promocionar el parto obstétrico, mientras por otro desincentiva el parto asistido por parteras, en el marco de lo considerado como un problema de salud pública.

Desde el análisis de las bases de datos sobre archivos audiovisuales en los medios de comunicación nacionales tanto de carácter privado como público notamos que las representaciones en torno al parto, desde las campañas de salud sexual y reproductiva, hacen notoria la invisibilización de las alternativas natales, las representaciones están centradas

únicamente en el parto médico obstétrico. Y se analiza esto como estrategia dentro de los mecanismos del poder que consideran necesario su invisibilización, mediante su falta de representación y divulgación.

Si ampliamos este hecho vemos que la partería tradicional, goza de muy pocas representaciones audiovisuales y gráficas dentro de la construcción documental, ficcional, o de los escenarios mediáticos, como pueden ser canales de televisión, radio o periódicos como representaciones impresas de carácter informativo o educativo.

Teniendo en cuenta que los medios de comunicación, en los últimos tiempos, el audiovisual se ha situado como el de mayor consumo, tanto en redes sociales como por los medios tradicionales de comunicación, lo que los convierte en uno de los mayores constructores de imaginarios sociales.

En la revisión y el análisis de las bases de datos sobre productos audiovisuales del parto o el nacimiento, realizadas en el departamento del Meta y en Villavicencio, notamos la carencia absoluta de representaciones del parto tradicional o de las parteras en su rol estructurador de las relaciones comunitarias o de la divulgación de sus saberes.

A las parteras no se les ha permitido ser parte de las representaciones en torno al nacimiento, han estado alejadas de todo tipo de representación audiovisual de alto impacto y audiencia.

Desde el estudio de las bases de datos sobre archivos documentales audiovisuales, a nivel nacional, las pocas representaciones encontradas se deben a estudios académicos exploratorios como lo son *Manos de Luz* (2016) de Alejandro Ceballos, *Las Parteras del Puerto* (2017) de Laura Barrios y *La partera de Necloclí* (2011) de René Rivera. Otro documental hallado resalta el papel de una mujer que ha ejercido como protagonista en su comunidad y como partera, es el caso de *Mamá Chocó* (2010) de Diana Kuellar.

Además de los señalados con anterioridad existen reportajes como *Las parteras tradicionales*, patrimonio que garantiza del canal France 24 en su versión en español, o el realizado por el canal nacional Caracol, titulado *las Parteras en Acción*, que nacen como resultado del pronunciamiento del Ministerio de Cultura que reconoce los saberes patrimoniales ligados a su oficio.

El mensaje mediatizado refuerza los imaginarios que surgen desde la clínica, considerándola la forma más segura, higiénica, profesional y técnica para el nacimiento del feto. Como discurso dominante se ha legitimado como se mencionó con anterioridad, desde lo científico técnico y que se construyen desde las representaciones clínicas como lo ejemplifican las imágenes 1, 2 y 5.



Imagen 5 -Salas TPR Colsanitas

Por la importancia del acto y la relación intrínseca del cuidado de la madre por su hijo, en la totalidad de casos registrados, consideraban un riesgo poner la vida de su bebé ante las manos de una partera (entrevista a Mary Ardila, Lina Hernández, Victoria Hoyos, Lady Almansa, Ximena Hernández, Olga Cifuentes, Natalia Vargas y Natalie Castro) aunque conozcan a algunas que vivan cerca de su residencia, sean familiares, o hayan acompañado parte de su proceso de gestación, cuidando de su dieta y practicando sus ejercicios tradicionales de cuidado.

En el caso de Victoria Hoyos, ella señala la incapacidad económica para acceder a un mejor servicio, y de tajo no consideraba otra opción distinta a la de un centro hospitalario, en principio por desconocimiento sobre alguna partera que prestara el servicio.

En el caso de Lina María Hernández, ella no consideraba la opción de la partera señalando que:

«la mujer que tome esa decisión es tomar un riesgo, porque hoy en día no sabemos que especialidad tenga la partera, con la EPS uno dice, bueno lo perdí y los médicos me van a explicar o si algo salió mal en el procedimiento por lo menos uno tiene la opción de demandar con pruebas o algo, pero con una partera ¿qué se puede hacer?»

Olga Cifuentes justifica que, aunque tiene familiares, como su abuela que es partera, ella no consideró esa opción:

«Porque yo diría que son como los tiempos, porque por ejemplo en los tiempos de mi abuelita ella misma lo hacía, esterilizaba sus cosas a su manera, ahorita en este tiempo hay tanta tecnología y tanta cosa avanzada que yo no me voy a prestar a eso, para prestarme que ocurra una emergencia en mi casa.(...) Si en algún momento al niño se le presentó un paro respiratorio o algo, se murió, porque allá cómo lo van a ayudar. »

Lady Almansa, aunque recibió asistencia de una partera llamada Helena, con los cuidados de su dieta y los masajes que le permitieron caminar sin molestia, no veía posible la asistencia de la partera, principalmente por las complicaciones ligadas a su proceso de parto (placenta previa):

«No, la verdad no, porque sería muy riesgoso para los bebés. Yo lo puedo parir en mi casa, pero ¿cómo yo voy a decir que mi bebé está sano?, tiene que tener ser como los otros bebés, con eso no se puede jugar. Además, si fuera por una partera y se tuviera una situación complicada ella no sabría qué hacer, ni reanimarlo, ni tampoco practicar una cesárea.»

O como indicó Mary Ardila con respecto a las parteras que: «esas cosas de mitos o creencias, no tendría un hijo así porque sería arriesgarle la vida, no lo haría.».

Natalia Vargas por su parte señala que tanto su abuela como su padre sabían de partería, pero aún así deseaba que su hijo naciera en el hospital, por seguridad, consideró la opción de ser asistida por ellos cuando fue enviada a su casa, después de que el médico obstetra consideró que le hacía falta dilatar aún más y no tenía necesidad de permanecer en la institución hospitalaria. Su bebé nació en su casa y fue asistido por su hermana, Natalia señaló ante la situación:

«Me pareció malo el trato, porque yo llegué con contracciones fuertes en la mañana pero el médico, el obstetra del hospital, a pesar que revisó mi caso no me dejaron en el hospital, que porque faltaba dilatar y me dieron salida aunque yo sentía que el bebé ya venía, en la noche yo vine a dar a luz en mi casa, a eso de las 9 y le tocó a mi hermana, que no sabía de eso.»

Tanto Ximena Hernández como Natalie Castro, ante la pregunta sobre si contemplaron la posibilidad de ser atendidas por parteras, su respuesta fue un no, a secas, asegurando que sólo contemplaron las opciones médicas, y Natalie conocía una partera que vive cerca de su casa no estaba dispuesta a poner la vida de su hijo en riesgo.

