

Repertorios interpretativos acerca de la partería

Trabajo de grado presentado para obtener el título de Pregrado en Psicología

Presentado por:

Maria Alejandra Oliveros Herrera

Angela Julieth Zuluaga Herrera

Director

Ph. D Oscar Martin Rosero Sarasty

Universidad del Valle

Facultad de Psicología

Pregrado en Psicología

Santiago de Cali

2025

Tabla de contenido

1.Introducción.....	8
2.Antecedentes.....	12
2.1. Repertorios interpretativos.....	12
2.2. Partería.....	14
3.Justificación.....	23
4.Problema de investigación.....	28
4.1. Pregunta de investigación.....	29
4.2. Objetivos.....	29
4.2.1. General.....	29
4.2.2. Específicos.....	30
5.Marco conceptual.....	31
5.1. Repertorios interpretativos.....	31
5.2. Partería.....	35
6.Metodología.....	41
6.1. Tipo.....	41
6.2. Diseño.....	42
6.3. Participantes.....	42
6.3.1. Criterios de inclusión.....	43
6.3.1.1. Parteras.....	43
6.3.1.2. Madres.....	43
6.3.1.3. Profesionales de la salud.....	43

6.3.4. Caracterización de los participantes.....	43
6.3.5. Muestreo.....	46
6.4. Recolección de información.....	46
6.5. Consideraciones éticas.....	47
6.6. Análisis de información.....	47
6.7. Sistema de categorías.....	49
7. Presentación y análisis de información.....	52
7.1. Violencia obstétrica y trato deshumanizado.....	54
7.2. Estatus, saberes y habilidades.....	60
7.2.1. Estatus.....	60
7.2.2. Saberes y habilidades.....	67
7.3. Beneficios y riesgos de la partería.....	76
7.3.1. Beneficios.....	77
7.3.2. Riesgos.....	86
7.4. Institucionalización y profesionalización.....	92
8. Discusión.....	97
8.1. Violencia obstétrica y trato deshumanizador.....	97
8.2. Estatus, saberes y habilidades.....	101
8.2.1. Estatus.....	101
8.2.2. Saberes y habilidades.....	106
8.3. Beneficios y riesgos de la partería.....	111
8.3.1. Beneficios.....	111
8.3.2. Riesgos.....	116

8.4. Institucionalización y profesionalización.....	117
9.Conclusiones.....	123
Referencias.....	129

Lista de figuras

Figura 1. Cantidad de personal con competencias de partería.....	23
Figura 2. Distribución por regiones del personal de partería.....	24
Figura 3. Sistema final de categorías y subcategorías.....	54
Figura 4. Repertorios interpretativos en Violencia obstétrica y trato deshumanizador.....	55
Figura 5. Repertorios interpretativos en Estatus.....	61
Figura 6. Repertorios interpretativos en Saberes y habilidades.....	67
Figura 7. Repertorios interpretativos en Beneficios.....	77
Figura 8. Repertorios interpretativos en Riesgos.....	87
Figura 9. Repertorios interpretativos en Institucionalización y profesionalización.....	93

Lista de tablas

Tabla 1. Perspectivas, objetivos y resultados de los estudios revisados.....	17
Tabla 2. Caracterización del grupo de las parteras.....	44
Tabla 3. Caracterización del grupo de las madres.....	44
Tabla 4. Caracterización del grupo de los profesionales de la salud.....	45
Tabla 5. Sistema de categorías y subcategorías.....	50

Lista de anexos

Anexo A. Instrumento de recolección de información.....	138
Anexo B. Aval sobre aspectos éticos.....	141
Anexo C. Formato de consentimiento informado.....	142
Anexo D. Matriz de sistematización de repertorios interpretativos.....	144

1. Introducción

El presente trabajo de grado, tuvo como objetivo conocer los repertorios interpretativos que se presentan por parte de mujeres parteras, madres usuarias del servicio y profesionales de la salud acerca de la partería, su estatus (como práctica, trabajo, arte, etc.), sus beneficios y riesgos para contribuir al parto humanizado y el cuidado de la salud.

Para dar cumplimiento a lo anterior, en primer lugar, se llevó a cabo la revisión de Antecedentes, de la cual se obtuvieron 21 documentos, entre los que se encontraron artículos investigativos, trabajos de grado y libros, por una parte, referidos a diferentes temáticas que se estudiaron a través del uso de los repertorios interpretativos, y, por otra, a la partería. Respecto a estos primeros, se encontró una guía fundamental respecto al uso metodológico de los repertorios interpretativos, que, sin embargo, de acuerdo con lo encontrado, no fueron aplicados para el estudio de la práctica de interés. En relación con la partería, se identificó la existencia de cuatro perspectivas predominantes, las cuales hicieron referencia a distintos aspectos de la práctica, y a las que se denominó: Saberes y prácticas de la partería, Institucionalización y marginación de la partería, Posturas frente a la partería desde grupos sociales (personal de salud, mujeres y familias usuarias del servicio) y Panorama mundial e histórico acerca de los beneficios del servicio de partería.

Seguidamente, se presenta el apartado de Justificación, en el que se expone la importancia de estudiar y visibilizar esta labor para el bienestar de madres y niños alrededor del mundo, tomando como base lo reportado por la Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2011); además de retomar las posturas en contra de la institucionalización de esta labor, pese a

los múltiples reportes que constatan la eficacia y la magnitud de su impacto para el cuidado de la salud.

De acuerdo con lo expuesto en antecedentes, Justificación e igualmente aspectos conceptuales, se plantea el Problema de investigación, el cual estuvo orientado a conocer las opiniones de los tres grupos centrales mencionados anteriormente: parteras, mujeres usuarias del servicio y profesionales de la salud, a través de la identificación de los repertorios interpretativos contruidos acerca de la partería, indagando sobre el estatus de la misma, los posibles riesgos y beneficios que consideran tiene esta labor.

En el apartado de Marco conceptual, se abordan los conceptos clave de la presente investigación, como el de los repertorios interpretativos, para el que se tomó la definición propuesta por Wetherell y Potter (1996), además de definir conceptos cruciales para entender el término, como lo son el lenguaje, discurso y análisis del discurso. Por otro lado, se consideran los distintos términos con los que se ha conocido a la partería históricamente y conceptos afines a la misma, tales como el de “doula”, además de abordar los dos posicionamientos existentes en el país acerca de la misma, que son la partería como tradición y la partería como profesión (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] y Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2023), y la importancia que sigue teniendo el primero de estos no sólo para madres y familias en entornos rurales, sino también urbanos, donde muchas de ellas ven en esta una manera de poder acceder a un parto humanizado.

A continuación, en la sección de Metodología, se expone la postura metodológica desde la cual se realizó esta investigación, empezando por el tipo de la misma, el cual fue cualitativo; el diseño adoptado, que fue el etnográfico-narrativo; los participantes (4 parteras, 5 madres usuarias del servicio y 5 profesionales de la salud), donde se describen los criterios de inclusión

establecidos, la caracterización de los mismos, y el método de muestreo por el cual fueron convocados; la estrategia de recolección de información, que en este caso fue la entrevista semiestructurada; la estrategia de análisis, para la cual se adoptó la perspectiva del análisis temático enfocado en la agrupación de repertorios, y, para culminar, el sistema de categorías configurado en su versión final a partir de los referentes prácticos, teóricos y la información empírica recolectada, el cual estuvo conformado por las categorías de: Violencia obstétrica y trato deshumanizador; Estatus, saberes y habilidades; Beneficios y riesgos de la partería; e Institucionalización y profesionalización.

Posteriormente, se encuentra la Presentación y análisis de información, donde se comienza por describir las modificaciones realizadas al sistema de categorías inicial, para después pasar al abordaje y desarrollo de cada uno de los hallazgos encontrados por cada categoría y subcategoría, es decir, los repertorios interpretativos contruidos a través de los discursos y expresiones de los participantes en torno a cada una de las mismas, los cuales se encuentran ilustrados en una serie de gráficas ubicadas en su respectiva sección. Estos repertorios permitieron dar cuenta de distintas experiencias en torno al trato deshumanizador que puede darse en la atención hospitalaria, la partería como una vocación, práctica y trabajo con una amplia gama de conocimientos experienciales, cuyo reconocimiento aún es parcial en el país, respecto a la que se identifican tanto beneficios para el parto humanizado, como riesgos para el cuidado de la salud, y, así mismo, se reconocen los avances y posibles caminos para su articulación e institucionalización en el sistema de salud

Con base en lo anterior, en la siguiente sección se desarrolla la Discusión, un apartado en el que se contrastan y articulan los distintos repertorios interpretativos identificados, con lo señalado por los distintos referentes a nivel teórico y conceptual tomados como base en este

trabajo, tales como: Alarcón et al. (2011), Arboleda et al. (2014), Alfaro (2022), Botteri y Bochar (2019), Carvajal et al., (2018), Villalobos (2019), entre otros.

Finalmente, se da cierre a esta investigación con las Conclusiones, donde no sólo se responde a los objetivos planteados, sino que también se consideran los aportes y limitaciones de la misma, y se sugieren posibles recomendaciones para futuros estudios.

2. Antecedentes

Para el presente apartado se realizó la revisión de 21 documentos, con el objetivo de ampliar el panorama acerca del tema de interés; estos incluyeron 3 artículos investigativos referentes a repertorios interpretativos enfocados en temas afines al del cuidado y 12 artículos investigativos, 4 trabajos de grado y 2 libros relacionados con el tema de la partería. No se incluyen estudios sobre repertorios interpretativos acerca de la partería, debido a que en la búsqueda no se evidenciaron antecedentes que articulen ambos temas, específicamente.

2.1. Repertorios interpretativos

En cuanto a los estudios revisados sobre repertorios interpretativos relacionados con temas del cuidado, se encontró que había un número bastante reducido en comparación con los estudios encontrados acerca de la partería, dos de ellos fueron realizados en España y uno en Brasil, por áreas de conocimiento como la Psicología y el Trabajo Social, todos ellos de tipo cualitativo.

Los objetivos presentaron variabilidad, debido a que cada uno de ellos estaba enfocado en una población y tema distinto, sin embargo, conservando como factor común la identificación de los repertorios interpretativos: en usuarios, acerca de la teleasistencia domiciliaria (TAD) como práctica de cuidado (Castillo y Reyes, 2013); trabajadores sociales, acerca de servicios sociales comunitarios (Pacheco y Palma, 2014) y madres, acerca de la experiencia de la maternidad (Moreira y Raserá, 2010).

Respecto a sus aspectos metodológicos, los tres estudios coincidieron en utilizar como instrumento de recolección de información la entrevista, grupal (Castillo y Reyes, 2013) e individual (Pacheco y Palma, 2014; Moreira y Rasera, 2010). Como método de análisis de la información, en todos también se hace uso del análisis del discurso propuesto por Wetherell y Potter (1996), centrándose en la herramienta de los repertorios interpretativos (Castillo y Reyes, 2013; Pacheco y Palma, 2014; Moreira y Rasera, 2010); Castillo y Reyes (2013) haciendo uso de una matriz de doble entrada para categorizar la información.

Castillo y Reyes (2013), identifican dos repertorios interpretativos de los usuarios acerca de la teleasistencia domiciliaria (TAD), el primero de ellos es el “repertorio convencional-conservador” (p. 17), en el cual la TAD se percibe como “una alternativa que deshumaniza el cuidado” (p. 24) y el segundo es el “repertorio práctico-liberal” (p. 21), en el que se considera la TAD “como una solución efectiva y adecuada ante los múltiples desafíos que enfrentan las familias” (p. 24).

Pacheco y Palma (2014), se encuentran con una visión negativa de los trabajadores sociales acerca de los servicios sociales comunitarios, en la que hacen uso de 4 repertorios interpretativos para referirse sobre las condiciones en las que trabajan, estos son: “el olvido de lo comunitario, la eterna indefinición del sistema, el elefante encadenado y la escasez agudiza el ingenio” (p. 9).

Finalmente, Moreira y Rasera (2010), también encuentran 4 repertorios interpretativos con los que las participantes describen la experiencia de la maternidad y a través de los cuales se posicionan como “buenas madres” (p. 529), estos son: “maternidad romántica” (p. 529), en la cual se hace referencia a la misma “como un fenómeno natural” (p. 529); “maternidad medicada” (p. 529), en la que esta se describe “a través de vocabulario médico y psicológico” (p. 529);

“maternidad exigente” (p. 529), en la que se señalan “las exigencias de ser madre” (p. 529) y “aprender de la maternidad” (p. 529), describiendo la experiencia como “una oportunidad de aprendizaje y cambio” (p. 529).

2.2. Partería

La gran mayoría de los documentos que se encontraron para el presente trabajo, referidos a la partería, fueron realizados en América Latina, predominantemente en países como Colombia y México, entre los años 2011 y 2020, en estos se resalta la importancia de esta labor para el bienestar de madres y niños, debido a las distintas situaciones relacionadas con déficits en los sistemas de salud y el acceso limitado a servicios médicos en determinadas zonas, con el objetivo de reivindicar el rol de las parteras.

Por otra parte, los estudios realizados a otras latitudes, en países como Holanda y Suecia, evidencian la partería como una labor que cuenta con una mayor institucionalización y reconocimiento que en América Latina (Spelten, et al., 2023; Wassén, et al., 2023).

Se revisaron estudios de tipo cuantitativo, mixto y cualitativo, siendo predominantes estos últimos. De igual forma, se encontró que estos fueron realizados desde diversas áreas de estudio, sin embargo, una gran cantidad de estos se concentró en el área de la Salud (Medicina, Enfermería y Salud Pública), siendo unos pocos hechos desde áreas como las Ciencias Humanas y la Educación.

A partir de los estudios analizados, se encuentran cuatro perspectivas, la primera de ellas está orientada al análisis y descripción de los saberes y prácticas de la partería (Tabla 1). Tórrez y Ruiz (2019), Arboleda et al. (2014) y García et al. (2018) encuentran en sus respectivos

estudios que estos son conocimientos tradicionales que se transmiten de generación en generación y son predominantemente puestos en práctica por mujeres, quienes juegan un papel fundamental en las labores relacionadas con el cuidado tanto de madres como de niños.

La segunda hace referencia a la institucionalización y marginación de la partería (Tabla 1). Autores como Alarcón et al. (2011) y Carvajal et al. (2018) destacan que la partería es una labor que, pese a su importancia, aún hay muchos lugares del mundo en los que no se encuentra institucionalizada y las parteras no cuentan con un rol político definido, como es el caso de América Latina. Es por esto por lo que se resalta la importancia de retomar los conocimientos y prácticas tradicionales para articularlos y validarlos a través de investigaciones formales (Motta et al., 2020).

Sumado a lo anterior, es importante resaltar los esfuerzos que se realizan para la institucionalización de esta labor; entre ellos, destacan el que aborda Arregoces (2019), en el cual se observan resultados positivos en la implementación de una serie de capacitaciones realizadas en la Guajira, Colombia, en donde se pudieron evidenciar los conocimientos y prácticas de las parteras en su contexto, y se pudo aportar elementos para la práctica a través de la formación brindada; y el trabajo realizado por Alfaro (2022), en el que se describe a detalle y se visibiliza el movimiento de la partería urbana, el cual hace referencia a la aplicación de los saberes tradicionales que es llevada a cabo por las mujeres al interior de las ciudades.

Este fenómeno de marginación de la labor de la partería se da pese a que estudios como el de Wassén et al. (2023) y Fikre et al. (2023) han encontrado que aunque no hay una evidencia significativa que indique una diferencia en los resultados de la atención hospitalaria frente a la partería, esta última tiende a disminuir el riesgo de cesárea, tiene un impacto significativamente positivo en países de ingresos bajos y medianos, disminuyendo dificultades tales como la

hemorragia postparto y asfixia perinatal, y hay países en los ya que se encuentra institucionalizada, como lo es en el caso de Países Bajos, en donde se cuenta con programas de formación profesional y se impulsa el componente investigativo en la práctica de la atención primaria de partería (Spelten et al., 2023).

