

ENTRE TOMAS, SOBIJOS Y CONSULTORIOS: PRÁCTICAS EN LA
ATENCIÓN DEL EMBARAZO-PARTO EN EL MUNICIPIO DE EL
CHARCO, COSTA PACÍFICA COLOMBIANA



RODRIGO ALBERTO ANTE MENESES

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
Y ECONÓMICAS
PROGRAMA ACADÉMICO DE
SOCIOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI
2012

ENTRE *TOMAS*, *SOBIJOS* Y CONSULTORIOS: PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO-PARTO
EN EL MUNICIPIO DE EL CHARCO, COSTA PACÍFICA COLOMBIANA

RODRIGO ANTE MENESES

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO
DE SOCIÓLOGO

DIRECTORA
MARÍA DEL CARMEN CASTRILLON
SOCIÓLOGA

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS
PROGRAMA ACADÉMICO DE SOCIOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI
2012

ENTRE *TOMAS*, *SOBIJOS* Y CONSULTORIOS: PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO-PARTO
EN EL MUNICIPIO DE EL CHARCO, COSTA PACÍFICA COLOMBIANA.

Rodrigo Alberto Ante Meneses

Descriptores:

- Sociología de la salud.
- Experiencia cotidiana.
- Relaciones sociales. Prácticas en salud.
- Medicina popular. Medicina facultativa.
- Hegemonía-subalternidad en los modelos de atención en salud.

Universidad del Valle
Facultad de Ciencias Sociales Y Económicas
Programa Académico de Sociología
Santiago de Cali
2012

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
CONSIDERACIONES METODOLOGICAS.....	8
I. CONSIDERACIONES CONCEPTUALES.....	13
1.1. LAS PRÁCTICAS COTIDIANAS Y LA EXPERIENCIA SOCIAL.....	13
1.2. EL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN: ELEMENTOS PARA EL ABORDAJE DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES.....	17
II. ASPECTOS CONTEXTUALES: EL CHARCO-NARIÑO, ENTRE EL RÍO Y LOS MANGLARES.....	22
III. ESCENARIOS PARA LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO-PARTO EN EL MUNICIPIO DE EL CHARCO. ...	31
3.1. SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS). EL CASO DE LAS POBLACIONES DISPERSAS.	31
3.2. EL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS.	34
3.2.1. Infraestructura y red de servicios.	34
3.2.2. El control prenatal.....	37
3.2.3. Atención del parto.....	42
3.2.4. Financiación y contexto administrativo.	44
3.3. DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD (DLS).	47
3.4. LA MEDICINA CASERA Y LAS PARTERAS.	52
3.4.1 Las parteras en el municipio de El Charco.....	52
3.4.2. Las parteras: individualización y especialización de la medicina casera.....	54
3.4.3. Entre oraciones, “secretos” y “aguas de hierbas”: Atención del embarazo-parto.	57
3.4.4. Las parteras y las instituciones públicas municipales.	60
IV. LA EXPERIENCIA Y LAS PRÁCTICAS COTIDIANAS EN LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO-PARTO.....	64
4.1. EL EMBARAZO.	66
4.1.1. Cuidados en el embarazo.	67
4.1.2. Las parteras y el embarazo.....	71
4.1.3. El control prenatal hospitalario.....	75
4.2. EL PARTO.	80
4.2.1. El parto hospitalario.	81
4.2.2. El parto casero.....	87
CONCLUSIONES	95
BIBLIOGRAFÍA.....	98

AGRADECIMIENTOS

Esta es una importante posibilidad de realizar un merecido reconocimiento a todas las personas e instantes que contribuyeron de alguna u otra forma en la culminación de este trabajo.

Agradezco infinitamente a mi madre, por su incondicional apoyo, por el enorme amor, por su paciencia y confianza.

A mi familia, por su solidaridad, comprensión y acompañamiento.

A las parteras del municipio de El Charco y a todas las personas que me abrieron las puertas de sus historias, fundamentalmente a doña Ercilia, fuente de inspiración para este trabajo.

A esa otra familia, la familia de afectos, que siempre estuvo presente con su palabra de apoyo y su compañía.

Al gran misterio que me permitió recorrer esos territorios de ríos y manglares, abriéndome los ojos hacia otras realidades.

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones en la salud constituyen uno de los hechos más frecuentes que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales, de esta manera, los individuos se encuentran permanentemente enfrentados a la necesidad de elaborar prácticas para la recuperación de la salud, bajo un contexto histórico, geográfico, cultural y socioeconómico determinado.

El presente trabajo de tipo exploratorio busca establecer un acercamiento a las prácticas, los usos y respuestas cotidianas construidas frente al proceso Salud-Enfermedad-Atención, enfocándose particularmente en el proceso de atención del embarazo-parto en el municipio de El Charco-Nariño, Costa Pacífica colombiana. El propósito es describir y analizar las prácticas a las que recurre un grupo de mujeres afrocolombianas para el cuidado, la atención y el seguimiento de su proceso de gestación, bajo las condiciones particulares de los diferentes escenarios de atención presentes en el municipio. Para lograr este objetivo se asume el embarazo-parto como un hecho social, buscando superar el abordaje biológico y enfocar la mirada en los diferentes escenarios de atención, en los diferentes agentes y las relaciones sociales que se articulan durante dicho proceso.

Bajo este contexto, se propone un *análisis relacional* -retomando la propuesta de Menéndez (1994)-, que permita avanzar más allá de la descripción de itinerarios terapéuticos subjetivos, para profundizar en el análisis de la manera en que dichas prácticas se insertan en un esquema social particular. Esquema social que conjuga el modelo de atención biomédico o facultativo, que representa el Sistema de Seguridad Social en Salud, y el modelo popular, articulado a los saberes de una medicina casera y tradicional endógena a este territorio y sus habitantes.

Se parte del hecho de reconocer que no existen necesidades que sean perfectamente homogéneas en la atención de la salud reproductiva para todas las mujeres del municipio, por lo que resulta fundamental examinar cómo desde la experiencia cotidiana se interpretan y se asumen los diferentes modelos de atención, entendiendo que es la cotidianidad el espacio que permite a los individuos evaluar sus condiciones subjetivas y materiales, valorar sus relaciones sociales y hacer sus elecciones. Las mujeres del municipio en el recorrido que realizan para conseguir la atención de sus procesos reproductivos, desarrollan y reelaboran una serie de

prácticas heterogéneas que se mueven de manera complementaria e inclusive paralela entre el modelo médico facultativo y los escenarios populares de atención, dependiendo de la interpretación que dichas mujeres le den a sus necesidades, a la forma de atención que requieren y a las posibilidades de acceso que tienen a los diferentes escenarios de atención.

Sobre el modelo de atención facultativo y el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en la Costa Pacífica colombiana, existen trabajos como el de la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social (FEDESALUD 2005) y el de Aguado *et al.* (2007), los cuales abordan el tema de las principales limitaciones que las poblaciones de esta región del país deben asumir para acceder a los servicios públicos de salud, señalando elementos como el de la complejidad geográfica del territorio y la inexistencia de una oferta capaz de acercarse a las poblaciones dispersas de las cabeceras municipales, lugares donde se concentra la totalidad de la oferta de programas y servicios.

En la otra corriente, la de los escenarios populares de atención, se pueden encontrar trabajos como el de Bedoya (2003), desde el que se describe y se analizan las concepciones que frente al proceso de gestación tiene un grupo de parteras y gestantes del municipio de Guapi-Cauca, abordando el tema de las creencias, costumbres y prácticas ligadas a las concepciones culturales de este grupo poblacional. Delgado *et al.* (2006), abordan el tema de las prácticas hogareñas en el cuidado de la madre y el recién nacido, desde un estudio etnográfico en el municipio de Guapi, realizando un interesante análisis respecto a los principales padecimientos o enfermedades culturales y a la manera de atenderlos.

Los trabajos referenciados anteriormente brindan elementos muy importantes respecto a la descripción tanto del modelo de atención facultativo (FEDESALUD y Aguado *et al.*), como de las formas de atención populares (Bedoya y Delgado *et al.*), privilegiando una descripción detallada de cada uno de los escenarios, a cambio de un abordaje que permita reconocer los niveles de articulación existentes desde las prácticas de las gestantes.

Díaz (2005), realiza una investigación que si bien no se desarrolla en la Costa Pacífica colombiana, se constituye en un importante avance para observar la relación entre los diferentes escenarios de atención, reconociendo cómo el contexto histórico, social y cultural en el que se encuentran

inmersos los individuos, se torna en un elemento fundamental para la construcción de prácticas y estrategias en el mantenimiento de la salud. La autora a partir de un trabajo etnográfico, analiza la manera en que la medicina tradicional se afianza como una alternativa de construcción colectiva frente a la condición de exclusión social que afronta un grupo de personas llegadas a la ciudad de Cartagena, desplazados forzosamente de sus territorios de origen. De esta manera, la autora señala que los conocimientos y los saberes tradicionales se afirman desde un contexto en el que terminan siendo un medio de sobrevivencia biológica y cultural para estas personas.

La investigación de Navarro (2007) es el trabajo que más se aproxima a los intereses de esta investigación. La autora se acerca a las prácticas de un grupo de mujeres afrocolombianas de la ciudad de Buenaventura para analizar de qué manera se articulan tanto en las prácticas biomédicas como en las populares, tratando de desentramar los elementos que inciden en las decisiones de las mujeres. La autora parte de la hipótesis de que las mujeres se mueven permanentemente entre los diferentes escenarios de atención, planteando que dicha articulación de las diversas formas de atención se encuentra inmersa en una relación de *hegemonía-subalternidad*, desde la cual interactúa un modelo biomédico hegemónico, amparado por un proceso de medicalización que lleva a que *“ámbitos cada vez más amplios de la vida personal y social de la gente vaya siendo objeto de preocupación, estudio, orientación y, en definitiva, control por parte de la corporación médica”* (Ibíd. Pág. 12), y un escenario popular, en donde las mujeres de esta región históricamente han suplido sus necesidades de atención.

Es en esta dirección que se enfoca la presente investigación, reconociendo que la atención de los procesos de embarazo-parto, al asumirlos como hechos sociales, no pueden ser considerados como eventos estáticos. Aquí radica la importancia de sostener un análisis relacional con el objetivo de lograr reconocer de qué forma procesos económicos, políticos y sociales entran a integrar parte de la realidad local, convirtiéndose en elementos determinantes para la reconfiguración de significados y prácticas. Bajo el tipo de análisis que se propone, las prácticas no se pueden abordar sin analizar los diferentes niveles en los que operan, teniendo en cuenta el conjunto de las partes que intervienen en el campo relacional.

Referirse a la grave situación de salud por la que atraviesa un municipio del Pacífico colombiano no constituye ninguna novedad, resulta evidente desde los mismos indicadores institucionales

donde esta amplia zona del país sistemáticamente ha ocupado los peores lugares; de igual manera, se hace inocultable la histórica precariedad institucional, y la situación de pobreza y exclusión social que afrontan sus habitantes. En esta dirección, el aporte de este trabajo radica en abordar la manera en que se gestiona la recuperación de la salud, fundamentalmente en un evento tan recurrente como el embarazo-parto.

Este trabajo consta de cuatro capítulos. El primero donde se abordan algunas consideraciones conceptuales fundamentales para demarcar las dimensiones del problema de investigación. El segundo donde se describen algunos elementos contextuales del municipio de El Charco, que resultan básicos para entender el contexto geográfico, social y económico en el que interactúan las gestantes. El tercero donde se describen y se analizan los diferentes escenarios de atención para el embarazo-parto presentes en el municipio. El cuarto donde se abordan las prácticas de las mujeres embarazadas y su articulación desde las diferentes formas de atención. Finalmente, se mencionan algunas conclusiones basadas en los capítulos anteriores.

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

Antes de entrar a describir los diseños y estrategias metodológicas implementadas para la realización de este estudio, resulta conveniente realizar algunas aclaraciones respecto a la manera en que surge el interés por abordar el problema de investigación. En el momento en que se diseñaba la propuesta de investigación, el investigador se hallaba vinculado laboralmente con una fundación que interviene en salud en la Costa Pacífica colombiana, fundamentalmente en la costa norte nariñense. El principal proyecto de dicha fundación es un barco que fue acondicionado como hospital de II nivel, en el que además de consultas médicas, se realizan procedimientos quirúrgicos, exámenes de laboratorio y consultas con especialistas. Fue allí donde surgió el interés por abordar el tema de la salud en estas comunidades como elemento de investigación.

En un principio, a pesar que se reconocía un escenario para la aplicación del estudio, no se lograba delimitar el problema de investigación. En un territorio muy complejo rodeado de ríos, selva y pobreza, lo primero que se logró reconocer fue la precariedad en la oferta hospitalaria de atención y el drama que representaba enfermarse bajo esas condiciones.

En el mes de enero de 2010 se tuvo la posibilidad de participar en un encuentro de parteras organizado por la Alcaldía del municipio de El Charco y el hospital Sagrado Corazón de Jesús, fue allí donde se logró identificar de manera clara el problema de investigación que se quería desarrollar. Al escuchar las historias de las parteras y sus saberes frente a la atención de los procesos reproductivos, las exigencias del personal hospitalario respecto a la necesidad de homogeneizar los procesos de atención, y reconocer un alto grado de desarticulación del gobierno municipal -representado en la Dirección Local de Salud-, surgió la idea, de que al abordar un conjunto concreto de prácticas en salud, en este caso las encaminadas a resolver las necesidades de atención del embarazo-parto, se podría desarrollar el análisis de un contexto en el que conjugaban múltiples saberes, escenarios y agentes para la atención. De esta manera, se lograba entrar a analizar ese complejo panorama de necesidades y respuestas en salud, sin perderse en el intento.

Al validar que eran las prácticas cotidianas el elemento transversal en este estudio, se identificó en los métodos etnográficos una posibilidad para acercarse al problema de investigación, reconociendo en la observación y en las entrevistas semi-estructuradas una gran posibilidad para captar la experiencia subjetiva respecto de las formas de atención a la salud sexual y reproductiva en el municipio. La entrevista se afirma como una posibilidad para abordar experiencias concretas de vida dentro de un contexto histórico y social particular, permitiendo a partir del abordaje de la singularidad de los actores, “descubrir la manera en la que se articulan las fuerzas y los hechos sociales” (Dubet 2011).

La observación fue una importante herramienta al inicio del trabajo de campo¹; la posición en la que se encontraba el investigador, dada su vinculación laboral, permitió comprender elementos del funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud, de la realidad de la oferta hospitalaria y del drama que experimentaban las gestantes que requerían de dicha atención.

De igual manera, dicha posición desde el terreno generó espacios de contacto y coordinación con el hospital y el gobierno municipal, facilitando la labor de observación frente a estos escenarios y brindando los contactos para la realización de entrevistas, que permitieron acceder a la

¹ El trabajo de campo se realizó entre enero de 2010 y julio de 2011.

información por parte de los actores en salud que representan la medicina formal y los actores responsables de las políticas locales en salud pública.

Otro elemento que jugó a favor para el acercamiento a las fuentes fue el Barco Hospital. El barco contaba con consulta especializada en ginecología y el equipo requerido para la realización de ecografías obstétricas, lo que posibilitó establecer un contacto y una interacción con varias de las mujeres embarazadas que asistían buscando alguno de estos servicios. Tanto en el municipio de El Charco, como en casi todos los municipios de la Costa Pacífica, exceptuando los tres mayores centros poblacionales –Guapi, Buenaventura y Tumaco-, no existe la posibilidad de acceder a consultas especializadas, ni la posibilidad de realizar ecografías obstétricas, por lo que la asistencia de gestantes al Barco Hospital era bastante importante.

Por último, el encuentro de parteras no solo fue el detonante que permitió reconocer de manera clara el problema de esta investigación, a su vez fue un importante espacio para la recolección de información ya que se realizó un archivo audiovisual que resultó de mucha relevancia, además de permitir el contacto con dos parteras quienes posteriormente fueron entrevistadas y que realizaron el acercamiento para entrevistar algunas de las mujeres a las que atendían.

El trabajo de observación, además de permitir la exploración de elementos contextuales muy importantes del municipio y el problema de investigación, posibilitó afinar los criterios para la selección de las fuentes. De esta manera se pudo identificar que la categoría de “mujer gestante” no era suficiente para abordar la compleja realidad en la que se enmarcan las prácticas en torno a la atención del embarazo-parto, reconociendo así que la condición de mujer gestante dentro de este estudio no podía ser tomada de manera homogénea, dado que la realidad cotidiana en que estas mujeres toman sus decisiones y dirigen sus acciones no es la misma. En esta dirección, el principal elemento que se identificó como determinante para romper esa idea de gestantes bajo condiciones de vida homogéneas, fue la diferencia que implicaba la atención dependiendo de si se vivía en la cabecera municipal o en la zona rural del municipio.

Desde el ejercicio de analizar los criterios de selección de las fuentes, en aras de lograr captar los elementos complejos y diversos en las prácticas y las formas de atención, se decidió seleccionar como fuente, en su mayoría, mujeres con múltiples embarazos. Así, aunque dentro del estudio se

seleccionaron tres mujeres de la cabecera municipal en su primer o segundo embarazo, la mayoría de las entrevistadas fueron mujeres con más de cinco hijos, las cuales a través de sus múltiples embarazos se enfrentaron a experiencias sociales que no fueron sistemáticamente coherentes, por lo que sus prácticas variaban de acuerdo a las condiciones materiales y subjetivas que afrontaban bajo las particularidades de cada embarazo-parto. Mujeres que a lo largo de su experiencia reproductiva se movieron entre veredas y la cabecera municipal, y que en algún momento articularon desde sus prácticas los diferentes escenarios de atención presentes en el municipio.

En total se realizaron 17 entrevistas, distribuidas de la siguiente manera²:

- 12 mujeres embarazadas.
- 2 parteras.
- Enfermera, coordinadora del programa de salud materna del hospital municipal.
- Enfermera de la Dirección Local de Salud.
- Coordinador de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en un proyecto de intervención en salud con población desplazada de la zona rural del municipio.

Los temas fundamentales tratados en las entrevistas fueron:

- Diagnóstico del embarazo.
- Cuidados en el embarazo.
- Control del embarazo.
- Conocimiento de la oferta institucional de servicios y programas para la atención del embarazo y parto.
- Posibilidades de acceso a los diferentes escenarios de atención para el embarazo-parto en el municipio.
- Prácticas frente a complicaciones en el embarazo o parto.
- Relaciones o redes sociales de apoyo en el cuidado del embarazo.
- Atención del parto.

² Es necesario mencionar que los nombres de las personas entrevistadas corresponden a nombres ficticios en aras de respetar la confidencialidad de las fuentes.

Es necesario aclarar que al no ser este un estudio que utilice métodos de sondeo, es imposible afirmar que los resultados encontrados actúen como expresión de las dinámicas de una población general; sin embargo, es factible contemplar la posibilidad de que las pistas arrojadas por el micro-estudio puedan dar a su vez pistas sobre la forma que adquieren determinadas dinámicas en una población de dimensiones mayores. Lo anterior indica entonces que el objetivo de este estudio no fue producir grandes teorías o identificar patrones comunes a toda la humanidad, como sí intentar reconocer comportamientos y elementos que permitieran reflexionar desde la sociología frente al tema propuesto.

I. CONSIDERACIONES CONCEPTUALES.

Para la presente investigación, resulta necesario el abordaje de ciertos elementos conceptuales, que permitan delimitar el horizonte teórico para reconocer con mayor claridad las dimensiones del problema de investigación y articular el trabajo empírico.

En este sentido, es fundamental profundizar en la manera como los individuos, en este caso concreto, las gestantes, asumen la *“experiencia cotidiana”*, como el escenario desde donde elaboran las estrategias y las prácticas para la atención y el seguimiento del embarazo parto. El segundo elemento fundamental dentro del análisis se encuentra relacionado con la necesidad de reconocer cómo se construye el proceso Salud/Enfermedad/Atención desde los individuos y cómo se articula con la experiencia social, bajo un contexto histórico, cultural, económico y político concreto.

1.1. LAS PRÁCTICAS COTIDIANAS Y LA EXPERIENCIA SOCIAL.

El análisis teórico frente a la experiencia y la acción social ha estado transversalizado por el debate frente a los procesos de objetivación y subjetivación y la manera como estos se articulan en el escenario social. Lahire (2004:27) señala, que desde la teoría de la acción se reconocen principalmente dos grandes polos: *“el de la unicidad del actor y el de su división interna”*.

Desde la primera corriente analítica, se plantea la relación en donde la estructura delimita la acción de los individuos, la objetivación delimita la subjetividad. Incluso desde las mismas teorías que reconocen la importancia de la vida cotidiana y de la acción individual, en muchas ocasiones, se encasilla y se delimita la construcción de dicha experiencia a las condiciones estructurales, argumentando que la subjetividad de los individuos se construye a través de los valores, normas y restricciones establecidos desde las estructuras sociales.

Desde el otro polo, se le da un gran peso a la particularidad del individuo, lo que termina limitando el análisis a la descripción de comportamientos, actitudes y repertorios subjetivos, separando totalmente el escenario de la experiencia cotidiana, del espacio social. Bajo este tipo de análisis, no es claro cómo se construye el vínculo entre la vida cotidiana y la experiencia social.

Frente a este debate, Ema León (1999), plantea un aspecto muy interesante para empezar a identificar esos elementos que permitirían articular la vida cotidiana como espacio de construcción y el escenario social. León centra la discusión desde la dicotomía entre *reproducción* y *cambio social*, señalando la tendencia teórica de ubicar la vida cotidiana en el escenario de la reproducción social:

“...la reproducción social estará considerada como la perspectiva englobadora de las dinámicas cotidianas, en la medida que expresará el despliegue de ellas en las grandes estructuras e instituciones”. (León, 1999:29).

León hace énfasis en la corriente estructural, que aborda la experiencia cotidiana como escenario de reproducción social, la cual considera que la vida cotidiana está basada en el despliegue de mecanismos que se reproducen desde los individuos o grupos para satisfacer sus *necesidades*. En este sentido, al abordar la cotidianidad como la manera de gestionar las necesidades desde los sujetos en una sociedad, se termina dando por hecho la existencia de unas necesidades sociales establecidas y homogéneas y de unos mecanismos igualmente homogéneos para su satisfacción. La vida cotidiana solo se representa desde su posición utilitaria, para la reproducción del sistema social. Éste es el principal punto de discusión que plantea León, señalando que aunque juegue un papel muy importante el *sistema de necesidades* como elemento articulador de la vida cotidiana y la experiencia social, la vida cotidiana –incluso desde la experiencia de satisfacer necesidades–, no solo contribuye a la reproducción del escenario social, sino que también se constituye en un espacio para la elaboración de mecanismos de interpretación, adaptación y transformación, tanto de los escenarios de necesidades, como de los elementos desarrollados para asumirlas.

“...No es posible asumir el mismo sistema de necesidades como algo fijo que comprende por igual a todos los grupos y sus individualidades ya que ello significaría partir de un presupuesto de “necesidades objetivas”, que moverían a los actores sin las mediaciones simbólicas que las instituyen en cuanto necesidades sociales”. (León, 1999:38).

De esta manera, se reconoce la existencia de *condicionantes sociales*, a partir de los cuales los individuos elaboran su vida cotidiana, pero igualmente se reconoce que no toda forma de articulación de los márgenes sociales es producto de una estructuración institucional.

“...el sistema de necesidades y sus medios de satisfacción cotidianos están permeados por una variedad de acontecimientos no necesariamente funcionales para la reproducción material de una sociedad, ni determinados por un criterio operativo y que pueden ser incluso considerados como pragmáticamente inconvenientes y objetivamente inútiles,

pero que, sin embargo, son realizados por las personas como expresión de su capacidad para recrear sus condiciones de existencia...Pensamos en las constantes prácticas y acontecimientos cotidianos, que provienen de las racionalidades culturales que se expresan en modos de sentir, apreciar y actuar". (León, 1999:39).

Frente a la complejidad de las necesidades y la dificultad latente de vincular los mecanismos desarrollados por los individuos con parámetros rígidos y reproducidos desde las estructuras sociales, vale la pena retomar algunos de los elementos desarrollados por Dubet (2011) respecto a la relación entre procesos de socialización e instituciones.

Dubet hace referencia a la *socialización perturbada* para hacer mención a los procesos de ruptura en la relación *socialización-instituciones*, dada la heterogeneidad y complejidad en las relaciones y en los escenarios sociales contemporáneos. Señala que la *crisis de las instituciones*, hace referencia a la transformación en los procesos de socialización *"que no proceden ya totalmente de la clonación y reproducción homogénea de los individuos"* (Dubet, 2011:114). El autor también hace mención de las *desigualdades múltiples*, argumentando que el concepto de clase social no puede ser el elemento central que teja la relación de correspondencia entre el individuo y el sistema. Las desigualdades de género, las desigualdades de origen cultural, entre otras, se encuentran cada vez más presentes en la conciencia de los actores. Es así, partiendo del reconocimiento de un contexto de *socializaciones perturbadas*, de necesidades heterogéneas y de *desigualdades múltiples*, que Dubet construye su definición de *"experiencia social"*:

"Llamo experiencia social a la cristalización, más o menos estable, en los individuos y los grupos, de lógicas de acciones diferentes, a veces opuestas, que los actores deben combinar y jerarquizar a fin de constituirse como sujetos". (Dubet, 2011:116).

Bajo este panorama se puede corroborar lo planteado respecto a la relación de conflicto y transformación presente en la vida cotidiana, superando las concepciones que la clasifican como proceso ordinario, de repetición de los formatos establecidos, para aparecer como un espacio productor de necesidades, de estrategias, de insatisfacciones, de prácticas, de sentires. En este punto, resultaría interesante retomar nuevamente a Lahire (2004), quien enmarca la experiencia cotidiana a partir del *"actor plural"*, argumentando que dicho actor es el producto de la experiencia de socialización en contextos sociales *múltiples y heterogéneos*.

“...Es alguien que, sucesivamente, ha participado durante su trayectoria, o simultáneamente, durante un mismo período de tiempo, en universos sociales variados y en posiciones diferentes dentro de los mismos...” (Lahire 2004:55).

Se señala que cada actor se encuentra inmerso en una multiplicidad de *esquemas de acción* y de *hábitos* que se organizan de acuerdo a los contextos sociales en los que el individuo se ve obligado a evolucionar, elaborando una serie de repertorios heterogéneos (incluso que pueden llegar a ser contradictorios) que el individuo aprende a distinguir y a designar a través del conjunto de *experiencias socializadoras anteriores*. Se puede llegar a pensar que las prácticas cotidianas para la atención y seguimiento del embarazo-parto son estrategias cotidianas elaboradas por *actores plurales* que se encuentran enmarcados por un conjunto heterogéneo de *experiencias socializadoras*, nutridas de variados elementos tradicionales y modernos que se entrecruzan y se mezclan, mediante un diálogo de significados desde donde se construyen relaciones sociales, estrategias y prácticas populares encaminadas al mantenimiento y la recuperación de la salud.

La definición de *Soportes* desarrollada por Danilo Martuccelli (2007) también brinda un aporte conceptual muy interesante que se articula con las nociones de *experiencia social* y *actor plural* que se han venido desarrollando. Martuccelli reconociendo la fragilidad de los vínculos sociales, la incapacidad de las instituciones para soportar el individuo desde sus múltiples experiencias subjetivas, plantea los *soportes* como el conjunto heterogéneo de elementos de los que disponen los individuos para sostener el peso de su existencia cotidiana y para mantenerse articulados en medio de la vida social.

“La noción de soporte apunta pues a aprehender estos conjuntos heterogéneos de elementos, materiales y simbólicos, que se despliegan a través de un entramado de vínculos, que suponen un diferencial de implicaciones según las situaciones y las prácticas, y gracias a los cuales los individuos se sostienen en medio de la vida social” (Martuccelli, 2007:82).