En un sentido general las madres arguyen en contra de las parteras las nuevas complicaciones que al día de hoy suceden con respecto al parto, la fortaleza de las mujeres del pasado, el avance científico que brinda más seguridad a sus partos, la higiene de los procesos y el respaldo institucional ante una emergencia o la capacidad de respuesta económica ante un mal procedimiento.

Como hemos desarrollado gran parte de esos imaginarios con respecto al parto nacen de las representaciones que se han emitido desde la constitución misma de la clínica o centro hospitalario, y los medios de comunicación que refuerzan esas representaciones sobre el

saber médico desde el saber profesional, técnico del manejo del instrumental quirúrgico, la asepsia, lo higiénico, lo limpio y lo adecuado.

Por ello, la propuesta de la práctica tradicional de la partería como alternativa atraviesa distintos retos desde la comunicación. En un primer sentido desde lo académico, existe una importancia por reconocer todos los mecanismos comunicativos que funcionan para representar el parto médico y los mensajes que se emiten desde ellos, identificando diferentes categorías de análisis que sirvan para plantear estrategias de comunicación específicas y orientadas en contrarrestar las representaciones hegemónicas de la institución científico-técnica, que se impone frente a prácticas tradicionales y de conocimientos culturales.

En otro sentido debe plantearse la identificación conceptual de los miedos y temores infundados o justificados sobre la partería tradicional, permitiendo construir desde los puntos de acuerdo un diálogo de reconocimiento mutuo tanto de las parteras del Meta hacia los organismos institucionales, y viceversa, que plante los cimientos para regulación de salud departamental y municipal, para el caso de Villavicencio. Lo anterior serviría como base para establecer estrategias comunicativas orientadas en reconocer su presencia, saberes y pertinencia.

Como quedó evidenciado se hace necesaria su visibilización, mediante su representación mediática, en los distintos escenarios y mecanismos del poder, como la escuela científica (universidades, colegios, institutos técnicos), los mass media y desde las propias entidades institucionales, mediante la identificación de sus actoras (bases de datos) y la documentación de su oficio desde las herramientas comunicacionales disponibles y de fácil reproducción y consumo como las piezas gráficas, las cartillas con enfoque pedagógico e/o informativo, las piezas sonoras de distribución radial y bancos de sonidos, como de las piezas audiovisuales que por su consumo masivo permite una mayor visibilización y amplia proyección en las distintas zonas municipales y departamentales. políticos y de representación social,

considerando es la mejor manera de representar sus saberes. Esta última herramienta, por sus capacidades de registro y detalle, su ambivalencia (visual y sonora), su capacidad didáctica y de movimiento secuenciado la erigen como una excelente manera de preservar conocimientos patrimoniales desde las representaciones de estos y la capacidad de retratar a sus protagonistas. Además, se considera una reacción necesaria la respuesta audiovisual, ante la estética ficcionada e idealizada del parto médico por medio de una representación mucho más real y que se ajuste al procedimiento, sirviendo de un conocimiento de educación sexual tanto para mujeres como para hombres del municipio de Villavicencio, como del departamento del Meta.

Finalmente se considera fundamental el establecer un contacto desde el sector académico multidisciplinar con las parteras del departamento y municipales que permita desde el respeto y la autodeterminación de ellas, establecer estrategias con múltiple enfoque para su reconocimiento jurídico y legal, como de la protección de sus saberes.

II. La partería, hacia el reconocimiento como práctica y como estrategia para el nacimiento.

La partería y una lucha histórica

La labor ejercida por las parteras tradicionales, conocidas en sus comunidades también como comadronas, ha tenido luchas históricas con la biomedicina desde hace más de un siglo debido a discursos de poder y discrepancias en cuanto a la forma de cómo ambos métodos perciben el nacimiento, la partería como una labor ancestral que en sus procesos busca la cercanía con la madre y la creación de tejido social con la comunidad, frente a un saber perfeccionado por medio de la tecnología y la ciencia pero que en la relación con la madre gestante en ocasiones se vuelve lejano y agresivo.

A partir de esta lucha se han ido generando una serie de imaginarios en detrimento de la labor ancestral como consecuencia de diversos factores, que abarcan desde lo legal hasta los medios de comunicación.

Las primeras acciones implementadas para su erradicación fueron de tipo jurídico, las cuales deslegitimaron lo que hasta entonces había sido la práctica de la partería, el cuestionamiento de las sociedades científicas respecto a la labor partera dio pie para esto y además le daba un respaldo de jerarquía a estas regulaciones (Restrepo, 1995). Algunas disposiciones que en su momento se efectuaron en relación a la partería fueron las siguientes:

Resolución 477 de 1929:

Se consideró que «una de las causas principales de la alta mortalidad infantil y de la frecuencia de las infecciones puerperales es la incompetencia y el descuido de las personas que presten sus servicios como parteras», por lo tanto a aquellas mujeres que ejercieran el oficio de la partería les era necesario obtener una licencia que las acreditara como «hábiles» con condiciones como «tener un diploma o certificado de una escuela u hospital en que se enseñe y practique la obstetricia»

Decreto 2311 de 1938:

Al igual que en la resolución anterior sólo aquellas que pudiesen ser consideradas como aptas a través de un certificado o diploma que las avalara podrían ejercer la profesión, sin embargo, fueron un poco más allá al dividir las por «clases». En primer lugar estarían las parteras de primera clase «que son aquellas que obtengan o que hayan obtenido un diploma expedido por las Facultades de Medicina que funcionen en el país.» y las de segunda clase que serían aquellas que poseyeran «certificados debidamente registrados», por su parte se añadieron algunas otras condiciones que dificultaban aún más las posibilidades de las parteras para seguir ejerciendo su labor y se instauraron unas multas en caso de fallar en las formas de ejecutar el parto.

Decreto 1232 de 1942:

Se estableció un escalafón de enfermeras en el que se considera a las parteras como enfermeras de segunda categoría en tanto estén registradas según lo dispuesto en el Decreto 2311 de 1938.

Decreto 3550 de 1948:

Un nuevo escalafón fue establecido en el que las parteras son consideradas como auxiliares de enfermería partera.

Estas medidas ejecutadas para «organizar una práctica racional alejada del empirismo» (Restrepo, 1995), empiezan a legitimar un sentimiento de desconfianza respecto a la partería y con el tiempo el desarrollo de imaginarios sociales, impulsados por los gobiernos y medios de comunicación, que harían ver esta práctica como algo indeseable y con el tiempo el posicionamiento de un saber médico sobre la práctica partera, no obstante, a lo largo del siglo XX e inicios del siglo XXI las parteras siguieron siendo de suma importancia al momento de asistir nacimientos, según estadísticas del DANE en el año 2000 en el Departamento del Meta y la ciudad de Villavicencio un 13,3% y un 4,3% del total de partos respectivamente fueron asistidos por parteras, en contraste al 0,9% y 0,07% que tuvieron lugar en el año 2017.