La tercera perspectiva identificada, está dirigida a la exploración de las posturas que tienen frente a la partería diferentes grupos sociales, tales como el personal de salud, las mujeres y familias que han hecho uso de este servicio y las personas de la comunidad en general (Tabla 1). Laureano et al. (2016; 2014) se encontraron con opiniones contradictorias entre el personal de salud de Jalisco, México, en las que hay posturas tanto a favor como en contra del reconocimiento de la labor de las parteras en el sector. Con una postura mucho más positiva se encuentran las mujeres que han recibido atención dirigida por parteras en distintos lugares del mundo, como México (Botteri y Bochar, 2019) y Etiopía (Mose et al., 2023), las cuales hacen referencia a dicha atención como una experiencia de empoderamiento durante su proceso de parto y postparto, contrario a vivencias negativas en la atención hospitalaria, tales como sentimientos de vulnerabilidad. Estas opiniones van en la misma vía de hallazgos como los de Villalobos (2019) y Motta et al. (2020), que destacan la partería como una oportunidad de empoderamiento y reivindicación de la capacidad de toma de decisiones de las mujeres acerca de sus cuerpos, rescatando la perspectiva de esta y su familia.

Para finalizar, autores como la ONU (2011) y Ehrenreich y English (2006), aportan un panorama más amplio a nivel mundial e histórico, en el que se destacan los beneficios del acceso a servicios de partería de calidad para el bienestar de madres y niños en todo el mundo (ver Tabla 1), el cual debería ser garantizado por los gobiernos de cada país, y, por otra parte, se resalta el papel femenino en las labores de cuidado como un resultado de la opresión que han vivido

históricamente las mujeres en un sistema en el que a su trabajo no se le da el reconocimiento justo o es marginado, como en el caso de la partería, y se ve subordinado a los altos cargos ocupado por hombres.

Tabla 1

Perspectivas, objetivos y resultados de los estudios revisados

Perspectivas identificadas	Título del estudio	Autores	Año	País	Tipo de investigación	Área de conocimiento	Objetivo general
Saberes y prácticas de la partería	Saberes y prácticas de parteras de Buenaventura frente a la primera infancia	Arboleda, R., Minotta, S., Orobio, J. y Rentería, T.	2014	Colombia	Cualitativa	Educación y Desarrollo humano	Develar saberes y prácticas de las parteras de Buenaventura frente a la primera infancia.
	La partería tradicional	García, A., Cortina, C., Pabón, Y., Brito, K. y Freyle, Y.	2018	Colombia	Cuantitativa	Enfermería	Describir las prácticas de la partería tradicional en tres regiones del Departamento del Magdalena, Colombia.
	Comunicación intercultural en la transmisión de conocimientos, saberes y prácticas culturales de la medicina tradicional en el pueblo mestizo	Tórrez, D. y Ruiz, A.	2019	Nicaragua	Cualitativa		

costeño de Siuna						
Institucionalización y marginación de la partería	Las parteras, patrimonio de la humanidad	Alarcón, M., Sepúlveda, J. y Alarcón, I.	2011	Colombia	Medicina	Presentar el origen etimológico del término partera. Describir las parteras que han hecho aportes a la obstetricia a través de la historia. Hacer una reflexión sobre el desempeño actual de las parteras en la salud pública en diferentes regiones del mundo.
	Panorama académico y político que enfrentan las parteras tradicionales en América Latina	Carvajal, R., Gómez, M., Restrepo, N., Varela, M., Navarro, M. y Angulo, E.	2018	Colombia	Salud pública	Analizar desde una postura intercultural crítica, el panorama político que enfrentan las parteras tradicionales en América Latina.
	Aportes de la partería tradicional al ejercicio del cuidado Materno-Perinatal en	Motta, C., Ardila, I. y Becerra, A.	2020	Colombia	Enfermería	

Colombia: una visión intercultural del fenómeno						
Apropiación del conocimiento impartido en entrenamiento para atención del parto en parteras indígenas de la etnia Wayuu: Barreras y oportunidades en el territorio, en el municipio de Manaure, departamento de la Guajira, año 2019	Arregoces, A.	2019	Colombia	Mixta	Salud pública	Evaluar y comprender barreras, oportunidades y valor agregado del curso de formación complementaria con enfoque intercultural a parteras de la etnia Wayuu, en el Municipio de Manaure, La Guajira.
Partería urbana: reconfiguración de prácticas y saberes de la partería, una acción política para el cuidado de la(s) vida(s)	Alfaro, K.	2022	Colombia	Cualitativa	Antropología	
El estudio DELIVER; El impacto del desarrollo de capacidades de investigación en la investigación, la educación y la práctica de la partería holandesa	Spelten, E., Gitsels, J., Verhoeven, C., Hutton, E. y Martin, L.	2023	Países Bajos	Cuantitativa	Salud	

	Beneficios y riesgos infantiles y maternos de la partería: una revisión sistemática y un metaanálisis	Wassén, L., Borgström, B., Frantz, S., Hagman, A., Lindroth, M., Rubertsson, C., Strandell, A., Svanberg, T., Wessberg, A. y Wallerstedt, S.	2023	Suecia	Cuantitativa		Revisar los beneficios y riesgos de la atención de partería, en comparación con la atención estándar comparable al entorno sueco.
	Efectividad de la atención dirigida por parteras sobre los resultados del embarazo en países de ingresos bajos y medianos: una revisión sistemática y un metanálisis	Fikre, R., Gubbels, J., Teklesilassie, W. y Gerards, S.	2023		Cuantitativa		Evaluar la efectividad de la atención dirigida por parteras sobre los resultados del embarazo en países de ingresos bajos y medianos.
Posturas frente a la partería desde grupos sociales, personal de salud, mujeres y familias usuarias del servicio	Ejercicio tradicional de la partería frente a su profesionalización: estudio de caso en Jalisco, México	Laureano, J., Villaseñor, M., Mejía, M. y Ramírez, H.	2016	México	Mixta	Salud pública	Analizar el estado de la partería en Jalisco, México, frente al proceso de profesionalización.
	Experiencia y perspectiva del personal de salud y actores sociales ante la	Laureano, J., Villaseñor, M., Mejía, M.,	2014	México	Cualitativa	Salud pública	Explorar la experiencia y perspectiva social del personal de

práctica de la partería en Jalisco	Márquez, J. y Ibarra, M.	salud y diferentes actores sociales ante la práctica de la partería en Jalisco, al 2012.			
Saberes que conectan con el poder durante el parto: la partería tradicional en Morelos (México)		Botteri, E. y Bochar, J.	2019	México	Cualitativa Antropología
		El objetivo de este artículo es mostrar la posibilidad de empoderamiento (Murguialday, Pérez de Armiño y Eizaguirre, 2001) de las mujeres a través de la medicina de la partería tradicional mexicana y las condiciones que propician un buen parto mediante las diferentes herramientas que la componen: las sobadas, el rebozo, la medicina placentaria y el cierre posparto, poniendo de manifiesto cómo tales herramientas favorecen lo que se suele llamar			

continuum en el cuidado (Liedloff, 2009).

	Percepción de las mujeres embarazadas sobre el modelo de atención de continuidad dirigido por parteras en Etiopía: un estudio cualitativo	Mose, A., Fikadu, Y., Zewdie, A., Haile, K., Shitu, S., Wasie, A. y Nuriye, K.	2023	Etiopía	Cualitativa	Medicina	Explorar la percepción y experiencia de las mujeres embarazadas sobre un modelo de MLCC en Etiopía.
	La partería: una perspectiva feminista sobre el cuidado	Villalobos, M.	2019	Colombia	Cualitativa	Ciencias humanas	Analizar el saber de la partería, desde sus prácticas, con una perspectiva feminista del cuidado.
Panorama mundial e histórico acerca de los beneficios del servicio de partería	El estado de las parteras en el mundo, cuidar la salud, salvar vidas	Organización de las Naciones Unidas (ONU)	2011			Salud pública	
	Brujas, parteras y enfermeras: Una historia de sanadoras	Ehrenreich, B. y English, D.	2006	Estados Unidos			

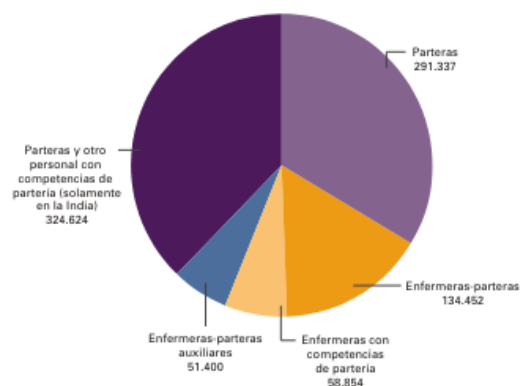
3. Justificación

La partería es un tema que mueve al mundo, como se puede observar en las figuras 1 y 2, elaboradas por la ONU (2011, p. 17), en donde se puede evidenciar la cantidad de mujeres que ejercen esta labor y su prevalencia en las distintas regiones. Sin embargo, en la misma medida en la que se implementa, también suele causar controversias acerca de si es una práctica adecuada, no obstante, son más las pruebas y estudios que demuestran la importancia de esta labor en todo el mundo, y más aún para lugares en los que son escasos los recursos económicos, por lo cual es sumamente difícil acceder a un servicio de salud oportuno y de calidad. Como lo informa la ONU (2011), “cada año, aproximadamente 350.000 mujeres pierden la vida en el embarazo o el parto, hasta dos millones de recién nacidos mueren en las primeras 24 horas de vida y hay 2,6 millones de mortinatos” (p. 3).

Figura 1

“Cantidad de personal con competencias de partería” (ONU, 2011, P. 17).

GRÁFICO 2.1 Cantidad de personal con competencias de partería

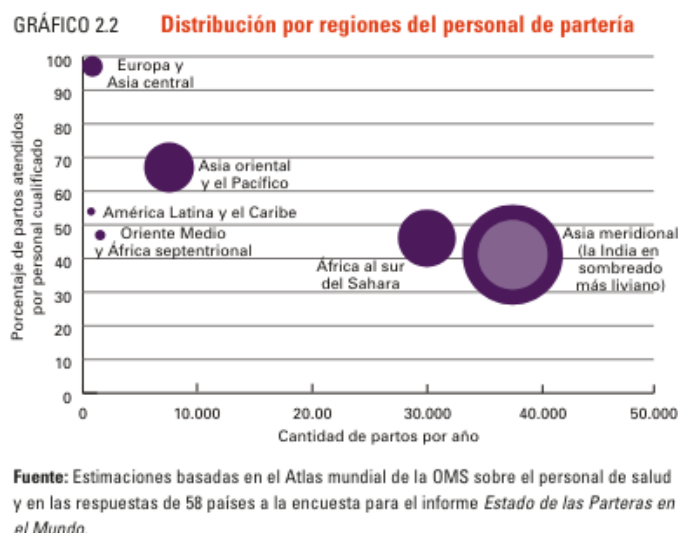


Fuente: Estimaciones basadas en el Atlas mundial de la OMS sobre el personal de salud y en las respuestas de 58 países a la encuesta para el informe *Estado de las Parteras en el Mundo*.

Nota. Tomada de ONU (2011, p. 17).

Figura 2

“Distribución por regiones del personal de partería” (ONU, 2011, P. 17).



Nota. Tomada de ONU (2011, p. 17).

Hay múltiples posturas en contra de esta labor, como por ejemplo la de los prestadores de servicios de salud en Jalisco, México, en la que “están de acuerdo en que esta práctica tradicional desaparezca con el “avance y medicalización científica de la salud”” (Laureano et al., 2016, p. 281), “aluden “no validez científica” de la práctica de partería tradicional” (Laureano et al., 2016, p. 281) y “señalan que en lugar de invertir en la profesionalización de parteras, se debería dar seguridad laboral a médicos ginecobstetras y crear nuevos hospitales con personal de salud del área médica y paramédica” (Laureano et al., 2016, p. 281); planteando como propuesta de acción respecto al reconocimiento de la partería en el sector “vigilar a las parteras tradicionales existentes” (Laureano et al., 2016, p. 281) y “que ejerzan como un recurso auxiliar del médico en la vigilancia del embarazo” (Laureano et al., 2016, p. 281).

Perspectivas como estas persisten, aunque se ha demostrado que la atención brindada desde la partería se torna fundamental para el bienestar de madres y niños en todo el mundo, teniendo un éxito significativo que ha sido registrado en numerosas ocasiones a la hora de ayudar a salvar sus vidas e incluso llegando a reducir el riesgo de cesárea (ONU, 2011; Wassén et al., 2023; Fikre et al., 2023).

La experiencia del parto mediante esta práctica, según relatan las propias mujeres, es opuesta a la situación que se vive en la atención hospitalaria, en la cual los sentimientos de vulnerabilidad son transversales al proceso (Botteri y Bochar, 2019; Mose et al., 2023; Villalobos, 2019; Motta et al., 2020). La investigación de Botteri y Bochar (2019) pone en evidencia testimonios de las mujeres al respecto, tales como:

Después de una cesárea no esperada no vi a mi hijo por un tiempo largo, tres días... Ni mi esposo ni nadie pudo verlo hasta tres días después, por mucho tiempo tuve culpa y sentí desprecio por mí misma y ese desprecio se proyectaba sobre el bebé, por eso no quise amamantarlo. Tengo una herida profunda que sané con mi segundo parto donde decidí buscar a una partera, parir en casa y amamantar a mi niño. Cuando nació mi segundo hijo fue mágico y lleno de amor en mi casa.... Esto me permitió expurgar culpas y tantos dolores respecto de mi primer parto. (p. 131)

En un testimonio adicional, se reconoce además que:

Este hecho me permitió también adueñarme de mi posparto donde, con la ayuda de la partera que me sobó, me masajé y cerró mi ciclo de parto, me sentí muy fuerte, invencible, lista para vivir en plenitud y conectada con todas las mujeres que parieron antes que yo. Nosotras, las mujeres, estamos plenas de poder. (p. 132)

Sin embargo, y a pesar de todos los factores positivos mencionados anteriormente, la partería es una “práctica femenina e histórica” (Villalobos, 2019, p. 51), que mundialmente se ha visto invisibilizada y desplazada por el dominio patriarcal ejercido desde el surgimiento de la obstetricia como una profesión en la que se considera al médico como único portador de conocimiento y habilidades para la atención de las mujeres gestantes, usando como argumento la carencia de estudios profesionales y la falta de fundamento científico de la práctica, desconociendo, por tanto, los años de tradición y saberes ancestrales de una gran cantidad de mujeres (Villalobos, 2019), quienes:

Señalan olvido y abandono del sector salud en la última década, con la desacreditación de prácticas y saberes por personal médico, que son asumidas como barreras para trabajar en conjunto, así justifica su desempeño de manera individual y oculta al sistema de salud.

(Laureano et al., 2016, p. 279)

Lo anterior ha contribuido a que las parteras no cuenten con un rol político definido (Alarcón et al., 2011; Carvajal et al., 2018), en el que:

Las políticas nacionales relativas a los servicios de salud materna y neonatal muy a menudo no tienen en cuenta la importancia fundamental del personal de partería ni la apremiante necesidad de mejorar la calidad de la atención, respetando los derechos de las pacientes. (ONU, 2011, p. 4)

No obstante, hay lugares como Países Bajos en donde la partería ha sido institucionalizada y los resultados han sido sumamente positivos (Spelten et al. 2023). Algo similar ocurre en el caso de los esfuerzos realizados en Colombia, a través de los distintos cursos brindados a las parteras en la Guajira con el objetivo de rescatar e institucionalizar la práctica, y ante todo, disminuir la mortalidad de mujeres y niños (Arregoces, 2019), y la labor llevada a

cabo por las parteras al interior de las ciudades, en la que se brinda y promueve un parto humanizado como alternativa a los servicios ofrecidos por el sistema de salud, que, a su vez, logra visibilizarse a través de investigaciones como la que realiza Alfaro (2022).

El fenómeno de marginación hacia la partería no solo se ha evidenciado a nivel político y desde el sector de la salud, sino que también es posible observar su impacto desde la Psicología, disciplina desde la cual no se encuentran estudios realizados sobre asuntos como los aspectos psicosociales, procesos de construcción de subjetividad, identidad, empoderamiento y relaciones de género que esta involucra. Además de esto, en la búsqueda de estudios que articulen la partería con los repertorios interpretativos, no se hallan investigaciones. De igual forma, pese a que la gran mayoría de estudios encontrados fueron realizados desde América Latina y hay una cantidad considerable de los mismos situados en el contexto colombiano, estos no son tan recientes como los realizados a otras latitudes, principalmente desde Europa.