Otro elemento muy interesante de la noción de *soporte* es las posibilidades metodológicas que puede brindar para los estudios cualitativos, en este caso particular, el análisis de prácticas en salud. Los *soportes* pueden ser concebidos como los elementos que en algún momento concreto de la existencia de un individuo le dan la capacidad para afrontar *pruebas extremas de la existencia*. De esta manera, se pueden reconocer elementos como relaciones sociales, mediaciones simbólicas o elementos materiales concretos que para el caso particular de esta

investigación, permiten a las gestantes asumir determinadas prácticas para el seguimiento y la atención en el proceso de embarazo-parto. Así la noción de *soportes*, permite ratificar, que el análisis de las prácticas cotidianas y de los *soportes* que despliegan los individuos en su diario vivir, no son suficientes sin el reconocimiento del *entorno existencial* desde donde el individuo elabora sus prácticas.

“En todos los casos, en lo que debe centrarse la mirada, es menos en el tipo de soporte movilizado que en la manera como éste se inserta en un entorno social y existencial singular. De lo que se trata es de.....comprender el diferencial de maneras por los cuales los individuos se sostienen en el mundo” (Martuccelli, 2007:81).

Es en esta dirección que se asumen como elementos conceptuales y metodológicos las nociones de *experiencia social*, *soportes* y *actor plural*, partiendo del reconocimiento de dicha nociones como elementos que permiten, a partir del análisis del conjunto de prácticas de un grupo de gestantes del municipio de El Charco, reconocer cómo se articulan *“las fuerzas y los hechos sociales”* (Dubet, 2011:125) para la atención del embarazo-parto, bajo un contexto social heterogéneo. Las gestantes del municipio, aunque forman parte de un conjunto social que sostiene rasgos tradicionales anclados a su condición étnica, a experiencias materiales y simbólicas de existencia compartidas en el territorio; no enfrentan situaciones perfectamente homogéneas para la atención de su proceso de gestación, asumir esta posición conduciría a negar la existencia de procesos políticos, económicos y sociales más amplios, como por ejemplo la creciente medicalización de los procesos reproductivos y las condiciones de pobreza y exclusión a las que se enfrentan estas mujeres cotidianamente.

1.2. EL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN: ELEMENTOS PARA EL ABORDAJE DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES.

El proceso de Salud-Enfermedad-Atención (S/E/A), es uno de los hechos más frecuentes, recurrentes e inevitables que inciden sobre la vida cotidiana de los conjuntos sociales, de esta manera, los individuos se enfrentan constantemente a la elaboración de prácticas para el mantenimiento y la recuperación de la salud, desde el contexto cultural, social y económico en el que se encuentran inmersos.

En esta dirección, podría reconocerse lo planteado por Sacchi, Hausberger y Pereyra (2007), frente a la definición del proceso (S/E/A) como una construcción individual y social mediante la cual los

individuos elaboran sus padecimientos, que condicionan el tipo de ayuda a buscar. Las autoras señalan que la comprensión de este proceso no puede entenderse por fuera de su *marco cultural*, ya que solo puede revelarse a partir de la *“contextualización en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida...cada grupo social resuelve cotidianamente cómo cuidar la salud y cómo recuperarla, siendo esté un proceso dinámico no solo desde la propia experiencia personal sino también en relación al contexto que la determina”*. (Sacchi, et. al., 2007:272).

Bajo este panorama, resulta interesante retomar la manera como Alarcón, Vidal y Rozas (2003), abordan el concepto de cultura desde el proceso (S/E/A), señalando dos dimensiones que se articulan: la primera relacionada con los valores, creencias y conocimientos de los individuos, adquiridos a través de su interacción en un escenario social concreto, que sintetiza el universo simbólico. La segunda, una dimensión material, que corresponde a cómo lo simbólico se manifiesta en conductas, prácticas y pautas de relación social entre las personas.

“En el contexto de salud, estas dos dimensiones de la cultura, la cognitiva y material se articulan en un modelo de salud que otorga consistencia a cómo pacientes y curadores se explican el fenómeno de salud y enfermedad, y a las prácticas o procedimientos con que se enfrentan los procesos de recuperación y mantención de la salud”. (Alarcón et. al., 2003:1062).

Reconociendo el proceso (S/E/A) en el marco de una mediación socio-cultural, que permite ubicarlo como una dimensión de la vida cotidiana que es *“construida, negociada y renegociada en un proceso dinámico a través del tiempo y el espacio”* (Chamorro y Tocomal 2005:117), es posible identificar lo señalado por Menéndez (1994), cuando argumenta que tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos contribuyen a la construcción de procesos estructurales dentro de los conjuntos sociales, en este sentido, los conjuntos sociales no solo generarían representaciones y prácticas, al mismo tiempo *“estructuran un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos”* (Menéndez, 1994:71). Es desde estas representaciones y saberes, elaborados y cambiantes desde donde se sostienen las acciones y las técnicas para afrontar el mantenimiento o la recuperación de la salud.

El segundo elemento fundamental para desarrollar es el que relaciona el proceso (S/E/A) como construcción dentro de procesos históricos, económicos y sociales concretos, desde los cuales, se

construyen formas institucionalizadas de atención. Desde esta perspectiva, Menéndez plantea que bajo el contexto de procesos *económico-políticos* y *técnicos-científicos*, se construyeron y se afianzaron *sistemas hegemónicos* de explicación y acción sobre los padecimientos. Este es el caso del modelo de atención biomédico o médico facultativo bajo el cual se instauran estrategias de control y atención técnicas y sociodemográficas.

De acuerdo con Menéndez, estos sistemas que se consolidaron como *hegemónicos* al interior de diferentes contextos culturales, no logran imponer de manera absoluta su sistema de explicación y acción en el proceso (S/E/A) sobre la totalidad de los conjuntos sociales y el amplio espectro de dificultades en la salud, por lo que no conducen a la erradicación de todas las prácticas y representaciones existentes que han sido previamente utilizadas y desarrolladas por los individuos.

Lo que Menéndez (1994) y otros autores como Urrea (1998), Duque (2007) y Navarro (2007), señalan, es la producción de relaciones de *hegemonía/subalternidad*, que conducen a que en un contexto socio-cultural determinado, no solo coexistan múltiples prácticas, estrategias, escenarios y agentes para el mantenimiento y la recuperación de la salud, sino que a su vez desde los sistemas de atención, bien sean biomédicos o populares, las estrategias y las múltiples técnicas de atención, se mezclen, se adapten y reproduzcan en el marco de hechos sociales y culturales heterogéneos.

Menéndez desarrolla un elemento que permite reconocer de manera clara y acertada la relación de *hegemonía/subalternidad* entre el modelo biomédico y los escenarios populares³ de atención:

“La biomedicina tiende continuamente a expandirse directa e indirectamente sobre las prácticas y representaciones populares; no sólo se va constituyendo en parte de las mismas, sino que su proceso expansivo suele exigir que otras formas de atención de la enfermedad adquieran un carácter subalterno, que supone en determinados casos la

³ Resulta muy apropiado recurrir al concepto desarrollado por Urrea (1988:237) en donde define las prácticas populares como: “el conjunto vivo de soluciones (competencias y performances) que permiten relacionar entre sí y con el actuar cotidiano de las gentes los diferentes sistemas médicos: sistema médico casero, chamánico y/o curandero, boticario o farmaceuta, sistema médico facultativo occidental, y otros sistemas alternativos, con la particularidad de que no existe una práctica pura, sino, por el contrario, una combinación de saberes en forma de técnicas de diagnóstico y terapia para controlar y superar una enfermedad”. Este concepto resulta muy apropiado ya que permite reconocer los procesos de transformación que se dan tanto en las representaciones, como en las prácticas, procedentes de diferentes saberes, pero que en los conjuntos sociales se organizan de una determinada manera para afrontar sus necesidades cotidianas.

apropiación de dichas formas de atención, a partir de incluirlas en su racionalidad técnica e ideológica”. (Menéndez 1994:80).

A su vez, las prácticas populares en salud continúan reproduciéndose y adaptándose desde la vida cotidiana de los individuos, para responder a las *“crisis socioeconómicas de los países periféricos”* (Ibíd. Pág. 79) y a las limitaciones de la medicina facultativa, que en muchas ocasiones descalifica los procesos de eficacia simbólica y no logra llegar a todos los territorios (fundamentalmente a zonas rurales dispersas).

“Cuando este simbolismo implícito es insuficiente, cuando la autoridad médica no cubre los aspectos simbólicos de manera eficaz, los pacientes desplazan a otras instancias la búsqueda de esa eficacia” (Módena, 2002:343).

Bajo este contexto se puede llegar a pensar que las prácticas cotidianas en salud, para el caso de esta investigación, las prácticas en el embarazo y parto, se encuentran enmarcadas por un *“proceso de hibridación”* (García 1990:15), nutrido de variados elementos tradicionales y modernos que se relacionan mediante elaboraciones y mediaciones simbólicas, bajo un contexto socio-histórico determinado. Dicho proceso de hibridación, podría ser el resultado de la constante y permanente necesidad de encontrar alternativas y desplegar recursos para resolver las necesidades en salud, ante la limitación para acceder a servicios institucionales en un contexto de exclusión y aislamiento, y frente a los desencuentros culturales entre la manera de valorar, diagnosticar y proceder que tiene la medicina facultativa con relación a las formas como se experimentan estos procesos desde las comunidades en esta zona del país. Las mujeres embarazadas deben desarrollar y reproducir una serie de estrategias que les permitan realizar el seguimiento y atención del embarazo y parto, por medio de los recursos que tienen disponibles, recurriendo tanto a elementos tradicionales, como modernos; entremezclando prácticas y construyendo alternativas desde su cotidianidad.

“...la articulación entre ambos tipos de servicios (biomédicos y populares) debe ser pensada primero en el nivel de las prácticas y representaciones de los grupos subalternos y, posteriormente, en el de los servicios y los curadores especializados, ya que son los sujetos y grupos sociales los que, en función de sus necesidades y posibilidades, generan (en su vida cotidiana) dichas articulaciones independientemente de que los servicios de uno u otro tipo se opongan, reconozcan y/o incluyan dichos procesos de articulación” (Menéndez, 1994:81).

Es desde ese contexto híbrido, de prácticas populares, de múltiples actores en salud, de diversas relaciones y redes sociales, desde donde las gestantes toman sus decisiones y elaboran y reelaboran sus prácticas, de acuerdo a las alternativas que el medio social y material ofrece.

II. ASPECTOS CONTEXTUALES: EL CHARCO-NARIÑO, ENTRE EL RÍO Y LOS MANGLARES.

El Charco es uno de los principales municipios de la costa norte nariñense, conformada fundamentalmente por los municipios de Olaya Herrera, Santa Bárbara de Iscuandé y la Tola. El municipio de referencia para esta zona es Tumaco, al sur de la costa nariñense, ubicado a tres horas y media en lancha rápida desde El Charco.



Fotografía No. 1. Cabecera municipal desde el río Tapaje.

El Charco, como la mayoría de los municipios de la Costa Pacífica colombiana, se caracteriza por ser un municipio disperso, es decir una cabecera municipal con una baja concentración poblacional (8.307 habitantes) y una alta concentración rural (22.478 habitantes)⁴, cuenta con 62 veredas y 20 corregimientos, ubicados en las riberas de los ríos Tapaje, Sequionda y parte de la costa del Océano Pacífico. Su extensión territorial es de 2485 km²; 24,85 km² corresponden a la cabecera municipal y 2460 km² forman parte de la extensión rural⁵. La única forma de comunicación entre las diferentes veredas y la cabecera municipal es por medio fluvial, a través de los ríos y los esteros.

Otro elemento común de El Charco con la gran mayoría de los municipios de la Costa Pacífica colombiana, se encuentra relacionado con los altos niveles de pobreza y exclusión, representados históricamente por adversos indicadores económicos y sociodemográficos, comparados con los

⁴ Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Proyecciones poblacionales 2010, CENSO 2005. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=72. Fecha de consulta: septiembre 23 de 2011.

⁵ Plan de Desarrollo Concertado Municipio de El Charco 2008 – 2011, El Charco-Nariño, Junio de 2008.

indicadores nacionales. Existen varios trabajos, entre los que se podrían señalar, Pissoat y Hoffmann (1999) y Aguado *et al.* (2007), desde los cuales se puede contrastar, cómo se sostienen altas tasas de mortalidad infantil, bajos niveles de escolarización, deficiencias en infraestructura (acueductos, alcantarillados, servicios públicos). Incluso, el informe de noviembre del 2011, realizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), expone cómo las comunidades afrocolombianas, fundamentalmente las localizadas en la Costa Pacífica, se encuentran bastante distantes de alcanzar los *objetivos del milenio*, en materia de reducir la pobreza, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer para el año 2015⁶.

De acuerdo con el perfil del DANE para el municipio, construido a partir del CENSO nacional del 2005, el 94,7% de la población se reconoce como afrodescendiente y el 3.1% como indígena, el resto de la población corresponde a colonos que se han establecido en el municipio. El grupo indígena corresponde a la etnia Eperara Siapidara, que se encuentra distribuido en tres resguardos indígenas, en cinco comunidades. Las comunidades afrodescendientes se encuentran distribuidas en trece Consejos Comunitarios. El Esquema de Ordenamiento Territorial para el municipio (Plan de Desarrollo Concertado del Municipio 2008–2011) permite reconocer la distribución geográfica y poblacional desde tres sub-regiones:

Zona de bajamar:

Esta zona incluye la cabecera municipal y corresponde al área directamente influenciada por la marea –parte baja del municipio-, en esta zona se encuentra asentada el 32% de la población rural. Las veredas que albergan mayor número de población son Guayabal (situada hacia el frente del municipio) y Bazán (localizada en el extremo norte del municipio, limitando con el Océano Pacífico). Según la jerarquización establecida en el Plan de Ordenamiento Territorial del municipio, el 34% de los asentamientos corresponde a nivel A, es decir, con menos de 100 habitantes; el 59% al nivel B (entre 100 y 350 habitantes) y solamente el 7% corresponde al nivel C, entre 351 y 550 habitantes, es decir, se consideran centros complementarios.

⁶ Los afrocolombianos frente a los objetivos de desarrollo del milenio. (PNUD 2011). Disponible en: <http://www.codice.com.co/LosAfrocolombianosfrentealosODM.pdf>. Fecha de consulta: diciembre 2 de 2011.

Zona de Tapaje medio:

Se considera como zona de incidencia de agua de mar y dulce, es decir, parte media del río Tapaje, sobre la que todavía ejercen influencia las mareas del Océano Pacífico. De acuerdo con el Esquema de Ordenamiento Territorial, en esta zona se encuentra el 40% de la población rural del municipio. El 78% de los asentamientos corresponden al nivel B (población entre 151 y 350 personas), el 11% al nivel A (menores a 100 habitantes) y el 11% son asentamientos con más de 350 habitantes, lo cual corresponde a los centros complementarios de El Rosario, Arenal y San Pedro.

Zona de Pie de Monte:

Es la zona más alta del municipio, y por ende la más distante de la cabecera municipal, se encuentran en zona limítrofe con el municipio de Magüí Payan. En esta región se ubica el 28% de la población rural del municipio. Es importante destacar que los asentamientos humanos más poblados a nivel rural se encuentran en esta zona, principalmente en San José del Tapaje, con un promedio de 45 viviendas en el centro poblado y 30 en la zona rural. Santa Catalina con una población aproximada de 390 habitantes y Las Mercedes con 371 habitantes, conforman los segundos centros poblacionales con mayor población, en la zona alta del municipio.

La posibilidad de observar la distribución geográfica del municipio por estas tres zonas (baja mar, Tapaje medio y pie de monte) permite realizar una comparación de la distribución poblacional del municipio por áreas geográficas, dimensionando la complejidad en la dispersión poblacional. Corregimientos y veredas muy distantes entre sí y con relación a la cabecera municipal, poblados muy pequeños, en promedio de 20 a 30 viviendas, distribuidos a lo largo de un extenso tramo de río y manglares. Caseríos dispersos, casas construidas en madera sobre pilotes, para responder a los cambios de las mareas, con techos de plástico y palma; viviendas sin ningún tipo de servicio público, accediendo a la energía a través de plantas eléctricas comunitarias, con varias reparaciones, que brindan la posibilidad de acceder a electricidad en un promedio de tres horas diarias (Regularmente entre las 6 y 9 p.m.)⁷. El agua para cocinar y para consumo se accede fundamentalmente por la recolección de aguas lluvias.

⁷ Es común en las veredas, que en reiteradas ocasiones, el dinero dispuesto por el Consejo Comunitario para la compra del Diesel o Aceite Combustible Para Motor (ACPM), no alcance para el funcionamiento de las plantas comunitarias durante todo el mes. Por otro lado, existen poblados muy pequeños, con menos de veinte viviendas, que no cuentan con planta eléctrica.



Fotografía No. 2. Vereda en la parte media del río Tapaje

Se puede reconocer en la amplia zona rural del municipio, elementos de unos *“sistemas de producción tradicionales”*, como los señala Arturo Escobar (2005), para describir el modo de vida de comunidades ribereñas de la Costa Pacífica colombiana. Sistemas que se caracterizan por una multiplicidad de actividades: pesca, agricultura poco intensiva, caza, recolección, extracción de oro, explotación de madera; actividades que permiten la subsistencia o sobrevivencia de estas poblaciones con un muy relativo margen de independencia de la economía de mercado.

“Vivir aquí se ha vuelto muy duro, si bien es cierto que uno cultiva lo poquito pa` comer, también es cierto que uno necesita el recurso. Si uno cultiva la papa china o el plátano, es pa` comerlo uno, quién se lo va a comprar o a cambiar, si el otro cultiva lo mismo. Uno necesita plata pa` comprar el arroz, pa` comprar el aceite, pal estudio de los hijos”.
(Agricultor de 52 años, habitante de una vereda).

Las poblaciones rurales son comunidades cuyos procesos de socialización y relacionamiento, se encuentran fuertemente ligados al territorio que habitan, a las relaciones parentales y vecinales. El río no solo es la vía de desplazamiento, es el escenario donde transitan las relaciones cotidianas. Hoffmann (1998) señala dos elementos conceptuales que pueden llegar a ser muy interesantes en aras de reconocer ciertas dinámicas que transversalizan las relaciones cotidianas en las veredas del municipio, a las riberas del río Tapaje. Hoffmann hace referencia a la *convivencia física* de personas en un mismo lugar, en palabras de la autora, *“compartir buenas y malas suertes con otros individuos”* (Hoffmann, 1998:3), esa convivencia física, ese compartir una realidad material concreta, desde donde se elabora la experiencia cotidiana. El segundo elemento conceptual que señala la autora, es el de *“malla de parentela”*, para hacer referencia a las redes de relaciones, prácticas y pautas de comportamiento, enmarcadas desde un *“grupo de personas con un pariente*

en común, al que se vinculan por medio de lazos establecidos a través de hombres y de mujeres, sin que todos los integrantes del grupo fueran parientes entre sí” (Hoffmann, 1998:4).

La cabecera municipal no solo concentra la poca infraestructura en saneamiento básico, a su vez concentra la totalidad de instituciones públicas. Para el caso de esta investigación, resulta necesario señalar que allí se encuentra ubicado el hospital Sagrado Corazón de Jesús, principal centro de referencia para el acceso a servicios institucionales de salud en el municipio.



Fotografía No. 3. Cabecera municipal.

De igual manera, en la cabecera municipal, se encuentra la alcaldía, la personería, la registraduría, la notaria, el juzgado, la estación de policía, los únicos tres colegios que cuentan con formación secundaria, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y el Banco Agrario. El desplazamiento de los habitantes de las veredas hacia la cabecera resulta necesario para acceder a cualquier servicio o para realizar cualquier diligencia que involucre la mediación de alguna de las instituciones públicas presentes en el municipio -sin importar qué tan distanciados se encuentren de la cabecera-, lo que implica largos viajes en potrillos a fuerza de canaleta, o el pago de transporte que está en promedio entre \$30.000 y \$40.000 pesos ida y regreso, desde las comunidades ubicadas en la parte baja y media, y \$70.000 pesos desde las comunidades más alejadas hacia la parte alta del Tapaje.

En este contexto, la descripción sobre la oportunidad de acceso a los servicios de salud, realizada por la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social (FEDESALUD: 2005), podría ser re-pensada desde los limitantes reales para acceder a cualquier tipo de servicio

institucional. Limitaciones geográficas, que en realidad se constituyen en limitantes económicos por los altos costos de transporte fluvial desde los sitios de vivienda⁸, que se suman a la ausencia de una oferta de servicios desde las instituciones públicas, adecuada para este medio y sus habitantes, en términos de un modelo de atención capaz de acercarse a las poblaciones dispersas.

Resultó muy interesante observar durante el trabajo de campo, cómo los días de pagos del programa “Familias en Acción”⁹, se convertían en los días de mayor afluencia de la población de las veredas hacia la cabecera municipal. En las comunidades se reúne el dinero para pagar los costos del combustible para el desplazamiento, se hacen viajes directos desde las veredas. Ese día en la cabecera municipal se ven largas filas a las afueras del Banco Agrario, pero también se ven filas en la Dirección Local de Salud, de personas que bajan a averiguar si “ya llegó el carnet de salud”; largas filas en el hospital (se aprovecha el viaje para “hacerse ver del médico”). Ese día se intenta “aprovechar el viaje”, para hacer todas las diligencias que se necesiten en el pueblo, mientras la madre que cobra el subsidio, deja a la hermana, un hijo o cualquier familiar haciendo la larga fila, aprovecha para ir al hospital y a la alcaldía. En muchas oportunidades se debe priorizar, como lo señalaba una gestante, beneficiaria del subsidio: *“o se cobra el subsidio o se va para el hospital, pero el tiempo no alcanza pa` todo”*.



Fotografía No. 4. Mujeres a las afuera del hospital.

⁸ “Los individuos que requieren acceso a algún servicio de salud, deben sufragar las tarifas de transporte fluvial, que llegan a significar la mitad o un tercio de los ingresos familiares mensuales” FEDESALUD (2005:15)

⁹ Programa del gobierno nacional que consiste en entregar subsidios monetarios para educación o nutrición, para niños pertenecientes al nivel I del SISBEN, familias en condición de desplazamiento o familias indígenas. Dicho subsidio se encuentra condicionado a la asistencia escolar del menor y a la asistencia al programa en salud, de crecimiento y desarrollo. Información disponible en: http://www.dps.gov.co/Ingreso_Social/FamiliasenAccion.aspx. Fecha de consulta: enero 18 de 2012.

Frente a esas estrategias desarrolladas por los pobladores del municipio para afrontar las dificultades de acceso hacia la oferta de servicios institucionales, dados los altos costos de transporte, la enfermera de la Dirección Local de Salud, señalaba:

“En el momento que comenzó Familias en Acción, los programas de Promoción y Prevención (PyP) en el hospital, comenzaron a tener un poquito de mejor asistencia”

Otro elemento del contexto que resulta fundamental abordar, se encuentra relacionado con los eventos de desplazamiento forzado ocurridos en la región en los últimos años. En el año 2007 por enfrentamientos entre grupos armados y fuerzas militares ocurrió uno de los desplazamientos más significativos -en términos de la cantidad de personas desplazadas- en la historia del país. Los datos varían, pero independientemente de la fuente, resultan sumamente alarmantes. De acuerdo con un informe realizado por la Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA)¹⁰, los desplazados en el municipio en el año 2007, fueron 14.500 personas; de acuerdo con la información arrojada por el Sistema de Información para la Población Desplazada (SIPOD), de la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, en el municipio, en el año 2007, se desplazaron 15.711 personas¹¹. Es importante mencionar que los eventos de desplazamiento forzado se reproducen en los municipios aledaños, generando una especie de círculo de desplazamiento (de expulsores y receptores), entre los municipios de El Charco, Santa Bárbara de Iscuandé, la Tola y Olaya Herrera. El desplazamiento forzado en el municipio presenta características muy interesantes, ya que los desplazados no solo salen del municipio, pues también se presenta un desplazamiento inter-veredal y hacia la cabecera municipal. En este sentido, bastó con constatar, cómo albergues provisionales para la atención de la crisis humanitaria del 2007, se convirtieron en albergues permanentes. En la cabecera municipal, hasta el momento en que se finalizaron las actividades de trabajo de campo, permanecían dos espacios (una escuela y un puesto de mercado) que albergaban población desplazada proveniente de las veredas.

¹⁰ Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), Desplazamiento masivo en el Charco, Informe No. 1, 24 de agosto de 2009. Disponible en: <http://www.colombiassh.org/site/spip.php?article452>. Fecha de consulta: enero 23 de 2012.

¹¹ Disponible en: <http://www.accionsocial.gov.co/EstadisticasDesplazados/GeneralesPD.aspx?idRpt=2>. Fecha de consulta: enero 23 de 2012.



Fotografía No. 5. Mujer desplazada con sus hijos.

Los múltiples y sistemáticos eventos de desplazamiento en la región han incidido de manera determinante en la reconfiguración espacial de la cabecera municipal. Barrios como El Canal, Nuevo Bustamante, Porvenir, fueron barrios que surgieron como invasiones en los eventos de desplazamiento masivos, para convertirse en extensos asentamientos permanentes (de personas de la zona rural y municipios aledaños), que rodean las dos largas calles pavimentadas que tiene la cabecera municipal, donde se encuentra la zona de comercio y las oficinas de las instituciones públicas.

Hacer referencia a la compleja situación humanitaria y al carácter sistemático de los eventos de desplazamiento forzado en la zona norte del Pacífico nariñense, resulta fundamental para los intereses de esta investigación. Por un lado, el desplazamiento forzado lleva a que las mujeres salgan de sus veredas, rompan en muchos casos con redes, relaciones y prácticas que eran fundamentales y que hacían parte de los conocimientos elaborados para la atención del embarazo y parto, haciendo necesaria una reconfiguración de las estrategias para la atención y el seguimiento de este proceso. Por otro lado, el desplazamiento forzado, termina por insertar a las personas desplazadas en un complejo esquema burocrático, que para el caso de la atención en salud, termina por profundizar las barreras para el acceso a los servicios. Las personas con carnet

de salud de otro municipio, “no se pueden atender”¹²; esta es una realidad a la que cotidianamente se enfrentan las gestantes provenientes de otros lugares, asentadas en el Charco.

¹² Respecto al tema de la afiliación al sistema de salud, el proceso de carnetización y las limitaciones en la prestación de los servicios para las personas con afiliación en otros municipios, se abordará de manera detallada en el siguiente capítulo, en el aparte sobre la Dirección Local de Salud.

III. ESCENARIOS PARA LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO-PARTO EN EL MUNICIPIO DE EL CHARCO.

“...La cultura no tiene que ver solamente con la producción de sentido y los comportamientos, sino también con las condiciones históricas de poder, dominación e inequidades, en las que esos significados y comportamientos se producen. En este sentido, las explicaciones aisladas, ahistóricas y descontextualizadas de los padecimientos no permiten entender las realidades locales como elementos que forman parte de procesos económicos, históricos y políticos más amplios”. (Duque, 2007:132).

El presente capítulo tiene como propósito fundamental describir y analizar los diversos escenarios y sistemas de atención que existen en el municipio de El charco para el cuidado y seguimiento del embarazo-parto, como elementos que forman parte de la realidad cotidiana, del contexto geográfico, social y cultural, que enmarca la elaboración de las decisiones y prácticas que asumen las gestantes.

3.1. SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS). EL CASO DE LAS POBLACIONES DISPERSAS.

Resulta necesario retomar algunos elementos básicos respecto a la manera como se encuentra estructurado el SGSSS en Colombia, con el propósito de identificar rasgos claves en sus aspectos técnicos y normativos que permitan desarrollar un análisis frente a su aplicabilidad en zonas con características de población dispersa como lo es el municipio de El Charco, y en general, toda la zona de la Costa Pacífica colombiana.

La ley 100 de 1993, genera el marco normativo para la implementación del SGSSS, que según Navarro (2007:64), surge como un proceso de reorganización y modernización del sistema público de salud, cuya mayor manifestación radica en la *“descentralización de los servicios y la administración pública de los mismos”*.

Navarro señala que las reformas introducidas a partir de la Ley 100 de 1993 hacen una ruptura radical con la concepción de reconocer el servicio sanitario del país como fundamentalmente público, para constituirlo en uno de carácter mixto, con componentes públicos y privados.

El sistema de seguridad en salud se encuentra estructurado fundamentalmente por el Estado, como organismo de coordinación, dirección y control; las Empresas Prestadoras de Servicios (EPS), que actúan como intermediarias de los recursos, son las responsables de dar cobertura y

garantizar la prestación de los servicios a sus afiliados. Por último, las Instituciones Prestadoras de Servicio que serían las directas responsables en el proceso de atención¹³.