(Anexos 1, 2, 3 y 4)

Esto como resultado de las medidas ejercidas a nivel gubernamental desde la Secretaría de Salud del departamento, donde veían que las parteras en casos específicos en los que «no tenían tanta experticia, podían ser un problema de salud pública y podían generar muchos problemas y mucha mortalidad» (O. Ramírez, comunicación personal, 12 de abril de 2019)

No obstante esta comparativa presentada no puede interpretarse necesariamente como algo negativo, las estadísticas evidencian que en el periodo entre el 2008 y el 2018 la tasa de muerte materno - perinatal se redujo casi a la mitad en el Departamento del Meta, pasando de

una tasa de 92,81 mujeres muertas en razón de cada 100.000 nacidos vivos (Moro, 2009) a 47 por 100.000 nacidos vivos (Secretaría de Salud del Meta, 2018), debido, en parte, a las mayores facilidades de acceso a los centros hospitalarios.

El problema se encuentra cuando se deja de estimar a la partera como un elemento de importancia para la sociedad no sólo en cuanto a su capacidad para asistir partos sino sobre todo en su influencia en la creación de lazos con la comunidad, La Asociación de Parteras Unidas del Pacífico (ASOPARUPA) reconoce que « [En el sistema de salud] desconocen e invalidan nuestra práctica al no considerarnos agentes de salud legítimos y aptos para la prestación de servicios médicos, desconociendo también el fuerte arraigo cultural y social de nuestra práctica» (2016).

Las complicaciones que siguen encontrando las parteras con el sistema de salud y el desconocimiento de esta labor de numerosos sectores de las distintas comunidades del país son los factores externos que afectan a esta labor.

El control ejercido por el sistema biomédico respecto al nacimiento y los distintos saberes de la salud ha generado jerarquías que dejan a la labor de la partería en un trato desigual respecto al primero, como lo resalta ASOPARUPA, aunque ellas se han acercado para realizar capacitaciones esto no ha sido recíproco y desde los hospitales han obviado técnicas para prevenir, por ejemplo, el parto por medio de la cesárea, además, dicen ellas, aunque las parteras remiten a las madres a los centros médicos cuando lo consideran necesario a partir del tipo de parto presentado, al ser el sistema de salud una voz de autoridad que «regula la práctica biomédica y la prestación de servicios de salud en el país», en numerosas ocasiones en los hospitales reprenden a las madres que en alguna etapa del embarazo han optado por la labor de las parteras, generando como consecuencia una prevención respecto a la partería y, a pesar del reconocimiento que tienen en sus comunidades, esta situación no sólo las deslegitima sino que siembra «prejuicios y miedos infundados sobre la partería»

(ASOPARUPA, 2016, p.89) circunstancia que genera tanto una ruptura con la comunidad como entre ellas mismas, fomentando así la desinformación sobre esta práctica y por tanto generando imaginarios que afectan su labor (2016).

Desde la postura médica aunque la función de las parteras es de mucha utilidad sobre todo en las zonas rurales del país donde la medicina y los centros hospitalarios tienen menos posibilidades en cuanto al acceso, en muchos casos, según Cristian Bernal, médico obstetra y ginecólogo de la ciudad de Villavicencio, las parteras «no tienen el conocimiento y siguen haciendo cosas que son inadecuadas tanto para las mamás como para los bebés» lo que puede incidir en casos de mortalidad materno - perinatal, en este sentido añade él «un parto en sí no es algo tan complejo, el problema no son los partos, el parto es algo natural y que se da sólo, el problema son las complicaciones» para las cuales ellas no están capacitadas, tanto en relación a los conocimientos como por los equipos que puedan requerir, «aún para uno es muy difícil controlar una hemorragia o un proceso infeccioso después de un parto, entonces para ellas es mucho más complejo sin los recursos técnicos necesarios.» (Cristian Bernal. comunicación personal, 7 de marzo de 2019)

No obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sugerido el acercamiento de ambas formas de atención por el beneficio de la sociedad, como lo menciona Wagner (2007) cuando cita:

«Los sistemas informales de atención perinatal (incluyendo parteras tradicionales) donde estos existan, deben coexistir con el sistema oficial de atención del nacimiento y debe mantenerse la colaboración entre ambos para beneficio de la madre. Cuando estas relaciones se establecen paralelamente sin conceptos de superioridad de un sistema sobre el otro pueden llegar a ser altamente efectivas. En países industrializados algunas mujeres siempre preferirán recurrir a profesionales alternos como las parteras tradicionales. Estos proveedores alternos son importantes en los países en desarrollo.»

Aunque el porcentaje de partos asistidos a nivel nacional por parte de las parteras en el año 2016 fue de sólo el 0,6%, estos números se incrementan en cuanto los datos se acercan a aquellos territorios distantes a los que difícilmente llega el estado, cuando se habla de las zonas rurales el porcentaje aumenta a un 3.0% y cuando se refiere a nacimientos indígenas en esas mismas zonas se incrementa hasta un 16,2% (Estadísticas DANE), situación que un principio dificultaría ese acercamiento y relación recíproca sugerido por la OMS.

Por otra parte, al ser la partería una práctica ligada fuertemente a la cultura y al territorio de madres y parteras, en el ámbito rural se presenta que las dificultades por parte de las parturientas en cuanto a la asistencia de los partos en los hospitales tienen que ver sobre todo con diferencias culturales (Muelas, 2018). Avendaño & González añaden que la ausencia de una atención más amable, así como la falta de comprensión por parte de los médicos respecto la cultura propia de las madres y sus valores terminan impulsando a las mujeres a acercarse más a las parteras que al sistema médico en estas zonas. (2014)

Otra dificultad se presenta al no tener en cuenta las realidades de la labor partera cuando se promueve la intervención de estas en zonas ajenas a la propia, según la OMS, una de las estrategias que no se ha analizado correctamente por parte de los que defienden la capacitación de las parteras para promover su accionar en distintos espacios más allá al del cual están ellas acostumbradas, es que el arraigo que ellas sienten hacia su territorio y la interpretación que dan en relación a los padecimientos de las madres los otorgan desde un contexto cultural completo, que trasciende el tratar un síntoma específico, por lo que la brecha cultural existente entre los métodos modernos de nacimiento y los de las parteras tradicionales deben ser relevantes cuando se analiza dicha situación (Avendaño & González, 2014).