De acuerdo con lo anterior, se considera que es fundamental empezar a construir aportes desde la psicología para el estudio de la partería, que permitan dar mayor visibilización a esta labor en el país. Es por ello que con la presente investigación se busca comprender a través de la terminología (repertorios interpretativos) usada por las personas, en este caso, siendo la población de interés las parteras, las madres que hayan hecho uso de este servicio y los profesionales de la salud, elementos de formación de subjetividad e intersubjetividad acerca de la partería, su estatus (como práctica, trabajo, arte, etc.) y sus beneficios o riesgos para el cuidado de la salud.

4. Problema de investigación

Hablar acerca de la partería, necesariamente implica sumergirse en una multitud de opiniones y perspectivas que en muchos casos pueden resultar contradictorias; históricamente, esta labor se ha visto inmersa en unas condiciones de invisibilización y estigma (Villalobos, 2019; Ehrenreich y English, 2006; Laureano et al., 2016), que hasta el día de hoy la posicionan con un rol político poco claro en varios lugares del mundo (Alarcón et al., 2011; Carvajal et al., 2018).

Sin embargo, actualmente, la partería comienza a adquirir un mayor reconocimiento a nivel mundial, no solo gracias a los esfuerzos de organizaciones internacionales para reivindicar e informar acerca de su importancia para la salud materna y perinatal (ONU, 2011) y las distintas propuestas que surgen para su institucionalización (Arregoces, 2019), sino también debido a las diversas investigaciones que han puesto de manifiesto los beneficios de la partería no sólo para la salud, sino también, como lo han expresado muchas mujeres en sus testimonios (Botteri y Bochar, 2019; Mose et al., 2023), para la vivencia de un parto humanizado, que les permite a su vez empoderarse de este proceso tan importante a través de la posibilidad de toma de decisiones y la apropiación corporal y emocional (Villalobos, 2019; Motta et al., 2020).

Pese a toda la evidencia a favor de esta práctica, actualmente, el panorama en América Latina evidencia una falta de visibilización y apoyo gubernamental a la labor realizada por las parteras (Laureano et al., 2016), es por ello que surge el interés por conocer las perspectivas, a través de la identificación de los repertorios interpretativos, de distintos grupos poblacionales, en este caso, las mismas parteras, quienes aportarán una visión acerca de la forma en la que definen su labor y la ponen en práctica, y los beneficios o riesgos que identifican en la misma para el

parto humanizado y el cuidado de la salud; las madres que han hecho uso de este servicio, para conocer a través de su experiencia los beneficios o riesgos de la práctica para ellas y sus hijos, indagando en aspectos tales como el parto humanizado; y, finalmente, los profesionales del área de la salud, que pueden aportar, desde el punto de vista de su profesión los beneficios o riesgos que identifican en la práctica de la partería, para a su vez indagar acerca de su forma de definirla y el posicionamiento que adoptan frente al rol que deberían tener las parteras en el sistema de salud.

4.1. Pregunta de investigación

¿Qué repertorios interpretativos se presentan por parte de mujeres parteras, madres usuarias del servicio y profesionales de la salud acerca de la partería, su estatus (como práctica, trabajo, arte, etc.), posibles beneficios y riesgos para el parto humanizado y el cuidado de la salud?

4.2. Objetivos

4.2.1. General

Conocer los repertorios interpretativos que se presentan por parte de mujeres parteras, madres usuarias del servicio y profesionales de la salud acerca de la partería, su estatus, sus beneficios y riesgos para contribuir al parto humanizado y el cuidado de la salud.

4.2.2. Específicos

Explorar los repertorios interpretativos por parte de mujeres parteras y profesionales de la salud acerca de la partería, su estatus, beneficios y riesgos que identifican para el parto humanizado y el cuidado de la salud, desde sus respectivas experiencias, roles y contextos de práctica.

Identificar los repertorios interpretativos acerca de la partería que presentan mujeres que recibieron atención por parte de parteras durante los procesos de embarazo, parto y/o postparto, considerando los posibles beneficios y riesgos para ellas y sus hijos.

Analizar las convergencias y tensiones entre los repertorios interpretativos de mujeres parteras y madres usuarias del servicio de partería, en contraste con los del personal de salud, en torno a la partería, su estatus, y los beneficios y riesgos que identifican para el parto humanizado y el cuidado de la salud.

5. Marco conceptual

A continuación, se abordan los dos componentes principales del problema propuesto para la presente investigación, el primero de ellos siendo los repertorios interpretativos, vistos desde la propuesta del análisis del discurso de Wetherell y Potter (1996), y el segundo, la partería, partiendo desde referentes tales como UNFPA y DANE (2023), Alarcón et al. (2011) y Alfaro (2022), término que implica a su vez conceptos tales como el parto humanizado y la violencia obstétrica, que también se consideran dentro el presente apartado.

5.1. Repertorios interpretativos

Para comprender qué son los repertorios interpretativos, es necesario, en primer lugar, comprender que es un concepto que se desprende de nociones mucho más amplias, como lo son el lenguaje, el discurso y el análisis del discurso, es por ello que se considera relevante hacer un abordaje de estas como punto de partida, desde la más amplia hasta la más concreta.

La primera de ellas es el lenguaje, el cual, más que ser un medio a través del que se expresan ideas sobre el mundo, es la base de las ideas mismas y el conocimiento que da lugar a estas, por lo que se concebirá no como un descriptor, sino como una práctica social que permite construir la realidad (Garay et al., 2005), “así la versatilidad del lenguaje permite la construcción de diferentes discursos y explicaciones” (Garay et al., 2005, p. 114), de aquí parte otro de los conceptos clave para el desarrollo de este trabajo: el discurso.

Son múltiples y muy variadas las definiciones que se han propuesto sobre el discurso, por lo que no se podrá traer aquí una definición universal sobre el término, sin embargo, en términos

generales, de acuerdo con Íñiguez (2003), algunas de las concepciones más comunes en el área de las ciencias humanas, coinciden en definir al discurso como un conjunto de enunciados dichos en un contexto interactivo, que construyen un objeto y están influenciados por las posiciones sociales o ideológicas de los hablantes. Para su estudio surge el análisis del discurso, inicialmente como un área teórico-práctica de la Lingüística, que desde los años ochenta, sería implementada en diversas disciplinas, tales como la Antropología, Sociología, Psicología, etc., por lo que, desde cada una de ellas se tiene una concepción y formas distintas de aplicarlo en la práctica, dando origen a distintas tradiciones del análisis del discurso, entre ellas (Íñiguez, 2003):

La sociolingüística interaccional, que tiene su interés principal en el análisis de las interacciones en las que los participantes pueden contar con sistemas de valores o creencias distintas, debido a su pertenencia cultural u estatus, y pertenece a las áreas de la Antropología, Sociología y Lingüística (Íñiguez, 2003).

La etnografía de la comunicación, que proviene de la Antropología y la Lingüística (Íñiguez, 2003), buscando comprender cómo los factores sociales, psicológicos, culturales y lingüísticos intervienen en el correcto uso del lenguaje (Shiffrin, 1994, como se citó en Íñiguez, 2003).

El análisis conversacional, cuyo propósito es entender la organización y funcionamiento de la sociedad, partiendo de las acciones de las personas, con un enfoque sociológico (Íñiguez, 2003).

Y la psicología discursiva, esta última orienta su interés hacia la acción del habla y la escritura, la cual es construida por los actores sociales, es decir que, se encarga de estudiar la forma en que el conocimiento es construido a través del discurso. Entre las propuestas para el análisis del discurso dentro de la tradición psicológica, una de las más destacadas y la cual marca

la pauta para la investigación que aquí se propondrá, es la de Wetherell y Potter en su obra titulada “Discourse and social psychology” (1987), quienes plantean que en el análisis del discurso no sólo se deben analizar las funciones del lenguaje, sino también su variabilidad, la forma en que los actores sociales a través de su interacción lingüística evidencian sus distintas perspectivas sobre la realidad (Íñiguez, 2003).

De acuerdo con lo anterior, la propuesta de Wetherell y Potter (1987), se basa en “identificar repertorios interpretativos que utilizan los hablantes y analizarlos a partir de su variabilidad y función” (Jiménez y Morales, 2022, p. 6), destacando entonces como los tres componentes básicos para el análisis del discurso los conceptos de función, variación y repertorios interpretativos (Wetherell y Potter, 1996).

Dada la orientación del discurso hacia la acción, se entiende que los actores sociales hacen cosas cuando hablan, tales como juicios, preguntas, argumentaciones, etc., a este hecho se le conoce como la función del lenguaje, la cual en muchas ocasiones no queda totalmente en evidencia, requiriendo cierto nivel de interpretación, razón por la cual los autores argumentan que no puede ser el único interés del análisis del discurso (Wetherell y Potter, 1996).

La variación, por otra parte, hace referencia a cómo, aunque los hablantes se refirieron “a un mismo tema, existe una alusión a diversas fuentes discursivas, algunas de ellas que incluso podrían leerse como antagónicas o contradictorias” (Jiménez y Morales, 2022, p. 6), por lo que la variabilidad es considerada tanto como “un índice de la función como un índice de las distintas maneras en que se puede fabricar una explicación” (Wetherell y Potter, 1996, p. 3).

Finalmente, llegando al punto y al concepto clave que se quiere articular en este trabajo, se encuentran los repertorios interpretativos; estos constituyen la unidad de análisis central del análisis del discurso para Wetherell y Potter (1996) y representan un referente sumamente

importante a partir del cual se han desarrollado múltiples investigaciones desde distintas áreas de estudio, algunas de las cuales se retoman en el apartado de Antecedentes. Dado su origen, no se encuentran grandes variaciones en la definición de este concepto, siendo estos autores el principal referente para los estudios que hacen uso de esta herramienta de análisis.

Wetherell y Potter (1996) definen los repertorios interpretativos como:

Los elementos esenciales que los hablantes utilizan para construir versiones de las acciones, los procesos cognitivos y otros fenómenos. Cualquier repertorio interpretativo determinado está constituido por una restringida gama de términos usados de una manera estilística y gramatical específica. Normalmente estos términos derivan de una o más metáforas clave, y la presencia de un repertorio a menudo está señalada por ciertos tropos o figuras del discurso. (p. 3)

Pese a que la mayoría de los autores que hablan acerca del tema de los repertorios interpretativos suelen tomar como base la definición mencionada anteriormente, introducen ciertas variaciones, de acuerdo con la interpretación que le dan al concepto, tal es el caso de:

Jiménez y Morales (2022), quienes proponen que “los repertorios interpretativos representan sistemas de términos que los hablantes usan para evaluar y caracterizar acciones, eventos y otros fenómenos” (p. 6).

Sánchez (2014), para quien “los repertorios interpretativos pueden ser entendidos como aquellos recursos socialmente compartidos, utilizados para elaborar producciones discursivas contextualizadas. Es decir, son un medio para comprender no sólo el contenido del discurso, sino también cómo se organiza” (p. 95).

Y Garay, et al. (2005), que plantean los repertorios interpretativos como:

Una especie de “catálogos” de términos y formas de hablar recurrentes que provienen y de las cuales nos provee el contexto social, histórico y cultural en el que desarrollamos nuestra vida... para construir y dar sentido a todo aquello que nos envuelve. Los repertorios interpretativos serían como una caja de herramientas de la que nos servimos para construir explicaciones e interpretaciones sobre los acontecimientos. (p. 118)

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, para el propósito de la presente investigación y tomando como guía la propuesta de Wetherell y Potter (1996) y las variaciones a la misma, se entenderá de ahora en adelante a los repertorios interpretativos como una serie de términos usados por las personas en su discurso, a partir de los cuales se pueden extraer categorías generales socialmente compartidas para referirse a determinados temas, en este caso, acerca de la partería.

5.2. Partería

De manera general, el concepto de la partería se ha utilizado desde tiempos remotos para referirse a las mujeres que realizan un acompañamiento, y de alguna forma terminan compartiendo el proceso de embarazo y nacimiento junto a las madres (Alarcón et al., 2011); a estas mujeres se les conoce con distintos nombres, entre ellos, con el término “matrona, del latín *matrina*” (Alarcón et al., 2011, p. 189) cuya raíz etimológica proviene del latín “*mater* y *matrix*, que significan madre” (Alarcón et al., 2011, p. 189), comadrona “del latín *cum matre*, que lleva implícita la función de acompañar el trance de la maternidad” (Alarcón et al., 2011, p. 189), y, partera, que es tal vez el más usado para referirse a ellas, “proveniente del latín *partus*” (Alarcón et al., 2011, p. 189).

Otro concepto que se ha asociado y que en muchas ocasiones suele confundirse con el de “partera”, es el de “doula”, que, si bien guarda relación con éste, difiere en que las doulas realizan asesoramiento y acompañamiento durante el embarazo y posparto, sin embargo, no se encargan del recibimiento del parto como las parteras o matronas (Alfaro, 2022).

De manera similar, como existen diversas formas de referirse a quienes practican la partería, también hay posicionamientos distintos a través de los cuales poder entender esta labor, particularmente se hará referencia a dos de ellos, la partería como profesión y la partería como tradición (UNFPA y DANE, 2023).

En la primera de ellas se entenderá la partería como “una disciplina que se enfoca en la atención del parto, a través de la construcción de habilidades y actitudes en obstetricia y enfermería que permiten un acceso a los servicios de partería de calidad” (UNFPA y DANE, 2023, p. 7).

En la segunda, por otra parte, la partería hará referencia a un saber y labor ancestral, que constituye una forma de expresión étnica y cultural transmitida de generación en generación, y que, por tanto, es considerada patrimonio inmaterial colombiano, siendo una práctica predominantemente femenina, que tiene el objetivo de brindar apoyo, atención y asesoramiento durante el embarazo, el trabajo de parto y el puerperio, atender las medidas de prevención y detección de complicaciones con la gestante y el recién nacido, así como también de prestar servicios de salud, diagnóstico y medicina ancestral a las comunidades que con frecuencia suelen ser remotas, generalmente, de forma gratuita (UNFPA y DANE, 2023; Corte Constitucional de Colombia, 2022).

Respecto a esta dualidad surgen debates y tensiones, principalmente referentes a la relación entre la partería y el sistema de salud, puesto que, como se ha mencionado, es común

que las parteras sean catalogadas desde una perspectiva profesional y masculina, como “mujeres iletradas e ignorantes” (Villalobos, 2019, p. 45), por lo que la partería como tradición ha sido relegada e invisibilizada, específicamente a nivel nacional, siendo objeto “de estigmatización y rechazo, debido a la ausencia de reconocimiento por parte del Estado y del Sistema de Seguridad Social en Salud.” (Sentencia T-128 de 2022, La protección legal y constitucional de la diversidad étnica y de la partería, párr. 41).

Situación que se da, pese a que, particularmente, en Colombia el panorama legislativo dispone:

Reconocer y exaltar la partería como un saber ancestral y patrimonio cultural de la Nación, así como una forma de expresión cultural y étnica, una manifestación de la pluralidad de la Nación y una forma de protección de los derechos reproductivos de las mujeres que pertenecen a las comunidades en donde se ejerce este saber. (Sentencia T-128 de 2022, *Decisión*, párr. 3)

Incluyendo, por ejemplo, los “Saberes asociados a la partería afro del Pacífico” en la Lista Representativa de Patrimonio Cultural Inmaterial del ámbito nacional” (Ministerio de Cultura de Colombia, 2017, p. 1), autorizando la certificación de nacimientos por parte de parteras pertenecientes a la Asociación de la Red Interétnica de Parteras y Parteros del departamento del Chocó (ASOREDIPARCHOCO) a través de los formatos de Notificación de Nacimiento para Personas Pertenecientes a Grupos Étnicos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2021), apoyando los procesos de capacitación y formación propios de las parteras tradicionales y desarrollando estrategias que permitan garantizar la calidad y seguridad de la atención (Congreso

de la República de Colombia, 2022), además de sentar las bases para garantizar la integración de las parteras en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Sentencia T-128 de 2022).

Respecto las condiciones de estigmatización anteriormente descritas, se han hecho esfuerzos para su institucionalización y profesionalización (Arregoces, 2019), cosa que, sin embargo, se convierte en un arma de doble filo cuando se toma en cuenta que puede traer como resultado, más que el reconocimiento hacia las parteras y su práctica, el sometimiento, control y desconocimiento de saberes ancestrales a través de la imposición de los conocimientos y procedimientos propios de la medicina (Villalobos, 2019).