El SGSSS se compone de dos regímenes. El régimen contributivo, mediante el cual se vinculan todas las personas con contrato de trabajo, pensionados y trabajadores independientes, incluyendo el grupo familiar como directos beneficiarios; este régimen se financia con aportes mensuales realizados por los trabajadores. El régimen subsidiado, incluye a la población pobre, sin capacidad económica para aportar al sistema, la cual es subsidiada por el Estado y por un aporte del régimen contributivo.

Es necesario señalar, que dadas las características sociales del municipio de El Charco, la mayoría de la población entra a formar parte del SGSSS desde el régimen subsidiado. De acuerdo con cifras entregadas por la Secretaria de Planeación Municipal¹⁴ para mediados del año 2010, el 75.4% de la población hacía parte del régimen subsidiado (en el municipio tienen presencia dos EPS del régimen subsidiado, CAPRECOM y ASMET-SALUD); el 12,4% hacía parte de la población vinculada¹⁵; el 7,95% correspondía al porcentaje de la población sin ningún tipo de aseguramiento y el 3,54% a la población afiliada al régimen contributivo y a regímenes especiales, fundamentalmente el del Magisterio.

Frente al desarrollo del régimen subsidiado en salud en la Costa Pacífica colombiana, la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social (FEDESALUD 2005), elabora un análisis bastante acertado que se podría contrastar con la situación por la que atraviesa el municipio.

El primer elemento es la posibilidad concreta de cuestionar la relación directa entre ampliación de afiliación con una ampliación de cobertura -de acceso real a una oferta de servicios-, en un

¹³ En el caso de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, se denominan como ESE (Empresa Social del Estado). Decreto 1876 de 1994. Disponible en: http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/1994/agosto/03/dec1876031994.pdf. Fecha de consulta: febrero 5 de 2012.

¹⁴ Información recolectada en el trabajo de campo. Septiembre 23 de 2010.

¹⁵ La población vinculada, son las personas que ya han ingresado al sistema de salud y que se encuentran a la espera de la asignación de cupos para ingresar al régimen subsidiado, por medio de la afiliación a alguna de las dos EPS del municipio. De esta población es responsable en el primer nivel de atención, el municipio, por medio de la Dirección Local de Salud, que debe ser la que realiza directamente los pagos a la ESE (hospital municipal) por la atención de dicha población.

municipio que no cuenta con la infraestructura física para la adecuada prestación de los servicios, donde no existe una oferta capaz de acercarse a las poblaciones dispersas.

Por otro lado, FEDESALUD, realiza un análisis muy importante frente al incremento de la afiliación en municipios dispersos como los de la zona pacífica, señalando que dicho incremento en la afiliación, no se refleja en mayores y mejores servicios para la población que entra a formar parte del sistema. Esta relación se explica, según FEDESALUD, porque los insuficientes recursos que ingresan a los hospitales, entran por vía de capitación, lo que implica que las EPS subsidiadas, contraten con el hospital de acuerdo a la proporción de la población que tienen afiliada. Esto desemboca en que no exista un estímulo real –en términos de financiación- para que esta oferta llegue a las personas que demandan los servicios, dado que el pago por capitación es independiente de la proporción de personas que realmente acceden a los servicios. Bajo este esquema de contratación, los recursos terminan concentrándose en la implementación de una oferta de programas de promoción y prevención que en la mayoría de los casos no logra trascender las cabeceras municipales.

“los contratos de capitación no garantizan los contenidos del Plan Obligatorio de Salud a la mayoría de los afiliados al Régimen Subsidiado, pues en realidad los dineros que la Reforma transformó a la demanda, buscando que estos siguieran a los usuarios y garantizaran su atención, es burlado mediante estos contratos, que en la práctica devuelven los recursos al sistema de oferta (donde no hay garantías, ni pago o estímulo específico por los servicios al afiliado), después de descontar, claro está, un porcentaje de administración” (FEDESALUD 2005:16).

Este panorama para el municipio de El Charco es confirmado por el coordinador de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el proyecto de intervención en salud con población desplazada de la zona rural del municipio (enero de 2010 – marzo de 2011). Cuando se le pregunta por la relevancia de este proyecto y el interés de enfocar la intervención en el área rural, responde:

“Lo que se ha visto en el municipio, es que el acceso al servicio de salud es muy limitado, si bien se manejan algunos indicadores de aseguramiento relativamente altos, el acceso al servicio es muy limitado para estas poblaciones. Una cabecera con un hospital donde el acceso se limita en mayor medida en los que viven en el municipio y los que tienen algún tipo de recurso económico o se encuentran cercanos a la cabecera. El área rural no tiene el acceso, porque el hospital o el operador en salud del municipio no asume la responsabilidad de llegar a la población, o las mismas aseguradoras no cumplen sus compromisos de ley en tener la población no solamente cubierta sino también atendida”.

Señalar estos elementos resulta de suma importancia en aras de reconocer las profundas contradicciones que se pueden presentar en la aplicación del sistema de seguridad social en salud en municipios como el Charco, permitiendo poner en cuestión uno de los principios fundamentales del sistema de salud relacionado con la universalización del servicio y los programas, bajo una normatividad y unos parámetros técnicos rígidos que en la práctica terminan favoreciendo y estimulando las barreras en el acceso a los servicios al negarse a reconocer las particularidades geográficas, sociales y culturales de estos territorios. Más allá de un intento de generar un proceso de ampliación de cobertura con calidad y garantías reales de acceso, lo que se puede reconocer en municipios como el Charco es la puesta en marcha de un proceso de incremento de afiliaciones, pues antes que favorecer a la población, se termina privilegiando el proceso de intermediación por parte de las EPS¹⁶, intermediación permitida y reglamentada. Las EPS reciben los mismos recursos por personas que en la práctica tienen muy pocas posibilidades de acceder a los servicios.

3.2. EL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS.

3.2.1. Infraestructura y red de servicios.

El centro de referencia para el acceso a servicios institucionales de salud es la Empresa Social del Estado (ESE) Sagrado Corazón de Jesús, ubicada en la cabecera municipal. Este hospital cubre el nivel I de atención, en los programas de promoción y prevención (PyP), programas que enmarcan las acciones de detección temprana de las alteraciones del embarazo y atención del parto.

El Hospital se encuentra en el extremo norte de la calle principal del municipio, es una estructura dividida fundamentalmente en el área de atención en consulta externa y el área de urgencias. En el área de atención se encuentran tres consultorios médicos, un consultorio odontológico, el laboratorio clínico, una oficina donde se ubica la trabajadora social, un espacio para la facturación y un área para el funcionamiento administrativo. En el área de urgencias, se encuentra un

¹⁶ Las EPS reciben por cada usuario, la Unidad de Pago por Capitación (UPC). De acuerdo con el Ministerio de Protección Social, la UPC, es el valor anual que se reconoce por parte del Estado a las EPS-S, por cada uno de los afiliados, para cubrir la aplicación del Plan Obligatorio de Salud (POS) en el sistema general de seguridad social (SGSSS). Para el año 2011 la UPC estimada en el régimen subsidiado era de Trecientos dos mil cuarenta pesos (\$302.040). Acuerdo No. 19 del 29 de diciembre de 2010. Comisión de Regulación en Salud. Disponible en: <http://www.pos.gov.co/regimenSubsidiado/Documents/NORMAS/acuerdo%2019%20de%202010.pdf>. Fecha de consulta: febrero 12 de 2012.

consultorio destinado para valoraciones, una estación de enfermería y una sala con capacidad aproximada para unas diez camillas destinadas a recuperación u hospitalización. En la misma zona de urgencias, se encuentra la sala de partos y un espacio diseñado como quirófano, el cual nunca ha sido habilitado para su funcionamiento y en donde los equipos con que fue dotado se encuentran seriamente deteriorados por la humedad y el nulo mantenimiento.

En el momento de finalizar el trabajo de campo (julio de 2011), el hospital contaba con dos enfermeras jefes que eran las encargadas del programa de control prenatal, una responsable de todos los programas de Promoción y Prevención (PyP), y la otra, encargada de realizar el enlace y seguimiento de la ejecución de los programas en los puestos de salud rurales. El hospital disponía de tres médicos, dos responsables de consulta y uno disponible para las urgencias. El promedio de consultas diarias era de 36 consultas externas y 28 consultas por programas de Promoción y Prevención.

La ESE por contratación atiende a los usuarios del régimen subsidiado, distribuidos fundamentalmente en dos EPS subsidiadas, ASMET-SALUD y CAPRECOM. De igual manera presta los servicios a la población vinculada que son responsabilidad del ente territorial, que para el primer nivel de atención es el gobierno municipal. También presta servicios por contratación con el régimen especial, básicamente el Magisterio.

Resulta necesario señalar que la red de servicios de la ESE municipal (Hospital Sagrado Corazón de Jesús) cuenta con siete puestos de salud rurales. El ejercicio realizado en el capítulo anterior que permitió analizar la distribución geográfica del municipio en tres subregiones, resulta a su vez muy apropiado para analizar la distribución de estos puestos de salud en el municipio.

Zona de baja mar:

Un puesto de salud, ubicado en la vereda de Bazán, sobre la Costa Pacífica.

Zona de Tapaje medio:

Tres puestos de salud, en las veredas del Rosario, Pulbuza y San Pedro.

Zona de pie de monte:

Tres puestos de salud, ubicados en las veredas de Playa Grande, Santa Catalina y San José.

Dichos puestos de salud, en términos reales, poco aportan en una ampliación de la red de servicios. Se encuentran bajo la exclusiva responsabilidad de una auxiliar de enfermería, por cada puesto de salud, las cuales son las encargadas de realizar todos los procedimientos de atención, el direccionamiento al hospital municipal y el registro y reporte de las actividades de promoción y prevención. Los puestos de salud, en realidad solo son estructuras, espacios en muchos casos deteriorados por la humedad, con una escasa inversión y una pobre dotación. Resulta muy precisa la caracterización que plantea FEDESALUD sobre los puestos de salud en el pacífico colombiano, en donde se definen como centros de salud *“con mínimos recursos en términos de recurso humano, medios diagnósticos y terapéuticos, incluidos medicamentos”* (FEDESALUD 2005:38). Los puestos de salud regularmente se encuentran solos, en caso que se requiera se busca a la auxiliar de enfermería que en la mayoría de los casos es de la vereda y vive en la misma. Así, los centros de salud son escenarios para atender pequeñas urgencias que dada la ausencia de personal capacitado, de insumos y de infraestructura, deben ser direccionados a la cabecera municipal. En estos puestos de salud es imposible desarrollar una oferta de servicios con continuidad y, mucho menos, implementar de manera sistemática los programas de promoción y prevención, entre los que se encuentran la atención del embarazo.



Fotografía No. 6. Consultorio puesto de salud rural.

Para contrastar lo anterior, resulta muy oportuno retomar el caso de una gestante de la zona alta del río Tapaje, de la cual se tuvo conocimiento en el desarrollo del trabajo de campo. Esta mujer llegó al hospital con síntomas de preeclampsia, con una elevada presión arterial sin controlar y una infección urinaria. La mujer tenía ocho meses de embarazo, comentaba que desde hace aproximadamente mes y medio había sentido muchos mareos y se le estaban hinchando demasiado los pies. Asistió al puesto de salud, en donde la auxiliar de enfermería le comentó que debía controlarse la presión arterial, pero que el tensiómetro del puesto de salud tenía “*reventada la manguera*”, por lo cual, no se pudo realizar el seguimiento. Esta mujer señalaba que por motivos económicos no había podido bajar hasta el hospital para tomarse la presión a tiempo. Después de más de un mes, cuando los síntomas ya estaban muy avanzados y logró desplazarse hasta el hospital, su salud y el desarrollo del embarazo se encontraban bastante comprometidos. Este caso permite cuestionar la funcionalidad real de los puestos de salud rurales, pues resulta paradójico que para un procedimiento tan básico como la toma de una presión arterial, una mujer tenga que desplazarse hasta la cabecera municipal, lo cual evidencia que no existen mecanismos desde la ESE municipal para hacer frente a estos casos que en últimas terminan poniendo en riesgo la vida de las gestantes y el desarrollo de sus embarazos.

3.2.2. El control prenatal.

Al inicio de este capítulo, cuando se hacía referencia al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se planteaba el surgimiento de la ley 100 y sus posteriores reformas, como un proceso de reorganización y modernización del sistema público de salud. De esta manera, se pueden empezar a identificar elementos de la noción de *programa institucional* desarrollado por Dubet (2006), permitiendo reconocer los hospitales como organizaciones complejas, con una fuerte división administrativa, con una marcada tecnificación en los procedimientos y protocolos de atención. Así, se puede contrastar cómo el principio de *universalización* de la salud, no solo hace referencia a la cobertura de la población, a su vez, se refiere a la estandarización de los procedimientos en la “*intervención sobre los otros*”, es decir, al intento de consolidar un modelo único de explicación y acción sobre los padecimientos. Es en esta dirección que existe una norma técnica, con protocolos y estandarizada para la atención del embarazo-parto, la cual es directriz para los procedimientos en todos los centros hospitalarios del país. Este tipo de intervención

desconsidera las particularidades culturales asociadas a la gestión de la salud en estos territorios de ríos y manglares.

Para empezar es necesario mencionar algunos puntos básicos de la *norma técnica de detección temprana de las alteraciones del embarazo y atención del parto*¹⁷, para contrastarlos con la oferta real de servicios en el municipio.

La norma técnica es la reglamentación por medio de la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones que se deben desarrollar en el proceso de atención de las gestantes pertenecientes a los regímenes contributivos y subsidiados del sistema de salud. Estas actividades deben ser de obligatorio cumplimiento y quienes son responsables del seguimiento y cumplimiento en la implementación son las EPS, en las que se encuentran afiliadas las gestantes. Las embarazadas deben iniciar su control antes de la semana 14 de gestación, el control prenatal debe incluir exámenes de laboratorio, ecografías obstétricas¹⁸, consulta con médico para la detección del riesgo y seguimiento por enfermería. Cada mes, hasta la semana 36, debe ir la embarazada al hospital a cita con el médico o con la enfermera jefe, luego cada 15 días hasta el momento del parto.

Cuando se le pregunta a la enfermera responsable de los programas de promoción y prevención, respecto a la oferta de servicios para las gestantes en el hospital, en primera instancia, señala lo siguiente:

“Lo abarcamos desde planificación familiar, control prenatal, atención del embarazo, atención del parto, atención del recién nacido y posteriormente, el recién nacido, ingresaría al programa de crecimiento y desarrollo. Prácticamente, como la norma lo estipula”.

Esta respuesta es coherente con la normatividad y el esquema técnico para su implementación, pero resulta necesario analizar la oferta real, de manera más detallada.

¹⁷ Resolución 412 del 2000, por medio de la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones para los programas de detección temprana y protección específica en salud pública. Información disponible en: http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Normatividad_Regimen_Contributivo/resolucion_412_2000.pdf Fecha de consulta: febrero 15 de 2012.

¹⁸ Una en el primer trimestre y otra en el segundo.

El Hospital Sagrado Corazón de Jesús no cuenta con el equipamiento adecuado para realizar todos los exámenes de laboratorio, no tiene la posibilidad de realizar ecografías obstétricas, ni tampoco la posibilidad de procesar los resultados para la citología cervical, exámenes que resultan fundamentales para un apropiado control prenatal, de acuerdo a la *norma técnica*.

La imposibilidad de realizar ecografías obstétricas, además de ser un importante factor para la inasistencia o no permanencia de las gestantes en los controles prenatales, se constituye en un elemento fundamental que limita un adecuado control prenatal. Podría pensarse que la implementación de una norma técnica, que homogeniza las actividades que se deben realizar en la atención de las gestantes, de igual manera, se ve reflejada en la estandarización de protocolos y procedimientos técnicos, a partir de los cuales, el personal médico realiza el diagnóstico y el seguimiento del embarazo. De esta manera, la ecografía obstétrica, se constituye en uno de los principales recursos técnicos, que permitirían detectar a tiempo complicaciones en el desarrollo del embarazo o anticipar posibles dificultades en el momento del parto. Como bien lo expresa una de las enfermeras del hospital:

“Es muy triste que existiendo incluso equipos portátiles para realizar ecografías obstétricas, nosotros no contemos ni con el equipo, ni con el entrenamiento para realizarlas. De verdad esa es una de las mayores dificultades que tenemos para realizar diagnósticos adecuados. El no poder realizar las ecografías en el municipio, no solo dificulta realizar algunos diagnósticos, hasta el punto que embarazos complicados, solo se detectan cuando se manifiestan en serias dificultades al momento del parto; también inciden en que otro alto porcentaje de mujeres decidan no asistir, porque saben que para tomarse la ecografía deben desplazarse hasta Guapi, Tumaco o Buenaventura, lo que implica un gasto extra”.

Otro ejemplo del desajuste de la *norma técnica* con la realidad práctica del municipio se puede contrastar en la toma de las citologías –este caso no sólo se aplica para las gestantes, sino para todas las mujeres que requieran realizarse este examen-. Aunque en el hospital municipal se toman las citologías, no se pueden procesar las muestras, por lo que requieren ser enviadas a Tumaco o Pasto para su procesamiento y lectura. Son muy entendibles las dificultades que en términos de financiación, infraestructura y dotación tiene el hospital, así que resulta comprensible que se deben apoyar en otros niveles de atención que cuenten con los laboratorios clínicos dotados para realizar estos procedimientos. Lo que resulta bastante complejo es que entre el

proceso de la toma de la muestra y la llegada del resultado, puede pasar más de un mes, eso sí se está con suerte y no se le “envolata” en el camino.

“A mí si nunca me ha gustado tomarme esa citología en el hospital, ni en embarazo, ni sin estarlo. Eso ir uno a que lo manoseen todo pa` tomarle eso y después nunca le entregan a uno el resultado, cada que uno baja al hospital a preguntar, le dicen a uno que no ha llegado. Hasta que uno se termina cansando y deja eso así”. (Yolanda, 26 años, siete embarazos).

“...unos no me los entregaron, el de VIH no me lo entregaron que porque no había llegado, o sea, que el que mandaron pa` Pasto no había llegado. El médico cada vez que venía me lo reclamaba, y yo iba allá al laboratorio a reclamarlo y me decían que no había llegado”. (Maritza, 40 años, nueve embarazos).

Existen otras profundas inconsistencias en la relación entre la *norma técnica* y su aplicación en el hospital Sagrado Corazón de Jesús. Inconsistencias que trascienden incluso las limitaciones técnicas y de infraestructura, para reflejarse en la no adecuada aplicación de protocolos y uso de registros por parte del personal responsable de realizar los controles prenatales. El coordinador del proyecto de la OPS en el municipio, señalaba que en la relación interinstitucional que se estableció con el hospital, uno de los hallazgos más preocupantes fue el inadecuado manejo de las historias clínicas de pacientes, fundamentalmente de gestantes.

“...el hospital tiene el programa de control prenatal como tal, y puede llegar a ser operativo para las mamás que logran llegar acá, pero no hay una búsqueda activa, no existen criterios para identificar madres en riesgo, a eso se le suma la falta de manejo de guías clínicas para el control de las embarazadas. Hemos encontrado en una auditoría que realizamos, que las historias clínicas de las gestantes por médico tienen falencias muy grandes, fallas a nivel de registro y sub-registro, entonces tampoco permiten generar un seguimiento, porque puede entonces llegar la embarazada que ha estado asistiendo a sus controles, pero al revisar la historia clínica hay mucha información faltante”.

Estas limitaciones e inconsistencias en la aplicación de la normatividad, en la implementación de protocolos de atención y seguimiento, son el resultado no solo de la escasez de recursos diagnósticos y terapéuticos, sino también de errores en la implementación de protocolos, por parte de los profesionales responsables de la atención, lo que devela una frágil articulación a nivel institucional entre las partes que son las responsables de velar por la salud, el bienestar y la adecuada ejecución de los diferentes programas de salud pública (ESE municipal, Dirección Local de Salud, EPS subsidiadas presentes en el municipio).

Lo que se logra reconocer es que la oferta de programas y servicios de atención para las gestantes en el municipio se limita a la aplicación del programa de control prenatal –con todas las falencias señaladas anteriormente–, sin existir una estrategia real que permita acercar y garantizar un acceso afectivo a los servicios. El programa existe y se implementa, pero se restringe prácticamente a las mujeres que habitan en la cabecera municipal o logran desplazarse hasta ésta, realmente no se identifica un interés por reconocer cuántas gestantes hay en el municipio, cuáles son los casos de embarazos con complicaciones, simplemente la oferta está para las gestantes que logran romper las barreras para el acceso. Frente a este punto, es interesante mencionar que durante las labores de trabajo de campo se intentó indagar sobre los datos de gestantes del municipio sin encontrar respuesta clara, ni por parte del hospital, ni por parte de la Dirección Local de Salud. Estas dos instituciones solo contaban con la información de las gestantes que estaban vinculadas actualmente al programa de control prenatal. Indagando respecto a este tema con el coordinador del proyecto de la OPS, señalaba que ese mismo problema lo encontraron ellos en el momento de diseñar la intervención en el área rural del municipio, por lo que ellos mismos tuvieron que recolectar la información con el apoyo de las auxiliares de los puestos de salud rurales. De este proceso se lograron identificar 200 gestantes en el área rural (junio 2010). Es necesario hacer la aclaración que este dato es el resultado de las gestantes de las cuales las auxiliares de los siete puestos de salud lograron tener reporte, realmente existen muchas gestantes en las veredas, entre el río y los esteros, que no realizan el reporte de sus embarazos en los puestos de salud.

“El programa de control prenatal lo lideran dos enfermeras profesionales, una rural que es la que se encarga precisamente de generar esa articulación con los puestos de salud rurales, supervisada por la enfermera de planta; pero realmente no se evidencia un interés por un adecuado manejo de estos registros, pueden llegar tres controles del área de San José, para ellos eso está bien. Es que supuestamente es obligatorio que las madres bajen, pero hombre, en una vereda tan grande pueden haber hasta unas 30 embarazadas, no se preocupan por indagar con la auxiliar, oiga, cómo se está realizando el trabajo, cuál es el seguimiento que se le está realizando a esas embarazadas, subamos a San José y miremos cómo están, no se hace” (David Neira – Coordinador proyecto OPS).

De esta manera, se puede observar un complejo panorama en la oferta de programas para la atención de las gestantes en el municipio, que se torna más difícil para el caso de las gestantes de la zona rural.

“Aquí en la localidad es muy difícil, estando aquí en la cabecera municipal la asistencia de manera continua a los controles prenatales es muy limitada. Pero es mucho más

complicado con las que se encuentran en veredas. En veredas, por los costos, el viaje, transporte, lo dificulta mucho para que ellas puedan venir. Nosotros en algunas ocasiones, hemos ido a las veredas, aunque es bastante difícil, porque en estos momentos la ESE, no está muy bien económicamente, para cubrir los costos de los traslados". (Enfermera hospital).

"Los controles prenatales son a nivel gratuito, pero pues garantía a nivel de salud, que se pueda dar la facilidad de que se organice una brigada médica al área rural, en donde se les pueda realizar sus exámenes a las embarazadas, garantías del hospital en estos momentos no las está ofreciendo". (Enfermera Dirección Local de Salud).

Podría entonces reconocerse que si las mujeres de la cabecera no cuentan con una oferta adecuada a la *normatividad técnica* para el seguimiento de su embarazo por parte de los programas oficiales de salud, a las mujeres del área rural se les suma las particularidades geográficas y económicas de la zona que prácticamente hacen imposible o por lo menos muy limitado el acceso a dichos programas, dada la ausencia de una oferta capaz de acercarse a las poblaciones dispersas y a los altos costos de desplazamiento fluvial. Es interesante reconocer cómo ese *"programa institucional"*, con todos sus procedimientos técnicos, protocolos, complejidad administrativa y financiera, se ve absolutamente frágil, cuando las carreteras se las cambian por ríos; cuando no se dispone de las herramientas diagnósticas y terapéuticas con que los profesionales de la atención son entrenados para realizar los diagnósticos y procedimientos, cuando se intenta replicar un programa de intervención, desconociendo las particularidades geográficas, sociales y culturales del territorio.

3.2.3. Atención del parto.

Lo primero que se debe mencionar es que un adecuado parto hospitalario se debe encontrar precedido de un adecuado control prenatal, desde ese punto se empieza a complicar la atención del parto de las gestantes en el municipio.

En el hospital municipal solo se pueden atender partos naturales, no se realizan cesáreas, ya que aunque existe un quirófano, éste no se encuentra habilitado para su funcionamiento, por lo que la atención de un parto complicado implica que las mujeres deban ser remitidas a Tumaco para su atención.

El tema de las remisiones a un nivel superior de atención es el elemento más complejo en la atención del parto institucional en el municipio, se pueden evidenciar claramente falencias en el sistema de referencia. Una gestante que llega al hospital con un parto complicado debe enfrentarse a una serie de trámites burocráticos como la larga espera de la autorización de su traslado por parte de la EPS, además de las limitaciones propias del área geográfica, ya que la paciente debe ser trasladada en lancha, por lo que se debe contar con los tiempos de las mareas para poder salir. A esto se suma la difícil situación financiera por la que atraviesa el hospital, por lo que en algunas ocasiones incluso se debe esperar hasta que se logre “cuadrar” lo del combustible para el trayecto. Esto sin tener en cuenta los gastos en los que tiene que incurrir la gestante y sus familiares durante su estancia en Tumaco.

“A la hora de determinar que un parto va a ser de alto riesgo o que la materna va a tener un parto complicado, siempre decidimos la remisión. Para la remisión, lamentablemente, no contamos con una lancha adecuada¹⁹, pero pues gracias a Dios se pueden trasportar las maternas. Es bastante difícil, porque la situación económica, tanto de la ESE, como de los parientes de la materna, dificulta mucho el traslado. Pero en lo posible, desde el control prenatal, cuando se detecta que va a existir una posible remisión, tratamos de hablar con el familiar, con la materna, para determinar cómo vamos hacer a la hora del parto, para que desde unos días antes puedan ahorrar algo de dinero para poderse trasladar. Entonces se trata de darles esa opción, de que vayan ahorrando. El problema, que es muy recurrente, es cuando nos llegan las gestantes a la hora del parto, sin ningún tipo de control previo” (Enfermera hospital).

Frente al proceso que enfrenta una gestante para la atención institucional de un parto complejo, el coordinador de la OPS realiza una descripción que puede resultar bastante acertada:

“Llega la mamá a un sitio, a un hospital, con un parto complejo, que puede tener su control prenatal, pero donde por cualquier circunstancia requiere un manejo diferente y se empieza a manejar el tiempo de las remisiones, el tema de las remisiones aquí, por acceso el lugar de remisión más cercano -si fuera inmediatamente- está a tres horas y media de aquí, si se remite ya, está a tres horas y media, por lo general nunca es ya. En muchas ocasiones las embarazadas llegan en la noche, de noche toca esperar hasta el otro día, casi doce horas, que haya agua, que estén las condiciones de marea y salir tres horas, entonces tenemos un intervalo entre la oportunidad de atención de un segundo nivel de más o menos unas 18 a 24 horas, tiempo muy largo donde en algunas ocasiones el niño no alcanza a llegar con vida”.

¹⁹ Es una lancha de pasajeros, igual a las que transitan diariamente movilizandopasajeros entre los municipios cercanos.

3.2.4. Financiación y contexto administrativo.

De acuerdo con Navarro (2007), la reestructuración del sistema sanitario de salud colombiano enfrentó a los hospitales públicos a una serie de transformaciones administrativas y de financiamiento que se reflejan en cambios en las estructuras organizativas y el modelo de gestión, en los que los gerentes, administradores y facturadores, entran a jugar un papel determinante dentro del esquema de financiación al interior de los hospitales.

Navarro hace énfasis respecto a la transformación en la concepción del sistema de financiamiento de la red pública de salud, la cual deja de centrarse en la financiación sobre la oferta, para direccionarse hacia el subsidio y financiación de la demanda. De acuerdo con la autora, las tres principales fuentes de financiamiento de los hospitales, son: a) transferencias o subsidios a la oferta –mediante traspaso de fondos del departamento al municipio–; b) mediante contratos entre los fondos seccionales y locales por la atención a la población vinculada en proporción a la facturación; c) mediante contratos con las EPS.