El accionar de la partera por tanto va más allá de la realización de un procedimiento determinado, en este caso el del parto, según ASOPARUPA sus «conocimientos son

integrales y nos permiten tener una posición importante dentro de nuestras comunidades, puesto que somos agentes de salud legítimamente reconocidos por estas» (2016, p.31), además dichas prácticas «fundan y reafirman un vínculo con el territorio», al ejercer por medio del proceso de gestación y de nacimiento «un acto de confianza, un acontecimiento único y vital de carácter colectivo que afianza los lazos de solidaridad, no sólo entre la familia del recién nacido, sino también entre este y la comunidad de la cual hará parte.» (ASOPARUPA, 2016)

Dichos lazos de confianza que forjan con las madres y la sociedad les ha permitido tener una mayor incidencia a la hora de promover los derechos sexuales y reproductivos de la mujer (ASOPARUPA, p.20, 2016), así como también a contribuir en los procesos de «concepción y anticoncepción y el control e identificación de enfermedades de transmisión sexual» (p.73), además debido al respeto adquirido y la cercanía cultural que tienen con las madres y su comunidad se encuentran en la mejor posición para «motivar y ayudar a las mujeres y a sus familias a planificar la atención del parto por un agente de salud cualificado.» (Argüello-Avendaño & Mateo-González, 2014). Asimismo, en México diversos estudios han identificado que las parteras tradicionales con su servicio a la comunidad son también capaces de detectar e intervenir con mayor éxito los casos de violencia contra las mujeres. (Laza, 2012)

El liderazgo de las parteras se evidencia de gran importancia también al momento de vincular a las gestantes con el sistema de salud, capacitar a las parteras para que sepan reconocer diferentes factores de riesgo y complicaciones potencialmente fatales que se puedan presentar en las madres a lo largo del proceso de gestación y de parto para que puedan remitir a las embarazadas con antelación a un centro médico con personal capacitado para tratarlos de manera urgente, reduciría también la mortalidad neo natal en madres e hijos. (Argüello-Avendaño & Mateo-González, 2014)

Según Wagner (2007), un reporte realizado por la OMS asegura: «Ahora es casi universalmente reconocido que a menos de que los practicantes tradicionales de la salud sean apropiadamente reconocidos y articulados dentro del sistema nacional de salud, los países nunca podrán lograr cobertura adecuada de salud para toda su población»

En Colombia la situación depende en gran medida de las consideraciones propias de los médicos obstetras, ya que no existen mecanismos que puedan garantizar a nivel nacional ese acompañamiento mutuo entre ambas labores, asimismo la desconfianza que se presenta por parte de muchas parteras hacia la biomedicina y, el hecho de que en algunas regiones el acceso sea muy difícil limita esos encuentros y las posibilidades de un enriquecimiento mutuo, sin embargo como lo expresa ASOPARUPA (2016) estos acercamientos sí han existido:

«(...) se han propiciado experiencias de acercamiento entre parteras tradicionales y médicos durante el proceso de gestación de la mujer; capacitaciones a personal médico y agentes tradicionales de la salud, implementación de modelos tradicionales y no tradicionales de atención a la salud sexual y reproductiva como el parto en agua y el parto vertical. Todos estos procesos se han adelantado desde la idea del parto humanizado y han demostrado que la partería tradicional es una práctica segura, con un alto impacto en el bienestar físico y emocional de las mujeres, los niños, niñas y las familias.» (p.12)

No obstante, según ellas mismas la relación ha sido desigual y los encuentros quedan supeditados a las consideraciones realizadas por el médico.

Otro aspecto que mencionan Argüello-Avendaño y Mateo-González (2014), es la falencia que existe en la formación de los miembros del equipo médico en lo concerniente a aspectos culturales significativos de las comunidades, tales como sistemas de creencias, comunicación y organización, tener claridad sobre estos y saber interpretarlos para relacionarse con ellos resulta vital para la creación de vínculos entre el sistema de salud y la comunidad, en este

aspecto las parteras tradicionales pueden resultar mucho más eficaces (Como se cita en Argüello-Avenidaño y Mateo-González, 2014).

Wagner asegura además que en los partos considerados de bajo riesgo las parteras son una opción más segura, mencionando que en algunos países de la Europa Occidental en donde se ofrece la atención de la partera, entre el 70% y 80% de los partos de bajo riesgo son atendidos por ellas (2007).

Sin embargo, en Latinoamérica y más específicamente en Colombia no se presenta esta situación, debido, además de las discrepancias con la parte médica, a lo que desde ASOPARUPA consideran como el segundo factor externo que le juega en contra a la labor de la partería para establecerse de forma más consistente en el territorio: la falta de divulgación de su labor y por ende un desconocimiento generalizado en la población que no permite en la urbanidad divisarlas como una opción viable.

La mirada reflejada a través de los medios de comunicación desde los que se desconoce la función y valor de la partería para la sociedad y su poca divulgación en comparación con otras expresiones culturales es uno de los motivos de los pocos estudios en relación a este y uno de los factores que en mayor riesgo pone a esta labor. (ASOPARUPA. 2016)

A su vez la falta de comunicación entre ellas y por ende la falta de organización, es según lo expone ASOPARUPA una problemática importante al querer mantener vigente esta práctica, en especial al encontrar especialmente difícil el encuentro y organización con parteras fuera del pacífico.

Esta misma situación se evidenció en la región en cuanto se hizo el acercamiento con las parteras del territorio, las pocas que hay poco conocimiento tienen las unas de las otras, la mayoría han encontrado otras labores alejadas de la partería y aunque son reconocidas en los sectores en los que viven y se desempeñan debido a su antigua función ahora poca incidencia tienen respecto a este saber.

Sin embargo y a pesar de las luchas que han tenido que llevar las parteras en el país, sus luchas no sólo desde la organización sino desde los diferentes campos en los que le han dado valor a sus saberes, poco a poco van dando réditos, aunque continúa siendo una labor que se ve de reojo en gran parte del país, el haber sido considerada como patrimonio nacional después de años de esfuerzos para lograrlo, le ofrece una visión un poco más esperanzadora a las parteras del territorio colombiano.

La Partería Como Patrimonio

En el año 2016 debido a la organización de la La Asociación de Parteras Unidas del Pacífico (ASOPARUPA) la labor de la partería fue distinguida con la condición de patrimonio inmaterial de la nación de las culturas afro del pacífico colombiano (Mincultura, 2016), lo que les dio a las parteras un mayor margen de acción y de reconocimiento en la región del pacífico colombiano principalmente, sin embargo al esta distinción sólo abarcar dicho territorio, deja de lado otras latitudes en las cuales la aceptación de la labor pudiese ser beneficiosa.