Si bien, como se ha mencionado con anterioridad en los apartados de Antecedentes y Justificación, la partería cuenta con una gran importancia para salvaguardar las vidas de madres y niños a nivel mundial, y más específicamente en aquellos lugares en los que hay diversas barreras para el acceso a un oportuno servicio de salud, su alcance no se limita a estos sectores, sino que comienza a tomar mucho valor y reconocimiento en las grandes ciudades, surgiendo así el término de la partería urbana (Alfaro, 2022). Esta, hace referencia a una práctica que integra elementos de los saberes ancestrales provenientes de la partería tradicional, con conocimientos técnicos adquiridos a través de procesos formales de formación y el uso de recursos que pueden ser de difícil acceso en áreas rurales, tales como las herramientas tecnológicas, para brindar atención a madres durante la gestación, parto y postparto como una alternativa adaptada para dar respuesta a las necesidades particulares de mujeres cuyos contextos implican creencias y costumbres distintos a aquellos donde la partería tradicional tiene origen, teniendo en cuenta, por tanto, factores tales como la pertenencia a sistemas propios de los entornos urbanos (Alfaro, 2022).

Es entonces en los entornos urbanos que la partería como tradición cobra una creciente importancia, siendo una opción elegida por muchas mujeres por sobre el parto en entidades hospitalarias (Alfaro, 2022), debido a que promueve un parto humanizado, el cual implica “tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio” (Almaguer et al., 2012, p. 45), además de proporcionar de manera oportuna distintas herramientas y conocimientos que ayuden a disminuir los sentimientos de ansiedad que se pueden presentar (Palma, 2020), permitiendo que, como se ha venido mencionando, las mujeres se empoderen durante este proceso y puedan recordarlo como un momento agradable (Almaguer et al., 2012).

Esto, según los testimonios de muchas mujeres, no se evidencia con frecuencia en los entornos hospitalarios, en donde ellas cuentan haber sufrido distintos grados de violencia obstétrica, causando que la experiencia se vuelva traumática (ver Justificación), entendiendo la violencia obstétrica como:

La apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por el personal de la salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (Ley 36668 de 2007, como se citó en Vallana, 2019, p. 134)

En conclusión, se puede observar cómo la partería ha jugado un papel fundamental a lo largo de los años y alrededor del mundo, reivindicando su importancia en la actualidad, en donde ha pasado de ser utilizada por una necesidad, a ser elegida por las madres y familias para llevar a

cabo este proceso tan fundamental, debido a que sus características permiten su participación activa y vivencia más tranquila de la experiencia, pese a que, en muchas ocasiones, estos aportes resultan invisibilizados y desconocidos, dando cuenta de obstáculos para el reconocimiento de la partería y de sus aportes al trabajo del cuidado materno-perinatal de la salud.

6. Metodología

Ahora se describirá todo el ámbito metodológico que se adoptó para la realización de este trabajo, comenzando por el tipo y diseño de investigación, posteriormente describiendo los participantes, especificando los criterios de inclusión y exclusión tenidos en cuenta, la estrategia de recolección de la información y la postura adoptada para su análisis, y, finalmente, se aborda el sistema de categorías, incluyendo su definición y el instrumento de recolección de información propuesto para dar cuenta de las mismas.

6.1. Tipo

Teniendo en cuenta la naturaleza de esta investigación, esta se enmarca en el tipo cualitativo, el cual, de acuerdo con Hernández et al. (2014):

Se selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados... es recomendable cuando el tema del estudio ha sido poco explorado o no se ha hecho investigación al respecto en ningún grupo social específico. (p. 358)

Dado que se propuso indagar acerca de los repertorios interpretativos que se presentan en tres grupos poblacionales (mujeres parteras, madres usuarias del servicio y profesionales de la salud) acerca de la partería, su estatus (como práctica, trabajo, arte, etc.), posibles beneficios y riesgos para el parto humanizado y el cuidado de la salud, es la investigación cualitativa la que permitió llevar a cabo este proceso, a través de la recolección de los discursos construidos sobre

el tema por parte de estos grupos, a partir de sus propias perspectivas y experiencias. Además de considerarse el tipo de investigación más pertinente, debido a que, como se evidenció en el apartado de Antecedentes, el tema planteado no había sido estudiado con anterioridad.

6.2. Diseño

La presente investigación tuvo un diseño etnográfico-narrativo, siendo éste primero, de acuerdo con Hernández et al. (2014), un estudio que tiene como propósito indagar y tratar de entender las distintas “creencias, significados, conocimientos y prácticas” (p. 482), dados en los diferentes “sistemas sociales (grupos, comunidades, culturas y sociedades)” (p. 482); y entendiendo la narrativa como el diseño de investigación que permitirá conocer la experiencia, “pensamientos, sentimientos, emociones e interacciones” (Hernández et al., 2014, p. 148) respecto a un evento específico, a partir de las propias narraciones de los participantes (Hernández et al., 2014). Lo anterior, debido a que estas perspectivas son afines a lo que se planteó aquí, que es indagar acerca de los diferentes repertorios interpretativos que tienen tres grupos sociales (parteras, madres usuarias del servicio y profesionales de la salud) acerca de la partería, a partir de la perspectiva de los propios integrantes.

6.3. Participantes

Como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, uno de los intereses centrales fue conocer los repertorios interpretativos que tienen tres grupos sociales acerca de la partería, es por

ello que los participantes estuvieron conformados por 4 parteras, 5 madres usuarias de este servicio y 5 profesionales de la salud, que cumplieron con los siguientes requerimientos:

6.3.1. Criterios de inclusión

6.3.1.1. Parteras.

- Voluntariedad de participación.
- Tener experiencia previa en la práctica.

6.3.1.2. Madres.

- Voluntariedad de participación.
- Haber tenido la experiencia de parto acompañado por partera.

6.3.1.3. Profesionales de la salud.

- Voluntariedad de participación.
- Personal médico o de enfermería familiarizado con el área de ginecología, obstetricia y/o pediatría.

6.3.2. Caracterización de los participantes

De acuerdo con lo anterior, los participantes que conformaron los tres grupos poblacionales mencionados, tuvieron las características particulares descritas a continuación.

Tabla 2

Caracterización del grupo de las parteras

Participante	Edad	Tiempo de experiencia	Tipo de partería	Estado en la práctica	Lugar de residencia	Lugar(es) donde ha ejercido
P1	48 años	10 años aprox.	Urbana	Activo	Villa de Leyva, Boyacá	Cali, Valle del Cauca Barichara, Santander Villa de Leyva, Boyacá
P2	55 años	20 años aprox.	Tradicional (campesina)	Inactivo (desde hace 15 años aprox.)	Puerto Rico, Caquetá	Puerto Rico, Caquetá
P3	50 años aprox.	42 años aprox.	Tradicional (indígena)	Activo	Territorio Muisca	Territorio Muisca
P4	74 años	10 años aprox.	Tradicional (campesina)	Inactiva (desde hace 20 años aprox.)	Cali, Valle del Cauca	Sevilla, Valle del Cauca Cali, Valle del Cauca

Tabla 3

Caracterización del grupo de las madres

Participant e	Eda d	No. de hijos	No. de partos en entidades hospitalarias	No. de partos acompañados por partera	Tiempo desde que tuvo el parto acompañado o por partera	Lugar donde recibió atención desde la partería	Lugar de residencia
M1	58 años	4	3	1 (primer hijo)	42 años	Cali, Valle del Cauca	Cali, Valle del Cauca
M2	60 años	2	1	1 (segundo hijo)	38 años	Cali, Valle del Cauca	Cali, Valle del Cauca
M3	57 años	3	2	1 (primera hija)	41 años	San Agustín, Huila	Cali, Valle del Cauca
M4	46 años	4	2	2 (primera hija y segunda hija)	27 años y 25 años	Tumaco, Nariño	Cali, Valle del Cauca
M5	48 años	3	2	1 (primera hija)	31 años	Viterbo, Caldas	Cali, Valle del Cauca

Tabla 4

Caracterización del grupo de los profesionales de la salud

Participant e	Edad	Lugar de trabajo	Área de especialidad	Cargo	Tiempo de experiencia	Lugar de residencia
PS1	32 años	Hospital Universitario del Valle	Ginecología y Obstetricia	Médico residente	3 años	Cali, Valle del Cauca
PS2	41 años	Fundación Valle del Lili	Ginecología (atención de	Médico ginecólogo	15 años	Cali, Valle del Cauca

embarazos de alto riesgo)						
PS3	31 años	Hospital Universitario del Valle	Pediatría (unidad de Pediatría Social)	Médico pediatra	3 años	Cali, Valle del Cauca
PS4	31 años	Hospital Universitario del Valle	Urgencias	Médico pediatra	10 años	Cali, Valle del Cauca
PS5	31 años	Hospital Universitario del Valle	Urgencias pediátricas	Médico general	3 años	Cali, Valle del Cauca

6.3.3. Muestreo

Finalmente, cabe resaltar que las participantes caracterizados con anterioridad, fueron convocados a través de un muestreo intencional con estrategia bola de nieve, el cual resultó ser el más adecuado, considerando los criterios específicos establecidos para cada uno de los grupos poblacionales y las limitaciones encontradas a la hora de contactar con los mismos para realizar la recolección de información, debido a distintas circunstancias relacionadas con la disponibilidad horaria, barreras geográficas, de conectividad y, en general, dificultades para establecer un contacto efectivo.

6.4. Recolección de información

Al ser una investigación con un diseño cualitativo, cuyo objetivo es el análisis de la información obtenida mediante la realización de entrevistas a personas pertenecientes a los tres grupos poblacionales mencionados con anterioridad, para a partir de ahí poder identificar los

repertorios interpretativos, se consideró pertinente utilizar como herramienta de recolección de información la entrevista semiestructurada individual, que hace referencia a “una guía de asuntos o preguntas” (Hernández et al., 2014, p, 403) en la que “el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (Hernández et al., 2014, p. 403). Esto, debido a que, permitió llevar un orden y tener el foco puesto en los objetivos de la investigación, a partir del instrumento base construido (ver Anexo A), teniendo la posibilidad de profundizar mucho más en aquellos temas presentes en los discursos que fueron enriquecedores e importantes para la misma.

En cuanto al proceso para llevar a cabo esta fase de la investigación, las entrevistas se llevaron a cabo en su totalidad en la modalidad de presencialidad asistida por medios virtuales, debido a las limitaciones mencionadas con anterioridad respecto al acceso a la población, dejando registro de las mismas en grabaciones de audio de las que posteriormente se realizó la respectiva transcripción, lo anterior, teniendo el consentimiento previo de los participantes.

6.5. Consideraciones éticas

Teniendo en cuenta las características de los participantes, especialmente de las parteras, quienes en el ejercicio de la práctica pueden estar expuestas a persecución y estigmatización, esta investigación se rigió bajo los principios éticos de investigación: (a) respeto por la dignidad de las personas y de los pueblos, (b) cuidado competente del bienestar de otras personas, (c) integridad, y (d) responsabilidades profesionales y científicas con la sociedad, recibiendo el aval del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Psicología (CEIFP) durante la sesión

realizada el 10 de junio de 2025, firmado el 18 de junio del 2025 bajo el consecutivo CEIFP 103-25 (ver Anexo B).

Lo anterior, llevando a cabo el respectivo diligenciamiento de consentimiento informado (ver Anexo C) previo a la recolección de información, en el cual se informó explícitamente el objetivo de la investigación, los procedimientos a realizar y la voluntariedad de la participación, así como los niveles de riesgo (bajo a nivel psicológico y social) de la misma y las medidas para minimizarlos, entre las que se encuentran: la completa confidencialidad de la identidad de los participantes, durante y después de terminado el proceso, quedando registro anónimo de la información en los productos vinculados con este trabajo de grado; y el manejo responsable de la información suministrada, la cual fue utilizada únicamente con fines académicos, teniendo acceso a la misma únicamente las personas necesarias para llevar a cabo el proceso de investigación y su respectiva evaluación. Lo anterior con el objetivo de favorecer la libre toma de decisiones y salvaguardar la integridad y privacidad de los participantes.

6.6. Análisis de información

Considerando que esta investigación se enmarca en la propuesta conceptual de Wetherell y Potter (1996) acerca de los repertorios interpretativos, la postura para el análisis adoptada para los propósitos de este trabajo, estuvo orientada desde la perspectiva del análisis temático, que pertenece al marco epistemológico y metodológico de la fenomenología social, la cual se interesa por explorar, comprender e interpretar, desde el punto de vista subjetivo de las propias personas su experiencia de la vida cotidiana (Mieles et al., 2012).

El análisis temático, se refiere entonces a:

Un método para el tratamiento de la información en investigación cualitativa, que permite identificar, organizar, analizar en detalle y reportar patrones o temas a partir de una cuidadosa lectura y relectura de la información recogida, para inferir resultados que propicien la adecuada comprensión/interpretación del fenómeno en estudio. (Braun y Clarke, 2006, como se citó en Mieles et al., 2012, p. 217)

Este enfoque consta de 5 fases, en las que se realiza la “familiarización con los datos, generación de categorías iniciales, búsqueda de temas, revisión de temas, definición y denominación de temas y producción del informe final” (Mieles et al., 2012, p. 218), proceso que posibilitó conocer, identificar y contrastar aquellos patrones, en este caso, los repertorios interpretativos, que se presentaron en los discursos de los diferentes grupos de participantes para referirse y significar el tema de la partería.

Dando seguimiento a esta serie de pasos, el análisis de la información se llevó a cabo, en primer lugar, sistematizando los documentos con las entrevistas en el software de análisis cualitativo Atlas Ti, donde se agruparon de acuerdo con el grupo poblacional correspondiente (parteras, madres y profesionales de la salud) para proceder a su codificación con base en el sistema de categorías establecido y condensado en la Tabla 5, proceso del cual se obtuvieron informes de las citas codificadas por cada una de las categorías y subcategorías propuestas, que fueron leídos a detalle para identificar las expresiones que hacían referencia a un mismo asunto, es decir, que constituían los repertorios interpretativos de los participantes, las mismas, a su vez, fueron sistematizadas en el Anexo D, con el fin de facilitar su orden y comprensión.

6.7. Sistema de categorías

Tomando como punto de partida los objetivos propuestos y los distintos asuntos que se presentaron de manera recurrente durante la revisión de antecedentes, en la Tabla 5 se plasma el sistema de categorías propuesto, con los respectivos ajustes realizados de acuerdo con la información empírica recolectada y las definiciones consideradas para las mismas.

Tabla 5

Sistema de categorías y subcategorías

Categorías y subcategorías	Definición
1. Violencia obstétrica y trato deshumanizador	Cualquier forma de atención en la que la mujer que da a luz es percibida o tratada como menos que un ser humano, negándole facultades fundamentales como la dignidad, la empatía, la autonomía o el valor innato como persona, el cual puede manifestarse mediante prácticas como la humillación verbal, la negligencia en el alivio del dolor, la intervención médica sin consentimiento informado, la cosificación de la mujer gestante, la patologización de los procesos naturales o la exclusión de la toma de decisiones sobre su propio parto, generando un impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres (Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 2007, como se citó en Vallana, 2018).
2. Estatus, saberes y habilidades	Grado de reconocimiento, legitimidad, respeto, influencia, atención y acceso a recursos socialmente establecidos (Cheng et al., 2013, como se citó en García, 2020) a nivel nacional que reciben las personas que ejercen la partería en cuanto a sus experiencias, conocimientos, prácticas, representaciones (Déléage, 2009; Manrique, 2008) y capacidades desarrolladas (Platonov, 1963, como se citó en Sixto y Márquez, 2017). ^{[P] [SEP]}
2.1. Estatus	Grado de reconocimiento, legitimidad, respeto, influencia, atención y acceso a recursos socialmente establecidos (Cheng et al., 2013, como se citó en García, 2020) a nivel nacional que reciben las personas que ejercen la partería.