En el Hospital Sagrado Corazón de Jesús se puede observar una profunda crisis administrativa y de financiación, lo cual se refleja en la casi total desarticulación que tiene con los puestos de salud rurales, en la permanente rotación del personal asistencial –fundamentalmente de médicos–, en el constante endeudamiento por concepto salarial con el personal del hospital, en las reiteradas falencias en el sistema de referencia hacia niveles de atención superior dadas las dificultades para hacer efectivas las remisiones de pacientes.

“El hospital ha venido trabajando, con una planta médica, profesional y de auxiliares que en estos momentos vuelven a cumplir seis meses de salarios atrasados [febrero de 2011], entonces es un personal que vive siempre con el sueldo endeudado, no tienen ingresos, cada 7 o 9 meses, como en el año pasado que se les adeudaba 9 meses, se les pagaron seis; entonces es gente que siempre también trabaja, pero se genera una predisposición, no hay ánimos de generar una atención con un óptimo trato hacía los usuarios porque están en sus propios problemas inmersos”. (Enfermera, Dirección Local de Salud).

Los retrasos en los pagos del personal médico ocasionan que exista un permanente déficit de personal en la planta asistencial, que el personal cambie constantemente, que la mayoría de los médicos que llegan al municipio sean médicos que solo hacen presencia mientras realizan su periodo como médicos rurales. En mayo de 2010, mientras se realizaba el trabajo de campo, el

personal del hospital decidió entrar en paro como mecanismo de presión por el incumplimiento en los pagos por parte de la EPS ASMET-SALUD, la EPS con mayor porcentaje de afiliados en el municipio, aproximadamente con 18.000 afiliados. Durante casi un mes solo eran atendidos los afiliados a esta EPS que requerían el servicio de urgencias, lo que terminó generando una fuerte reacción de oposición entre la población, aumentando la predisposición hacia el hospital.

En el caso de las remisiones a un segundo nivel de atención también se pueden contrastar las dificultades financieras por las que pasa el hospital, dificultades que son producto del esquema de financiamiento. Cuando se presenta un caso que requiera remisión, el hospital debe informar y esperar la autorización por parte de la EPS a la que se encuentra afiliado el paciente, en muchas circunstancias este trámite burocrático se vuelve bastante complejo ya que las EPS no dan las autorizaciones con facilidad –una remisión directa solo se da en caso de extrema urgencia-, por lo que el personal médico debe tratar al máximo de controlar los casos de remisiones, en ocasiones se espera a que se acumulen 3 o 4 personas que requieran remisión para así realizar un solo viaje y minimizar los costos de transporte.

A los graves problemas de financiación se le suma una profunda crisis administrativa, lo que termina de complejizar la situación.

“No hay una cabeza a nivel directivo en el hospital, el gerente del hospital es una persona que hace bastante tiempo no viene al municipio, no deja responsables directos, por acto administrativo, sino por delegación verbal, entonces terminan todos mandando entre todos. Esto sumado al desorden administrativo que ya había en el hospital, genera es una falta de control de cualquier tipo, que se termina reflejando en graves falencias en la calidad del servicio”. (Coordinador proyecto OPS).

La crisis administrativa, la ausencia casi permanente del gerente del hospital, la falta de protocolos claros de funciones y procedimientos para el personal administrativo, terminan no solo reflejándose en un desorden institucional al interior del hospital, a su vez dificultan la articulación y coordinación con el gobierno municipal, y lo más complejo, terminan generando trabas para el acceso efectivo a los servicios.

“Como municipio tenemos muchas falencias, hay muchas cosas, sobre todo ahorita porque el gerente del hospital nunca esta, tenemos un gerente que hace como tres meses se fue, eso dificulta mucho, queda un hospital con mucha gente que manda y muchos que no hacen nada, entonces eso dificulta. La atención como tal se da, sino que uno se da

cuenta la descoordinación que hay” (Enfermera Dirección Local de Salud).

Es necesario resaltar el aspecto financiero y administrativo de la ESE municipal, ya que como se ejemplificaba anteriormente, se convierten en factores que terminan influyendo de manera directa tanto en el acceso a los servicios, como en la calidad en la oferta de los mismos. Son elementos que aunque forman parte de la dinámica interna en el funcionamiento del hospital, terminan reflejándose directamente en la manera como se ejecutan los programas de atención, incidiendo de manera radical en la construcción de la percepción que los habitantes del municipio tienen del hospital y del servicio.

En este punto resulta muy acertado retomar a Dubet (2006), al reconocer al hospital municipal inserto en un esquema burocrático de organización, financiación y funcionamiento, en el marco de un sistema de seguridad social, que como se señaló a lo largo de este aparte, presenta varias dificultades para adaptarse a la realidad geográfica, económica y cultural de este territorio. En este sentido, el hospital termina convirtiéndose en una *empresa de cuidados*, en donde la calidad y la pertinencia de la atención no solo depende de la relación directa que se establece en la relación médico²⁰-paciente.

“La calidad de los cuidados no es resultado únicamente del desempeño científico del médico y de la devoción del personal encargado de los cuidados; es una consecuencia de la organización hospitalaria: infraestructura, seguimiento de las historias clínicas, precisión de las consignas, rapidez de los exámenes....La considerable dominación ejercida por esa organización explica en el hospital, que los profesionales se sientan desposeídos y “despreciados”, multiplica las constricciones al mismo tiempo que los servicios especializados y mina la distancia entre las intenciones de cada cual y los resultados colectivos” (Dubet 2006:236).

El sistema de salud colombiano define necesidades y condiciones de uniformidad dentro de los cuales tienen que caber todos los usuarios del sistema, consolidando una estructura de poder donde las exigencias abstractas de la racionalidad instrumental han primado sobre las necesidades particulares de personas generizadas, lo que implica obviar las especificidades de la personas, para articularlas como un elemento más que tiene que ser cobijado por el sistema en

²⁰ Incluso el ejercicio realizado en este capítulo, permite reconocer la difícil situación que tiene el personal médico para realizar su labor de atención: ausencia de recursos diagnósticos y terapéuticos, múltiples retrasos en los pagos de los honorarios; estos son factores que necesariamente se ven reflejados en la construcción de la relación de atención, médico-paciente.

sus estatus universales. (Reyes 2001).

3.3. DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD (DLS).

“...todas esas cosas a veces contribuyen para que las personas no vengán al hospital sino que acudan a una farmacia, donde las parteras o a cualquier otro lugar, en ocasiones acuden es cuando ya están muy mal, porque a veces como municipio no nos hemos puesto de acuerdo en mejorar las condiciones sobre todas las embarazadas para que su atención sea mejor, esa es mi percepción, no como funcionaria de la administración, sino como cualquier ciudadana”.
(Enfermera Dirección Local de Salud).

La Dirección Local de Salud es la dependencia del gobierno municipal responsable de la inspección, vigilancia y control en la gestión y aplicación de los planes y programas de salud que se implementan en el municipio. Dentro de las funciones que tiene la entidad, se logran reconocer varios elementos que resultan de mucho interés para esta investigación, principalmente en lo relacionado con el aseguramiento de la población, con las garantías para el acceso efectivo de la población a los servicios de salud, con el seguimiento en la aplicación de los programas de salud pública que deben ser ejecutados por el operador en salud –Hospital Sagrado Corazón de Jesús-, y con lo concerniente al reporte de información de interés en salud pública.

En lo referente al aseguramiento, la DLS desempeña un papel fundamental , ya que por una parte es la directa responsable del proceso de identificación e ingreso de la población que entraría a ser cubierta por el régimen subsidiado; a su vez, es la que maneja el fondo de recursos destinado para el acceso a los programas de salud, para la población vinculada, es decir, el sector de la población SISBEN que ya ha ingresado al sistema de salud y que se encuentra a la espera de la asignación de cupos para la vinculación a alguna de las dos EPSs, ASMET-SALUD O CAPRECOM. Por último, tiene como responsabilidad realizar el proceso de contratación, seguimiento y control con las dos EPSs que entran a cubrir la población en el primer nivel de atención en el municipio.

Frente a este proceso habría varias cosas que mencionar. Respecto a la selección e ingreso de la población para el régimen subsidiado, en primera instancia, por medio de la entrada al SISBEN y posteriormente en la asignación de los cupos para el ingreso a alguna de las dos EPS subsidiadas, se puede reconocer un proceso en el que no existe una articulación real con la población del municipio, se presenta un desconocimiento casi que total por parte de la población en relación al

proceso de ingreso al sistema, los tiempos de duración, las diferencia entre el SISBEN y la afiliación a una EPS. Es recurrente escuchar quejas por parte de la comunidad por los largos periodos de espera en la asignación de los cupos para el ingreso al régimen subsidiado y observar largas filas en la Alcaldía Municipal de personas averiguando por el “carnet” de salud.

Una de las principales dificultades en términos materiales para acceder a los servicios institucionales en la atención del embarazo-parto, de acuerdo a lo manifestado por varias de las mujeres entrevistadas, fue el no “tener carnet”, el no contar con una afiliación al régimen subsidiado en salud en el momento de su embarazo.

“Al Charco llegan de la zona rural, las gestantes en la mayoría de los casos sin control prenatal, se encuentra una alta proporción de embarazadas que no tienen aseguramiento y dentro de lo cual tampoco como que le ven la importancia de estar aseguradas, casi todas creen que el SISBEN es un carnet de salud, en este sentido se hace necesario que tanto las aseguradoras cumplan su función, como la Dirección Local de Salud, ejerza efectivamente la vigilancia y control para el cumplimiento”. (Coordinador proyecto OPS).

Como se planteaba al principio de este capítulo -en el aparte referente al Sistema General de Seguridad Social-, el esquema de financiación y contratación genera un escenario de mediación e intermediación de los recursos²¹ para el aseguramiento y el acceso efectivo a los servicios, que termina desembocando en una cantidad de trabas burocráticas para el acceso real por parte de la población. Parece necesario como elemento imprescindible de esta relación, que la población se mantenga en un estado de desinformación y desconocimiento. Frente a este modelo de intermediación y contratación, FEDESALUD, realiza varios cuestionamientos que resultan muy interesantes:

“¿Por qué se tolera tan abierto incumplimiento del contrato? ¿Acaso los dineros del Estado no valen lo mismo que los dineros privados? ¿Acaso no importa que no se presten los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud? ¿Es el contrato de aseguramiento en el Régimen Subsidiado simplemente un puro formalismo, salvo en lo que tiene que ver con el giro de los recursos a los diferentes actores, pues nadie sanciona el incumplimiento evidente?. Si no se garantiza un aseguramiento efectivo, ni las EPS cumplen su función de agencia, garantizando la oferta y calidad de los servicios a sus afiliados, ¿Estas entidades simplemente estarían cumpliendo una función de administración y reparto de recursos públicos?”. (FEDESALUD 2005:42).

²¹ El gobierno nacional, gira los recursos al gobierno departamental, que asigna los recursos para el primer nivel de atención al gobierno municipal, el cual contrata con las EPSs para la afiliación de la población. Por último, las EPS contratan con el hospital para la implementación de los programas y la prestación de los servicios.

Resulta interesante retomar estos cuestionamientos, a propósito de los niveles de desinformación y desarticulación de la población en lo referente al funcionamiento del sistema de salud en el municipio, para plantear algunos otros interrogantes, respecto a la dinámica cotidiana en El Charco, pues municipios como éste resultan sumamente atractivos en medio de este proceso de intermediación. ¿Qué representa para las EPS un municipio en donde los niveles de afiliación van aumentando, pero donde la mayoría de la población no tiene garantías de acceso real a los servicios?. Un municipio donde la oferta se concentra en la cabecera municipal, en donde la población de la zona rural tiene su carnet pero no accede a los servicios. Estos son cuestionamientos que se deben tener en cuenta para dimensionar lo interesante que resultan estos municipios en el modelo de intermediación en salud, sobre todo para las EPS, y para reconocer los múltiples intereses que se enfrentan en este proceso, en los que irónicamente, los menos beneficiados terminan siendo las personas que requieren los servicios.

Un segundo elemento para identificar lo complejo del funcionamiento del sistema de aseguramiento²² y la desarticulación en los procesos de coordinación entre la DLS y el hospital municipal, se puede observar en el manejo de las gestantes que tienen carnet de afiliación de otro municipio. Como la responsabilidad en el primer nivel de atención -nivel del que forma parte el control prenatal- corresponde al gobierno municipal, el cual contrata con las EPSs, que a su vez subcontratan con el hospital municipal, el acceso a los servicios para los afiliados se limita de manera exclusiva a la red de servicios del municipio en donde se encuentra inscrito el afiliado. Éste se convierte en un importante limitante para el acceso a los servicios institucionales, ya que como se mencionaba en el primer capítulo, el municipio de El Charco, al igual que la mayoría de municipios de la costa Nariñense, sistemáticamente han tenido importantes eventos de desplazamientos forzados, razón por la cual, es muy fácil encontrar gestantes de municipios como La Tola, Santa Bárbara de Iscuandé, Olaya Herrera, que se encuentran viviendo en el municipio de El Charco. De igual manera, la cercanía entre los municipios de la costa norte nariñense facilita que las gestantes no solo por motivo de desplazamiento forzado, sino también por razones familiares – porque su compañero vive o trabaja en el municipio-, o por oportunidades laborales, terminen radicadas en el municipio de El Charco. Esta situación se complejiza dados los niveles de

²² Es necesario señalar que este fenómeno, más que responsabilidad del manejo particular que le pueda dar la DLS en el municipio, es consecuencia de la manera como se encuentra estructurado el sistema de aseguramiento y afiliación desde el Sistema General de Seguridad Social.

desconocimiento y de exclusión hacia la información en la que se mantiene a la población de estos municipios. Es muy común observar personas que tienen carnet de afiliación de dos municipios, pensando que de esta forma se encuentran mejor cubiertos, sin siquiera saber que la doble afiliación es un motivo de exclusión del sistema de aseguramiento.

“Si una persona tiene un carnet y ese carnet es de otro municipio se vuelve una odisea porque no hay quien autorice la atención de esa persona gratis, porque prácticamente es gratis, porque no hay a quién cobrarle, entonces como no tenemos un gerente que asuma eso, todo el mundo se termina tirando la pelota. Facturación que no porque se pierde esa plata, el otro que no, que no sé qué, entonces se vuelve una odisea para la persona que requiere el servicio....La persona cuando sale con algún problema allá (hospital), la mandan para la Alcaldía, entonces ya uno comienza a indagar, comienza a llamar, sobre todo le pregunta a la persona si se piensa quedar en El Charco, porque si no se piensa quedar, pues nada más se le hace una consulta, que sale mucho más económica, que hacerle los exámenes para una persona que se va, pero si usted si se piensa quedar, se comienza a hacer el trámite para que la persona renuncie y se pueda hacer el traslado” (Enfermera DLS).

Qué compleja situación para una gestante que viene de otro municipio y que en algún momento desearía retornar, pero debe decidir para la atención hospitalaria de su embarazo renunciar a la afiliación en su municipio de origen, mucho más someterse a la desafiliación, para iniciar de nuevo el complejo proceso de vinculación al régimen subsidiado en otro municipio.

Pero el mayor elemento que permitiría analizar el profundo nivel de desarticulación entre las instituciones responsables -Dirección Local de Salud, EPSs y hospital municipal- en la atención y seguimiento de las gestantes en el municipio, está relacionado con el manejo de los sistemas de información y reporte. Esta falta de coordinación en el manejo de los sistemas de reporte es un problema fundamental en aras de lograr identificar y dimensionar lo complejo de la situación en los embarazos y partos en el municipio.

“Para el caso de las gestantes, la articulación entre lo que la Dirección Local de Salud y el hospital deben hacer en materia de vigilancia de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal, no se da, no se tiene contemplado ni siquiera, no hay bases de datos con información adecuada que nos digan, tantas muertes durante este periodo, a causa de. No, porque por lo general la mamá se enferma acá, pero se muere en Tumaco, o el niño sufre los problemas del embarazo acá y muere en Tumaco, entonces Tumaco es el municipio notificador, pero con un aporte de El Charco, entonces eso ocurre también, y no tenemos cómo controlar esa mortalidad por fuera, no hay políticas claras para manejar y trabajar sobre estos casos”. (Coordinador proyecto OPS).

Que en los reportes de muertes maternas y perinatales el municipio notificador sea Tumaco, no se constituye en el único elemento que permite reconocer el inadecuado manejo de la información en el municipio respecto a la situación real de las gestantes. Cuando a la enfermera de la DLS, se le indaga por los niveles de mortalidad materna y perinatal en el municipio, responde lo siguiente:

“El año pasado (2010) afortunadamente no tuvimos muertes maternas, la última muerte materna que tuvimos, la tuvimos en el 2009 creo. Lo que sí hemos tenido siempre son muertes perinatales y este año (febrero 2011) ya llevamos una, siempre se presentan”.

Pero al indagar respecto a las dificultades que pueden tener en términos geográficos y de recursos para llevar de manera adecuada el registro de los casos que ocurren, sobre todo en las veredas, la Enfermera de la DLS, después de dar muchas vueltas e incluso solicitar por un momento que se detenga la grabación, responde lo siguiente:

“Ese es el problema más grande que tengo en mi trabajo. Vea si le soy sincera existen muchos casos de muertes, maternas y perinatales, muchos casos que ni siquiera se tienen en los reportes, esto es bien complicado, aquí se refleja la falta de coordinación, porque no es que ni siquiera nos demos cuenta de los casos, en muchas oportunidades a uno le llega el dato de que sucedió tal cosa o la otra en alguna vereda, pero uno se queda maniatado, porque primero, para cualquier diligencia de levantamiento, debe desplazarse personal del hospital a realizar el registro, y siempre cuando no es una cosa, es otra; que por orden público no se puede llegar hasta el sitio, que toca esperar a que den el permiso, que no hay personal disponible, que quién va a asumir el costo del combustible. Por eso las muertes maternas y perinatales, son mucho más altas de las que se encuentran registradas. En mucha ocasiones, este tipo de casos cuando ocurren, sobre todo en las veredas más lejanas, quedan en el aire, sin darse ninguna solución”.

De esta manera, se vuelve muy poco confiable la información existente respecto a los niveles de mortalidad materna y perinatal en el municipio²³, este hecho en realidad no representa solamente una falencia hacia los sistemas de información y estadística en salud pública, ni una estrategia para disimular los indicadores en la atención del embarazo-parto en el municipio. En el fondo, este hecho representa y deja en evidencia una clara estrategia de manipulación respecto a la situación real por la que atraviesan las gestantes en el municipio, que permite evidenciar el poco interés que se tiene desde las instituciones públicas municipales hacia este grupo poblacional.

²³ De acuerdo a la información registrada por el Departamento Nacional de Estadística (DANE), en lo referente a la información de *estadísticas vitales*. Se señala que las defunciones fetales en el 2009, en donde se identificó el Charco como lugar de residencia de la madre, tuvo un total de 10 muertes. Información disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=631&Itemid=119

3.4. LA MEDICINA CASERA Y LAS PARTERAS.

3.4.1 Las parteras en el municipio de El Charco.

De acuerdo con información suministrada por la Dirección Local de Salud²⁴, en el municipio de El Charco existe registro de 57 parteras distribuidas entre la cabecera municipal y la zona rural. Resulta conveniente comparar el número de parteras, frente a los trabajadores de la salud – personal del hospital y los puestos de salud- presentes de manera permanente en el municipio, tres enfermeras jefes y tres médicos del hospital en la cabecera municipal y siete auxiliares de enfermería en la zona rural.

En el mes de enero de 2010 se llevó a cabo en la cabecera municipal un encuentro de parteras al que asistieron 40 de las 57 parteras, registradas en el censo municipal²⁵. De este escenario se logran extraer algunos elementos importantes que permiten avanzar en la caracterización de las parteras del municipio.

De las 40 parteras asistentes al encuentro, 13 son mujeres mayores de 70 años; 11 están entre el rango de edad de los 60 a los 68 años; 9 entre los 50 y los 59 años; y solo 7 entre los 32 y los 45. La mayoría de estas mujeres han participado de algunas capacitaciones y actualizaciones por parte de la ESE municipal y la Dirección Local de Salud, de este grupo solo 5 parteras –las más jóvenes-, no habían tenido ningún grado de capacitación institucional, el conocimiento había sido adquirido a través de la práctica y el acompañamiento a otras parteras mayores, en la mayoría de los casos familiares o vecinas de vereda.

Retomando el análisis de la distribución geográfica del municipio por tres subregiones, se abre la posibilidad de replicar el ejercicio realizado para ubicar los puestos de salud rurales, con la intención de ubicar geográficamente a las parteras en el municipio²⁶

²⁴ Censo de parteras del municipio, realizado por la alcaldía municipal.

²⁵ Es necesario resaltar que estas 57 parteras son las que se encuentran dentro del censo municipal. Reconociendo la relación que tiene la atención de los procesos de gestación y parto, con los conocimientos y prácticas populares en salud, se podría señalar que son muchas las madres, abuelas, tías, que reciben partos sin reconocerse como parteras.

²⁶ Es posible gracias al registro que se realizó en el trabajo de campo del encuentro de parteras llevado a cabo entre el 27 y el 29 de enero de 2010.

Zona de bajamar:

Vereda	No de parteras
Cabecera Municipal	4
Guayabal	2
Bazán*	2
Santa Rosa	2
El Hormiguero	2
Porvenir	1
Guayaquil	1
Yansal	1
La Capilla	1
El Mero	1
Coroso	1
Total	18

* Veredas en donde existe puesto de salud.

Zona de Tapaje Medio:

Vereda	No de parteras
San Rafael	3
San Pedro*	3
Sequionda	2
Quebradita	1
Triviño	1
El Rosario*	1
Total	11

* Veredas en donde existe puesto de salud.

Zona de Pie de Monte:

Vereda	No de parteras
El Cuil	4
Playa Grande*	2
El Carmelo	2
Pambilero	1
Alterón	1
Ispave	1
Total	11

* Veredas en donde existe puesto de salud.

3.4.2. Las parteras: individualización y especialización de la medicina casera.

Reconociendo el proceso de Salud-Enfermedad-Atención en el marco de una mediación socio-cultural que permite ubicarlo como una dimensión de la vida cotidiana, es posible identificar los *saberes médicos populares*, de acuerdo a lo planteado por Urrea (1996) como una construcción socio-histórica, tanto a la manera de prácticas como de representaciones sociales, que son el resultado de un acumulativo y complejo proceso de interacciones sociales en una sociedad concreta.

“Las culturas medicas populares forman parte de la memoria colectiva de una población en permanente construcción histórica. Memoria que hace parte de las mentalidades como representaciones de una época sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad, los cuales son procesos socioculturales, en sociedades determinadas, a partir de una territorialidad regional, también con sus diversos imaginarios o modalidades de representación. De este modo no existe territorio o región, al igual que los cuerpos humanos, sino como creación sociocultural históricamente generada”. (Urrea, 1996:263).

Menéndez (1994) argumenta que tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos contribuyen a la construcción de procesos estructurales dentro de los conjuntos sociales. En este sentido, los conjuntos sociales no sólo generarían prácticas para la recuperación de la salud, pues al mismo tiempo estructuran un saber que les permite encontrar soluciones a sus necesidades cotidianas. En esta dirección, podría pensarse que en las comunidades negras del Pacífico colombiano, existe un saber que se elabora y re-elabora para la atención de los procesos de gestación, el cual está enmarcado por un conjunto de creencias, valores y comportamientos contruidos bajo relaciones e interacciones sociales, en un contexto social, geográfico e histórico concreto. Así, en medio de la intervención de la medicina facultativa y de las políticas sanitarias en los procesos terapéuticos de la gestación y el parto, se ratifican las parteras como portadoras de un saber, que no se reduce a la puesta en práctica de un proceso terapéutico, sino que las constituye como agentes fundamentales en los procesos de socialización de la cultura.

Autores como Gutiérrez de Pineda (1961) y Urrea y Puerto (2000), identifican los conocimientos populares en salud como conocimientos de dominio general, transmitidos de una generación a otra, enriquecidos con el tiempo, por la necesidad, mediante la práctica directa o la observación. Esto da cabida a un sistema de *medicina casera*, que configura las representaciones y los imaginarios colectivos, frente a la manera, en este caso concreto, de afrontar el proceso de

gestación y parto. En esta dirección, el *curanderismo*²⁷, es reconocido como la *“individualización y especialización de la medicina casera tradicional”* (Gutiérrez de Pineda 1961:55).

Resulta fundamental retomar la relación que plantea Urrea (1996), entre la estructura familiar matrifocal -característica en las poblaciones afrocolombianas de la Costa Pacífica- y la cultura médica popular. El autor destaca la solidaridad de parentesco que se teje entre la madre y sus parientes, mientras el cónyuge masculino se convierte en una figura transitoria, que puede circular entre más de un grupo familiar. De esta manera, se llegan a configurar *“troncos extensos de parentesco que reúnen a distintas generaciones de mujeres con sus hijos, con la inclusión además de las hermanas-os de esas mujeres, aunque residan en distintos hogares”* (Urrea, 1996:274).

Así, el centro del modelo familiar, se sustenta en un orden de parentesco que gira en torno a las mujeres, desde donde se vinculan mujeres de generaciones y ciclos de vida diferentes. Podría pensarse que la estructura familiar matrifocal, se constituye en uno de los escenarios socioculturales fundamentales para la reproducción de las representaciones y prácticas en la cultura médica popular.

“La construcción de la salud-enfermedad, gira en torno al tronco familiar y a sus miembros individuales, y más que en otras culturas el papel de la mujer madre como centro de la medicina casera es decisivo” (Urrea, 1996:275)

Es necesario destacar que las parteras en muchos casos son el centro de estas estructuras familiares matrifocales, son las madres, las abuelas, las tías. Son las transmisoras de un saber, frente a la manera de cuidar el embarazo y atender el parto.

“Yo desde muy pequeña ya ayudaba a sacar, porque mi abuelita, ella se llamaba Rosana Grueso de Carabalí, como en ese tiempo no había doctor, no había nada, entonces ella, cada que había un niño con dificultades o un enfermo, ella los sacaba con la toma. Como primero eran los secretos y todo, los antecedentes [antepasados] trabajaban mucho con las plantas y con secretos, entonces ella los sacaba. Después ya aprendió mi mamita, ya yo andaba con ella, mi mamita duró 100 años, mi abuelita duró 120, cuidada pues con todas esas cosas que vienen de la tierra”. (Ercilia, partera, 81 años).

“Nosotros vivíamos a la otra orilla del río cuando salió “aluzando”²⁸ la señora. El señor me dijo, “Barbarucha, vea pa` que me haga el favor y me mire a la Eliza mientras yo subo a traer la partera”. Le dije yo, “yo nunca he visto eso”, yo qué voy hacer, y si se sale, Ay!

²⁷ Categoría en la que autores como Urrea y Gutiérrez de Pinedo, ubican a las parteras.

²⁸ Haciendo referencia al momento de dar a luz, el momento del parto.

señor bendito. A mí me dio por tantearle la barriga como había visto a mi abuela, cuando siento es que “sua” sale el niño. Allí mismo le seguí sobando, arreglando la barriga hasta que salió la placenta. De allí se fue enterando la gente, hasta que otro día llegó un cuñado. “Barbarucha que haga el favor de venir a verme a Juliana, que voy a traer a mi tía Diomelia pa` que la venga a ver”. Cuando venían llegando, como ella era una viejita que la tenían que traer cargada, no dio tiempo a llegar y se vino la niña. De allí pa` delante, la gente ya decía, “vamos pa` donde la Barbarucha”. Nunca en mis pacientes con que yo he estado, a mí se me ha muerto un niño, ni una paciente, nada, todo ha sido un servicio, todo ha sido con las experiencias y mis rezos” (Bárbara, partera, 83 años).