Esta situación se debe en mayor medida a la organización que en el pacífico colombiano han logrado alcanzar y a las conexiones entre parteras que han desarrollo para procurar mantener sus saberes vigentes, realidad que no se evidencia de igual manera en el resto de regiones del país, aunque la partería sea una labor que está extendida más allá que la zona del pacífico y que sus prácticas no sean exclusivas de las culturas afrocolombianas.

La necesidad de su reconocimiento va más allá de su valor como práctica ancestral, tanto para afros, como para indígenas y campesinos, como afirma Laza, la indagación y el consecuente abordaje de esta práctica le otorga un lugar como «reafirmador de la identidad y la diversidad del pueblo colombiano» que saldaría una deuda pendiente con este saber (2012) y, evidenciaría la partería tradicional como una alternativa para el embarazo y sus procesos,

además de la mitigación de la violencia obstétrica, al permitir «la reflexión sobre los valores sociales y culturales que estos involucran, tales como la solidaridad, el respeto por la vida, la humanización del parto y el papel de la mujer» (ASOPARUPA, 2016)

Al ser este un saber que se transmite principalmente a través de la oralidad, se vuelve importante la intervención estatal para establecer y llegar a más personas de manera extendida, la avanzada edad de las mujeres, así como el poco interés de las nuevas generaciones hace intuir que sin una intervención positiva para su preservación cualquier acción realizada desde las parteras puede ser demasiado pequeña.

En el Departamento del Meta, así como en la ciudad de Villavicencio la labor de la partería no tiene ningún tipo de reconocimiento, desde la Secretaría de Cultura del Departamento del Meta se reconoce que no hay en marcha ningún accionar que busque preservar este saber, sin embargo las necesidades de las maternas y las dificultades encontradas en los centros hospitalarios al momento de asistir los partos, hacen reflexionar sobre los beneficios que pudiese traer a la región el implementar dichos saberes de manera controlada de la mano con la medicina, como se expone a lo largo de este trabajo.

La Violencia Obstétrica y la Partería como una Alternativa para su Mitigación

En la población de Villavicencio la violencia obstétrica es un mal que se presenta de forma constante en las parturientas debido a malos tratos y procedimientos inadecuados por parte de obstetras y enfermeros encargados de asistir el parto en instituciones médicas, según la investigación realizada por Cruz & Forero (2016) la totalidad de las madres encuestadas de una muestra de 80 mujeres sufrieron esta violencia. Si bien la muestra poblacional es pequeña y los resultados sugieren con claridad una tendencia que evidenciaría que las mujeres del municipio de Villavicencio sufren de violencia obstétrica y no son conscientes de ello.

Como parte de la metodología se efectuó un acercamiento con madres en el territorio villavicense a las que se les cuestionó si conocían la definición de violencia obstétrica y si la habían sufrido en sus distintos procesos de parto, aunque hubo quienes asociaron el término con alguna práctica inadecuada ejercida a nivel físico en las salas de parto durante el proceso del dar a luz, ninguna tenía un conocimiento previo respecto a la problemática.

Este desconocimiento por parte de las madres y de la sociedad se presenta por imaginarios generalizados en relación al proceso del parto, extendidos por los discursos realizados desde la biomedicina y por la consecuente réplica ejercida por los medios de comunicación respecto a estos, en donde la violencia obstétrica no tiene lugar debido a la normalización de las prácticas efectuadas en el espacio médico y que abarcan tanto el maltrato verbal como el físico.

La realidad maquillada mostrada en los medios, en donde el nacimiento es presentado en su mayoría de veces en centros hospitalarios, se muestra como un procedimiento en el que la mencionada problemática no se presenta y, sus prácticas, las cuales según la OMS «podrían tener consecuencias adversas directas tanto en la madre como en el bebé» (2014) son normalizadas y mostradas como parte de la lógica del proceso, situación que al estar avalada por figuras de poder como lo son los médicos tiene como consecuencia la proliferación de mensajes erróneos al público, que resulta en la omisión de esta realidad de la conciencia de la sociedad.

Los múltiples testimonios de las mujeres villavencenses denotan que la imagen fabricada en sus cabezas respecto al parto y antes de este, construida en muchos casos por los medios de comunicación y, aquella que se les presentó en la realidad, tienen poca correlación entre sí, por temas como el espacio, la falta de acompañamiento en las instalaciones de los familiares y el trato de enfermeras y médicos.

La situación de violencia obstétrica, reconocida por obstetras de la región quienes admiten que los malos tratos por parte de los médicos tiene incidencia en algunas instituciones médicas del Departamento, «en cuanto a la EPS desafortunadamente sí pasa que a veces hay comentarios desafortunados con las mamás, que no deben hacerse, pero hace parte de la educación de los médicos y de las enfermeras que no tienen ese concepto de mejorar un trato adecuado con el paciente» por lo que en ocasiones el personal encargado de atender a las gestantes puede tener malos tratos hacia ellas, ya sea por estrés o falta de comprensión hacia las parturientas, lo cual es soportado por los relatos de las madres.

Se evidencian falencias en varios puntos del proceso médico que vulneran a las mujeres al momento de ser asistidas en el parto a nivel institucional, tanto por violencia generada debido a maltrato psicológico, por expresiones y comportamientos hacia la parturienta que no le permiten tener una posición central en el proceso, hasta la violencia física, cuando se efectúan u omiten procedimientos capaces de afectar el bienestar corporal de la mujer.

La forma más común que se registra de violencia obstétrica tanto en los testimonios de las madres como en la bibliografía revisada es la efectuada de manera psicológica, la cual puede ser ejercida a través de expresiones o burlas usadas de manera despectiva, al hacerla sentir inferior o culpable de los problemas presentados en el proceso. Lina, una de las madres entrevistadas relató cómo luego de tener a su primer hijo las enfermeras la criticaron por no poder en un principio amamantar a su bebé:

Uno queda como impotente porque uno no sabe, es el primer bebé, no le baja leche, es falta de conocimiento de uno, de experiencia de uno, pero es también la forma en que ellas les pueden decir, entonces sí, es duro para una primeriza, traumatiza y le crea a uno el chip de que uno no es lechera, que uno no sabe, que uno no va a poder. (Entrevista, Lina)

En esta misma línea se encuentra también la omisión de información respecto al proceso, lo que implica en muchos casos el desconocimiento de los procedimientos que están siendo

efectuados tanto en la madre como en el bebé, dejándola al margen de las decisiones dentro de su proceso de parto y evidenciando las grietas encontradas a nivel comunicativo en el parir a nivel institucional en los centros hospitalarios del municipio.