2.2. Saberes y habilidades	Conjunto de experiencias, conocimientos, prácticas, representaciones y capacidades desarrolladas (Déléage, 2009; Manrique, 2008; Platonov, 1963, como se citó en Sixto y Márquez, 2017, p. 441) por las personas que ejercen la partería, que les permiten relacionarse con sus contextos, darles sentido y responder a sus demandas (Déléage, 2009; Manrique, 2008).
3. Beneficios y riesgos de la partería	Posibilidad de obtener un resultado positivo o negativo a nivel del bienestar físico, emocional y/o social (The Human Genome Organization [HUGO], 2000, como se citó en Simm, 2021; Aarons, 2017) de la madre y/o el recién nacido al recibir la atención brindada por parteras durante el proceso de gestación, parto y/o postparto.
3.1. Beneficios	Resultados positivos que contribuyen al cuidado de la salud de la madre y el bebé, y al bienestar emocional de la madre a través del favorecimiento de la autonomía y la toma de decisiones (HUGO, 2000, como se citó en Simm, 2021; Borges et al., 2018; Ley 2244 de 2022), los cuales son obtenidos al recibir la atención brindada por parteras durante el proceso de gestación, parto y/o postparto.
3.2. Riesgos	Cualquier factor que pueda ocasionar daño, pérdida o lesión, causando un compromiso en la salud física o emocional (Aarons, 2017) o complicando el curso natural del embarazo y el parto, afectando tanto a la madre como al recién nacido, como resultado de recibir la atención brindada por parteras durante el proceso de gestación, parto y/o postparto.
4. Institucionalización y profesionalización	Proceso mediante el cual la práctica de la partería se convierte en una profesión formal, regulada por el sistema de salud y las autoridades competentes, e integrada dentro de instituciones tales como hospitales, clínicas y puestos de salud, donde se deberán seguir las normativas y protocolos establecidos. De esta forma, teniendo un conjunto de estándares educativos, éticos y legales que guiarían la formación y la práctica (Diccionario Merriam Webster, s.f., como se citó en Huete et al., 2015; Fernández y Pérez, 2002, como se citó en Morales, et al., 2017).

7. Presentación y análisis de información

En este apartado se presenta y analiza la información obtenida a través de las entrevistas realizadas a 14 participantes, distribuidos en 4 parteras, 5 madres que recibieron atención por parte de parteras y 5 profesionales de la salud familiarizados con las áreas de ginecología, obstetricia y/o pediatría, cuyas expresiones se encuentran sistematizadas en el Anexo B. Lo anterior, partiendo desde los ajustes efectuados con base en los datos recolectados al sistema de categorías y subcategorías propuesto inicialmente, para continuar abordando cada uno de los hallazgos encontrados al respecto tomando como base y ejemplificación los testimonios de los participantes, los cuales permiten presentar los repertorios interpretativos construidos a través del discurso por estos tres grupos poblacionales, a partir de sus conocimientos y respectivas experiencias de vida, lo cual es fundamental para el desarrollo de los objetivos propuestos en la presente investigación.

Inicialmente, se propuso un sistema basado en la información obtenida durante la realización de la revisión de Antecedentes y Marco Conceptual, el cual estuvo compuesto por cinco categorías, cada una de ellas desglosada, a su vez, en dos subcategorías: *1. Violencia obstétrica (1.1. Trato deshumanizador y 1.2. Impacto en la calidad de vida), 2. Estatus, saberes y habilidades (2.1. Estatus y 2.2. Saberes y habilidades), 3. Beneficios y riesgos de la partería (3.1. Beneficios, 3.2. Riesgos), 4. Parto humanizado (4.1. Atención integral y 4.2. Participación activa) y 5. Institucionalización y profesionalización (5.1. Institucionalización y 5.2. Profesionalización).*

Sin embargo, luego de llevar a cabo la recolección de información, se consideró el ajuste de las categorías y subcategorías propuestas, con el objetivo de llevar a cabo una interpretación

más coherente y representativa del tema estudiado, teniendo en cuenta que la información empírica obtenida en algunas de ellas carecía de la amplitud necesaria para abarcar los aspectos que se habían planteado, y que, en otros casos, resultó ser similar entre sí.

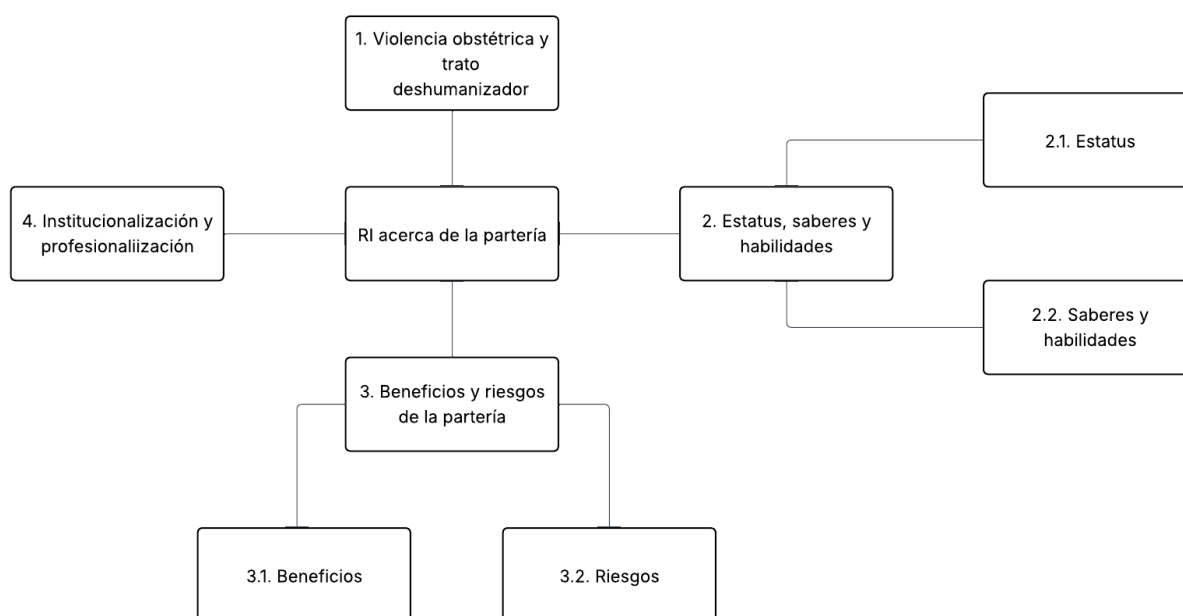
De acuerdo con ello, ciertas categorías fueron reconfiguradas, como fue el caso de *Violencia obstétrica*, la cual fue fusionada con sus dos subcategorías: *Trato deshumanizador* e *Impacto en la calidad de vida*. En la categoría de *Parto humanizado*, por su parte, ocurrieron dos particularidades; en primer lugar, se consideró la fusión con sus dos subcategorías: *Atención integral* y *Participación activa*; esto, debido a que, como en el caso anterior, los datos obtenidos indicaron la convergencia de los conceptos en los discursos y las experiencias de los participantes; esto, sumado a que la cantidad y profundidad de los mismos no daba lugar al sostenimiento autónomo de los mismos; y, en segundo lugar, se determinó su eliminación como categoría independiente, más no como tema de análisis y discusión, dado que, los puntos abordados en esta por los participantes, resultaron coincidir, en su mayoría, con los manifestados en la subcategoría de *Beneficios*, donde se decidió ubicar la información referente a estos para complementar los puntos allí desarrollados; en cuanto a la información nueva, al no ser lo suficientemente robusta como para el abordaje independiente de *Parto humanizado*, pero sí enriquecedora para la subcategoría de *Beneficios*, se decidió desarrollarla como parte de la misma en el presente apartado.

El siguiente ajuste realizado, está relacionado con la denominación de la categoría de *Beneficios y riesgos para el cuidado de la salud*, la que, finalmente, se tituló como *Beneficios y riesgos de la partería*; decisión tomada con base en la amplitud de la información allí abordada, que, como se mencionó en el párrafo anterior, no se limitó a la cuestión específica de la salud, sino que también estuvo relacionada con el parto humanizado.

Finalmente, en relación con la categoría de *Institucionalización y profesionalización*, si bien sus subcategorías abarcaban conceptos diferenciados, fue necesaria la unión de estas, dado a que, como se ha venido mencionando, la información suministrada por los participantes no presentó los elementos necesarios para considerar su subdivisión. De esta forma, el sistema de categorías y subcategorías resultante se representa de la siguiente manera:

Figura 3

Sistema final de categorías y subcategorías



7.1. Violencia obstétrica y trato deshumanizado

En relación con la primera categoría, se identificaron seis repertorios interpretativos (ver Figura 4), caracterizados principalmente por la confluencia de perspectivas entre los tres grupos poblacionales acerca la violencia obstétrica como un factor presente con frecuencia en los

entornos hospitalarios, que si bien no es el tema central del presente trabajo, se toma como parte del mismo al conformar una vivencia cotidiana común referida no sólo por las madres que han tenido la experiencia de partos en estas entidades y partos en casa acompañados por parteras, sino también por estas mismas y los profesionales de la salud al indagar acerca de la posible presencia de trato deshumanizador en ambos entornos, encontrando al respecto expresiones reiteradas y coincidencias en el uso de conceptos que permiten observar los siguientes repertorios:

Figura 4

Repertorios interpretativos en Violencia obstétrica y trato deshumanizador



En el primer repertorio interpretativo, al cual se ha denominado *“Es un entorno muy agresivo”*, parteras y profesionales de la salud coinciden en señalar que la violencia obstétrica en las entidades hospitalarias se da en gran medida debido a las características propias de estos entornos. Tal como lo refieren los participantes:

P1: “Es un entorno muy agresivo y los médicos están en un corre corre, hay unos tiempos, y las enfermeras también, entonces digamos que, en un entorno no hospitalario, pues hay otras situaciones que de pronto no son tan estresantes para las personas que trabajan ahí”.

PS3: “Pero los entornos de salud son entornos que no son amigables con las personas y con los pacientes, digamos que en los entornos de salud están expuestos al ruido de los monitores, al quehacer laboral de todas las personas que están involucradas en la atención de un parto”.

De acuerdo con lo anterior, se puede observar la convergencia de las expresiones utilizadas por estos dos grupos poblacionales al señalar que la agresividad del entorno hospitalario se debe a factores tales como el gran volumen de usuarios, el tiempo de atención limitado, la exposición a un número significativo de personal médico, entre otras, que generan una carga de estrés tanto para los trabajadores como para los pacientes.

De manera consistente con el anterior, el siguiente repertorio, titulado “El sistema es el que produce esa violencia”, concibe la violencia obstétrica como un problema estructural, apuntando la causa de la misma hacia un factor externo a las personas trabajadoras de los entornos hospitalarios:

P3: “No podríamos hablar de violencia obstétrica si no hablamos de la ley 100, no podríamos hablar de violencia obstétrica sin hablar de los sueldos bajos, del doble turno, del desgaste de los profesionales de la salud, de la falta de infraestructura, de la falta de recursos de todo ello”.

P3: “Entonces el sistema es el que produce esa violencia obstétrica, el sistema de salud es el que produce eso”.

PS2: “Se deshumaniza un poco la atención en el sistema de salud, con el volumen de pacientes y la exigencia de los sistemas de salud”.

PS3: “Pues eso no escapa también a los errores humanos, al estado de ánimo de las personas que se sometan a largas jornadas y jornadas extenuantes laborales, que eso puede influir en el estado anímico de las personas que atienden los partos y finalmente verse reflejado en violencia obstétrica”.

Como se evidencia, si bien las parteras y profesionales de la salud concuerdan en destacar que la responsabilidad directa de la violencia obstétrica no recae directamente sobre estos

últimos, sí señalan que, sin embargo, los mismos se ven inmersos en estas dinámicas deshumanizantes al ejercer su labor dentro de un sistema de salud, cuyas imposiciones en muchas ocasiones llegan a generar un alto nivel de sobrecarga a los profesionales de la salud, sobrepasando incluso los recursos económicos de las entidades y la capacidad de respuesta del personal, lo que se ve reflejado en una desensibilización de la atención.

Apartando un poco la mirada de la causalidad de la violencia obstétrica, los siguientes repertorios apuntan hacia la descripción de las distintas formas en las que esta se puede dar y los efectos que puede tener a nivel de la salud física y mental para las madres usuarias.

Como punto de partida, se encuentra el repertorio de *“Lo que ellos digan y ya”*, donde parteras y madres hacen alusión a una omisión de la participación activa de las mujeres gestantes en el proceso de parto en entidades hospitalarias. Las participantes afirman:

P1: “Si la mujer no sabe, no dice, vea es que yo sé que existe esa ley y que yo puedo hacer esto y esto y esto, se hacen los locos, sobre todo si son instituciones...”

P2: “En los médicos, más complicado porque así, lo que ellos digan y ya”.

M1: “La de los médicos es más agresiva, porque ellos no lo dejan a uno tomar decisiones, sino que ellos hacen las cosas como a ellos mejor les parece”.

M2: “En el hospital nunca o más bien, es muy eventual que a usted le pidan consentimiento, si está de acuerdo”.

Lo anterior, permite apreciar una relación vertical en la atención, en la que se prioriza el criterio médico y los procedimientos institucionales por sobre la autonomía de las madres, lo cual se manifiesta a través de acciones tales como la realización de protocolos estandarizados sin preguntar con antelación las preferencias de la mujer, a su vez, pasando por alto el consentimiento de la misma.

El siguiente repertorio: *“Mi hija casi nace sola”*, deja en evidencia un asunto preocupante debido al impacto que puede ocasionar en la vida de las personas, aún con mayor razón si ocurre de forma sistemática. De acuerdo a como lo relatan las madres:

M2: “Eran personas muy reacias, nunca te decían a vos, el parto va a ser así o las contracciones que tienen es por esto o por aquello”.

M2: “Yo en ningún momento vi a un médico, como tal no vi médico sino hasta que ya fue el momento del parto”.

M2: “Acá me pusieron a sufrir ocho días, sin que me solucionaran absolutamente nada, ni me hicieran una ecografía, ni nada”.

M2: “Me hubiera podido morir yo o mi hijo”.

M3: “Me llevaban y me llevaban para el hospital y que no, que todavía no era hora y hágale para la casa, Y yo con dolores y con dolores y nada”.

M3: “Casi se me muere el niño, porque pues, nació morado, porque ya se estaba pasando de nacer y que no, que todavía no era tiempo, y se demoró demasiado”.

M4: “Uno podía estar con su dolor, podía... y las doctoras no más decían, no, sí, aguante, espere su turno que todavía no es”.

M4: “Mi hija casi nace sola”.

M4: “Casi se cae de la camilla, casi se cae, porque ella no alcanzó a organizar nada, entonces ya cuando la doctora entró, ella ya la tenía”.

M5: “Yo avisé en el hospital que tenía un parto muy rápido, pero no me creyeron, entonces cuando fui a tener a la niña, me tocó también colocar la mano, porque la niña también se me iba a caer y yo estaba de pie”.

Este repertorio, hace referencia, por tanto, a una serie de experiencias compartidas por las madres en las que la negligencia en el alivio del dolor, la desatención clínica, la falta de acompañamiento y de información oportuna fueron un factor transversal.

Otro repertorio que evidencia el trato dado a las mujeres en este proceso es *“Deje de gritar tanto”*, en donde los tres grupos poblacionales entrevistados (parteras, madres y profesionales de la salud) hablan acerca de la falta de empatía que tienen hacia las mujeres en

proceso de parto algunos profesionales de la salud, como bien lo mencionan en las siguientes frases:

P2: “Hay unas enfermeras muy regañonas”.

M1: “Fui al hospital y se agarraron fue a hacer apuestas conmigo, los enfermeros y todo se agarraron a hacer apuestas, unos apostaban que sí, que ya era tiempo y otros que no”.

M5: “Los enfermeros son groseros, que hay veces que dicen, claro, cómo cuando lo estabas haciendo no gritabas así, entonces sí, hay casos en los que han insultado a las mujeres”.

PS4: “Yo siento que hay algunos gineco-obstetras que son un poco empáticos con las mamitas en trabajo de parto”.

A partir de lo mencionado en los discursos de los participantes se puede apreciar la falta de respeto y de sensibilidad de la que varias madres han sido víctimas, manifestadas mediante acciones como la realización de comentarios soeces u ofensivos, regaños y múltiples comportamiento inapropiados, tales como apuestas, lo que deja en evidencia una carencia de empatía y humanización en la atención brindada por algunos profesionales de la salud, que podría tener efectos sobre el bienestar emocional de las mujeres gestantes.

Para finalizar, se encontró en las madres y profesionales de la salud el repertorio de “No dejaron que las cosas pasaran naturalmente”, en donde se puede observar una clara observación acerca de cómo en los entornos hospitalarios llega a haber una mayor medicalización de un proceso que en muchas ocasiones se puede dar de manera completamente natural:

M1: “No dejaron que las cosas pasaran naturalmente, sino que me indujeron el parto con medicamentos y todo”.

PS2: “Se interviene muchísimo, se medicaliza mucho un evento que generalmente, pues, debe ser espontáneo y natural”.