El sistema de *medicina casera* se vuelve determinante en el cuidado de los procesos reproductivos, las mujeres adaptan a su realidad cotidiana un sistema de representaciones frente a las necesidades de diagnóstico, control, cuidados, medidas preventivas y atención del embarazo y parto. En sus primeros embarazos, como consecuencia de saberes y consejos transmitidos por las mujeres de su familia y las comadronas, consecuentemente asumidos y adoptados en la práctica, dado sus posteriores embarazos. Así, se puede hablar de la existencia de un saber que se elabora, en el que no sólo se definen procedimientos técnicos, pues se encuentra cargado de un simbolismo que llega a cumplir un papel determinante en la eficacia terapéutica. Una de las entrevistadas la cual ha tenido cinco hijos, señalaba respecto al cuidado de su primer embarazo a los 15 años y al reconocimiento de sus primeros partos:

“La que me explicaba cómo cuidarme el embarazo era mi mamá, mi suegra fue otra, como ellas ya son de edad, y digamos han parido bastante, uno le pone cuidado a los viejos.....Como yo vivía con mi suegra, ella ya me había platicado como eran los dolores de los partos, que si era parto, digamos de acuerdo a como yo lo sentía, como yo ya tenía en la mente lo que ella me había explicado, entonces si sentía eso, yo ya sabía que era parto. A mí me han dado unos dolores digamos aquí y aquí –señalando la parte baja del abdomen-, cruzaditos, digamos que mientras a mí me pase eso ya yo siento que sí es parto. Porque hay otros dolores que uno puede confundir, que le dan a uno cuando todavía no ha entrado en el mes. Como dice la gente, pueden ser “tramas”²⁹ que le han caído a uno”.

²⁹ Padecimiento que se adquieren en el embarazo por un inadecuado manejo o descuido en las recomendaciones realizadas por parteras y familiares, que puede desembocar en un parto complicado, e incluso la muerte de la madre o la del bebé. Respecto a la concepción que se tiene frente a las “tramas” en el periodo de gestación en el municipio costero de Guapi-Cauca, Delgado et al. (2006:234), señalan lo siguiente:

“Cuando una mujer se trama o la traman durante el período de gestación, se cree que el trabajo de parto va a ser un riesgo para ella y el futuro hijo: existe la concepción popular de que por más fuerza que la parturienta haga durante las contracciones y aunque logre la dilatación adecuada y rompa las membranas, el feto no va a poder pasar por el canal intrauterino; el hijo en vez de abrirse espacio por vía vaginal, lo que hace es subirse, ocasionándole una sensación de ahogo a la madre. En una situación como esta, si la madre no ha podido “desentramarse”, no podrá tener su hijo por vía vaginal, aumentando el riesgo de contraer infecciones por la ruptura de membranas; por otra parte el trabajo de parto en muchos casos sobrepasa las doce horas, tiempo en el cual es más frecuente que el niño adquiera infecciones neonatales”

Así, retomando lo que se ha planteado a lo largo de este texto frente a la precariedad histórica de los programas de salud pública en esta región del país, es posible reconocer el *saber médico casero* como una alternativa no solo terapéutica, sino de sobrevivencia para estas poblaciones.

“La Señora Margot, la esposa de don Herminio, tuvo un hijo, en ese tiempo como no se veían médicos, sólo los “volantones”³⁰ que pasaban de vez en cuando, eso hace como 50 años. Ella tuvo el niño, la comadrona lo recibió, pero a la compañera se le quedó la placenta; pero a yo, mi abuelita decía (como yo siempre andaba de faldera), ella agarraba un huevo criollo y agarraba el aceite, aceite de esos de tarrito, aceite de castor; agarraba ella el huevo y “ra” se lo daba, lo quebraba y “ra” se lo daba a tomar, allí agarraba, destapa el frasquito de aceite y se los daba, con eso salía la placenta, no había más. Entonces la señora, dizque a llevarla -porque en ese tiempo no había vehículo³¹ como hay ahora, sino que todo era en esas canoas de remo, de canalete-, pa` llevarla a Guapi y mandarla de Guapi pa` Buenaventura, y la señora ya mala. Así que yo ya me acordé y le dije a don Herminio, “don Herminio, a mi abuelita cuando le toca hacer tales cosas, ella hace esto y lo otro”; ay! me dijo don Herminio, “pues hacelo”. Yo estaba trabajando allí -a yo me ha gustado el trabajo bastante-, así es que allí agarré y pra abrí un huevo, se lo metí, agarré el aceite, y listo, salió la matriz, estuvo (risas)” (Ercilia, partera, 81 años).

3.4.3. Entre oraciones, “secretos” y “aguas de hierbas”: Atención del embarazo-parto.

El territorio se convierte en factor determinante para la estructuración del saber, frente a la manera de cuidar y hacer seguimiento en el proceso reproductivo de las mujeres. El río, la selva, el manglar, los bejucos, los misterios, los santos, son elementos de la cotidianidad que han compartido las mujeres y los habitantes de esta zona del país, elementos que juegan un papel determinante en los procedimientos técnicos y en la elaboración simbólica frente a los procesos de seguimiento y cuidado del embarazo y la atención del parto.

En la atención y cuidado del embarazo, las parteras combinan los manejos técnicos, relacionados con la práctica de “sobijos”, que son los masajes que practican a las gestantes después del segundo o tercer mes de embarazo, para “acomodar la criatura”, para que se encuentre en una adecuada posición en el momento del parto. El manejo herbolario se refleja en la práctica de “tomas”, que son preparativos de plantas que las parteras le suministran y le aconsejan a las gestantes, y la realización de “pringues”, preparación de plantas que pueden ser cocinadas o crudas las cuales regularmente se mezclan con aguardiente y con las que se “soba” el vientre y se

³⁰ “Volantones” son los médicos particulares que pasaban por los ríos de manera esporádica.

³¹ Haciendo referencia a las lanchas con motor.

les da de tomar a las gestantes cuando presentan dolores.

“Uno en el embarazo las mantiene tocando, les va sintiendo el desarrollo y cómo viene acomodado el niño, así uno lo va moviendo, lo va moviendo, lo va organizando. Uno siente los pies y la cabeza, así sabe uno si está de pie, de cabecita o está atravesado”.
(Natividad, partera, 72 años).

Frente a la atención del parto, las parteras señalan como requisito para su intervención, que el niño no se encuentre “atravesado”, es decir, que se encuentre en una adecuada posición para ser recibido como un parto natural. Por eso señalan que es fundamental llevar un adecuado control del embarazo, porque es por medio de los “sobijos” y las “tomas” que se acomoda el bebé, lo que evita tener complicaciones en el momento del parto.

Es en el momento del parto donde queda en clara evidencia esa mezcla de elementos simbólicos cargados de cualidades terapéuticas. Se logran reconocer algunos elementos en común en el proceso de atención del parto: las invocaciones a santos y vírgenes, fundamentalmente a la virgen del Carmen, San Ramón y San Bartolo; el uso de preparados de plantas, las cuales no solo están cargados de valores botánicos, también tienen impresas una carga mágica y simbólica, representada en la manera como se deben preparar y en la manera como se deben ingerir³². Otro elemento que es fundamental para las parteras son las “botellas curadas”, botellas preparadas con “viche” -aguardiente de caña de destilación artesanal-, donde se mezclan una serie plantas y bejucos de manglar, a los que se les atribuyen cualidades mágicas y curativas. Estas botellas son realizadas por personas especializadas en su preparación, muchas veces las parteras las encargan y lo que hacen es mantenerlas recargando con “viche”. Las “botellas curadas” permiten resolver dudas y complicaciones ante un evento de dolores de parto, ya que de acuerdo con las parteras, si es parto, acelera el proceso y si todavía no es momento del parto, ayuda a controlar los dolores.

“Yo mi trabajo, lo hago con dos botellas curadas, allí yo les zampo una toma y sé si es parto o no”. (Eloísa, partera, 58 años).

“Un señor de acá donde yo vivo, tenía la mujer lista, él se llama Lorenzo, ella se llama Margarita, Me llevo pa atender el parto, yo fui, pero les dije, yo vengo a este parto, pero

³² Un ejemplo muy interesante frente a este caso, se puede evidenciar en la manera como una de las parteras, señalaba que se debía ingerir el agua de una semilla llamada “Chirimoña”, la cual es suministrada a la gestante en el momento del parto, dividida en tres tomas. Frente a la particularidad con que ella prepara y suministra esta “toma”, señala lo siguiente: *“...uno busca las plantas, las cocina y ahora sí las cierne, le da 3 tomitas, las comparte en tres, tres clavos de Cristo; entonces las reparte, le da la una, de allí la otra, después la otra...”*

yo no tengo “botella”, yo no tengo con que servir. Afortunadamente el parto salió bien y no hubo necesidad. Al tiempo, las dos gentes, mandaron donde mi tío, allá en Iscuande, a que hiciera una botella, que preparara una botella. Un día iba subiendo el hombre por el río y me dijo que fuera a la casa, llegue a su casa y me entregaron la botella. Entonces les dije, ¿y esta botella?. Es pa que la coja usted, me dijeron. ¿Yo cuándo les pago esta botella?. No tía, me dijo la muchacha, esta botella se la regalamos, esta botella es arreglada, trabaje usted con esta botella y lo que coja, lo coge para usted. La tengo llenita de aguardiente, apenas voy donde una paciente, si la cosa se complica, le doy un poquito y listo”. (Bárbara, partera, 83 años).

Por último, se encuentran los “secretos”, palabras, oraciones y prácticas secretas, cargadas de misterio y resguardadas cuidadosamente por las parteras. En los diferentes *secretos* y sus usos, se puede observar la subjetividad impregnada en los procesos de atención por cada partera. Cada comadrona, tiene sus *secretos* y solo los usa cuando la situación realmente lo requiere.

“Toda partera tiene sus secretos, su dios y sus santos a los que se encomienda y sus misterios para atender...Cuando a la parturienta no le sale la placenta, se coge un mechón de cabello de la parte de atrás de la cabeza (se da la palabra secreta), y se le pone para que lo apreté en la boca, se le dice al compañero que se saque la camisa y con la camisa con el calor del compañero, se abriga a la parturienta y se le da unos golpes en la espalda con una almohada”. (Ercilia, partera, 81 años).

En este punto, se logra reconocer cómo las parteras imprimen su individualización en el proceso de diagnóstico y atención, partiendo de un esquema de representaciones, cargado de elementos simbólicos, ligados a la experiencia cotidiana, a las representaciones de la *medicina casera* y a la *religiosidad popular*³³. Las gestantes del municipio reconocen el valor curativo de ciertas plantas y la eficacia de ciertas prácticas con la que sus madres, sus tías, sus hermanas, han atendido sus procesos de gestación. De esta manera, dicha individualización de un saber generalizado se termina *“condicionando de manera admirable con la mentalidad de los participantes en esta clase de medicina”*. (Gutiérrez de Pinedo 1961:60).

³³Por religiosidad popular, retomo la noción desarrollada por Urrea y Vanin (2000:43): “...conjunto de manifestaciones o expresiones particulares de vivencia- representación social del campo de lo sagrado –en la línea clásica durkheimniana-, que una población determinada ha construido y reconstruye continuamente durante su experiencia histórica, configurando parte de su identidad colectiva e individual, a partir de características étnicas, de género y generacionales. La religiosidad popular constituye uno de las dimensiones más fuertes de la memoria colectiva de una sociedad determinada y por lo tanto, forma parte del universo simbólico que subyace a los comportamientos colectivos e individuales de un grupo social... en el contexto latinoamericano más amplio, la interacción entre Iglesia católica y religiosidad popular ha dado como resultado en algunos casos la existencia de un catolicismo popular, con influencia de tradiciones hispano-lusitanas, indígenas y afroamericanas, con fuertes variaciones nacionales y locales...”

3.4.4. Las parteras y las instituciones públicas municipales.

“Pobrecitas las parteras cuando ellas van a partiar tienen su vida en peligro las que no pueden sacar.

Pobrecitas las parteras que andan subiendo y bajando algunos están diciendo que el gobierno en algo las está ayudando. Ellas no tienen la culpa de andar subiendo y bajando sino que son los hijos que se quedan aguantando.

Pobrecitas las parteras, veamos que vamos a hacer, ellos están viendo bien la producción que estamos dando, y toditas aquí sentadas, nadita nos está llegando. Hagamos un memorial, demandémosle al gobierno, que de mano de las parteras, harto les están sirviendo”.

(Copla de una partera, encuentro de parteras, enero de 2010).

La relación que existe entre las parteras, el hospital municipal y la dirección local de salud se encuentra transversalizada por una relación de *hegemonía-subalternidad* (Menéndez 1994; Urrea 1998; Duque 2007), desde donde se pretende consolidar un sistema único de atención ligado a la racionalidad de la medicina facultativa y en correspondencia con los planes y programas en salud pública, desconociendo de manera radical las construcciones culturales, las particularidades geográficas y el contexto socioeconómico de estas poblaciones. En esta dirección, aunque desde el hospital municipal y la Dirección Local de Salud se reconoce la incidencia que tienen las parteras en la atención de los partos en el municipio, se desconoce y se intenta deslegitimar la labor que éstas realizan en los procesos de atención. Bajo este panorama, se niega a las parteras el papel que tienen como *“agentes definidoras y ejecutoras”* (Navarro 2007:299) en la salud reproductiva del municipio, dada su importancia en los procesos de integración cultural, fundamentalmente en lo relacionado con los sistemas populares y caseros de atención.

“Ellas –haciendo referencia a las gestantes- tienen muchas creencias, ellas se dejan llevar mucho por esa creencia de las parteras, ellas prácticamente todos los partos son con partera. Muchas de las que van a la institución, llevan su partera personal, para que ellas las mire, las acompañe, porque prácticamente parece que les tienen más confianza a las parteras, que a los mismos médicos o mismas enfermeras que laboramos allá”. . Yo creo, que eso es sobre todo por falta de información, yo considero que todo radica en la información y en la educación que se les pueda brindar a las gestantes”. (Enfermera hospital municipal).

“La partera como tal, se encuentra muy arraigada en este contexto, acá en el Charco. Es la percepción que yo tengo, la comunidad le cree, confía en la partera. La partera ofrece sus servicios en algunos casos generando riesgos. No hay relación del hospital con la partera, no genera ningún tipo de actividades con ellas, no genera ningún tipo de espacio para mirar cómo están sus niveles de competencia en el manejo, y hasta dónde pueden, y hasta dónde deben ya ceder el espacio al médico; eso es lo que se observa acá, y se refleja en toda el área rural este comportamiento”. (Coordinador proyecto OPS).

El hospital y los diferentes gobiernos municipales han realizado “talleres de capacitación”, dichos talleres deben ser analizados con mucho detenimiento, ya que sin desconocer la importancia que en teoría pueden llegar a tener como mecanismos para contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de las gestantes del municipio, desde la práctica, dichos talleres se afirman como espacios para la homogeneización de técnicas y procedimientos de atención ligados a la medicina facultativa y a las normas técnicas de atención para el embarazo y parto, definidas desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El encuentro de parteras que se realizó en enero de 2010 se convirtió en un muy buen escenario para reconocer desde el trabajo de campo, cómo desde la concepción técnica de la medicina facultativa, se relegan y descalifican los procesos de eficacia simbólica y terapéutica que medían en la relación de atención entre partera y “parturienta”. De esta manera, el interés de las instituciones públicas municipales termina reducido a la utilización de las parteras como recurso subordinado del sector salud, esto sin siquiera considerar en dotar a las parteras de los instrumentos e insumos requeridos para la aplicación adecuada de esas técnicas de atención.

“Hace como 20 años, cuando estaba Remberto Cuero como enfermero del hospital, se hacían buenas capacitaciones para las parteras. Allí fue que nos dieron estas cositas, pero ya el maletín, el platoncito de bañar los niños, la peinetica, pues las cositas, ya todo se acabó, yo todavía cuido el platoncito y las cositas que quedan. De allí no volvimos a recibir nada, solamente nos hacen capacitaciones pa` regañarnos: “que eso, que tal cosa, que no hagan, que no parteen, que no ese”. Ahora nos hicieron la capacitacioncita (Enero de 2010), pero imagínese cuánto tiempo pasó, además no nos ayudan con los elementos para que nosotros podamos hacer el oficio bien, no nos dan nada para practicar, no más que no parteen, en lugar de decir, si se queda el niño, tal cosa, se le hace así o así. Uno nada más, con las ideas de sus viejos de uno, porque uno ya tiene su práctica, su experiencia, eso es lo que le sirve a uno...Yo todos los niños los traigo al hospital, pero así y todo, el hospital nunca le da un aporte a uno. A mí me dicen, “ya no parteé más, que usted está muy mayor”; pero el saber está, la edad esta vieja, pero gracias a Dios el saber está. Pero en vez de decir, usted que ha sacado tantos niños, tenga esta ayuda para colaborarle, que guantes, que alguna cosa, nada”. (Ercilia, partera, 81 años).

El parto es el momento donde se logra identificar con mayor claridad el acercamiento que han tenido las parteras a las técnicas y a los insumos utilizados en la atención desde la medicina facultativa. Se habla del uso de tijeras, guantes, alcohol, pinzas, gasas; los cuales han reemplazado los machetes, el hilo, los cauchos y los trapos lavados. Incluso la adopción de la posición en que se recibe el parto. Varias de las mujeres entrevistadas, incluyendo las parteras, señalaban que algunos de sus partos los tuvieron en posición vertical –sentadas en el borde de una cama o

amarrando una cuerda en el marco de una puerta para sostenerse-. Sin embargo, actualmente la mayoría de las parteras atienden el parto, con la “parturienta” acostada en la cama. Estas transformaciones podrían vincularse a los “talleres de capacitación”, pero si se retoma la noción de *hegemonía-subalternidad* entre los sistemas populares de atención y la medicina facultativa, la apropiación de dichas técnicas, se interpretaría como un intento de las parteras por legitimar social y técnicamente la labor que desarrollan, con la intención de disminuir la tensión en la relación, respecto al conocimiento médico facultativo (Menéndez 1994:79). De esta manera, se logra observar no solo una transformación en las técnicas, los instrumentos y los insumos utilizados para la atención, a su vez se evidencia un intento por articularse a los procesos propios del sistema público de salud.

Las parteras de la cabecera municipal y de las veredas con mayor cercanía solicitan como requisito para la atención de las gestantes, que éstas asistan a los controles prenatales en el hospital. De igual manera, la mayoría de las parteras después de recibir un parto, llevan el bebé al puesto de salud o al hospital para que se realice el registro de nacido vivo³⁴. Es necesario destacar que el hecho de que las parteras lleven los niños al hospital para el diligenciamiento del certificado de nacido vivo, no solo corresponde a una consecuencia de la relación *hegemonía-subalternidad* entre los sistemas médicos de atención. Este hecho también puede ser interpretado como una acción que las parteras y las gestantes identifican como necesaria, desde la realidad cotidiana que comparten, con el propósito de iniciar los trámites, que posteriormente permitirán a las madres y a su hijo(a) acceder al Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) y a los programas sociales, fundamentalmente a “Familias en Acción”.

“Si no han ido al doctor es más complicado para uno hacerse responsable. Cuando ya el doctor les dice que está bien el niño, entonces ya ahí pues van sus cosas vegetales, lo que es de uno, pues uno puede, pero lo que ya es del médico, pues toca. Cuando ya el niño sale, supongamos que yo lo saco a las 5 o a las 6 de la tarde, ya porque es de tarde, pero al otro día a las 6 de la mañana estoy tocando el hospital, aquí está el niño, es de tal paciente, como algunas tienen el carnet del control. Aquí está, aquí está la mamá, aquí está el niño. Así es que en el hospital, gracias a Dios, hasta me han felicitado, porque todos los niños los traigo. De allí que los niños salgan con otros problemas, ya es otra cosa, pero yo los traigo y todo”. (Ercilia, partera, 81 años)

³⁴ El certificado de nacido vivo, es una herramienta de salud pública para recolectar información respecto a la natalidad en el país. A su vez, se constituye como el documento legal que certifica el nacimiento, documento indispensable para poder acceder al registro civil de nacimiento. Información disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/defunciones/CNacidoVivo.pdf>. Fecha de consulta: Abril 26 de 2012.

“Hay parteras que van con la paciente hasta el hospital, son las personas que dicen: “vea, vaya para el control en el hospital sino yo no la atiendo”. Me parecen personas que son muy coherentes, tienen muchas cosas buenas. Ellas le dicen: “si no va al control yo no la atiendo”, y como la gente le cree más a las parteras, entonces si la partera le dice vaya para el hospital, vaya para el puesto, ella va, porque le tienen más fe a la partera que al propio parto hospitalario”. (Enfermera DLS).

El tema del certificado de nacido vivo resulta ser mucho más complejo ya que las parteras están jugando un papel fundamental en la recolección de información determinante en salud pública, cumpliendo con una responsabilidad que correspondería a las instituciones públicas municipales. Por otro lado, se presenta una situación mucho más complicada relacionada con la no existencia de controles y seguimientos adecuados para la expedición de dichos registros, lo que incluso facilita que en algunas ocasiones cuando la partera lleva el recién nacido al hospital se registre y se facture como un parto institucional.

“Mire que a pesar de que somos conscientes de la colaboración que nos hacen a nivel de salud las parteras, no se ha valorado su trabajo, no se les da una capacitación constante, no estamos pendientes de las que están muy adultas para qué les enseñen a las más jóvenes; tanto es así que en cuatro años, prácticamente el periodo de gobierno, se ha hecho una sola capacitación, no se ha logrado más nada; entonces no, ni a nivel municipal, ni a nivel hospitalario, sobre todo a nivel hospitalario que ellos son conscientes de esa labor tan grande, a pesar de que a ellas les pagan veinte mil o cincuenta mil pesos por su labor, en el fondo sabemos que le están realizando el trabajo al hospital, porque yo le doy un nacido vivo a un niño, ese parto ya lo registra y hasta lo puede llegar a facturar el hospital, y no valoramos eso, no les damos nada, no hay ninguna colaboración. (EDL)

De esta manera quedan claras las fuertes contradicciones en la relación parteras-instituciones públicas municipales, en donde a pesar de que se reconoce la partería como un hecho que enmarca la realidad cotidiana en la atención de los procesos de gestación y parto en el municipio, por un lado, se intenta deslegitimar la eficacia simbólica y terapéutica en los procesos de atención, mientras por el otro, se aprovecha de manera cínica a las parteras como un recurso subordinado del sistema de salud.

IV. LA EXPERIENCIA Y LAS PRÁCTICAS COTIDIANAS EN LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO-PARTO.

En el capítulo anterior, se presentó un panorama de los diferentes escenarios y formas de atención que enmarcan la construcción de las prácticas para el cuidado y seguimiento del embarazo-parto en el municipio de El Charco. Se intentó describir los escenarios, las dinámicas y los diferentes agentes, anclados a un campo social, histórico y cultural, desde donde las mujeres elaboran sus preferencias y suplen sus necesidades de atención. Ese ejercicio se realizó con la intención de sostener una coherencia en el análisis que se ha venido desarrollando a lo largo de este trabajo, en el cual se señala que es imposible realizar una investigación de las prácticas de las mujeres en el periodo de gestación, desconociendo que éstas se encuentran inmersas en un proceso histórico, en el que se elaboran las causales específicas de las dificultades en el embarazo-parto, se definen y redefinen las formas de atención y se consolidan dificultades para el acceso efectivo a determinados escenarios de atención.

Entre las mujeres que participaron en el estudio se pudo observar cómo se mueven entre los diferentes modelos de atención, cómo se vinculan desde sus particularidades cotidianas a los diferentes sistemas -medicina popular y medicina facultativa-, articulándolos desde sus prácticas, necesidades y posibilidades, incluso cuando los elementos técnicos, terapéuticos y simbólicos de los diferentes sistemas puedan llegar a oponerse. Las mujeres del municipio pasan de la utilización de un modelo de atención a otro, en muchas ocasiones, utilizan los dos de forma secuencial o paralela. De esta manera, se puede contrastar cómo una mujer prefiere llevar sus controles prenatales en el hospital, pero sigue ligada a la “medicina casera” para el cuidado de su embarazo; cómo una gestante que se realiza el control prenatal en el hospital o puesto de salud de su vereda, simultáneamente se “hace ver de la partera”; incluso, cómo una gestante después de realizarse todos los controles prenatales, asume tener un parto casero. Pero la situación puede llegar a ser mucho más compleja, ya que una misma mujer puede preferir o debe disponer de un determinado modelo de atención, dependiendo de las condiciones particulares de cada embarazo, situación que puede llevarla a asumir una serie de repertorios heterogéneos a través de sus diversas experiencias en los múltiples embarazos y partos. Se pueden observar gestantes que han tenido controles prenatales hospitalarios en unos embarazos y en otros no; que han tenido algunos partos caseros y otros hospitalarios; o en ocasiones, hasta han recibido ellas mismas sus partos. Se vislumbra lo complejo y diverso de los escenarios de atención en el municipio, reconociendo de

acuerdo con Menéndez (2003: 189), que la atención a la salud entre los distintos grupos de población se produce de forma heterogénea, relacional y dinámica, siendo el funcionamiento de estas distintas formas de atención no siempre aislado ni excluyente.

“El primero fue una comadrona, el segundo iba a ser una comadrona, pero la comadrona se fue disque a traer unas vainas, se demoró, entonces lo tuve con mi mama. El tercero y el cuarto también lo tuve con una comadrona. El último me tocó irlo a tener a Buenaventura” (Jesica, 29 años, cinco embarazos).

“Para los tres últimos embarazos, sí asistí a los controles en el hospital, porque las primeras, las cuatro que tuve, las tuve así normalmente con partera”. (Yolanda, 26 años, siete embarazos).

“El primero lo tuve con mi mamá, ella era partera, otros cuatro los tuve con una señora que se llama Tomasa, que también es partera, y he tenido cuatro sola...Al último niño, me tocó hasta cortarle el ombligo a mí, porque no había nadie en la casa. Una tarde, el papá del pelao andaba trabajando, eran por ahí como las cinco, él todavía no había llegado a la casa, me agarraron los dolores y como no tenía con quien mandar por una partera, me metí pa` mi pieza, tendí mi cobija y me acosté, y yo que me acuesto y el niño que nace”. (Maritza, 40 años, nueve embarazos).

Cada embarazo y cada parto puede ser asumido de manera diferente dadas las condiciones materiales y subjetivas de las gestantes en ese proceso concreto. Así, las decisiones de atención de las gestantes se encontrarían condicionadas por diversos factores, como lo son la interpretación que le pueda dar a sus dificultades y a la forma de atención que requiere, la situación económica en la que se encuentra en el proceso de gestación, las dificultades en el acceso a los servicios del sistema de salud, las relaciones y redes sociales que mantiene en su embarazo, la relación de atención que se establece con los diferentes agentes tanto populares como facultativos.

Las gestantes del municipio se encuentran simultáneamente bajo una pluralidad de mundos sociales no homogéneos y a veces incluso contradictorios, enfrentándose a lo largo de su existencia a experiencias sociales que no son sistemáticamente coherentes, por lo que sus prácticas varían de acuerdo a las necesidades y al contexto cotidiano desde el que deben decidir. Este panorama permite cuestionar la supuesta homogeneidad de los espacios de socialización, incluso desde sociedades con fuertes rasgos tradicionales como lo puede ser la comunidad de El Charco-Nariño, con una estructura social que conceptualmente puede ser definida como escasamente diferenciada, con un alto grado de homogeneidad en las condiciones materiales de existencia y con un acumulado cultural directamente vinculado al territorio y a las relaciones

sociales más próximas. Sesgo analítico en el que se incurre por la tendencia a centrar el análisis de la sociedad bajo la exclusiva mirada de la modernidad, en oposición a las sociedades con rasgos tradicionales. En las sociedades modernas, las crisis de las instituciones responsables de regular los conflictos sociales han permitido la transformación de los procesos de socialización; por el contrario, las sociedades tradicionales son referenciadas directamente con un proceso de socialización homogéneo, bajo el cual, los diferentes actores asumen esquemas y repertorios de acción igualmente homogéneos. ¿Pero qué pasa entonces con las sociedades en las que se articulan en sus procesos de socialización elementos tanto tradicionales como modernos?, ¿Qué pasa en las sociedades en donde más que un “declive institucional”, entendido como una ruptura en la relación socialización-instituciones modernas, lo que se presenta es una frágil articulación de las instituciones modernas en la estructura social y cultural de estas comunidades?.