Lo que hace explorar esta violencia en un sentido más amplio, no únicamente desde la afectación física y psicológica de las parturientas, sino además por la detonación de los conductos comunicativos de las madres, generando un aislamiento en un espacio frío y desconocido en el que se sienten perdidas y vulneradas

Uno ahí sólo, y no tener la opción de poderle preguntar, o decirle [a un familiar] ve y mira, averigua o algo, porque tampoco las enfermeras llegan a uno a decirle qué está pasando, cómo le fue, (...) o capacitar a las enfermeras de una manera que al menos puedan estar más pendientes de las mamás y de los niños o de transmitirle por lo menos la información a las mamás, uno queda en ese cuarto de observaciones después de que se llevan al niño esperando que uno pueda moverse y que le puedan traer al niño pero uno no sabe si el niño está bien, si le hicieron exámenes, uno no sabe nada, hasta el momento en el que se lo llevan a uno al cuarto que son cuatro, cinco, seis horas después, pero la impotencia, la preocupación, la ansiedad de uno de saber si el hijo está bien es infinita, nadie se alcanza a imaginar el desespero de una madre sin tener a su bebé después de dar a luz. (Entrevista, Lina)

En ese sentido el denegar el acceso de los familiares de las parturientas a la sala de partos es quizá el accionar más común desde la medicina, contrario a las recomendaciones realizadas por la OMS (1985) y el MSP (2008) que según señala Vásquez (2013) sugieren que a través del apoyo emocional brindado por la compañía familiar se cuida el bienestar de la madre, Vásquez añade que lo opuesto, es decir, el trabajo de parto en instalaciones frías y alejadas de la intimidad tienen una repercusión negativa en la salud psicológica de la madre y como resultado un parto con dificultades, sobre este hecho, Trueba en: Vega Sánchez (2007) dice que ejecutar el parto en un ambiente que la madre sienta como relajado y tranquilo

estimula la producción de las hormonas requeridas para el parto y el alumbramiento (como se cita en ASOPARUPA, 2016 p.73).

Sin embargo, sobre todo cuando se refiere a centros hospitalarios de carácter público los limitantes respecto al espacio y, el exceso de madres en trabajo de parto que en ocasiones se puede llegar a presentar pueden ser condicionantes para que esta parte del proceso no se ejecute según los parámetros sugeridos, no obstante y siguiendo la información obtenida a partir de las entrevistas y en la bibliografía, en muy pocos casos en el Departamento del Meta se permitió el acceso de familiares a la sala de partos, aunque en estas no hubiesen gran cantidad de mujeres en trabajo de parto, lo que sugiere que más que por las limitaciones propias de los espacios, estos impedimentos para el acercamiento de los familiares de las mujeres hace parte del proceso generalizado de la biomedicina.

En cuanto a las afectaciones de tipo físico la recurrencia de la práctica de la cesárea incluso cuando no es estrictamente necesario su uso es uno de los problemas que a nivel global más genera preocupación. Aunque según la OMS este tipo de intervención debería estar entre un 10% y un 15% respecto a la totalidad de los partos y que el superar dicha proporción sería excesivo, un estudio realizado en Colombia por el Ministerio de Salud con datos del 2013 muestra que este porcentaje era sobrepasado por un amplio margen, alcanzando a nivel nacional un 45,51% y con una constante anual de incremento, en el caso del Departamento del Meta la estadística se situó en un 33,13%, más del doble recomendado para este tipo de intervención.

La lógica de esta estadística requiere un análisis a la base de la estructura biomédica y su intervención al asistir los procesos de parto, sin embargo Sandall (2018) sugiere que esto puede deberse a múltiples razones como «incentivos financieros para el doctor y el hospital» o debido a un sistema de salud precario que ofrece esta intervención para agilizar la lista de espera (BBC News Mundo, 2018).

El Departamento del Meta hace parte también de una realidad en la que se practican cesáreas de manera constante e innecesaria, en una entrevista realizada a una madre que habla respecto a su proceso de parto antes de tener a su hijo por medio de parto natural, expone cómo en algunas instituciones se busca de manera premeditada el uso del mencionado método:

El doctor me había dicho que si yo quería tener más hijos, yo le dije que no, que yo sólo quería mi hijo, entonces le dije si él podía darme la orden para operarme [esterilización], pero dijo que para él poderme operar tenía que hacerme cesárea, pero yo le dije que no (...) como tres veces motivó la realización de la cesárea, diciéndome que tenía el cuello uterino muy cerrado y que por eso no podía tener el niño [de manera] normal, sin embargo mi abuelita que es partera dijo que no, que por nada del mundo me dejara hacer cesárea, me dijo: usted al niño lo puede tener normal porque todavía le falta tiempo. (Yury, Entrevista)

Es debido a estos procesos que como una forma para contrarrestarlos se empezó a usar el concepto de parto humanizado, ASOPARUPA (2018) lo expone de esta forma «compartimos preceptos como el respeto por el cuerpo de la mujer, la no medicalización del parto y, consecuentemente, no apoyamos procedimientos como la cesárea y la episiotomía, los cuales violentan y afectan el cuerpo de la mujer», a lo que añaden, «Siendo así el parto humanizado se traduce también en el bienestar físico y emocional de la mujer, debido a que promueve partos menos invasivos, no medicalizados y en los que se respetan el cuerpo y los deseos de la mujer y de su familia.»

Esta mayor cercanía a la naturalidad del proceso de parto, entendiéndose no como algo que deba ser controlado, medido y diagnosticado, sino que debe ser efectuado de acuerdo a las características propias de la mujer gestante y el bebé, sin la mecanización que caracteriza hoy en día al procedimiento en la esfera médica, hacen considerar que la partería como un saber patrimonial que ha existido durante siglos en nuestra sociedad y que ha adquirido

conocimientos a partir de la naturaleza del entorno y de la mujer como forma para analizar el nacimiento y las maneras para tratarlo desde la concepción hasta el periodo de puerperio, sumado a los lazos sociales creados con la comunidad y las mujeres, útiles tanto para la detección de casos de violencia como para el diagnóstico de partos que puedan implicar algún riesgo para la madre, es una alternativa que puede usarse de la mano con el parto médico, como se ha implementado en algunos países desarrollados, donde se presenta un «enfoque más humanizado [del parto], con parteras fuertes y más autónomas y tasas mucho menores de intervención [médica], como por ejemplo en Holanda, Nueva Zelanda y los países Escandinavos», a su vez, en sitios como Gran Bretaña, Canadá, Alemania, Japón y Australia, se presenta una mezcla de ambos enfoques en los que se puede encontrar una alta intervención médica así como la influencia de la labor partera (Wagner, 2007), situaciones que pueden ayudar en la mitigación de la violencia obstétrica y además a otorgarle más alternativas a la mujer para la asistencia del parto.

Conclusiones y Recomendaciones

En la ciudad de Villavicencio la situación respecto al nacimiento y su proceso abarca problemáticas que deben analizarse de manera diferenciada con miras al objetivo común de ofrecer a las mujeres parturientas y los neonatos las formas más seguras y cómodas al dar a luz.