PS3: “La monitoria y muchas variables con el personal que puede, pues, afectar o intervenir en el desarrollo del parto de forma natural, por decirlo así”.

De acuerdo con lo referido por los participantes, se hace referencia entonces a los procedimientos médicos propios de los entornos clínicos como factores que, en algunos casos, intervienen en el curso natural del parto, lo cual podría ocasionar una sensación de malestar, incomodidad o insatisfacción en las madres.

En suma, como se puede observar a través de los diferentes repertorios interpretativos encontrados, se evidencia una inconformidad constante por parte de las madres hacia la atención y el trato ofrecido por parte de las instituciones de salud, que si bien parte de un problema estructural, que ocasiona la sobrecarga de los profesionales de la salud y la sobresaturación en el servicio, debido a la falta de recursos y de organización adecuados, tal como lo refieren las parteras y el personal de salud, no deja de ser un factor que afecta en gran medida a las madres y familias que pasan por este proceso tan importante.

7.2. Estatus, saberes y habilidades

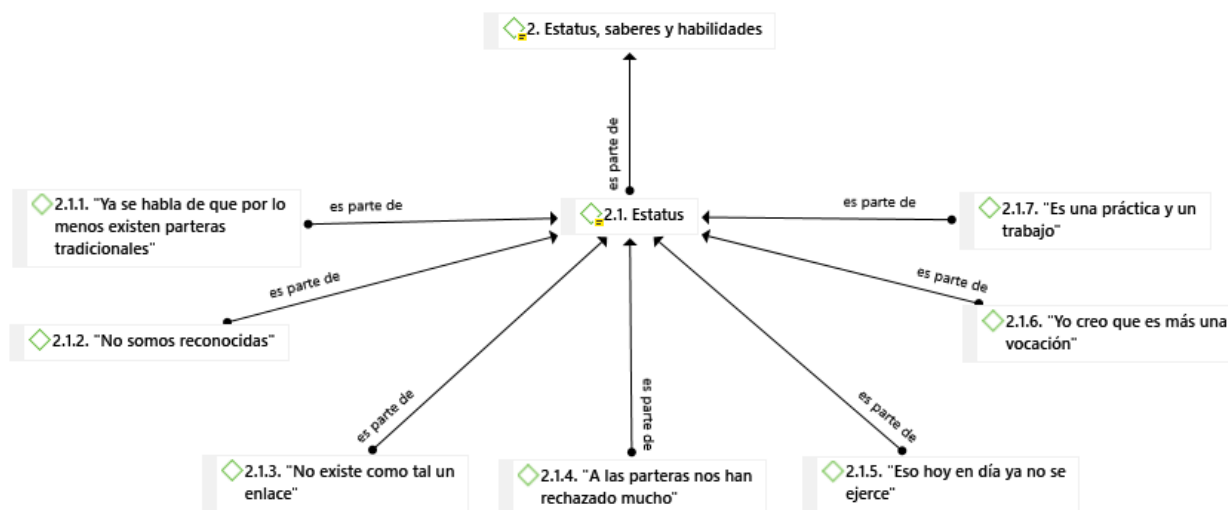
En segundo lugar, la siguiente categoría estuvo conformada por las subcategorías de *Estatus* y *Saberes y habilidades*, en las que se ubicaron un total de 12 repertorios interpretativos que permitieron evidenciar el panorama respecto a la posición particular de la partería actualmente en la sociedad colombiana y conocer con mayor profundidad el sistema de conocimientos de la práctica, al igual que las capacidades requeridas para ejercer la misma, como se describirá con más amplitud a continuación:

7.2.1. Estatus

Respecto a la subcategoría de *Estatus*, las coincidencias identificadas en las expresiones usadas principalmente por las parteras y los profesionales de la salud, que fueron los grupos poblacionales con los que más se indagó sobre este punto, dieron cuenta de siete repertorios interpretativos (ver Figura 5), que hicieron referencia a diversos asuntos, tales como: la dualidad entre el reconocimiento y el no reconocimiento de la partería, las dificultades para el establecimiento de un enlace efectivo entre la partería y el sistema de salud, el rechazo sistemático hacia la misma, la aparente disminución de la práctica y las perspectivas acerca de su carácter laboral.

Figura 5

Repertorios interpretativos en Estatus



“Ya se habla de que por lo menos existen parteras tradicionales”, fue como se tituló el primer repertorio interpretativo, en el que parteras y profesionales de la salud hacen referencia a

través de su discurso a la validez cultural de la partería y el reconocimiento de la partería tradicional en el país, mencionando los siguientes aspectos:

P1: "Digamos que esa ley' hace que, ya dice, hay un reconocimiento a las parteras tradicionales, que son campesinas, indígenas y afro".

P1: "Volver la partería afrocolombiana como una como un patrimonio cultural de la nación, pues ha mostrado, o sea, ha servido para visibilizar que existe esto, ¿cierto?".

P1: "Ya se habla de que por lo menos existen parteras tradicionales, ¿sí?, que antes no se hablaba de eso".

P3: "Las leyes que tenemos ahora hacen parte precisamente de esas luchas que hemos tenido tanto tiempo y que permite que ahora ya no nos echen la policía, sino que nos reconozcan a nivel mundial".

PS3: "Las personas que atienden los partos en estas situaciones, cuando son de bajo riesgo son las parteras, y culturalmente para las personas del Pacífico colombiano, pues es lo que está aceptado y lo que es válido".

PS4: "Pues, yo creo que se debería respetar según cada cultura, ¿no?"

Partiendo de este punto, si bien tanto parteras como profesionales de la salud se refieren al reconocimiento de la partería, sus discursos se distancian en la medida en que para las parteras, este, que ha sido construido con años de lucha por la búsqueda de un lugar legítimo dentro de la sociedad colombiana, aún continúa siendo parcial, como se verá más adelante; mientras que, para los profesionales de la salud, la partería es válida de acuerdo al punto de vista cultural, sin tomar en consideración las posibles consecuencias para las personas que ejercen la práctica el no tener un rol político definido. Lo anterior, deja entonces en evidencia que, pese a que las posturas de los dos grupos poblacionales no coinciden del todo, sí existe un acuerdo en señalar que, actualmente, en el país, la partería adquiere reconocimiento y validez a partir de su carácter cultural.

Al siguiente repertorio, a simple vista contradictorio del anterior, se denominó "No

somos reconocidas", en el que, tal como lo dice su título, parteras y profesionales de la salud

¹ Sentencia T-128 de 2022 de la Corte Constitucional de Colombia

¹ Resolución 1077 de 2017 del Ministerio de Cultura de Colombia: Por la cual se incluye en la Lista Representativa de Patrimonio Cultural Inmaterial del ámbito nacional la manifestación "Prácticas y saberes asociados a la partería afro del Pacífico colombiano"

apuntan hacia una falta de reconocimiento de la práctica por parte del sistema de salud y en general del país, de la siguiente manera:

P1: "Es como que lo habíamos hablado mucho con las compañeras que también son parteras, que son como yo, que somos de ciudad, pero que no venimos de un lugar, no somos de una etnia, y tampoco somos médicas ni enfermeras, entonces ha sido como un desafío poder estar en medio de esos dos grandes gremios, digámoslo así y ser reconocidas".

P1: "No somos reconocidas".

P4: "La partería no la aceptan, como no la aceptan en una notaría, porque si usted tiene un hijo en la casa y va a registrarlo, eso es un problema".

PS3: "Yo creo que el sistema de salud debe reconocerla, regularla".

Pese a la aparente discordancia de los primeros dos repertorios interpretativos, considerando lo referido por los participantes, se logra evidenciar parte de la parcialidad en el reconocimiento a la cual hacían referencia las parteras en el repertorio anterior, particularmente, mencionando aspectos como la exclusión de las parteras que no son consideradas como tradicionales del reconocimiento otorgado a la partería en el país y las dificultades a nivel de la realización de trámites legales.

A continuación, el repertorio de "No existe como tal un enlace", deja en evidencia un factor que se suma a las limitantes en el reconocimiento de la práctica en el país, el cual, hace referencia a la falta de articulación entre la partería y el sistema de salud, señalado por parteras y profesionales de la salud, de la siguiente manera:

P1: "Que hubiese una visibilización también del trabajo que se hace con las mujeres parteras, y que hayan redes de apoyo entre la institución y los partos en casa y las parterías".

P1: "No existe como tal un enlace",

P3: "Debe haber una simetría de la partera, del conocimiento, una simetría del conocimiento entre la medicina moderna y también el oficio de partería, es decir, ginecología, partería y no, debe haber una simetría allí ".

PS2: "En Colombia no está tan bien establecido, en las zonas rurales donde esto es como una cosa parte de la cultura, también a veces el engranaje con los sistemas de salud no ha sido el mejor".

Como se puede observar, en Colombia, la relación entre la partería y el sistema de salud se caracteriza por un trabajo, construcción de conocimientos y modos de hacer independiente, en los que no se han establecido protocolos de apoyo y articulación a la hora de brindar atención a las madres, lo que dificulta la misma en los casos en los que la mujer gestante que decide tener un parto en casa, también requiere de algún procedimiento o tratamiento médico.

El siguiente repertorio: *"A las parteras nos han rechazado mucho"*, está caracterizado nuevamente por los puntos de encuentro entre las expresiones usadas en los discursos de las parteras y los profesionales de la salud, quienes hacen referencia al rechazo que se ha tenido históricamente hacia la práctica y, por ende, hacia quienes la ejercen:

P1: "Lo que pasa es que hubo un momento en que, por ejemplo, si a una partera le llega a pasar algo, se le llega a morir un niño, o sea, eso es una cosa pues como ¡guau! Es una cosa, el show, pero ¿cuántas muertes no existen en los hospitales?".

P3: "Pero antes cuando nos echaban la policía, nos perseguían, a las abuelas las persiguieron siempre, ahorita todavía".

PS2: "Ha sido rechazada realmente".

PS2: "Es difícil para un obstetra, para un médico o para un profesional de la salud formado en medicina occidental, permitir o compartir el tratamiento de una paciente que pueda no tener condiciones de salud con una persona que es empírica totalmente".

PS3: "El trato de la partería, pues, tiene una connotación negativa creo yo y ha sido, sí, rechazada e invisibilizada, porque consideramos que el occidentalismo en medicina o todo lo que es enteramente científico es lo correcto, y a veces, pues, dejamos a un lado

estos saberes ancestrales con el que las madres han dado luz a través de los siglos y que es mucho más antiguo que la medicina occidental como tal".

En la misma línea de los repertorios previos, aquí se referencia con mayor precisión la forma en que la partería ha sido rechazada política y estructuralmente a lo largo del tiempo, lo que se ha visto reflejado en el estigma y persecución de los cuales han sido víctimas las parteras, y que aún hoy en día persiste a través de las dificultades para la comunicación entre la partería y el sistema de salud, y un reconocimiento al que le falta un largo camino por recorrer para llegar a ser completo, tal como se ha abordado con anterioridad. Adicional a ello, es importante destacar que los profesionales de la salud introducen una explicación para estos acontecimientos, y es la del conocimiento teórico y práctico occidental como el conocimiento válido y hegemónico en medicina, lo que ha llevado a generar cuestionamientos por parte del sistema de salud y su personal hacia la efectividad y seguridad de los saberes y prácticas tradicionales.

Por otra parte, el repertorio de *"Eso hoy en día ya no se ejerce"*, toma un rumbo completamente diferente al que venía apareciendo hasta el momento, ya que plantea la idea de la partería como una práctica que está desapareciendo actualmente, desde la perspectiva de algunas parteras y madres que recibieron atención por parte de las mismas:

P2: "Eso hoy en día ya no se ejerce, eso ya hoy en día todo es al médico y todo al hospital".

P4: "Pues ya a estas alturas no mija, porque a estas alturas ya las parteras, difícilmente usted consigue una partera, por la edad. Eso era antes cuando la generación mía, cuando eso sí, pero ahora ya parteras, ya nadie, ya porque ya toda la gente se les metió el miedo de que si uno se mete a... yo por lo menos, yo me siento capaz de ayudar a una muchacha a que tenga su bebé, pero me da miedo, porque ya con tantas cosas que han sacado a uno le da miedo. Entonces, ahí... ahorita no, ahorita ya eso ya quedó en la historia".

M3: "Pues, antiguamente, pues era lo que le ayudaba a medio a salvar a uno, pero pues hoy en día ya no".

Lo anterior, resultando discordante si se toman como referencia los discursos de las parteras número uno y tres, quienes señalan aspectos característicos de la práctica en la actualidad. De acuerdo con ello, se encuentran entonces perspectivas contradictorias entre las mismas parteras, cuya explicación se puede encontrar cuando se considera el contexto temporal de las parteras número dos y cuatro, quienes dejaron de ejercer la práctica hace un número de años considerable (ver Tabla 2), por lo que, probablemente no cuenten con conocimiento acerca del estado del reconocimiento de la práctica hoy en día en el país.

Los últimos dos repertorios interpretativos identificados hacen referencia al estatus de la partería en cuanto a su carácter como práctica, vocación o trabajo. En el primero de ellos: "Yo creo que es más una vocación", como lo introduce su nombre, parteras y profesionales de la salud conciben esta más como una vocación. Tal como los mismos lo refieren:

P2: "Nunca cobraba uno que, por dinero, no, lo hacía uno por colaborarle a las personas, ¿sí? A las señoras que estaban así ya al tiempo de tener sus hijos, entonces uno les colaboraba, pero no por dinero, nunca recibí dinero de eso".

P4: "Yo la definiría, sí, una vocación, porque pues yo no estudié nada de eso, entonces una vocación".

PS1: "Vocación porque he escuchado que las parteras usualmente tienen otros trabajos y de manera adicional cuando las requieren atienden los partos".

PS4: "Yo creo que es más una vocación, siento que se necesita tener conocimiento, no cualquier persona lo puede hacer, pero sería más como una vocación".

Partiendo de este punto, se define la partería como una vocación, en la medida en que, en muchas ocasiones, las parteras la ejercen desde su deseo por ayudar y brindar un servicio a quienes lo eligen o lo necesitan sin recibir ningún tipo de retribución económica.

Finalmente, en *“Es una práctica y un trabajo”*, se posiciona a la partería con un carácter doble de práctica y trabajo, de acuerdo a como lo refieren los profesionales de la salud:

PS2: "Cuando hace parte de una comunidad indígena, pues es una práctica y un trabajo, porque ellas reciben un pago, así sea simbólico, así sea como parte de servicios o comunidad, reciben unos beneficios".

PS3: "Yo diría que, de todas formas, porque, pues, las parteras trabajan en eso y me imagino que obtienen alguna recompensación a través de la atención de partos".

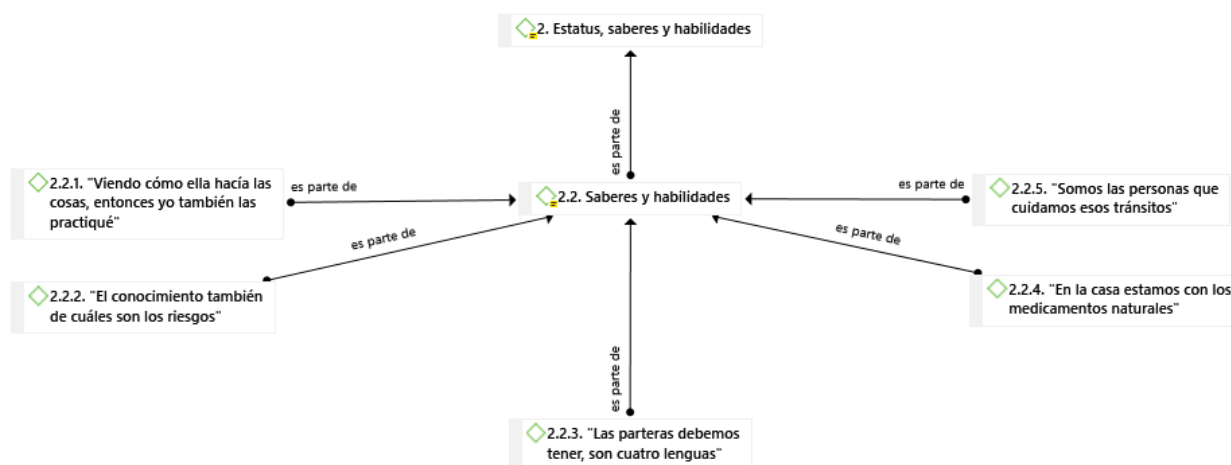
De tal forma, aunque este repertorio no constituye la construcción más compartida entre los participantes, permite apreciar que los profesionales de la salud, además de definir la partería como una vocación, también la perciben como una práctica y un trabajo, que, aunque no sea de forma económica, les deja algún tipo de compensación a las personas que lo ejercen.