Resulta necesario ahondar en estas precisiones, ya que incluso la aproximación dominante en el análisis de la medicina y las prácticas tradicionales, ignora el sistema relacional en que estas prácticas se desarrollan (Menéndez 1994), lo que conduciría a una noción de lo “tradicional” como un elemento estático e inamovible, explicación ahistórica desde la que se desconocería, cómo procesos económicos, políticos y sociales, entran a formar parte de las realidades locales, siendo elementos determinantes en la reconfiguración de significados, prácticas y comportamientos.

En esta dirección, lo que en realidad se pretende en este capítulo, más allá de generar una clasificación y categorización de las gestantes del municipio de acuerdo al conjunto de prácticas que desarrollan, es analizar cómo esas prácticas se insertan en un esquema social particular. Desde la perspectiva de Menéndez (1994:74), lo que se ha tratado de desarrollar a lo largo de este trabajo y en particular lo que se pretende en este capítulo, es una descripción y análisis del campo relacional desde el cual construyen las prácticas las mujeres embarazadas en el municipio.

4.1. EL EMBARAZO.

El embarazo es el momento en que se puede evidenciar con mayor claridad el proceso de hibridación en las prácticas que desarrollan las mujeres para la atención y el cuidado de su periodo

de gestación. Los cuidados que se tengan en el embarazo son considerados como esenciales para tener un parto sin complicaciones, evento que resulta fundamental teniendo en cuenta las condiciones geográficas y sociales del municipio, en donde un parto complicado puede poner fácilmente en riesgo la vida tanto de la madre como la del bebé. Bajo este contexto, las gestantes recurren a los “soportes relacionales”³⁵ y a los escenarios de atención que tengan disponibles para garantizar un adecuado proceso de gestación.

4.1.1. Cuidados en el embarazo.

En los cuidados que se tienen en el embarazo, se reconoce la influencia directa de la *medicina casera*, partiendo de un saber elaborado desde la experiencia cotidiana, transmitido por madres, abuelas, tías, sostenido por la necesidad de construir alternativas para mantener un “embarazo sano” y ratificado mediante la práctica y la experiencia acumulada por situaciones previas. Lo anterior, haciendo la claridad de que no se trata de un saber estático, evidente reflejo es el reconocimiento y la asistencia a los controles prenatales hospitalarios por parte de las gestantes, en procura de ampliar la eficiencia técnica para el cuidado del embarazo. Un caso que podría ejemplificar lo señalado anteriormente, lo representa July, mujer de 20 años, que vive en la cabecera municipal y cursa octavo grado en el colegio. En el momento del trabajo de campo se encontraba embarazada por primera vez. Dicha mujer, dadas sus condiciones materiales de existencia en el momento de su embarazo, tuvo la posibilidad de acercarse con mayor facilidad a la oferta pública de atención, decidiendo llevar el control de su embarazo en el hospital, sin asistencia de parteras y siguiendo solo las recomendaciones terapéuticas realizadas en el control prenatal. A pesar de esto, July señala con un brillo de incredulidad en su testimonio, que prefiere estar atenta a ciertas restricciones que su mamá le ha señalado que debe tener en cuenta en su embarazo:

“Bueno yo también le he escuchado mucho a mi mamá, eso de que si está lloviendo y hay un arco iris eso le hace daño al bebé, o un eclipse también. Yo en eso no creo de a mucho, pero de todas maneras me cuido, por si las moscas”.

La *medicina casera* ha permitido consolidar un conjunto de significados frente a ciertos eventos y acontecimientos cotidianos que pueden poner en riesgo el embarazo, así los cuidados y las

³⁵ Retomando la noción de soportes desarrollada por Martuccelli (2007).

restricciones culturales ancladas en la medicina popular, se sostienen y se mezclan con las recomendaciones realizadas en los controles prenatales:

“Yo aunque en mis últimos embarazos he ido al hospital no he dejado de tomarme mis aguas de plantas. Eso lo he hecho siempre y hasta ahora, gracias a Dios, no he tenido dificultades graves pa` parir”. (Lucia, 30 años, seis embarazos).

Antes de entrar a describir las prohibiciones culturales que se presentan en la etapa de gestación, resulta adecuado señalar, de qué manera la dualidad frío-caliente y su equilibrio forman parte del interés central en el proceso terapéutico para el cuidado del embarazo y parto desde la medicina popular. De acuerdo a lo señalado por gestantes y parteras, la dicotomía entre los estados frío-caliente, permite identificar y actuar sobre los estados de riesgo en el proceso de gestación y parto. Frente a esto, Delgado *et al* (2006: 233), señalan que la concepción de frío y caliente³⁶ hace referencia a tres aspectos: alimentación, enfermedad y etnobotánica, que en su conjunto van a garantizar un equilibrio corporal en el que radicará un buen estado de salud. Así, las enfermedades calientes se remedian con alimentos, tratamientos y plantas medicinales frías; y viceversa. De igual manera, es fundamental hacer énfasis en la fuerte articulación que tienen las representaciones de los padecimientos, sus causas y los procedimientos para su atención, con el territorio, los elementos cotidianos, las experiencias previas, propias o de mujeres cercanas. De esta manera, el contacto con el río, la influencia de eventos climáticos, la manera como se sostienen las relaciones cotidianas, juegan un papel esencial dentro de los cuidados que se deben tener en el periodo de embarazo, permitiendo reconocer los padecimientos como resultados de diferentes tipos de desequilibrio en el universo cotidiano.

La “*frialidad*” por ejemplo, es uno de los padecimientos más comunes en el embarazo y que con un inadecuado manejo puede desembocar en serias dificultades en el momento del parto, principalmente representado en dificultades para expulsar la placenta. La “*frialidad*” se encuentra ligada a una de las prácticas cotidianas más recurrentes de las mujeres en el municipio y en la Costa Pacífica colombiana, el “entrar medio cuerpo al agua” cuando se acercan a la orilla del río para lavar la ropa. Este evento produce una acumulación de frío en el cuerpo que se manifiesta mediante “dolores bajitos”, inflamación y deseo de orinar constantemente. Estas manifestaciones no solo representarían los efectos físicos de este padecimiento, a su vez, dejan en evidencia el

³⁶ Frente a la dualidad frío-caliente en los procesos terapéuticos de la medicina popular, se puede consultar otros autores como Urrea (1996), Gutiérrez de Pineda (1963) y Bedoya (2003).

“descuido” de la gestante ante un acontecimiento cotidiano que en la etapa de gestación requiere ser reinterpretado y asumido de otra manera.

“A uno le decían que esos dolores que tenía era frío, que no sé qué, que porque uno siempre mantenía los pies en el agua, que eso era muy malo”. (Anabel, 24 años, cuatro embarazos).

“A las mujeres a veces les da mucha frialdad, como mantienen en el embarazo en el agua, entonces a veces la paciente tiene mucha frialdad, entonces también le coge dolor antes de tiempo, les comienzan los dolores faltando un mes, faltando 15 días”. (Natividad, partera, 72 años).

“A mí me han dicho que toca pringarse, porque uno en el embarazo como a veces lava o a veces uno está en el río, le puede entrar a uno mucha frialdad; por eso toca ponerse las hierbas calientes, ponerse por aquí y por aquí para que no le vaya a doler mucho”. (Jesica, 29 años, cinco embarazos).

Otro de los eventos frente a los cuales una gestante debe tener cuidado es no “lloviznarse” cuando está lloviendo y haciendo sol ya que existe la posibilidad de que sea tocada por el arco iris, lo mismo ocurre cuando la mujer se expone a un eclipse. Dicho evento conocido como “meado de arco”, ocasiona que las mujeres tengan fuertes sangrados o que presenten serias dificultades en el momento del parto.

“Uno tiene que cuidarse mucho, por lo menos cuando está lloviendo y está haciendo sol, uno tiene que cuidarse porque puede haber eclipse. Cuando a uno le pega el eclipse, se le puede morir el niño, como también puede salir el niño con varias dificultades. Hay unos que le faltan la mano, otros que le faltan la pierna, así”. (Luz Adriana, 36 años, siete embarazos).

Las “tramas” agrupan una gran cantidad de prácticas, relaciones sociales y elementos cotidianos, que deben ser muy tenidos en cuenta por las gestantes para evitar graves complicaciones en el momento del parto que pueden ocasionar la muerte de la madre o la del bebé. Las “tramas” las pueden ocasionar las mismas gestantes al continuar realizando actividades de su cotidianidad que en el periodo de gestación se consideran de alto riesgo.

“Uno también las aconseja, les explica el problema del mucho movimiento, que a veces agarran cosas pesadas, a veces esa agachada pa paletear la ropa, la mujer en embarazo no puede, le dice uno que no usen la paleta³⁷. Se meten medio cuerpo al agua, la mujer cuando está en embarazo no se mete media agua, porque eso es una “trama” que ella

³⁷ La paleta es un trozo de madera plana con la que se golpea la ropa para facilitar su lavado.

misma se hace. Ahora eso, subir por una escala y bajar por otra, porque si la casa tienen dos salideros, entonces agarran y se suben por acá, cogen y dan la vuelta y se bajan por el otro, eso es un cruce que se están haciendo ellas mismas, les digo, no hagan ese cruce. Se sientan en las escaleras a cruzar las piernas, les digo no, eso es malo. También les explico que no se dejen salvar³⁸, pasar por la espalda, todo eso les digo que no, que deben cuidarse, todas esas explicaciones les doy”. (Ercilia, partera, 81 años).

“Por lo menos yo, yo me cuido mucho del aguacero del arco y yo no clavo puntillas, no clavo clavos, tampoco hago nudos, porque disque es malo. Eso lo dicen pues los viejos, los viejos de antes, que disque porque se hace una trama uno mismo....Las tramas son una demora pa tener él bebé, a veces que uno lo tiene normalmente y otras veces se sella, no tiene el niño por donde nacer, esas son tramas”. (Maritza, 40 años, nueve embarazos.).

“Digamos porque me dicen que si una persona siembra una mata y si se enraíza, así mismo se enraíza el niño en uno”. (Yolanda, 26 años, siete embarazos).

Las “tramas” trascienden los cuidados que deben tener las gestantes frente a la realización de determinadas actividades, para anclarse directamente en el escenario de sus relaciones cotidianas. En esta dirección, una “trama” puede ser ocasionada por un desequilibrio en las relaciones cotidianas de las gestantes y puede ser concretada a través de otra persona. Así, una vecina con la que la embarazada haya tenido algún problema puede “tramarla”, o alguna amante que tenga su compañero y quiera hacerle daño.

“Uno tiene que tener mucho cuidado, porque hay una cosa de la que usted de pronto no ha oído. A veces cuando se viene el dolor, no necesariamente es parto, eso es como tramitas, que le ponen trama a las mujeres. Eso a veces es cuando el hombre es mujeriego y entre las mismas mujeres se tiran”. (Marina, partera, 55 años).

“hay gente que lo trama a uno, por ejemplo alguien que le tenga rabia o envidia a uno, que uno no le guste. A veces el marido de uno tiene otra mujer y no quieren que uno exista, entonces en el parto uno muere, a veces uno puede morir a la hora de parir”. (Damiana, 40 años, doce embarazos).

Pero las tramas también trascienden las redes relacionales de la gestante, así, las tramas pueden ser el resultado de algún conflicto en la relación, entre la partera que está atendiendo el embarazo y otra partera, que a través de la trama que le produce a la embarazada, pretende atacar el prestigio o deslegitimar la labor de atención de su compañera.

“Hay parteras que han tramado a la otra. Yo me di cuenta de una señora que pensó matar al niño y a la mamá, cuando ven que a la otra partera le va bien. Pero de esas ya hay

³⁸ Que las salten o pasen por encima.

poco, porque Dios las puso en puesto, porque el malero³⁹ Dios lo acomoda, así es que yo gracias a Dios, de maliar, de sacar de eso no, de salir bien sí, de sacarlas en bien gracias a Dios". (Ercilia, partera, 81 años).

Resulta muy oportuno recurrir a la descripción de las "tramas" y de las prácticas que deben realizar las mujeres para evitarlas, ya que permiten trascender el análisis que ubica el conjunto de prácticas y estrategias de atención desarrolladas por las gestantes, desde la búsqueda de un equilibrio biológico, como el elemento exclusivo para garantizar un adecuado proceso de gestación. Las "tramas" permiten evidenciar cómo la interpretación de los padecimientos se encuentra también permeada y directamente vinculada a la cotidianidad social, biogeográfica y cultural en la que las madres se encuentran inmersas. En otras palabras, dicho análisis permite reconocer las prácticas y las representaciones de los cuidados en el embarazo como hechos sociales y culturales que posibilitan la estructuración de un saber de dominio general, desde el cual el mantenimiento y la recuperación de la salud implica el sostenimiento de diversos equilibrios de orden social y cultural, equilibrios que configuran parte de la identidad colectiva e individual en estas poblaciones.

4.1.2. Las parteras y el embarazo.

Como se señaló en el anterior capítulo, la figura de la partera aparece en el proceso del embarazo-parto cuando se requiere la individualización y especialización en el proceso de atención. En esta dirección, podría decirse que la intervención de la partera se presenta cuando las gestantes requieren de una eficacia terapéutica y/o simbólica que tiene dificultades para suplir desde la *medicina casera*.

En términos terapéuticos, la atención y el seguimiento del embarazo que realizan las parteras se puede reconocer como un control prenatal, las parteras y las gestantes lo consideran fundamental para tener un parto sin dificultades. En este control, las parteras no solo realizan un proceso de seguimiento del embarazo, en el cual lo fundamental es la adecuada posición del bebé y la adecuada preparación de la madre para el momento del parto. A su vez, tratan enfermedades y dificultades orgánicas propias del periodo de gestación y los padecimientos ligados a

³⁹ Persona que hace el mal.

representaciones culturales, como las “tramas”, “el Exceso de frialdad” y el “meado de arco”.

“Ellas llegan a la casa y allá las atiendo, desde que están en los dos meses en adelante. A veces que tienen el niño atravesado, así es que ellas llegan, ya les voy arreglando el niño, hay una planta que le dicen la hierba de la virgen, la hierba de la guanábana, coge uno y las cocina, las pringa y les va acomodando... Uno las toca, les va sintiendo el desarrollo y como viene acomodado el niño, así uno lo va moviendo, lo va moviendo, lo va organizando. Uno siente los pies y la cabeza, así sabe uno si está de pie, de cabecita o está atravesado.”. (Natividad, partera, 72 años).

Frente a la búsqueda de una eficacia terapéutica para la atención de determinados síntomas que se pueden agudizar en el periodo de embarazo, como los cólicos, los mareos, la inflamación o los dolores de cabeza. Además de otros padecimientos que se pueden contraer como la anemia, estados febriles e incluso paludismo, las gestantes encuentran una alternativa en el recurso botánico ofrecido por las parteras. De esta manera, las parteras se consolidan como el principal soporte terapéutico del que disponen las gestantes, fundamentalmente las ubicadas en las veredas más distantes de la cabecera municipal.

“Las aguas que yo más he tomado en los embarazos, es el agua de chillangua, bien sea cocinada o cruda, para matar la anemia. La otra es el agua de la hierba de carpintero, las parteras las recomiendan mucho para los cólicos y para la inflamación”. (Damiana, 40 años, doce embarazos).

“Otra cosa que también es buena pa curar el dolor es la canela, uno agarra la canela, pone a cocinar un puñado de canela, de allí le pone un poquitico de aguardiente de caña - de ese que le dicen Viche- y le da esa toma, eso para curar dolor es muy bueno”. (Nota del diario de campo, en el encuentro de parteras, enero 28 de 2010).

“Yo por lo menos, cuando tenía algún problema en el embarazo, me hacía mirar de las parteras, porque por allá⁴⁰ como lo que mantienen es parteras”. (Luz Adriana, 36 años, siete embarazos).

Resulta necesario hacer la claridad respecto al manejo herbolario que se tiene frente a este tipo de padecimientos, ya que aunque se encuentre directamente ligado al sistema medico casero -por lo que en circunstancias ante este tipo de acontecimientos las gestantes ya disponen de un conocimiento previamente estructurado respecto a que plantas deben ingerir o los “pringues” que se deben realizar sin acudir donde la partera-, muchas de estas mujeres han adquirido este conocimiento por experiencia en embarazos previos en los que han recibido directamente las

⁴⁰ Haciendo referencia a la vereda en la que habitaba en los momentos de sus primeros embarazos.

recomendaciones de alguna partera o familiar que ha pasado por una situación similar. Cada que se tiene alguna duda sobre el tratamiento, o no se generen los resultados esperados, las gestantes recurren a las parteras.

“Yo busco partera cuando siento algo raro en el embarazo, como que el niño me brinque mucho o me entran ahogos, y siento que no me sirven las hierbas que me tomo pa eso, allí yo las busco, porque ellas conocen otras plantas, ellas saben mucho de eso, además en los ranchos de ellas se encuentra de toda clase de hierbas”. (Anabel, 24 años, cuatro embarazos).

En este punto podría empezar a reconocerse cómo desde el contexto material desde el que deciden las gestantes, fundamentalmente las de la zona rural, la atención de las parteras se consolida en el recurso más cercano y efectivo al que pueden acceder. La partera en muchos casos es vecina de la misma vereda en la que habita la gestante, se encuentra inmersa dentro del círculo de relaciones sociales más próximo.

“En los controles prenatales siempre prima mucho lo que diga la partera, toda embarazada (sobre todo la parte rural) antes de ir donde la enfermera en el puesto de salud, siempre va donde la partera, la partera es la que le dice si tiene que ir al médico. En muchas ocasiones, aunque las enfermeras de los puestos de salud les dan la información que deben venir al hospital para tomarse los primeros exámenes de control, ellas no vienen.....Muchas personas tienen esa mentalidad que después que la partera los mire. Porque hay personas que van a los controles al hospital, pero van a la partera cada mes y la partera es la que le dicen si está bien o está mal, entonces siempre prima mucho la parte cultural, los cuidados y recomendaciones que da la partera” (Enfermera de la Dirección Local de Salud).

Pero el contexto material y la búsqueda de una eficacia técnica, aunque fundamentales, no son los únicos factores que llevan a decidir a una gestante acudir donde una partera. Centrar el análisis exclusivamente desde esta perspectiva dejaría por fuera algunos hallazgos muy importantes para esta investigación frente a procesos subjetivos que enmarcan las decisiones y las prácticas de algunas embarazadas. Tal es el caso de Yolanda, mujer proveniente del municipio de Mosquera, la cual se trasladó a una vereda de El Charco en su primer matrimonio. Yolanda relata cómo en sus primeros dos embarazos se desplazó hasta Mosquera para “hacerse mirar” de la partera que había atendido varias de las mujeres de su familia. Otro de los elementos que permitiría contrastar cómo el contexto material no es el único factor que enmarca las decisiones de las gestantes frente al escenario de atención al que deciden o deben recurrir, es el de las mujeres que en algunos de sus embarazos se encontraban radicadas en la cabecera municipal y a pesar de que asistían a los

controles prenatales en el hospital, continuaban paralelamente recurriendo donde parteras para la atención y seguimiento del embarazo.

Podría pensarse que existen elementos del proceso de atención en el embarazo para los cuales no resulta suficiente una eficacia técnica, procesos que requieren de una eficacia simbólica para complementar el proceso terapéutico, no solo incidiendo sobre los síntomas biológicos, sino sobre los desequilibrios socioculturales que los sostienen. En esta dirección, resulta necesario retomar las “tramas”, el “exceso de frialdad” y el “meado de arco”, como claras representaciones de ese conjunto de padecimientos que requieren de este tipo de intervención. Padecimientos ante los cuales las gestantes no reconocen en la oferta pública de servicios un escenario de atención oportuno, incluso aunque se logren romper las barreras materiales para el acceso.

“Cuando a uno le ha caído una trama la partera le tienen que hacer unos pringues especiales a uno pa quitar eso, pa acomodar bien al niño y que uno no vaya a tener problemas en el trabajo de parto. Yo por lo menos en los embarazos, me hago tocar de mi suegra, ella como es partera y sabe de eso, entonces en el momento que ella me mira, se da cuenta si tengo algún problema, ahí es que me da los pringues, si no tengo nada, entonces no me hace nada; pero pa prevenir, pa eso es bueno estarse haciendo mirar” (Luciney Hinestroza).

“¿Qué hace uno cuando se presentan dolores de parto, pero se sospecha que sea una trama? Uno coge y le prepara su agüita, que va a favor de todo, si es parto, entonces le abundan los dolores, sino es parto, entonces allí queda, se le paran los dolores. Ya uno sabiendo que es trama, entonces no la manda al médico, sino que le prepara sus aguas y la está pringando. En mi experiencia, yo me he dado cuenta que si es trama, los dolores empiezan ocho días antes del verdadero parto, entonces uno ya la trata con las aguas los ocho días, hasta el día del parto y allí ya no hay problema. Esto es muy importante porque esas muchachas no se les puede llevar a meter cuchilla⁴¹ porque se pueden hasta morir” (Marina, partera)

Las parteras son fundamentales en la atención del embarazo y parto en el municipio, no solo porque se constituyen en una alternativa de atención frente a la débil oferta pública de servicios y a los altos costos que implican los desplazamientos; a su vez, al ejercer e individualizar un saber anclado en las representaciones sociales de una medicina casera, ligando sus procesos de diagnóstico, control y tratamientos al contexto biogeográfico, a las relaciones y prácticas cotidianas, generan inevitablemente una actividad que se *sociologiza y culturaliza* (Menéndez

⁴¹ haciendo referencia a la práctica de la cesárea.

1994:72), ejerciendo un proceso de atención sobre los otros, en el que no solo se le da significado técnico a los padecimientos, sino que sobre todo se los carga de un significado subjetivo y social.

4.1.3. El control prenatal hospitalario.

Entre las mujeres que participaron en el estudio existen diversas percepciones respecto a los beneficios o desventajas que puede tener la asistencia a los controles prenatales hospitalarios, esto dependiendo en gran medida de las posibilidades reales que hayan tenido para el acceso a los servicios de atención y a su experiencia en embarazos anteriores. Algunas, fundamentalmente las que habitan en la cabecera municipal y que se encuentran en su primer o segundo embarazo, valoran de forma positiva los servicios públicos de atención, mientras otras mujeres, a pesar de acceder a la oferta pública de servicios y de considerarla importante, señalan profundas diferencias y dificultades en el acceso y el proceso de atención.

En este punto, es necesario retomar un elemento que se ha venido señalando en el trascurso de este trabajo, el cual se encuentra relacionado con la importancia que le dan las mujeres a un adecuado proceso de seguimiento y cuidado del embarazo, que represente y garantice un parto sin complicaciones. En un contexto de creciente *medicalización de los procesos reproductivos* (Navarro 2007), de constante incertidumbre y escasas opciones ante dificultades en el momento del parto, el control médico hospitalario se convierte en una alternativa cargada de *eficacia técnica* (Módena 1990). De esta manera, decidir acudir a los controles prenatales se encuentra atravesado por la percepción de una mayor seguridad tanto para la madre como para el bebé, ante una posible complicación.

“Es importante ir al hospital porque uno allí ve el estado del niño. Cómo está. Uno alimentándose bien, tomándose las vitaminas, el niño crece bien. Pero si uno esta así, débil o con alguna dificultad, el niño puede nacer con algún problema y si uno no lo controla pues imagínese. Por eso, por seguridad es mejor ir al hospital”. (Jesica, 29 años, cinco embarazos).

“En este tiempo es importante hacerse mirar, porque los embarazos de antes no eran como los de ahora, porque ahora hay muchos riesgos y todo eso no va bien pa` uno como mamá, porque en el parto le va a dar duro a uno. En los partos que he tenido, todos los hijos nacieron normalmente, cuando la partera llegaba ya casi estaban afuera, por eso desde mi experiencia, yo no había tenido mucha necesidad de hospital, pero ahora sí,

porque ahora hay mucho riesgo para las mujeres embarazadas, por eso es mejor estar haciéndose los controles". (Lucia, 30 años, seis embarazos).

Las mujeres en embarazo que asisten a los controles prenatales reconocen que les produce tranquilidad saber que pueden acudir al hospital en situaciones que consideren de riesgo y lo contemplan como una opción para complementar el seguimiento del proceso de gestación. En muchas ocasiones esa percepción de seguridad frente a los controles prenatales se encuentra reafirmada por experiencias previas, las cuales, terminaron por acercarlas a los controles hospitalarios. Tal es el caso de Juliana, mujer con tres embarazos, la cual tuvo un aborto en su primer embarazo a los 14 años, o el caso de Jesica, mujer con cinco hijos que presentó dificultades en su tercer parto; motivos que las condujeron a acercarse a los controles prenatales institucionales para la atención de sus siguientes embarazos.

"En mi tercer embarazo el niño nació normalmente, pero tuve un problema, me dio susto y no botaba sangre por ninguno de los lados, ni por arriba ni por abajo.....ese parto ni partera me lo vio, porque solamente las que estaban era mi mamá y otra amiga...Al otro día me llevaron pal pueblo⁴² y estuve un solo día hospitalizada y me dieron remisión pa` Tumaco. Yo creo que pasé todas esas dificultades porque me dejé desarrollar alguna enfermedad en el embarazo, por eso yo pa` los otros embarazos, hice el esfuerzo de ir al hospital, como ya estaba aquí en la cabecera, la cosa era más fácil" (Jesica, 29 años, cinco embarazos).

Resulta necesario realizar algunas precisiones respecto al tipo de recurso terapéutico que encuentran las gestantes en el sistema biomédico de atención, ya que si se retoma el análisis de los cuidados y consideraciones cotidianas que se deben tener en el periodo de embarazo, podrían reconocerse profundas diferencias entre las concepciones de las gestantes y la propuesta terapéutica del modelo biomédico o facultativo. El modelo biomédico, al centrar su intervención exclusivamente en el eje del cuerpo biológico (Saizar 2008), puede llegar a resultar muy distante de la experiencia de las gestantes en su vida cotidiana. De esta manera, se puede empezar a reconocer, cómo las mujeres del municipio realizan una distinción para la elaboración de sus prácticas, basándose en el tipo de atención que requieren. Así, aunque la oferta biomédica no logra cubrir la eficacia simbólica que se requiere en la atención de ciertos procesos del periodo de gestación, sí logra generar una eficacia técnica que las gestantes reconocen y valoran con importancia, respecto a la atención y seguimiento de las manifestaciones orgánicas de los padecimientos que se pueden tener en el embarazo.

⁴² Haciendo referencia a la cabecera municipal.

“Los métodos diagnósticos, la medicación y los controles biomédicos son comprendidos como eficientes “vías de control” de los efectos negativos de la enfermedad. Sin embargo, ésta última es entendida como un desequilibrio que remonta sus causas a diversos factores de índole no biológica y que, secundariamente, se manifiestan en lo orgánico. Lo dicho significa que las prácticas biomédicas se perciben como eficaces medidas de control del daño y de muestreo de los avances de los tratamientos que se realizan desde los diferentes modelos de atención”. (Saizar 2008:44).

Se empiezan a vislumbrar elementos de lo que Dubet (2011:119) señala como la *dimensión estratégica de la acción* desde la experiencia social. Dimensión desde la cual, los actores, en este caso las gestantes, desarrollan, diferencian y consolidan unos repertorios de acción racionales que les pueden llegar a brindar la seguridad y la eficacia terapéutica que requieren en su periodo de gestación, poniendo en evidencia la relación de conflicto y transformación presente en la vida cotidiana, la cual se consolida como un escenario en el que las mujeres del municipio elaboran los mecanismos de interpretación y adaptación, tanto de las necesidades que puedan tener en el periodo de embarazo, como de las acciones y estrategias que requieren para afrontarlas. Las gestantes distinguen y articulan en sus procesos terapéuticos los diferentes escenarios de atención que tienen a su alcance, entremezclando prácticas, moviéndose entre los consultorios y las visitas a las parteras, buscando minimizar los riesgos que se puedan tener en el trabajo de parto. Pero dicha *dimensión estratégica de la acción* se encuentra tan determinada como cualquier otra lógica de la acción social (Dubet 2011:120), dado que la racionalidad desde donde actúan las gestantes no se puede reconocer por fuera de la posición y las condiciones que enfrentan en un contexto social e histórico determinado.