Este proceso debido a lo que implica a nivel social e individual se ha convertido en un mecanismo de control, lo que supone que, si bien puede ayudar a regular problemas relativos al parto, a su vez impone una jerarquía de saber que pone en la cúspide a la biomedicina y sus

ejecutantes y deja más abajo todo lo que no concuerde con dichas lógicas, parteras, madres, familias, etc.

En primer término, nos encontramos con las diferentes representaciones del parto en los medios de comunicación, los cuales de la mano con el saber biomédico crean unos imaginarios en la población que asume formas de parto y niega otras, por lo que normaliza métodos y características propias del parto institucionalizado y, omite de su razonamiento actos violentos ajenos a la normalidad del nacer, como lo son aquellos relacionados con la violencia obstétrica.

Como quedó evidenciado en el capítulo sobre representaciones e imaginarios, se hace urgente una representación masiva de la violencia obstétrica en los diferentes escenarios como los medios de comunicación masivos, la escuela técnica y los centros hospitalarios, que son los principales referentes y constructores de representaciones en torno al parto.

Es necesario que se construyan, desde cada escenario acciones eficaces y particulares que logren dar a conocer el término y su tipificación, acciones que bajo las características propias de cada escenario respondan a una educación reproductiva bien definida, e informen con claridad sobre las repercusiones psicológicas que esta violencia podría tener para la mujer gestante.

Se considera una necesidad imperiosa que los centros hospitalarios reconozcan la importancia de la mitigación y eliminación de esta violencia de la atención obstétrica como primordial, tipificándola con claridad y entendiendo su repercusión para la mujer gestante, con todos sus matices y complejidades. En ese sentido se hace necesario que desde el centro médico se informe a la mujer gestante en sus controles prenatales de las posibles situaciones que podrían configurarla. Y que finalmente, en procura de un mejor servicio y en carácter de retroalimentación para la IPS, esta le facilite a la madre gestante y acompañante, un registro de la atención del parto, que le permita cuantificar e identificar las situaciones violentas que

se pudieron presentar en la atención de su parto, desde su ingreso hasta su salida de centro hospitalario-clínico.

Es conclusivo y queda evidenciado por medio de los testimonios de las madres que la violencia obstétrica se ha naturalizado como parte del proceso de parto, que su naturalización es perjudicial para ellas, ya que además de las secuelas psicológicas que generan en las madres entrevistadas, no se cuestiona la atención hospitalaria y perpetúa las violencias hacia otras mujeres gestantes.

Es necesario que la educación sexual y reproductiva contenga este componente crítico sobre la atención hospitalaria del parto, además de que en su narrativa desmitifique las alternativas natales como la partería para llevar su proceso de parto alejados de los miedos infundados e injustificados.

La partería tradicional se propone como una manera viable para mitigar esta violencia, sin embargo, las luchas que han tenido que llevar las parteras a lo largo de los últimos siglos, con la ciencia, el estado, la sociedad e incluso entre sus mismas ejecutantes, han llevado a que su labor se haya visto disminuida en su incidencia y que hoy en día en el municipio de Villavicencio se perciba como un saber ya extinto.

Esto, según lo evidenciado en el acercamiento con las parteras, madres y responsables de los entes de salud en el departamento, está cercano a la realidad, debido, además de los motivos ya expuestos, a una falta de acompañamiento y cercanía entre ellas mismas que como consecuencia ha dispersado este saber, esto sumado a la avanzada edad que tienen la mayoría de parteras de la región y a la falta de interés de las nuevas generaciones para preservar este saber muestra esto último como una tarea complicada.

Se analiza entonces que la falta de vínculos comunicativos estables entre la comunidad de parteras en la ciudad de Villavicencio y, debido a los mitos generados alrededor de ellas también la carencia de estos vínculos con la sociedad y con los médicos obstetras, que un

accionar pensado desde la ayuda mutua entre las parteras y el sistema de salud es necesario para que este saber no llegue al olvido y que asimismo pueda ser usado de manera práctica para disminuir los altos índices que hay de violencia obstétrica en el municipio, como puede evidenciarse en los relatos recogidos en este trabajo.

Para esto será necesario una voluntad mutua, además de la instrucción adecuada a las parteras sobre todo respecto las distintas complicaciones que ocurren en la gestación y el proceso de parto y las formas para identificarlas, esto ayudará a que ellas puedan remitir de manera oportuna a las mujeres a centros asistenciales en aras de ofrecer más seguridad a las maternas al considerar esta opción, de la misma forma, que se reconozca como actividad con plenos derechos y regulada de forma adecuada para que este procedimiento no termine afectando los conocimientos patrimoniales, gestados a partir de conocimientos ancestrales y culturales que se han transmitido de generación a generación. Es importante esta relación de complementariedad desde el escenario de lo público y las situaciones sanitarias.

Como ya se ha hecho evidente, el preservar esta labor implica el accionar de más actores que sólo el del grupo en mención, la fragilidad de este saber en la región y la necesidad de involucrar sus conocimientos a un proceso de nacimiento que cada vez se aleja más de los intereses emocionales y físicos de la mujer hace urgir de alternativas que se puedan divisar, del mismo modo como ya se ha sugerido desde el principio del documento, no se plantea el reemplazar un saber por el otro, ni tampoco es lo aconsejado, la asistencia médica es importante para que a las mujeres les sean capaces de identificar eventuales complicaciones en la gestación y al momento de parto, sin embargo, sí se hacen imperantes métodos que complementen la práctica médica que se presenten como opciones más humanas y cercanas al sentimiento de la mujer.

Anexos

CEPAL/CELADE Redatam+SP 04/25/2019

Base de datos

Nacimientos por ocurrencia 2000

Área Geográfica

Meta

Crosstab

de El Parto Fue Atendido Por
por Area de Residencia de la Madre

AREA # 50**Meta**

El Parto Fue Atendido Por	Area de Residencia de la Madre				Total
	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Sin Información	
Médico	10 289	599	1 087	194	12 169
Enfermero(a)	39	6	12	1	58
Auxiliar de Enfermería	52	71	37	8	168
Promotor(a) de Salud	4	12	12	1	29
Partera	1 049	240	571	94	1 954
Otra Persona	115	33	139	4	291
Sin Información	8	3	4	2	17
Total	11 556	964	1 862	304	14 686

No Aplica :