7.2.2. Saberes y habilidades

En relación con *Saberes y habilidades*, la segunda subcategoría que conformó la categoría de *Estatus, saberes y habilidades*, predominaron las construcciones discursivas principalmente de las parteras, las cuales conformaron cinco repertorios interpretativos (ver Figura 6), que dejaron en evidencia el carácter empírico y generacional de la práctica, la trascendencia de la misma en la vida de las personas, los conocimientos y competencias adquiridos a través de la experiencia en la misma y aquellos elementos que son fundamentales para su desarrollo.

Figura 6

Repertorios interpretativos en Saberes y habilidades



En el primer repertorio interpretativo: “*Viendo cómo ella hacía las cosas, entonces yo también las practiqué*”, las parteras relatan experiencias comunes y compartidas, en cierta medida, acerca de cómo fue su comienzo en la práctica, su proceso de aprendizaje y la puesta en acción de la misma:

P1: *"Aunque yo no soy partera tradicional, he aprendido este oficio con parteras tradicionales, o sea, con algunas he estado en su comunidad, ¿cierto?, y he viajado y he conocido parteras también profesionales de otros países como de Francia, que me han enseñado y he trabajado también con médicos aquí en Cali, en Cali acompañé un grupo, lo acompañamos hace 13 años, es un equipo de atención al parto domiciliar... primero empecé siendo doula, me formé como doula hace 13 años ya y ese mismo año, pues recibí mi primer parto en casa... pero ya después de un tiempo para acá, yo también he ido pues, como afinando también esos conocimientos, y he acompañado ya partos como ya a nivel personal"*.

P2: *"La aprendí... de dónde aprendí yo eso... ahí sí, como se dice, lo heredé de mi madre, ella también desde muy joven fue haciendo ese ejercicio de colaborar, de esa profesión... y de ahí aprendí yo también eso, para colaborarle uno a las personas que no podían salir del campo, vivía uno muy lejos, entonces de ahí uno aprendió... uno aprende de lo de los padres, ahí aprendimos yo aprendí esa profesión, sí, pues no tiene uno que un título de enfermera, que un título, no"*.

P3: "Si yo les cuento cómo yo comencé en esto, pues yo estaba muy niño, entonces me hicieron entrar en una habitación y yo entré y tenía ocho años, yo jugaba por allí, pero, yo puse las manos y salió una placenta y pues la placenta cayó en mis manos".

P3: "La partería muy práctica, no hay que romantizar la partería, es como, usted lo aprende así, si alguien va a nacer, si alguien va a parir, si alguien se va a descansar usted aprende a fuerza de los hechos y es porque es el cotidiano, por eso la comunidad es tan importante".

P4: "Porque yo aprendí de mi abuelita, nosotros somos criados en campo y yo aprendí de mi abuelita a ser partera".

P4: "Viendo, viendo cómo ella hacía las cosas, entonces yo también las practiqué y pude hacerlo. "

Con base en lo anterior, pese a que se evidencia que sus experiencias de aprendizaje no fueron iguales, debido a que se dieron en contextos distintos, con sus características culturales particulares, coinciden en señalar la partería como un saber empírico, como un conjunto de conocimientos que se transmite de generación en generación, que tiene su fundamento en la observación y experiencia directa en la atención, y que, en algunos casos, como en el de las parteras pertenecientes a comunidades indígenas, como la participante P3, tiene un arraigo cultural aún más profundo, haciendo parte de la vida cotidiana, de su cosmovisión y constituyendo parte importante de su gestión en salud.

En el segundo repertorio: "El conocimiento también de cuáles son los riesgos", tanto las parteras como el grupo poblacional de las madres mencionan un saber muy importante que deben tener las personas dedicadas a esta práctica, y es el conocimiento de sus propias limitaciones, de los riesgos que pueden correr tanto la madre como el bebé y las situaciones que pueden precipitarlos:

P1: "El conocimiento también de cuáles son los riesgos, ¿no?, o sea, como que, en qué momento hay que irse a la clínica, si toca irse a la clínica, cómo decirle a una mujer,

usted sí, usted no, ¿cierto?, como todas esas cosas son muy importantes reconocerlas también".

P1: "Nosotras en lo personal tratamos de poder anticiparnos, entonces es una atención de poder anticiparte que no vaya a existir un riesgo de esto, ¿me entienden?, o sea, poder leer ese territorio y poder anticiparse antes de que tengamos que tener un riesgo".

P3: "Y hay una parte que si necesita usted saber hasta dónde se acompaña en partería tradicional y hasta dónde deriva hacia una institución prestadora de salud sin que sea una emergencia, entonces usted también debe tener claro eso".

M4: "Entonces, sí, ellas, si ven que ellas pueden, ellas dicen, yo sí puedo, me comprometo a que el niño va a nacer bien".

M4: "Ellas únicamente le dicen, bueno el niño está bien o el niño está mal o si ellas ven que ellas no pueden, de una vez ellas le dicen, no, tú no puedes tener tu bebé con una partera, tienes que ir ante un doctor, para que te revisen y te este, porque el bebé viene mal, lo tienes de mala forma, entonces uno ya ahí sabe que no lo puede tener con partera, que tiene que ir al médico, que ellas ya no se comprometen ahí, porque ya la vida de uno estaría en riesgo y la vida del bebé también".

De manera que, siguiendo lo propuesto por las participantes, se pone de manifiesto que otro de los pilares fundamentales de conocimiento para la partería es el reconocimiento, anticipación y respuesta ante los riesgos, es decir, la capacidad y experticia de las parteras para identificar los partos que es posible para ellas atender sin llegar a poner en riesgo el bienestar de la madre y el bebé, y así mismo, para detectar aquellos que están fuera de su rango de manejo, y que, por tanto, requieren de atención en una entidad hospitalaria por parte de profesionales de la salud, con el objetivo de prevenir cualquier situación de emergencia; esto, a través de la puesta en práctica de conocimiento y acciones que forman parte de los saberes tradicionales adquiridos a través de la transmisión intergeneracional y la experiencia directa (ver primer repertorio interpretativo de la presente sección), tales como la identificación de la posición del bebé en el

vientre a través del tacto, como se abordará con mayor detalle más adelante (ver cuarto repertorio interpretativo de la presente sección).

El tercer repertorio “Las parteras debemos tener, son cuatro lenguas”, fue construido a partir de la multiplicidad de conocimiento que las mismas parteras mencionan que deben poseer en su práctica, los cuales van desde todo lo relacionado con el parto, la fisiología de la mujer y el bebé, la salud reproductiva, la medicina tradicional, e incluso algunos conocimientos sobre la medicina occidental y la legislación:

P1: "El conocimiento de la fisiología, del cuerpo, del embarazo, del parto, el posparto, es súper importante".

P1: "También si toca poner un suero, poner un suerito, si toca sí, poner por ejemplo medicina para... aunque uno empieza también con la herbolaria, pero si la herbolaria no funciona, pues también toca poner oxitocina para una hemorragia, pues colocar la oxitocina, ¿sí?, mediar entre esas cosas".

P1: "Entonces la partera no solamente está dedicada como a atender el parto sino que la partera puede hablar un poquito de salud reproductiva, de los cuidados durante su etapa vital, las diferentes etapas vitales de las mujeres, es como consejera también".

P1: "En esas entrevistas, mira esto puede pasar, tenemos que ver esto, mira tenés aquí, la hemoglobina bajita, vamos a hacer esto, por lo menos en una de las cosas pues que he aprendido mucho con este oficio de la partería es a leer un poco como esos exámenes médicos y poder decir en este contexto, en el contexto específico pues, como del parto y del nacimiento, bueno, a esta mujer le hace falta hierro, le hace falta esto, porque tenemos que mantener estos buenos niveles para evitar un riesgo, o sea, como que, de pronto la partería rural, pues apenas está, no todas las mujeres tienen ese conocimiento, lo tienen de otra manera, no quiere decir que no lo tengan, de pronto no saben leer un catálogo, pero sí saben lo que la mamá está comiendo, sí saben lo que su comunidad ha hecho siempre, que esto se come así así así".

P3: "Entonces necesita una parte de fisiología".

P3: "Creemos que ahora las parteras debemos tener, son cuatro lenguas o cuatro pensamientos, que es la lengua tradicional, no la lengua el diálogo, sino el pensamiento,

el conocimiento tradicional, el conocimiento de la medicina moderna, la medicina universitaria, el conocimiento de la ciencia y el conocimiento de las leyes, de lo legislativo, usted debe tener eso".

Teniendo esto en cuenta, es importante resaltar que la práctica de la partería no sólo se lleva a cabo desde una puesta en acción de saberes técnicos, sino que también requiere de una serie de conocimientos acerca del funcionamiento del cuerpo humano, que, si bien no se construyen a través de un proceso formal de aprendizaje como en el caso de la medicina occidental, tienen su fundamento en la experiencia adquirida durante la atención a mujeres en el proceso de gestación, parto y postparto. Sin embargo, los conocimientos necesarios para la práctica de la partería no se quedan sólo allí, sino que, como ellas mismas lo refieren, la partería es una práctica que no sólo implica los múltiples conocimientos que deben tener en medicina tradicional, fisiología e identificación de riesgos para la atención del parto, sino que, en su hacer cotidiano, construyen un repertorio de saberes más amplio, en el que deben estar informadas acerca de aspectos tales como la salud reproductiva y pautas de autocuidado, con el objetivo de poder brindar información oportuna a las mujeres que lo requieran, algunos aspectos generales de medicina occidental, con el fin de prevenir posibles riesgos en el parto e incluso tener conocimiento acerca de la legislación, sus deberes y derechos, y los de las mujeres; lo anterior, para dar respuesta a las necesidades que van surgiendo en sus contextos de práctica.

"En la casa estamos con los medicamentos naturales" es el cuarto repertorio interpretativo, en este, los tres grupos poblacionales mencionan cómo a través de saberes ancestrales y medicamentos de origen natural, las parteras han ayudado en diversas ocasiones a madres durante complicaciones en la gestación y el proceso de parto, expresándolo de las siguientes maneras:

P4: "Ayudarlas, ayudarlas con... sobándoles el estómago, bajándoles el bebé, enseñándoles a que abran más las piernas, que tomen posiciones diferentes, que caminen, todo eso".

P4: "En la casa no, en la casa estamos con los medicamentos naturales, por ejemplo, uno tenía una esta de que si estaba con los dolores, para que ella pudiera salir ligero de los dolores y todo, uno hacerle una agüita de comino entero, eso no es medicina, eso no es, eso es algo natural y eso le apuraba los dolores a uno y no tenía el bebé fácil. Había tanta cosa cuando uno... al último mes, los últimos días, hacerle bañitos".

M3: "Pues me estuvo sobando. Me sobó porque ella decía que el niño estaba torcido, o sea, la cabeza estaba para otro lado y que no iba a poder nacer. Entonces ella me sobó, me sobó y me sobó y ya cuando lo fui a tener al hospital, pues ya pudo nacer bien y que salió, nació bien".

M4: "Con mi primera hija no tuve ningún control, fue con, o sea, con la partera como a los 4 o 5 meses, ellas van y le tocan a uno, si tiene el bebé bien, si lo tiene bien ubicado y entonces ya ahí le van diciendo, lo tiene bien o lo tiene para un lado o lo tienen de mala forma, entonces ellas van en la mañana y empiezan como a enderezar al bebé para que esté bien",

M5: "En los controles con la partera ella me tocaba la barriga y la zona baja del abdomen, para ir mirando si el bebé ya estaba acomodado o no, también me daba bebidas para ayudarme a estar tranquila, a que el bebé se acomodara y todo. Muchas veces cuando los bebés venían volteados, la partera te decía, no, viene volteado, y te lo ayudaba a acomodarlo"

PS2: "Allá, por ejemplo, hay un patiecito donde tienen sembradas hierbas medicinales, le dan las bebidas a las pacientes en totumas".

En este repertorio se pone de manifiesto un conjunto de prácticas tradicionales de cuidado que, de acuerdo con la coincidencia de los discursos, forman parte de la gama de habilidades desarrolladas por las parteras para el acompañamiento a las madres durante la gestación, el parto y el postparto, entre las cuales se encuentran: la realización de masajes con la intención de acomodar al bebé en la posición adecuada para el parto natural, los baños que

realizan con hierbas a lo largo del embarazo y el postparto, también el consumo de ciertos alimentos o bebidas y la ejecución de distintas actividades para acelerar el parto. Acciones con las que las parteras han logrado gestionar complicaciones a lo largo de esta etapa vital, contribuyendo a salvaguardar el bienestar de madres y niños en ocasiones en las que el acceso a una entidad hospitalaria es complejo.

Como quinto y último repertorio de esta subcategoría, se encuentra: “Somos las personas que cuidamos esos tránsitos”, en donde las parteras señalan que su trabajo va mucho más allá de lo que se suele pensar comúnmente, llegando a configurar un acompañamiento que es transversal a lo largo de la vida. Como lo mencionan ellas:

P1: "Porque es el arte de acompañar la vida, también la muerte, las parteras están en ese tránsito, en esa puerta, en ese portal cósmico entre la vida y la muerte, entonces pues, a mí me ha tocado también despedir, entonces yo siento eso, que estoy como en ese centro entre esa llegada y esa salida, que es la misma puerta, entonces sí, es el arte de acompañar los tránsitos de la vida y los tránsitos de la vida no son solamente el parto, el parto es un tránsito, pues fundamental, porque llegamos a este mundo, pero hay muchos tránsitos en la vida de las mujeres, entonces es el arte de acompañar el tránsito de la vida, de la muerte, de las etapas vitales de la mujer".

P3: "También de esa misma manera nos preocupamos que nuestros descansados, la gente que se descansa, nuestros abuelos, nuestras abuelas, o gente que por diferentes circunstancias tiene procesos de falta de salud o enfermedad y van hacia la muerte, es poder acompañar esa muerte, y así como celebramos, cantamos, disfrutamos y nos alegramos cuando alguien nace, también lo hacemos con la muerte, entonces eso se llama isaqueshi, el isaqueshi es despejar el camino, es arreglar el camino, que la persona que se vaya, se vaya también en tranquilidad, en armonía, en alegría, y también los que nos quedamos, quedemos también en esa tranquilidad y esa armonía, entonces nos preocupamos y hacemos ese trabajo de que las personas al descansar tienen la capacidad de decidir cómo quiere, dónde quieren ser enterrados o sembrados, que decimos nosotros, qué quieren, cómo quieren hacer, qué quieren hacer con sus

pertenencias, tener la oportunidad de sanar, de ordenarlas con el otro, como de tener, decimos nosotros, como la mochila, lo más desocupado posible, para poder irnos, para poder estar... entonces así acompañamos a ese primer aliento en alegría, cantando, danzando y también la muerte, no es un lugar de sufrimiento, no es un lugar de pérdida allí, sino es un lugar que se enaltece también, eso lo hace la partería, es cuidar..."

P3: "Desde allí es muy importante esa labor que hacemos de partería, porque somos las personas que cuidamos esos tránsitos, cuidamos esos lugares, o por ejemplo cuando alguien se une a alguien y se casa, y cantamos y celebramos y es una belleza cuando se unen, pero también cuando se separan, las parteras celebramos, cantamos, ordenamos y que no sea a la maldita sea separarse, sino que sea en armonía, que sea también cantado, en acuerdo, que lleguemos a acuerdos todos, entonces eso va a hacer la partería".

P3: "Lo cotidiano es que a nosotros nos toca y también necesitamos cómo gestionamos nuestra salud a diario, que el otro se cayó, que el otro le cayó el machete, que se le partió una pata, que va a parir, que se le descansó la abuelita, que el otro se quiere suicidar, que cómo hacemos, que cómo hacemos con la salud mental de otro, lo resolvemos con las ciencias y con el trabajo de conocimiento que nosotros tenemos a diario".