“Yo sinceramente, voy a los controles al hospital, por lo que a uno a veces lo tienen que trasladar a otra parte por alguna dificultad (aunque eso a mí no me ha tocado). Cuando uno se hace los controles, si necesita la remisión se la dan y no le vale nada a uno si le toca ir a recibir el parto a otro lado. Si uno no viene a los controles, le vale un poco de plata, porque uno tiene prácticamente que irse por su cuenta y pagar por allá. Para uno que es pobre, es mejor evitarse eso”. (Maritza, 40 años, nueve embarazos).

Las gestantes del municipio articulan la atención hospitalaria a la realidad y a las necesidades cotidianas que afrontan en su proceso de embarazo. Este es un elemento que resulta muy importante destacar para romper con el análisis reduccionista, que explicaría la baja asistencia a los controles prenatales como resultado de representaciones y prácticas tradicionales inamovibles, las cuales generan un tipo de rechazo casi que mágico hacia los servicios públicos de salud. En el municipio existen gestantes que desde sus prácticas y repertorios híbridos, ven en la medicina

facultativa una opción para suplir algunas de sus necesidades técnicas e incluso lo asumen como una necesidad para lograr superar las trabas burocráticas que implican la atención de un parto institucional, fundamentalmente sí éste requiere del traslado a un centro de mayor complejidad. En esta dirección, más que un problema de demanda hacia los servicios públicos de salud en el embarazo, lo que en realidad ocurre es que la opción de atención hospitalaria del embarazo no garantiza las mismas posibilidades de acceso para todas las gestantes del municipio.

“En los primeros embarazos estábamos en un lugar que se llama Playa Grande, arriba, allí es difícil el transporte pa venir pal pueblo. No teníamos nosotros motor⁴³, la gasolina cara, y uno bien pobre”. (Ibíd.)

“A mí me costaba 30 mil pesos cada viaje al hospital. A veces yo no tenía para el pasaje y me tocaba fiado o a la final no podía ir”. (Damiana, 40 años, doce embarazos).

Las entrevistas realizadas a mujeres originarias de zonas rurales del municipio que señalaron haber asistido a controles prenatales hospitalarios en alguno o algunos de sus embarazos, coinciden en que la mayoría de éstas empezaron a acceder a dichos servicios cuando por algún motivo tuvieron que trasladarse a vivir en la cabecera municipal o en sus inmediaciones.

“Cuando quedé embarazada de los primeros pelaos, me decían las amigas y hasta mi suegra que es comadróna, que fuera a hacerme mirar en el hospital, pero digamos, como yo vivía tan lejos no podía estar viniendo. En las veredas hay veces que la gente se queda sin potrillo, que el hombre se va a trabajar a las quebradas, entonces uno se queda sin embarcación pa` moverse....En el cuarto embarazo, cada mes yo iba al hospital, porque en ese tiempo nos tocó bajar de allá a vivir aquí⁴⁴. En el pueblo hay más facilidades, aquí está el doctor, a uno le quedan más cómodo estar haciéndose los controles”. (Lucia, 30 años, seis embarazos).

De esta manera, el solo hecho de habitar en la zona rural del municipio se consolida como una de las principales barreras de acceso hacia los servicios públicos de atención. Esta complejidad geográfica que enmarca la experiencia cotidiana de las mujeres del municipio, se acentúa a la luz de *desigualdades múltiples* (Dubet 2011) ancladas a las experiencias subjetivas que puedan afrontar las maternas en determinados momentos de su ciclo reproductivo. Dichas desigualdades no son solo materiales⁴⁵, a su vez, implican el conjunto de redes relacionales que sostienen las

⁴³ Con esta expresión, se hace referencia a no tener una embarcación propia para desplazarse.

⁴⁴ Haciendo referencia a la cabecera municipal.

⁴⁵ Es necesario recordar que las mujeres del municipio no solo se deben enfrentar a la complejidad geográfica del territorio para poder acceder a los servicios hospitalarios. Esta posibilidad de acceso también se encuentra determinada por la situación económica que afronte la gestante y su familia en el momento del embarazo, además, de las dificultades

gestantes y que se convierten en un elemento determinante para lograr acceder a la oferta pública de atención.

“...El transporte hasta el hospital, según, si era amistad le cobraban los veinte, pero si no era amistad era de treinta, treinta y cinco. Había veces que yo no tenía esa plata, pero digamos, como el esposo es bien conocido, entonces él se rebuscaba pa que yo viniera a hacerme los controles, sino hasta le fiaban el transporte”. (Anabel, habitante de vereda. En sus tres embarazos ha asistido tanto a controles con partera, como controles hospitalarios.)

“Las mujeres en las veredas, tienen dos dificultades grandes, la una, no tener una embarcación pa transportarse hasta el hospital; la otra, es que a veces a las mujeres les toca solas, digamos que los maridos son bien dejados. Imagínese usted, uno con niños pequeños y sin tener con quien dejarlos, porque pa` cargar todos los niños a la vez queda muy difícil”. (Lucia, 30 años, seis embarazos).

Pero la situación es mucho más compleja ya que lograr acceder a los servicios no implica una permanencia, y tampoco una completa legitimación hacía el proceso de atención. Como se abordó en el anterior capítulo, existen muchos elementos a nivel de infraestructura, procedimientos técnicos, manejos administrativos, que terminan reflejándose en la manera como se estructura y se experimenta la relación de atención. Así, la constante rotación del personal asistencial, la falta de equipos diagnósticos, la imposibilidad de realizar varios de los exámenes básicos del control prenatal, el inadecuado manejo de historias clínicas y la grave crisis financiera y administrativa por la que atraviesa la ESE municipal; terminan consolidándose como factores determinantes en la elaboración de la percepción que tienen los habitantes del municipio respecto a la atención hospitalaria.

“A mí casi no me gusta ir al hospital, porque cada rato lo atiende a uno un médico diferente, no le agarra el control uno solo, sino que unas veces toca con uno y después toca con otro. Eso termina siendo un envolate, porque en una consulta uno entrega unos exámenes y cuando vuelve al otro control, el otro médico se los vuelve a pedir, reclamándole a uno porque no aparecen. Para este embarazo, me mandaron hacer unos exámenes, los entregué, tengo cita para estos días y se han perdido todos”. (Yolanda, 26 años, siete embarazos).

La misma gestante señala lo siguiente, frente a la percepción que tiene de la atención en el hospital y su asistencia a los controles prenatales:

“Yo sinceramente que llevo esa dificultad porque así es la vida, pero hay veces que no me dan ganas ni de ir, cuando me toca la cita yo lo pienso.....Al hospital no le tengo tanta fe, ya realmente voy, porque en mi casa vivo sola, solamente con mi esposo y los hijos, pero a veces no me dan ganas ni de ir por allá”

Todos estos elementos, sumados a los desencuentros que se pueden presentar en la relación médico-paciente, dadas las diferencias en la manera de interpretar los padecimientos, sus causas y tratamientos, terminan por generar un clima de prevención y desconfianza por parte de las gestantes y sus familias, hacía los servicios y el personal que labora en el hospital.

“Las embarazadas buscan un apoyo, que un médico le explique que su hijo está bien, que su hijo viene en buen camino, pero este apoyo, muchas veces no lo encuentran. Los médicos se limitan a decir, ésta de tantas semanas, tiene tal cosa con otra, tómese estas pastas, vaya busque donde las compra. Esa no es la atención que busca una madre, la cual también debe tener un componente psicosocial que manejar”. (Enfermera, Dirección Local de Salud).

De esta manera, se puede ratificar cómo las gestantes identifican y evalúan los escenarios de atención, sosteniendo sus decisiones frente a la manera de atender sus procesos de gestación, desde su interacción y sus experiencias previas en los escenarios de atención. El tema de la asistencia a los controles prenatales hospitalarios requiere de un análisis que permita reconocer de qué forma elementos culturales, geográficos, económicos, políticos y relacionales, son interpretados, vivenciados y articulados desde la experiencia cotidiana de las gestantes, convirtiéndose en elementos que determinan tanto las posibilidades de acceso, como los repertorios de acción frente a los diferentes escenarios de atención.

4.2. EL PARTO.

En el marco de esta investigación, se reconocen dos escenarios para la atención del parto en el municipio. El parto casero, que hace referencia al parto asistido por partera o alguna mujer de la

familia, regularmente atendido en casa de la “parturienta” y en algunas ocasiones en casa de la partera⁴⁶. El segundo escenario de atención se encontraría representado por el parto hospitalario.

4.2.1. El parto hospitalario.

Antes de iniciar el análisis del parto hospitalario, es necesario recordar que la mayoría de los partos que se dan en el municipio, fundamentalmente en el área rural, son partos caseros. Esto se puede ratificar con lo señalado por la enfermera de la Dirección Local de Salud:

“En la parte rural casi la totalidad de los partos son con parteras, que después de nacer el bebé se lo llevan a la enfermera del puesto de salud para que lo mire y que tales y le de el certificado de nacido vivo, sí, pero la mayoría de los partos los recibe partera. Que de la parte rural se vengán a la cabecera municipal a tenerlo es un chiripazo, eso es porque la partera ya le ha dicho que no lo puede atender, que por una cosa o la otra, entonces allí, sí vienen a tenerlo en el hospital”.

Siguiendo la línea de análisis de este trabajo, sería imposible desligar esta tendencia de las particularidades geográficas del municipio. Si resulta complicado asistir de manera regular a los controles prenatales que son programados, es de suponerse lo complejo que resulta desplazarse de manera intempestiva en el momento que se inicia el trabajo de parto, en ocasiones en horas de la noche, momento en que es muy difícil conseguir una embarcación e incluso donde resulta riesgoso desplazarse entre los esteros para llegar hasta el hospital.

“Es que a mí me daban como muy duro los dolores. Cuando me cogían los dolores a mí me daba por estar acostada, no me daba por caminar, entonces me daba duro llegar de allá donde yo vivía hasta el hospital. Por eso uno tiene sus partos con partera, apenas los dolores empiezan, el marido va y busca partera, eso no da tiempo de llegar al hospital” (Luz Adriana, 36 años, siete embarazos).

Pero como en la atención del embarazo, el aspecto geográfico y las dificultades económicas para superarlo, aunque se constituyen en factores fundamentales, no son los únicos elementos que inciden en la decisión, respecto al escenario de atención del parto. Basta con contrastar cómo la mayoría de las mujeres entrevistadas que asisten a los controles prenatales hospitalarios, terminan teniendo partos caseros; incluso, gestantes que se encuentran en la cabecera municipal,

⁴⁶ Dentro del parto casero, también se puede ubicar el parto sin asistencia, partos que en ocasiones son recibidos por las mismas gestantes.

que han asistido a todos sus controles prenatales, y en el momento del parto deciden o asumen tener su parto por fuera del hospital. El análisis de este fenómeno resulta de suma importancia para identificar los elementos que median en las decisiones de las gestantes que viven en la cabecera municipal o que logran superar las barreras económicas para acceder a los servicios hospitalarios, permitiendo reconocer que las mujeres del municipio realizan un proceso de distinción muy claro entre los escenarios de atención para el embarazo y los escenarios de atención para el momento del parto. Aunque las mujeres entrevistadas señalaron que reconocen una eficacia técnica que las conduce a acercarse a los controles prenatales hospitalarios, señalan profundas diferencias para reconocer este espacio como un escenario adecuado para la atención del parto. Así, el control prenatal hospitalario se afirma como un elemento diagnóstico que permite tener mayores certezas respecto al adecuado desarrollo del embarazo y la confirmación de un parto natural, que posteriormente será atendido por una partera, una familiar o incluso recibido por la misma gestante.

“Yo, aunque en embarazos he ido a los controles al hospital, mis partos me los han recibido parteras y hasta yo misma, porque en el hospital nunca me ha provocado ir a parir”. (Maritza, 40 años, nueve embarazos).

“....Algunas mujeres sí dicen que no, que pa` parir en el hospital, mil veces mejor paren en la casa. Eso dicen las que les ha tocado salir allá en el hospital. Eso a mí no me ha tocado, porque todos mis partos han sido en la casa”. (Lucia, 30 años, seis embarazos).

“Mujeres de aquí, de la misma cabecera municipal tienen sus partos con parteras y no en el hospital, es como la confiabilidad que le dan a la parte médica, esa es mi percepción, porque eso sí lo he observado. Hay gente que prefiere tener su bebe con partera y no en el hospital, a pesar que tienen todo, que el parto no les cuesta nada, la gente no acude”. (Enfermera, Dirección Local de Salud).

Otro de los elementos que enmarca la decisión de no acudir al hospital, basándose en experiencias previas, lo representan los reiterados casos de gestantes que se desplazan desde el área rural para tener su parto en el hospital y terminan siendo enviadas de regreso a sus veredas, bien sea, por un mal diagnóstico, por la ineficiencia del modelo biomédico que desconoce y niega la capacidad que puede tener una mujer para reconocer el momento de su parto, o incluso, por la incapacidad del personal médico de reconocer desde las particularidades geográficas y sociales del territorio en el que se encuentran, los esfuerzos que una gestante debe realizar para llegar hasta el hospital.

“Yo pal cuarto niño llegué al hospital, pero el médico me salió con el cuento que disque me faltaba un mes. Yo le dije que no, que el mes me daba el lunes, pero él me alegaba que no, que todavía me faltaba. Y como hoy estuve, al otro día di a luz, pero no fue con el médico. Me decían que para ese mes no estaba, y yo dije: “pero yo ya he parido, cómo no voy a saber”, y de verdad, en mi casa lo tuve”. (Jesica, 29 años, cinco embarazos).

“En una ocasión yo me fui con una muchacha pal` hospital para que le atendieran el parto, porque estaba como complicado. Salimos a eso de las 6 de la mañana y llegamos al hospital a las 8. El médico la tocó, la examinó y, dijo que eso todavía no era parto, que ella salía era mañana en la tarde. Yo le dije que la dejáramos en el hospital porque en cualquier momento ella iba a salir, pero él dijo que no se podía, que no había espacio y nos despachó pa` la casa. Llegamos como a las 9 de la noche pasando necesidades y a la madrugada le cogieron los dolores. Me tocó recibirla a mí, como a las 2 de la madrugada. ¿Usted cree que eso es justo?, tantos sacrificios. Por eso es que las pacientes le tiene más fe a uno que a los médicos”. (Natividad, partera).

Podría empezar a reconocerse, de acuerdo a lo señalado por Dubet (2006), dos de los problemas principales en la relación de intervención sobre los otros, dada la crisis de las instituciones modernas. Por un lado, una fuerte contradicción entre *los principios y las prácticas* en la implementación del Sistema de Seguridad Social en Salud, bajo las condiciones concretas del municipio. Es decir, una clara desarticulación entre los principios de “cobertura, calidad, universalidad” y la oferta real de atención que se experimenta. En esta misma dirección, también se refleja un problema entre *legitimidad y autoridad*, ya que aunque las gestantes del municipio reconocen cierto nivel de autoridad en el personal médico, al ser representantes del modelo hegemónico de atención, no implica necesariamente que exista un proceso de legitimación, por el contrario, desde la experiencia de las gestantes en su interacción con los profesionales médicos, permanentemente se está poniendo en cuestión la legitimidad en su forma de intervenir sobre los otros.

El tema de las remisiones a un nivel superior de atención ante la presencia de un parto complejo o la necesidad de una cesárea, se constituye en otro de los factores relevantes en el análisis del parto hospitalario. Las mujeres recurren al parto hospitalario cuando en su embarazo se ha detectado que pueden tener problemas en el momento del parto o cuando en el transcurso de un parto casero se presenta alguna dificultad que la partera no logra resolver. El principal problema radica en que en última instancia, el hospital tampoco cuenta con la capacidad resolutoria frente a este tipo de eventos. Es por esta razón, que ante un parto complejo o la inminente necesidad de

un procedimiento quirúrgico, la eficacia que puede encontrar una gestante en el hospital resulta relativa.

“Debería haber un médico cirujano acá, porque cualquier cosita que pa` Tumaco. Hay algunas mujeres que hay que hacerle cesárea, entonces toca es estar corriendo pa` Tumaco ante cualquier necesidad”. (Jesica, 29 años, cinco embarazos).

Una remisión implica varias cosas para una gestante. Por un lado, implica una mayor disponibilidad de recursos económicos que le permitan desplazarse hasta el hospital⁴⁷ y poder cubrir los costos de su sostenimiento y el de su acompañante mientras permanecen en Tumaco. Por otro lado, implica la necesidad de unos vínculos relacionales que soporten su ausencia, es decir, disponer de familiares o amigos –“comadres”-, que cubran su ausencia en escenarios cotidianos fundamentales, como el cuidado de sus otros hijos. Por último, el proceso de remisión, termina por radicalizar los efectos de la medicalización del parto, al desprender totalmente a la “parturienta” de los vínculos que la sostienen desde el territorio, en un contexto en el que la manera de asumir el proceso reproductivo se encuentra determinado por concepciones y saberes anclados a las dinámicas cotidianas que sostienen estas mujeres entre los ríos y manglares en los que habitan. En este sentido, la remisión para Tumaco se constituye en una alternativa que las gestantes solo consideran en casos estrictamente necesarios y que se materializa solo después de haber agotado las posibilidades en todos los escenarios de atención.

“Muchas mujeres, aunque se practican los controles prenatales, terminan teniendo sus partos en casa o con partera. En algunas ocasiones es por temor, por falta de recurso económico, porque también le tienen mucho miedo al asunto de las remisiones, porque últimamente hemos tenido muchas remisiones de maternas, entonces ellas mismas se comentan entre ellas, se charlan entre ellas y eso termina generando un temor, porque por las dificultades económicas, dicen: “yo no voy allá porque me remiten”. Ese es un gran problema. Mientras que la partera no le va a cobrar demasiado, a veces ni les cobran para tener el parto”. (Enfermera del hospital).

El asunto de las remisiones es un tema bastante complejo, no solo por las situaciones que deben afrontar las gestantes ante la necesidad de salir del municipio para tener sus partos. A su vez, el tema de las remisiones -que resulta un evento necesario considerando las condiciones reales de la oferta hospitalaria en el municipio-, se torna más difuso, teniendo en cuenta la situación financiera por la que atraviesa la ESE municipal, las condiciones geográficas del territorio que dificultan y

⁴⁷ En el caso de gestantes que habiten en el área rural.

limitan la salida de las gestantes hacia Tumaco, y las trabas burocráticas que permean este proceso, condicionado por las autorizaciones que deben dar las EPS para el traslado de pacientes. Tener que esperar varias horas hasta que la marea esté lo suficientemente alta para poder salir del municipio; que el personal médico deba tratar por todos los medios de evitar una remisión, dado lo complejo que resulta recibir la autorización por parte de las EPS; que para enviar una lancha con pacientes remitidos se deba esperar a que se reúnan varias personas, como estrategia para enfrentar el mezquino problema de las remisiones y minimizar costos, son algunos de los eventos a los cuales se enfrentan cotidianamente, tanto las gestantes que requieren de este proceso, como el personal médico que labora en el hospital. En medio del trabajo de campo, una de las mujeres entrevistadas hizo referencia a un caso bastante alarmante, por lo menos desde los hallazgos de esta investigación, porque ella lo señalaba simplemente como un ejemplo. Fue así, que se entró en contacto con un habitante de vereda, padre de dos hijos, con una historia bastante particular para contar, que dada su relevancia para esta investigación, resulta imposible negarle el espacio:

“Hace un año la señora mía salió en embarazo, yo la llevé a los controles común y corriente al hospital, porque el anhelo de nosotros era hacer todos los controles respectivos, porque no pensamos tener más hijos, esa iba a ser la última, porque la situación por acá está muy dura. Hicimos todo lo conveniente, a la hora del parto fuimos al hospital, a la señora le cogió los dolores por ahí a las doce de la tarde y yo la llevé con tiempo para que no fuera haber dificultades. Llegamos al hospital y estuvo allí hasta la una de la mañana, hasta que la doctora dijo que no podía, o sea, que porque había la posibilidad de no salir bien. Primero que estaba muy desarrollada la bebé, segundo, que podía tener el cordón umbilical enrollado en la nuca...Imagínese, después de tanto tiempo, la doctora terminó dando la remisión como a la una de la madrugada. En esos tiempos había una jornada médica grande en Tumaco, y de aquí del municipio iban a llevar una cierta cantidad de personal. Hasta que todo ellos no llegaron a la lancha, no llevaron a la esposa, de reposo, se llenó esa lancha y hubo que trasladar a la esposa mía a otra, y ella dando a luz. La montaron en la otra lancha, sin médico, que eso es lo que yo veo grave, porque una señora que esté dando a luz tiene que llevar un médico a bordo. Se fue el motorista, una enfermera y mi hermana que es la otra que siempre me acompaña. Resulta que el motorista que iba se perdió, porque no conocía muy bien la ruta por los esteros, se extravió del camino. La señora mía dio a luz en la lancha, y así, como la hipótesis que decía la doctora, nació con el cordón umbilical enrollado en la nuca, se me murió la niña.

Volvimos otra vez al proceso de tener, porque es que queríamos tener un hijo. Otra vez quedó en embarazo. Eso fue pa` rápido, le cogieron los dolores y como a la hora salió, pero en la casa, no en el hospital, porque no dio tiempo de llevarla. Resulta que el niño a los dos días de haber nacido, se le vino una hemorragia interna por el ombligo. Yo a las dos de la mañana cogí mi motor y mi hijo, lo lleve al hospital. Llegamos al hospital y le dije al médico: “médico atiéndame al bebé, que lleva dos días de haber nacido y no para de llorar y botar sangre”. El médico relajado, jugando en un teléfono, me dice: “la culpa es de ustedes,

porque ustedes no lo trajeron a nacer acá". Pero médico, si no había tiempo, ¿me va atender al niño o no me lo va atender?, Espérese me decía...Nosotros llegamos a eso de las 4 a.m. al hospital, a las 6 a.m. autorizaron el traslado a Tumaco...Antes de llevarlo tuvieron que ir a recoger unos pasajeros que iban pa Tumaco. Imagínese, el niño va de urgencias, ¿por qué tienen que esperar unas personas que van para Tumaco?, y justo tienen que llevarlos en la lancha que va de urgencia...Se fueron, en Salahonda, un municipio que se llama Salahonda, hasta allí alcanzó a llegar, el niño se me murió, otra vez, se me murió el otro hijo, dos seguidos".

El anterior relato es un dramático y a la vez claro reflejo de lo complejo que resulta la atención hospitalaria del parto en el municipio. De igual manera, se constituye en un hallazgo que marca la necesidad de ampliar el análisis frente a la baja asistencia de gestantes a este tipo de partos; ratificando que no es simplemente por ignorancia o "falta de educación" que las mujeres no asisten a tener sus partos en el hospital, principal argumento sostenido desde el modelo biomédico y desde los sistemas sanitarios de salud (Saizar 2008:36), para justificar la incapacidad de generar una oferta adecuada a estos territorios y a la experiencia cotidiana de sus habitantes; Incluso, deja en evidencia, que las razones para no asistir al hospital van mucho más allá del contexto material que afrontan las gestantes y sus posibilidades reales para acceder a los servicios. Por último también obliga a profundizar en el debate frente al análisis romántico de prácticas tradicionales ahistóricas, desde donde se ignora el sistema relacional en el que éstas se desarrollan y se sostienen, permitiendo argumentar de manera simple, que el solo hecho de coexistir concepciones culturales arraigadas en la tradición, respecto a la manera de asumir los procesos reproductivos, se constituye en razón suficiente para explicar por qué las mujeres no asisten a tener su parto en el hospital.

Las gestantes en el municipio, actúan y deciden desde sus experiencias y su interacción en los diversos escenarios de atención; reconociéndolos, interpretándolos y asumiéndolos. Aquí queda en evidencia, la manera como las gestantes del municipio, incorporan los elementos analíticos del *actor plural* desarrollado por Lahire. Mujeres que *"sucesivamente han participado durante su trayectoria, o simultáneamente durante un mismo periodo de tiempo, en universos sociales variados y en posiciones diferentes dentro de los mismos"* (Lahire 2004:54). El embarazo y el parto forman parte de un proceso no solo biológico, sino también social, en donde las gestantes se mueven entre los diferentes escenarios de atención y establecen vínculos relacionales con los diferentes sujetos que participan de estos escenarios (personal médico, parteras, familiares). De esta manera, las gestantes incorporan una multiplicidad de esquemas de acción, que aprenden a

distinguir y a designar, los cuales varían de acuerdo al tipo de atención que requieran y al tipo de eficacia que buscan. Razón por la cual, no sería contradictorio suponer, que bajo ese mismo proceso racional de distinción, las gestantes diferencian y reconocen los riesgos, las incoherencias y las falencias que se tienen en determinados procesos de atención, en este caso, en la atención del parto hospitalario, por lo que la baja asistencia de las gestantes del municipio a los partos hospitalarios, podría ser considerada como una acción racional, frente a la precaria y desacertada oferta de servicios desde el sistema público de atención.

4.2.2. El parto casero.

Después de analizar cómo las prácticas en torno al parto hospitalario se insertan en el esquema social para la atención del embarazo-parto en el municipio de El Charco, es posible empezar a reconocer por qué los partos caseros se consolidan y se sostienen como la principal opción de atención entre las mujeres del municipio.

4.2.2.1. El parto natural.

Cuando una gestante cuenta con un alto grado de certeza de que su parto puede ser recibido de forma natural, bien sea porque en su embarazo se ha hecho “mirar de una partera”, porque ha asistido a controles hospitalarios, o incluso, porque se ha movido entre los dos escenarios; en la mayoría de los casos, la gestante, asumirá tener un parto casero.

Las gestantes del municipio reconocen el trabajo de parto como un proceso que deben afrontar, en el que las recomendaciones de las madres y parteras en los primeros embarazos resultan fundamentales, y en el que la experiencia se consolida como un elemento de confianza para sus partos posteriores. Asumir el parto con la valentía y la confianza que requiere un acontecimiento en el que incluso su propia vida y la de su bebé se encuentran en juego se afianza como uno de los principales elementos del trabajo de parto. Dicha valentía y fortaleza para asumir el trabajo de parto no solo se queda en el proceso subjetivo que debe experimentar la mujer, a su vez se constituye en un proceso que se objetiviza, cargándose de valoraciones sociales respecto a la concepción de lo que debe ser una “buena paridora”.

“Algunas mujeres les da pena ir a tener su hijo en el hospital, porque algunas compañeras se burlan, que porque van a chillar al hospital. Por eso mejor salen con partera”. (Edith, 24 años, dos embarazos).

“Cuando la parturienta es valiente, se sienta en la punta de la cama, se agarra y allí lo tiene...Yo tuve un parto de trillizos, todos los tuve sola, normal. Cuando yo sentía que estaba con dolor, como yo era rápida, ahí mismo yo me arreglaba y colgaba mi guasca⁴⁸, ponía unas sábanas en el piso y yo solita los recibía”. (Testimonio de una partera, recogido en el encuentro de parteras, enero de 2010).

El parto natural se torna una responsabilidad de la parturienta en donde la partera simplemente actúa como un apoyo o una consejera en un proceso que la parturienta debe “coronar” por sus propios medios.

“Cuando empiezan esos dolores bien bajitos, y uno toca y ve que el niño ya se ha acomodado, que ha “cabuzado”, uno ya se da cuenta que es parto; sin necesidad de meter pringue, ni toma, porque se debe dejar que el parto se desarrolle bien y que la mujer viva su ese [aludiendo al trabajo de parto natural]. Cuando uno se da cuenta que ya, entonces uno la acuesta y la acomoda. Allí ya entra la familia, la mamá o la cuñada, a ayudarle a uno, pa` apoyarla, pa` agarrarla. Si es un parto normal no debe tener problema, allí nace el niño, solo con el esfuerzo de la paridora”. (Natividad, partera).

Es recurrente escuchar testimonios de mujeres con múltiples partos, como varias de las entrevistadas en este trabajo, que terminaron recibiendo algunos de sus partos solas o con la ayuda de algún familiar. El parto se experimenta como un proceso ligado a los saberes y las concepciones de la medicina casera, así lo afrontaron las madres y las abuelas, cuando la precaria oferta pública de atención, ni siquiera lograba llegar a la cabecera municipal. Las mujeres tenían sus partos con la ayuda de alguna vecina partera o de su mamá que desde su experiencia, ya sabía de sobra cómo era un trabajo de parto. Teniendo en cuenta el análisis realizado frente a la actual oferta de atención hospitalaria del parto y la manera como la perciben las mujeres del municipio, no resulta difícil reconocer que para la atención del parto, dichos saberes siguen siendo en términos reales, el mayor capital con el que cuentan las mujeres al momento de parir.