1

CEPAL/CELADE Redatam+SP 04/25/2019

Base de datos

Nacimientos por ocurrencia 2000

Área Geográfica

Meta

Crosstab

de El Parto Fue Atendido Por
por Area de Residencia de la Madre

AREA # 50001**Villavicencio**

El Parto Fue Atendido Por	Area de Residencia de la Madre				Total
	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Sin Información	
Médico	7 599	215	282	129	8 225
Enfermero(a)	16	1	-	-	17
Auxiliar de Enfermería	10	-	-	-	10
Promotor(a) de Salud	3	-	-	1	4
Partera	333	12	15	12	372
Otra Persona	38	2	8	-	48
Sin Información	3	-	-	-	3
Total	8 002	230	305	142	8 679

No Aplica :

1

CEPAL/CELADE Redatam+SP 04/25/2019

Base de datos

Nacimientos por ocurrencia 2017

Área Geográfica

Meta

Crosstabde El Parto Fue Atendido Por
por Area de Residencia de la Madre**AREA # 50** **Meta**

El Parto Fue Atendido Por	Area de Residencia de la Madre				Total
	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Sin Información	
Médico	12 451	1 313	1 886	5	15 655
Enfermero(a)	9	2	3	-	14
Auxiliar de Enfermería	4	1	3	-	8
Promotor(a) de Salud	2	-	2	-	4
Partera	9	10	119	-	138
Otra Persona	19	4	18	-	41
Total	12 494	1 330	2 031	5	15 860

CEPAL/CELADE Redatam+SP 04/25/2019

Base de datos

Nacimientos por ocurrencia 2017

Área Geográfica

Meta

Crosstabde El Parto Fue Atendido Por
por Area de Residencia de la Madre**AREA # 50001** **Villavicencio**

El Parto Fue Atendido Por	Area de Residencia de la Madre				Total
	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Sin Información	
Médico	9 693	716	1 026	5	11 440
Enfermero(a)	4	1	1	-	6
Auxiliar de Enfermería	2	-	1	-	3
Promotor(a) de Salud	1	-	-	-	1
Partera	4	-	4	-	8
Otra Persona	9	-	-	-	9
Total	9 713	717	1 032	5	11 467

Referencias bibliográficas

Aguirre, C. Hegemonía.(2009). Coordinación de Szurmuk. M y McKee.R. Diccionario de estudios culturales latinoamericanos (pp. 124-130), México: Siglo XXI Editores.

Álvarez, D. (2016). El Ombligo de Pichincha: Etnografía Visual de Partería y Saberes para el Cuidado Reproductivo en la Provincia de Pichincha, Ecuador (Tesis de Maestría). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Ecuador

Arguedas Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe, 11 (1), 145-169.

Barbara, V. (2019). América Latina | ¿Por qué en América Latina, una región que dice amar a las madres, reina la violencia obstétrica?. Recuperado de:
<https://www.nytimes.com/es/2019/03/13/violencia-obstetrica-america-latina/>

Benítez, V. (2018). Academia.edu. Recuperado de:
https://www.academia.edu/28947958/Antonio_Gramsci_concepto_de_hegemon%C3%ADa_y_mecanismos

Cabrera, D. (2004). Imaginario social, comunicación e identidad colectiva. Portalcomunicacion.com. Recuperado de:
http://www.portalcomunicacion.com/dialeg/paper/pdf/143_cabrera.pdf

Colombres, A. (2013). La descolonización de la mirada. La Habana, Cuba: Ediciones ICAIC, Instituto Cubano del Arte e Industria Cinematográficos.

Cortés, E. (2014). La hegemonía cultural hoy: la hegemonía como método analítico en los estudios culturales. *Pensamiento Actual*, 14 (22). 28-13.

Cruz, C. y Forero, V. (2016). La Partería: saber popular que contribuye a la eliminación de la violencia obstétrica.

Da Rocha, R., Franco, S., & Baldin, N. (2011). El Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 61(3), 204-210.

Duarte, M. (2003). Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. *Cuaderno de Salud Pública*, 19(2): 635-643

Echeverría, R. (1997). *El Búho de Minerva*. Santiago: Ed. Dolmen.

Fairclough, N. (2003). El análisis crítico del discurso como método para la investigación en ciencias sociales. En: Ruth Wodak y Michael Meyer (comp.), *Métodos de análisis crítico del discurso*. Barcelona: Gedisa, 179 - 203.

Foucault, M., & Perujo, F. (2012). *El nacimiento de la clínica*. Mexico, D.F.: Siglo Veintiuno Editores.

Foucault, Michel (1987). *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI Editores.

González-Monteagudo, J. (2001). El paradigma interpretativo en la investigación social y educativa: Nuevas respuestas para viejos interrogantes. *Cuestiones Pedagógicas*. 227-246.

Guzmán, P. (2016). *Filmar lo que no se ve*. Santiago, Berlín, París.

Hall, S. (1981). La cultura, los medios de comunicación y el «efecto ideológico».

James y otros (comp.) *Sociedad y comunicación de masas*, Fondo de Cultura Económica, México.

Husserl, E. (1982). *La idea de la fenomenología. Cinco Lecciones*, trad. de Manuel GARCÍA-BARÓ, Fondo de Cultura Económica, México; Madrid; Buenos Aires.

Jodelet, D. (1991). *Les représentations Sociales*. París: Presses Universitaires de France.

Laza Vásquez, C. (2012). Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 53-57.

Mcluhan, M. (1964). *Comprender los Medios de Comunicación*. Paidós Iberica. ISBN 9788449322037.

Ministerio de Salud y Protección Social. *Boletín del aseguramiento en salud*. Boletín No. 01 - Primer Trimestre 2017. ISSN 2590-7530

Muelas, D. (2018). *Partería: Perspectivas Jurídicas De Los Conocimientos Tradicionales Y Los Derechos Sexuales Y Reproductivos De Las Mujeres Iku*.

Organización Mundial de la Salud. (2014). www.who.int. Ginebra, Suiza.: Ediciones de la OMS. Recuperado de:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1

Red Latino Americana y del Caribe por la Humanización del Parto y del Nacimiento. (2007).

RELACAHUPAN. Recuperado de: http://partera.com/pages_es/tps.html

Restrepo, L. Médicos y comadronas o el arte de los partos. La ginecología y la obstetricia en Antioquia, 1870-1930. Medellín: La Carreta Editores, 2005.

<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100012>

Gadamer, H.G. (1993). Verdad y Método I: *Fundamentos de una hermenéutica filosófica*. Salamanca: Sígueme.

Tejeda, J. (2011). Biopolítica, control y dominación, *Espiral*, vol 18(52). 105-77.

Thompson, J. B. (1998). Los mass media y la modernidad. Una teoría de los medios de comunicación. Paidós: Barcelona.

Van Dijk, T. (1999). El análisis crítico del discurso. *Anthropos* (Barcelona), vol 186 septiembre-octubre 1999, pp. 23-36.

Vásquez Quezada, M. (2013). Pluralismo médico y parto biomédico en la Maternidad Isidro Ayora de Quito.