“Para mi primer parto, mi mamá estaba viva, yo le dije que sentía un dolor de barriga, y de allí no me dolía más la barriga sino que me dolían las “verijas”. Ella tibió un poquito de manteca de gallina y me untó por delante y por detrás, y de ahí me dieron más duro los dolores, así que ya aprendí que era parto. Pa` los otros, ya cuando ella murió, yo ya sabía,

⁴⁸ Al “colgar la guasca”, se hace referencia a poner una cuerda en el marco de una puerta, que sirve como soporte para realizar la fuerza que se requiere en el trabajo de parto.

como ya había experimentado el primero, yo desde que me agarraba el dolor, ya me daba cuenta que era parto". (Maritza, 40 años, nueve embarazos).

"Cuando la mujer está con dolor, lo primero que hace el marido es salir a llamar a la partera, allí va la partera a ver qué pasa con la paridora. Llega la partera, la hace acostar en la cama y la toca la barriga pa` ver si es parto" (Partera, encuentro de parteras, enero de 2010).

Para contrastar las principales diferencias que las "parturientas" pueden percibir con relación al parto hospitalario, es conveniente analizar algunos de los factores que a lo largo de este trabajo se han considerado como fundamentales en el momento de asumir un determinado escenario de atención. El tema de la accesibilidad, de la relación que se establece en el proceso de atención, del lugar de atención y de la mediación simbólica y cultural, juegan un papel determinante para dicho análisis.

El tema de las posibilidades reales de acceso, ante las particularidades geográficas del territorio y la ausencia de una oferta pública de atención capaz de acercarse a la población dispersa, se ha desarrollado con amplitud. No queda duda que ante la oferta de un hospital, que se encuentra a más de 5 horas de distancia de algunas comunidades de la parte alta del río Tapaje, representado en setenta mil pesos de costos de pasajes, la partera, se consolida como el recurso más cercano y de mayor accesibilidad para el momento del parto.

Frente al cobro realizado por las parteras por los cuidados en el embarazo y la atención del parto, se logra evidenciar un proceso bastante relativo. El promedio de la tarifa que han establecido las parteras por la prestación de sus servicios, es entre 50.000 y 70.000 pesos, dependiendo de lo complicado del parto y del tiempo que la partera tenga que destinar para la atención. Es necesario señalar que el pago de los servicios prestados por las parteras no se puede desligar de la relación que éstas sostienen con la parturienta o su familia. En muchos casos, los partos son atendidos por las madres o las tías de las gestantes o por alguna partera que tiene algún grado de parentesco con el compañero, en otros, es la misma partera la que ha atendido todos los partos de una misma gestante, de sus hermanas e incluso hasta de su madre. De igual manera, en el caso de las veredas, fundamentalmente las menos pobladas, las parteras de mayor edad son las que han recibido la mayoría de los niños, estableciendo una estrecha relación con las familias con las que comparte territorio. Así, el parentesco, las relaciones de vecindad y amistad elaboradas en un

mismo territorio, la cercanía cotidiana y afectiva que media la relación de atención, se convierte en un factor determinante que determina la gratificación recibida por las parteras y la legitimación de éstas frente a la atención de los procesos reproductivos.

“Yo cobro cincuenta mil pesos, les digo que no cobro ni lo que vale, viendo que yo las estoy atendiendo desde el embarazo, no es caro. Tengo que estar comprando guantes, tienen que permanecer los 4 o 5 pares de guantes en la casa, para cuando los ocupo. En algunas ocasiones, que vea que tengo estos 10 mil pesos, que después le doy el resto, y vea, hasta el sol de hoy...vea, la plática que yo tengo en la calle, si me la pagaran, yo reuniría mi millón de pesos. Uno lo hace, porque sabe que está haciendo el bien, como Dios es el que paga, uno ya después de eso, los niños no tienen culpa, uno no las puede dejar tiradas. El día de San Francisco, me tocó sacar dos seguidas, saque una y después la otra (risas)”. (Ercilia, partera).

“A mí, los cinco partos que he tenido, me los ha recibido mi suegra, entonces no me ha tocado pagar nada”. (Lucia, 30 años, seis embarazos).

La casa de la parturienta como lugar para la atención del parto, es otro de los elementos que marca una profunda diferencia con el parto hospitalario. Es el escenario que ratifica la culminación de un proceso de gestación, anclándolo al territorio y, por ende, a los círculos relacionales que se constituyen en apoyo fundamental para dicho proceso, consolidando el nacimiento casero como un acontecimiento familiar cargado de significados y acciones en el que se involucran sentimientos y apoyos afectivos y materiales (Navarro 2007). Las relaciones sociales, las concepciones y las prácticas culturales ligadas al proceso de embarazo-parto, se encuentran en gran medida, enmarcadas por las dinámicas cotidianas que se expresan y se desarrollan en la casa de la parturienta, dicho lugar se constituye en un espacio reconocido, en donde conjugan varios de los soportes que la mujer considera determinantes para la atención de su embarazo-parto.

“Mientras uno pueda, es mucho mejor parir en la casa. Allí la familia está pendientes de uno. No como en el hospital que lo ponen a esperar a uno solo y sin nadie que lo acompañe. A veces parir es duro, y es muy bueno tener una mano conocida al lado, alguien que lo esté apoyando a uno”. (Lucia, 30 años, seis embarazos).

La mediación simbólica y social en la atención del parto casero es quizás la diferencia más profunda que se puede reconocer respecto a la atención del parto hospitalario. La partera al individualizar un saber, que se encuentra ligado y socialmente difundido desde la herencia cultural y particularmente fundado en la medicina casera, logra articular directamente sus prácticas y procedimientos de atención con las concepciones que han elaborado las gestantes desde su

experiencia cotidiana en torno a la atención del proceso reproductivo. Así, la atención del parto deja de ser un mero procedimiento técnico, para consolidarse en un evento cargado de procesos simbólicos, en el que elementos mágicos y religiosos juegan un papel determinante para el desenlace de un parto exitoso, fundamentalmente, en el caso de partos complejos, situación que se entrará a analizar con mayor detalle a continuación.

4.2.2.2. Entre mujeres “tramadas”, “niños atravesados” y partos complicados.

En este punto se logran reconocer algunos de los elementos que posicionan el parto casero como el principal escenario de atención para las gestantes del municipio. ¿Pero qué pasa ante el evento de un parto complicado?, ¿De qué manera asumen las gestantes una posible situación de riesgo al momento del parto?.

Cuando una partera o una gestante que asiste a los controles prenatales en el hospital, detecta que el bebé no se encuentra en una posición adecuada, la partera regularmente recomienda que el parto se tenga en el hospital.

“Cuando un niño viene atravesado, toca buscar al médico, porque un niño atravesado no lo recibe una partera. Pero eso viene de la paciente, que deja criar al niño en malas condiciones, cuando ya busca una partera o busca al médico, el niño ya se crió, porque a un niño de nueve meses, quien lo acomoda, sólo Dios y los médicos que lo rajan. Con un parto en el que el niño venga atravesado, puede terminar quedando mal la partera” (Ercilia, partera).

Pero dado el análisis que se ha venido desarrollando, respecto a la fragilidad de la oferta hospitalaria en el municipio, a la percepción que tiene la población frente a ésta, a los desencuentros en la relación de atención y al complejo contexto socioeconómico en donde conjugan todas estas dinámicas, no sería difícil pensar que la opción de asistir a un parto hospitalario, incluso ante la posible eventualidad de un parto complicado, no es una opción que se materializa en todos los casos.

En ocasiones –sobre todo las gestantes de la zona rural- deben asumir el riesgo de tener un parto complicado en casa, dadas las barreras geográficas y económicas para acceder a los servicios oficiales, incluso, existen casos en que las complicaciones al momento de parir, solo son

detectadas en el mismo momento del trabajo de parto. En otras ocasiones, las gestantes que reconocen en la asistencia al hospital, el inevitable desenlace de una remisión para Tumaco, procuran evitar un parto hospitalario a toda costa.

“Para el primero fue que paré como tres días dando a luz. Me empezaron los dolores el día 29 y allí el día 30 todo el día y toda la noche, el 31 de octubre toda la mañana y nada; ya como a las una de la tarde fue que tuve el niño. Yo no hice el deber de ir al hospital porque eso por allá no le resuelven nada, lo terminan es embarcando a uno pa` Tumaco, a pasar necesidades. Además, la partera que me estaba atendiendo me decía que ese era un problema por una trama”. (Jesica, 29 años, cinco embarazos).

Bajo este complejo contexto, en donde la atención del parto casero en algunos casos es una decisión y en muchos otros es la única opción, es donde debe emerger todo el acervo sociocultural de tipo simbólico y material que resguardan las parteras, para lograr la eficacia terapéutica requerida que permita sacar un parto de estas características adelante con todos los riesgos que implica. En esos partos complicados, de niños *“atravesados”*, de partos demorados, de mujeres *“estrechas de carnes”*, de mujeres con *“exceso de frialdad”*, de mujeres *“tramadas”*, aparecen en escena las invocaciones, las oraciones, los santos, las botellas curadas, los secretos, las aguas de plantas y bejucos.

“Esta cosita, la utiliza uno en la hora del parto, uno en el campo, los papitos, las mamitas de uno, le han incitado. Esta es una piel de una culebra que se llama “Nuca”, la “Petacona” le dicen. Cuando la mujer ya está dando a luz, en el tránsito del parto, uno la agarra y se la amarra, se la amarra en la cintura, porque esta culebra es de las que traga, ella no parte animal, ella se lo traga entero, no más ella le troza las uñitas para que no le lastime. Entonces uno se las amarra y esto se los ayuda a bajar ligerito. Esta es una pepita que uno agarra (pues yo, como cada partera, cada una trabaja con su misterio), una agarra siete de estas pepitas, se llama “Chirimoña”; las seca, las pone a hervir en una ollita de agua y le da tres tomitas, tres tanditas en el momento del parto, y eso las ayuda a salir. Esas son algunas de las cosas que yo ocupo, con las que trabajo. Otras, son las oraciones con las que uno también trabaja, uno sabe la oración del Carmen, esa le hace dar a luz a las mujeres, uno la agarra, la arrodilla, y entonces la agarra así, le pone la oración (en la frente) la hojita de papel y la lee tres veces, reza tres credos y eso la ayuda a salir”. (Ercilia, partera).

De esta manera, el saber con el que cuentan las parteras para *“desentramar”* una paridora, se afirma como el principal recurso del que disponen las gestantes para afrontar un parto riesgoso. La paridora se debe aferrar a su entramado cultural y verlo materializado en la intervención que realiza la partera, para que la intervención cargada de elementos simbólicos y técnicas

tradicionales, logre la eficacia terapéutica necesaria que permita “coronar” con éxito el proceso de parto.

“La que ha llegado a mis manos, con el gran poder de Dios, ha salido, aunque hayan tenido sus “tramas”, porque con los secretos y en el nombre del Señor (usted sabe que Dios baja todo), puede que tuviera “trama”, pero a mí no me ha tocado embarcar a ninguna. Pongamos que no encaje bien el niño, como uno tiene sus “pringues”, tiene sus cosas de ayuda, la oración del Carmen y esas plantas y todo; ellas se encargan en quebrantar todo mal...a mí, me han bajado muchachas de allá arriba de San José del Tapaje, asustadas que porque han ido al hospital y les han dicho que el niño no viene bien, que dízque les toca ir pa` Tumaco. Así que como a mí ya me conocen, porque entre ellas se comentan, van a buscarme a la casa. Allí yo ya busco las plantas, organizo todas las cositas y, gracias a Dios he podido ayudar a varias, que al final pueden recibir su hijo normalmente”. (Ercilia, Partera).

Para ser responsable en el análisis, resulta necesario señalar, que en ocasiones la eficacia terapéutica no es suficiente, por lo que paridoras y sus hijos/as pueden tener serias dificultades en el momento del parto, incluso pueden llegar a morir. Esa es parte de la realidad de los ríos y los manglares, desde donde las mujeres con sus saberes antiguos, con su conocimiento botánico y con sus “misterios”, afrontan la vida y desafían la muerte, así lo hacían las madres y las abuelas, y así lo continúan haciendo las nuevas generaciones, fundamentalmente las de mujeres de veredas, que constituyen el mayor porcentaje de población del municipio. Esos sacrificios, esa posibilidad de muerte vinculada al proceso de nacimiento, también cuenta con una connotación cultural. Bien lo representan los casos de mujeres con “tramas” tan profundas, que no logran ser “desentramadas” y terminan muriendo en el trabajo de parto, o el caso de los niños y niñas con “virtud”, criaturas que gracias a las destrezas de las parteras y al profundo esfuerzo de las parturientas, han logrado nacer bajo las situaciones más adversas, niños y niñas que llegan con premoniciones de éxito y fortuna para sus vidas futuras, pero con los cuales se deben tener cuidados muy especiales en sus primeros días de vida, ya que cualquier descuido, desembocará inevitablemente en una prematura muerte.

“Hay una vereda en la parte alta del municipio, allí se han muerto varios niños, por X o Y razón, en esa población se muere mucho niño y tienen un tabú de que todos se mueren por “virtud”, eso cuando allá se muere alguien, siempre es el cuento de que fue por virtud”. (Enfermera de la Dirección Local de Salud).

Estos hechos dejan en evidencia, la manera en que el parto casero supera el proceso de atención de un acontecimiento meramente biológico, para consolidarse en una respuesta sociocultural, que

cuestiona -desde un contexto histórico reconocido y compartido por los habitantes del municipio-, la posición hegemónica tanto en la manera de interpretar, como en la forma de intervenir de la oferta pública de atención, permitiendo reconocer, en concordancia con lo señalado por Navarro (2007), cómo se sostienen continuidades históricas y sentidos ideológicos diferentes a los propuestos por las prácticas de salud hegemónicas. Las mujeres del municipio atienden sus partos e incluso explican sus muertos, desde las concepciones y los saberes culturales anclados en sus experiencias cotidianas.

“Cuando falla el Estado, representado en las instituciones públicas, los grupos que viven situaciones de desventaja social y económica, desarrollan mecanismos de supervivencia, para de esta forma gestionar alternativas en la construcción de respuestas a los problemas, teniendo como sustrato la experiencia, organización y los recursos de que dispongan -en su dimensión material y simbólica- en un momento dado”. (Navarro, 2007:291).

Así, desde el contexto socio-histórico del municipio de El Charco, enmarcado por condiciones de extrema pobreza y la existencia de una precaria y desacertada oferta pública de atención, el parto casero y las prácticas que giran en torno a éste continúan sosteniéndose como un escenario de supervivencia que posibilita la reproducción biocultural de estos grupos subalternos.

CONCLUSIONES

El municipio de El Charco con sus particularidades geográficas, culturales y sociales, agrupa una serie de elementos que permiten experimentar de manera plena el acto de resolver las necesidades en salud como un hecho social. Esto queda en evidencia desde el complejo y diverso panorama que enmarca las prácticas de las gestantes en el municipio.

El haber dado prioridad a un análisis relacional permitió reconocer cómo las mujeres desde una posición racional, interpretan sus necesidades y posibilidades de atención, desde el contexto cultural, pero también desde la realidad material en la que habitan. Las gestantes del municipio se mueven entre los diferentes escenarios de atención, sus decisiones guardan correspondencia con el tipo de cuidado que requieren, la eficacia que buscan y las posibilidades de acceso que tengan disponibles.

Los saberes de *la medicina casera* se afirman como el principal recurso de las gestantes, enmarcados por un conjunto de creencias, valores y comportamientos ligados a las experiencias cotidianas; legitimados bajo el uso permanente de madres, abuelas, tías y amigas; posicionados en un tejido de río, manglares, pobreza y fragilidad institucional. Los saberes anclados a las construcciones culturales en la *medicina casera*, trascienden el universo simbólico y terapéutico-subjetivo, consolidándose en una alternativa colectiva para la resolución de los problemas de salud, en un escenario en donde la oferta pública resulta ineficiente bajo el contexto cultural, social, político y geográfico de este territorio.

El precario panorama de la oferta pública de servicios que termina favoreciendo el proceso de intermediación financiera del sistema de salud, a cambio de un hospital en quiebra, con una deficiente infraestructura y con una oferta incapaz de acercarse a la población que habita el área rural del municipio, es interpretado por las gestantes desde la relación que perciben en la atención. Este es un punto fundamental en aras de controvertir el argumento hegemónico desde el cual se explica la baja adherencia a los programas públicos de atención del embarazo-parto como un problema de “ignorancia o falta de educación”. Por el contrario, las mujeres parecen conocer muy bien la oferta hospitalaria y es desde ese conocimiento validado por experiencias propias o de mujeres cercanas que valoran bajo qué circunstancia recurrir. Podría señalarse que a

partir del conocimiento y la interacción con la oferta hospitalaria en el municipio, las mujeres legitiman y afirman muchas de las prácticas ligadas a la medicina casera y al saber popular.

A pesar de este panorama, no se puede caer en el error de restarle relevancia al modelo biomédico en la atención del embarazo-parto en el municipio. Se logran reconocer tres momentos fundamentales que enmarcan las decisiones de las gestantes frente a la asistencia al hospital. Por un lado, el reconocimiento de la oferta hospitalaria como una opción complementaria que permite ampliar las posibilidades de tener un parto sin complicaciones. A su vez, el hospital se convierte en un escenario indispensable frente a la inminente posibilidad de un parto de alto riesgo, no por su capacidad resolutoria, sino porque forma parte del proceso burocrático que se debe asumir para poder encontrar una solución efectiva. Por último, se comprende el paso por el hospital como un evento necesario para la expedición del certificado de nacido vivo, trámite indispensable para el ingreso al programa asistencial de “Familias en Acción”. Así, bajo el contexto histórico y geográfico de El Charco, se puede observar cómo en las prácticas para la atención del embarazo-parto se encuentra implícita la búsqueda de una eficacia que en ocasiones va mucho más allá de lo terapéutico y sus elementos técnico y simbólicos, para ubicarse en el plano de lo político y lo económico, desde donde las mujeres han tenido que adaptar sus acciones y utilizar el sistema público de atención en salud, como único mecanismo para lograr acceder a la atención que se requieren ante un parto complicado que inevitablemente implique el traslado a un mayor nivel de atención, o para el ingreso a los diferentes programas de asistencia social que ofrece el Estado.

Resultado fundamental remitir las prácticas de las gestantes al campo relacional en el cual se desarrollan, permitiendo reconocer que son los grupos sociales en función de sus necesidades y posibilidades quienes generan desde su experiencia cotidiana la articulación entre los diferentes escenarios de atención –tanto facultativos, como populares-, independiente de que se opongan o se reconozcan.

Aunque se hace evidente la interacción de los diversos escenarios de atención para los procesos reproductivos desde las prácticas de las gestantes, es necesario hacer énfasis en la innegable relación de hegemonía-subalternidad presente entre el modelo médico-facultativo y los escenarios populares de atención. Resulta muy contradictoria la manera en que se pretende

establecer un sistema público de atención en salud que niega las particularidades geográficas, sociales y culturales presentes en estos territorios, mientras recurre a los saberes y los agentes populares en salud como recursos subordinados. Las parteras no solo se constituyen en las principales agentes para la atención de los partos en el municipio dada la oportunidad de acceso, principalmente en el área rural, a su vez, el ejercer y reivindicar un saber anclado a la medicina casera y a la experiencia cotidiana, las afirma como agentes fundamentales en el proceso de socialización de la cultura. El papel que juegan las parteras en la salud reproductiva del municipio es tan relevante, que incluso se convierten en uno de los principales recursos del sistema público de salud, contribuyendo de manera determinante a las estadísticas reportadas y a la información recolectada en salud pública.

La partería se consolida como un saber anclado a la cotidianidad de estos territorios, bajo este panorama resulta imprescindible que el Sistema de Seguridad Social en Salud, no solo implemente medidas direccionadas a la ampliación de cobertura y al mejoramiento en infraestructura, es necesario que se reconozcan y se articulen a las parteras como agentes fundamentales en la definición y ejecución de la salud reproductiva en el municipio, en aras de contribuir de manera efectiva al mejoramiento de las condiciones de salud de las gestantes.

BIBLIOGRAFÍA

- ACUERDO No. 19 de 2010, Comisión de Regulación en Salud (CRES). Diario Oficial 47.939, Colombia, diciembre 31 de 2010. Disponible en: <http://www.pos.gov.co/regimenSubsidiado/Documents/NORMAS/acuerdo%2019%20de%202010.pdf>. Fecha de consulta: febrero 12 de 2012.
- AGUADO, Luis; GIRÓN, Luis; OSORIO, Ana María; TOVAR, Luis Miguel; AHUMADA Jaime (2007). Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano. En: *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, Vol. 5, No. 1, Universidad de Manizales, Manizales.
- ALARCÓN, Ana; VIDAL, Aldo; ROZAS, Jaime (2003). Salud intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales. En: *Revista médica de Chile*. Chile, Pág. 1061-1065.
- BEDOYA, Luz Marina (2003). Concepciones de las parteras negras sobre el embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido en el casco urbano de Guapi-Cauca. En: *Antropacífico*, Vol. 1, No. 2, Universidad del Cauca, Popayán, Colombia, Pág. 123-148.
- CACERES ENRIQUEZ, Luz Edith (1996). Relaciones sociales y prácticas de salud entre los Paez: Un problema de identidad social y dinámica cultural. El caso del resguardo "El Triunfo Cristal Paez San Juanito-Los Caleños" en Florida, Valle del Cauca. Tesis maestría en sociología, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
- CHAMORRO, Andrea; TOCORNAL, Constanza (2005). Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: Hacia una etnografía médica contemporánea. En: *Estudios Atacameños*, N° 30, Pág. 117-139.
- DECRETO 1876 de 1994. Diario Oficial No. 41.478, Colombia, agosto 5 de 1994. Disponible en: http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/1994/agosto/03/dec1876031994.pdf. Fecha de consulta: febrero 5 de 2012.
- DELGADO, Mario; CALVACHE, José; Del Cairo, Carolina; Bedoya, Luz; Tabares, Rosa (2006). Prácticas hogareñas en el cuidado de la madre y el recién nacido en la Costa Pacífica caucana. En: *Antipoda*, No. 3, Universidad de los Andes, Colombia.
- DIAZ BENJUMEA, María Rosa (2005). Medicina tradicional: una alternativa de construcción colectiva y afrontamiento a la condición de desplazamiento forzado en Colombia. Universidad San Buenaventura, Cartagena.
- DUBET, François (2006). El declive de la institución. Profesiones, sujetos e individuos en la modernidad, Editorial Gedisa, Barcelona.
- DUBET, François (2011). La experiencia sociológica. Editorial Gedisa S.A., Barcelona.

- DUQUE, María Claudia. Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades (2007). En: *Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo*, Vol. 9, No. 2, Universidad Javeriana, Bogotá.
- ESCOBAR, Arturo (2005). Más allá del tercer mundo: globalización y diferencia, Instituto Colombiano de Antropología e Historia (ICANH), Universidad del Cauca.
- FEDESALUD y Plan Programa Colombia (2005). El sistema de seguridad social en salud en la región pacífica colombiana: La problemática de la población dispersa, Bogotá.
- GARCIA CANCINI, Néstor (1990). Culturas Híbridas: estrategias para entrar y salir de la modernidad, México, editorial Grijalbo.
- GUTIERREZ DE PINEDA (1961), Virginia. La medicina popular en Colombia, razones de su arraigo. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- HELLER, Agnes (1998). Sociología de la vida cotidiana, Ediciones Península, España.
- HOFFMANN, Odile (1998). Familia y vereda en el Rio Mejicano (Tumaco). Revisión de algunas nociones. En: *Documentos de trabajo CIDSE*, No. 36, Universidad del Valle, Cali.
- LAHIRE, Bernard (2004). El actor plural, en: *El hombre plural los resortes de la acción*. Ediciones Bellaterra, Barcelona.
- LEON, Emma (1999). Usos y discursos de la vida cotidiana. Anthropos, CRIM, UNAM. México.
- LOPEZ POTES, María del Rosario; FUENMAYOR CASTRO, Carlos Arturo (1995). Practicas populares de salud en la atención de mujeres gestantes de la comuna 18 de la ciudad de Cali. Tesis en sociología, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
- MARTUCCELLI, Danilo (2007). Por una sociología de los soportes. En: *Cambio de rumbo, la sociedad a escala del individuo*. LOM. Santiago de Chile.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?. En: *Alteridades*, Vol. 4, N.º 7, México, Pág. 71-83.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: *Ciencia & Saúde Colectiva*, No. 8 (1), Río de Janeiro, Pág. 185-207.
- MÓDENA, María Eugenia (1990): Madres, médicos y curanderos. Diferencia cultural e identidad ideológica. Ediciones de la Casa Chata, No. 37. México.
- MÓDENA, María Eugenia (2002). Combinar recursos curativos: un pueblo Mexicano en las últimas décadas del siglo XX. En: *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Compilador: Diego Armus. Grupo editorial Norma. Buenos Aires, Argentina.

- NAVARRO, Martha (2007). Entre la cama y el paritorio: salud reproductiva y cultura entre las mujeres afrocolombianas de la ciudad de Buenaventura. Una perspectiva antropológica. Tesis presentada para optar al título de Doctora en Antropología Social y Cultural. Universidad Rovira I Virgili, Tarragona, España.
- OCHA, Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (2009). Desplazamiento masivo en el Charco, Informe No. 1. Disponible en: <http://www.colombiassh.org/site/spip.php?article452>. Fecha de consulta: enero 23 de 2012.
- PISSOAT, Oliver; HOFFMANN, Odile (1999). Aproximación a la diferenciación espacial en el Pacífico, un ensayo metodológico. En: *Documentos de trabajo CIDSE*, No. 42, Universidad del Valle, Cali.
- Plan de Desarrollo Concertado municipio de El Charco 2008 – 2011, El Charco-Nariño, Junio de 2008.
- PNUD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2011). Los afrocolombianos frente a los objetivos de desarrollo del milenio. Bogotá. Disponible en: <http://www.codice.com.co/LosAfrocolombianosfrentealosODM.pdf>. Fecha de consulta: diciembre 2 de 2011.
- RESOLUCIÓN 412 del 2000. Diario Oficial 43.956, Colombia, febrero de 2000. disponible en: http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Normatividad_Regimen_Contributivo/resolucion_412_2000.pdf. Fecha de consulta: febrero 15 de 2012.
- REYES, Adriana (2001). El enfoque de género como crítica a la conceptualización de la salud como sistema. En: *Reflexiones en salud: una aproximación desde la antropología*. Compilador: Roberto Suárez. Ediciones Uniandes, Bogotá, Colombia.
- SACCHI, Mónica; HAUSBERGER, Margarita; PEREYRA, Adriana (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. En: *Salud colectiva*. Buenos Aires, Pág. 271-283.
- SAIZAR, María Mercedes (2008). Acuerdos, desacuerdos y lejanías en la relación médico-paciente. En: *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*. Compilador: Claudia Krmpotic. Espacio editorial, Buenos Aires, Argentina. Pág. 35-53.
- URREA GIRALDO, Fernando; VANÍN ROMERO, Alfredo (1994). Religiosidad popular no oficial alrededor de la lectura del tabaco, instituciones sociales y procesos de modernidad en poblaciones negras de la Costa Pacífica. En: *Boletín socioeconómico*, No.28, Universidad del Valle, Cali, Pág. 35-58.
- URREA GIRALDO, Fernando (1988). Procesos de democratización y prácticas populares de salud: reflexiones a partir del curanderismo urbano. En: *Colombia: Democracia y Sociedad*. Compiladora: Nora Camacho. CIDSE-FESCOL. Bogotá, Colombia, Pág. 237-258.

- URREA GIRALDO, Fernando (1996). Culturas médicas populares del suroccidente. En: *Historia del gran Cauca: Historia regional del suroccidente colombiano*, No. 14, Universidad del Valle, Cali.
- URREA GIRALDO, Fernando; PUERTO CHÁVEZ, Fernando (2000). Expresiones de religiosidades populares y prácticas en salud en un área urbana de Cali (Colombia). En: *Signo y pensamiento*, No. 37, Universidad Javeriana, Colombia, Pág. 39-48.