P3: "Separamos, unimos, alejamos, damos consejo, hacemos el trabajo de medicina tradicional. Un médico, una médica tradicional no necesariamente es partera, pero una partera necesariamente sí es médico, médica tradicional, sabe defenderse, sabe irse a la clínica y pelear que la placenta, que es que los derechos sexuales de las mujeres, que es que la restitución con la clínica, sabe lo intercultural, sabe de la jurisdicción especial indígena, sabe también del rezo, de la conjura, del canto, de la danza, del trabajo, de los ciclos vitales, de gestación, de cuando comienzan a comer, de prever, tiene todo ese sistema de cuidado y ese sistema de cuidado es protegido por las mujeres que saben cómo es que se cuida realmente, entonces por eso es todo ese sistema".

Regularmente, se tiene la creencia de que la labor de la partería abarca solamente la atención de los partos, sin embargo, como se puede apreciar, las mismas parteras aclaran que esta es una práctica que no se queda allí. En la misma línea de lo expuesto en repertorios anteriores,

toma sentido que las parteras cuenten con diversos saberes en distintas áreas, cuando se toma en cuenta que su labor, como parte de un sistema comunitario de cuidado y de creencias, es también la de acompañar todo tipo de tránsito, desde el nacimiento, hasta la muerte, pasando por casamientos y separaciones; llegando a cumplir incluso funciones de consejería y de cuidado que van más allá del acompañamiento durante el parto, las cuales implican una gestión más amplia del conocimiento en la que deben hacer frente a la gestión de diversas necesidades en salud que se dan durante la vida cotidiana, como sucede en el caso de las parteras indígenas.

Tomando en cuenta lo expuesto por los participantes en las dos subcategorías anteriormente desarrolladas, se puede observar que, actualmente en el país, la partería es considerada, principalmente, como una vocación que cuenta con un reconocimiento parcial, en el que, pese a que la partería tradicional comienza a ganar cada vez más terreno, dicha parcialidad se pone de manifiesto cuando se considera la exclusión legislativa de las parteras urbanas, las barreras para la articulación en la atención con el sistema de salud y el estigma hacia la práctica y quienes la ejercen, debido a la hegemonía de los saberes científicos en el cuidado de la salud.

Finalmente, la partería también se posiciona como una práctica cuyo aprendizaje es intergeneracional y experiencial, que incluye saberes que no se limitan a los requeridos para la atención de la gestación, parto y postparto, como los de la medicina tradicional, sino que también necesita del aprendizaje de elementos legales, de medicina occidental y de todos aquellos que les brinden a las parteras herramientas para dar respuesta a las necesidades en salud de sus contextos.

7.3. Beneficios y riesgos de la partería

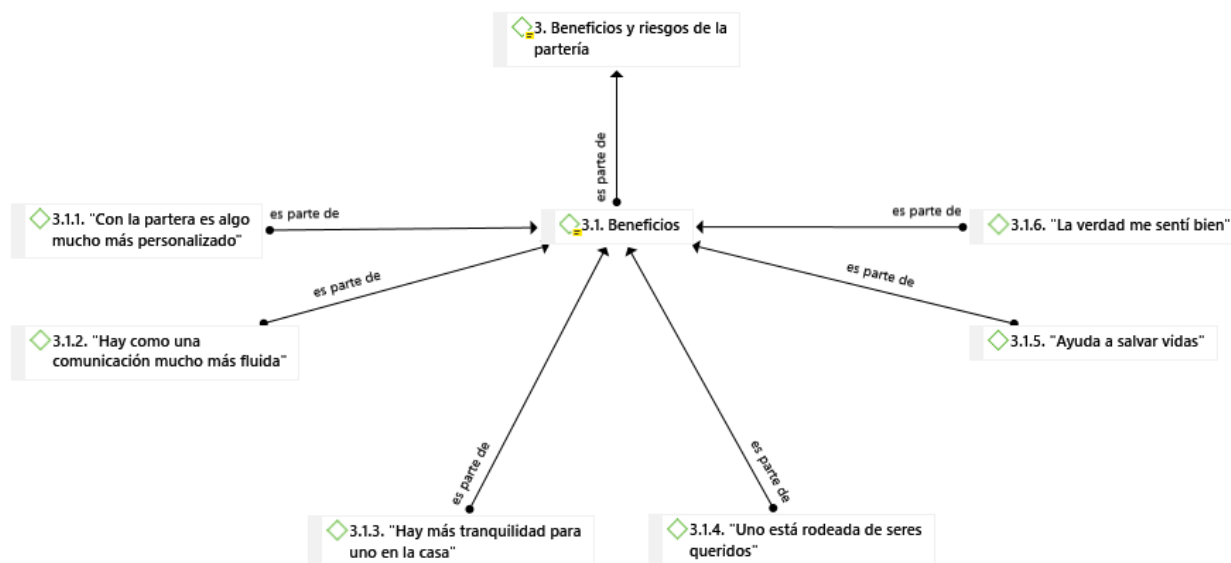
Esta categoría, por su parte, estuvo compuesta por dos subcategorías, las cuales estuvieron conformadas por un total de 11 repertorios interpretativos, la primera de ellas contando con 6 y la segunda con 5, los cuales permitieron identificar aquellos beneficios y riesgos de la atención brindada por las parteras durante la gestación, parto y postparto que perciben los tres grupos poblacionales entrevistados.

7.3.1. Beneficios

En primer lugar, la subcategoría de *Beneficios*, puso de manifiesto seis repertorios interpretativos (ver Figura 7) en los que los discursos de parteras, madres y profesionales de la salud, confluyen en señalar aspectos positivos para el proceso de cuidado a nivel físico y emocional de madres y niños, que son característicos de la atención brindada por parteras, tales como: la asistencia personalizada, la comunicación y promoción de la autonomía materna, la presencia de la red de apoyo familiar, sensaciones de satisfacción, seguridad, tranquilidad y confianza; además de evidenciar su contribución para salvaguardar el bienestar de la diada.

Figura 7

Repertorios interpretativos en Beneficios



En el primer repertorio: “Con la partera es algo mucho más personalizado”, tanto las parteras, como las madres y los profesionales de la salud, mencionan que uno de los principales beneficios del servicio brindado por estas primeras, es el acompañamiento constante de las mismas hacia la madre y el bebé, quienes conforman el único y primordial objeto de cuidado para ellas durante su atención. En palabras de los participantes:

P1: "Un acompañamiento más estable, no va a estar cambiando de un médico a otro".

P1: "Las parteras tenemos como, o sea, hacemos un acompañamiento mucho más profundo, entonces no es solamente como una historia clínica, sino que tratamos de meternos al rancho, de oler un poquito que más cosas hay allá más profundas".

P1: "Para saber que todo está bien, es importante como conocer a esa pareja, a esa familia, reconocer qué es lo que está pasando en el entorno, o sea, no solamente la parte física, sino también la parte emocional, la parte mental, y eso".

P2: "En la partería sí, porque uno les da un apoyo y también está pendiente de ellas".

P2: "Ese cuidado, esa atención con la persona, está uno pendiente, que una agüita, que una cosa, que otra le da uno".

M1: "En cambio para una partera, pues yo creo que se lo toma más en serio, más personalizado diría yo".

M1: "Ellas están más pendientes de uno, que los médicos, opino yo, y están tratando de tranquilizarlo a uno, de decirle que todo va a salir bien y todo".

M2: "En cambio, con la partera en casa es una persona que está centrada en el paciente, en la que estaba próxima a dar a luz".

M2: "En cambio allí fue muy tranquilo, la partera siempre me hablaba, me limpiaba la cara con un trapito mojado, con un poquito de alcohol y fue una persona que estuvo muy al tanto en el momento de yo dar a luz".

M4: "La ventaja sería porque la partera va a estar 100% con ella ahí, porque no va a haber otra persona que le va a decir, venga, acá, no, 100% esa persona va a estar ahí con ella, en cambio en un hospital, no, no va a estar esa persona ahí con ella".

M5: "Con la partera es algo mucho más personalizado, algo individual de sólo esa persona".

PS2: "Probablemente un acompañamiento personalizado más a largo plazo y más estilo familiar, y no bajo el modelo de atención occidental de salud con contactos no longitudinales. Casi siempre no es la misma persona la que ingresa la paciente, la que atiende el parto y después la que da la salida. Eso... con la partera creo que hay una relación mucho más cercana y esa es una de sus principales ventajas, la partera está todo el trabajo de parto ahí y no se va hasta que no nazca el bebé, entonces no es que pasaron las 8 horas de guardia y me voy, no, ellas se quedan hasta el final, entonces esa es la mayor ventaja, la personalización de la atención".

PS3: "De pronto las parteras no tienen la misma carga laboral que tienen los ginecobstetras o los médicos en general y eso podría tener como menor impacto."

PS3: "Con la partería sí se puede obtener un parto más humanizado, porque se respeta el protagonismo de la mujer y el niño".

A partir de lo anterior, en primer lugar, se evidencia un consenso entre los participantes al identificar la personalización de la atención como un beneficio brindado por las parteras en su atención a las madres, un factor que logra situarlas a ellas y a sus bebés como el centro del proceso, y promueve un acompañamiento estable y longitudinal, en el que, a diferencia de la atención brindada en los entornos hospitalarios, la mujer no tiene que entrar en contacto con

distintos profesionales, sin lograr establecer un vínculo con la persona a cargo de asistirle, sino que, por el contrario, favorece la consolidación de una conexión y trabajo en equipo entre la madre y la partera, que logra construir un espacio más confortable para esta primera.

Como segundo punto, también es posible identificar que, dentro de la atención personalizada brindada por las parteras, no sólo se concibe fundamental la diada y las condiciones específicas del parto, sino que, los factores contextuales y los vínculos afectivos familiares y de pareja toman una importancia vital, siendo aspectos que las parteras se encargan de conocer con anticipación dentro de su acompañamiento lineal a través del proceso de gestación, parto y postparto, con el objetivo de contribuir a que el parto se desarrolle de la mejor manera posible.

Ambos, factores que, con frecuencia suelen estar ausentes en las entidades hospitalarias, y que, en conjunto, contribuyen a la realización de una asistencia integral por parte de las parteras, en la que, además de la atención en salud, se tiene en cuenta el contexto en el que está inmersa la madre y el bienestar emocional de la misma.

“Hay como una comunicación mucho más fluida”, constituye el segundo repertorio interpretativo de la presente subcategoría. En él, parteras y madres, ponen de manifiesto dos elementos que, en el contexto de la atención perinatal, guardan estrecha relación, estos, son la comunicación y la toma de decisiones, a los que se refieren de la siguiente manera:

P1: "La partería no, o sea, primero es como una aliada de la mujer, sí, no es como... no hay tanta jerarquía en que esto es lo que tienes que hacer, sino que sí hay como una comunicación mucho más fluida, mucho más horizontal entre la madre y la partera".

P1: "Va a tener alguien que la escuche más, que de pronto es diferente al hospital, como que pronto puede haber una mejor escucha".

P1: "Es la humanización de los procesos, ¿no?, pues es el acompañamiento, es el cuidado, el hablar, es el poder escuchar también, ¿no?, parte de la humanización es la

escucha activa del otro, ¿no?, entonces, pues, yo creo que eso es algo que hacen las parteras".

P3: "La partería da otro lugar, da otro lugar allí donde no es importante la partera, sino donde es importante la decisión de las personas. Lo importante no es que nazca en la casa, lo importante no es que nazca con partera. Las parteras lo que hacemos es que generamos lugares de profunda reflexión y generamos sobre todo lugares seguros donde usted puede tomar decisiones, ¿sí? Esto se trata de que usted haga lo que se le da la puta gana, sobre su cuerpo, sobre su sexualidad, sobre dónde, cómo parir y demás".

P4: "La partera, nosotras de parteras, cuando yo a mí me tocaba ser partera, yo le decía, ¿usted quiere que su esposo esté? Pues, me decía sí o me decía no".

M1: "Ella me dejaba participar, o sea, y yo le podía opinar cuando me dolía, cuando no me dolía".

M1: "Pues tomaba muy en cuenta lo que yo quería hacer en el momento y lo que yo estaba sintiendo".

M1: "Y están tratando de tranquilizarlo a uno, de decirle que todo va a salir bien y todo".

M3: "Ellas le hablan a uno".

M4: "En cambio, la partera no es así, la partera está ahí, mijita, todavía no es hora, mi amor, tienes que aguantar, esto... le dan como esas palabras".

M4: "Ella le pregunta ¿cómo te sientes?, o ¿qué quieres?, o ¿necesitas pararte?".

Siguiendo lo expuesto por ambos grupos de participantes, es posible observar que, uno de los beneficios particulares de la partería, es la construcción de un ambiente seguro, propicio para el diálogo y la autonomía, en el que ambas partes, tanto la partera como la madre, tienen igualdad de participación; esta primera, no sólo teniendo la labor de proporcionar un apoyo verbal a lo largo del parto, sino también de escuchar activamente lo manifestado por la madre y propiciar el espacio para recibir una retroalimentación de esta misma, que guíe su práctica y, por tanto, deje en evidencia la forma en la que quiere vivir su proceso; lo que, finalmente, contribuye

a que las mujeres puedan expresarse con total libertad, manifestando sus emociones, sensaciones, y, en general, a que puedan ejercer su autonomía a través de la toma de decisiones.

Es decir, que, en la atención brindada por las parteras, es la mujer quien decide cómo vivir su parto; aspecto que, si bien no es exclusivo de la partería, como se ha visto con anterioridad, suele desdibujarse y quedar en un segundo plano en la atención hospitalaria, siendo con frecuencia el criterio médico el principal guía de un proceso en el que, adicionalmente, también se ha llegado a censurar la opinión y libre expresión de las madres (ver *Violencia obstétrica y trato deshumanizador*).

El tercer repertorio, por su parte, fue denominado “Hay más tranquilidad para uno en la casa”, en donde las madres y las parteras refieren que, al llevar un parto en casa, las mujeres sienten mayor tranquilidad y comodidad, ya que este es, como ellas lo manifiestan, “su propio ambiente”:

P2: "Hay más tranquilidad para uno en la casa".

P2: "Esa es la ventaja de... cómo esa tranquilidad y esa seguridad que le da".

M1: "Me sentí más tranquila, claro, de estar en la casa".

M1: "Tener más tranquilidad y pues el simple hecho de uno estar en la casa es más tranquilidad para uno".

M1: "Es mejor estar en la casa, se siente uno más seguro y como en su propio ambiente".

M3: "Uno está tranquilo porque está en la casa".

Lo anterior, refleja cómo la alternativa que brinda la partería de tener un parto en casa, posibilita la vivencia de una experiencia que le permite a la mujer encontrarse en un espacio agradable al que ya se encuentra adaptada, lo cual, contribuye a que experimente un mayor nivel de bienestar emocional, debido a la configuración de su hogar como un espacio íntimo y protector, en donde puede actuar con libertad, de manera natural y acompañada en su proceso de

parto, sin exponerse a los factores estresores que podrían aparecer con frecuencia en los entornos hospitalarios (personal, ruido ambiental, cambios en la iluminación, etc.).

"Uno está rodeada de seres queridos", como se denominó el cuarto repertorio interpretativo, fue construido a partir de la percepción de las parteras y madres, quienes refieren como otro resultado favorable de la atención brindada en la partería, el tener el acompañamiento de la familia en el momento del parto:

P2: "Ellas tienen como la confianza, como esa seguridad de que pues está con la familia".

P2: "Ellas se sienten más seguras porque están en familia, tienen su familiar, está su esposo, están sus hijos, si tienen más hijos y si no, pues el hermano o la mamá o todo, uno en la familia está pendiente".

M1: "Me sentí más acompañada, pues ahí estaba el papá de mi hijo y todo".

M2: "Con mi mamá al lado, con mi amiga que era la amiga de la partera igual al lado, entonces, pues fueron personas que me apoyaron en el momento".

M2: "Uno está rodeada de seres queridos, eso le da mucha motivación a uno, estoy en mi casa".

M3: "Y pues, yo a la edad que tuve la niña, pues yo estaba muy joven y pues yo me sentía bien, estaba con mi mamá, mi hermana y pues estaba en la casa".

M4: "Lo único, pues que estaba mi mamá conmigo y sentía como ese apoyo, que ella, pues ya había tenido hijos con parto, ella me decía no mija todo va a salir bien tenga fe, y sí. Fue ese apoyo ahí ella, con ella, pero, o sea, después ya me sentí bien cuando llegó la partera".

M4: "Si no está la partera, está su mamá, está un hermano, está alguien de su familia, está su esposo".

M5: "Mi mamá y mi familia estaban ahí, entonces en ese sentido, súper bien".

M5: "No sólo eso, sino también la compañía y uno está en su entorno, en su casa, cuidada y está con los seres que ama".

Como se evidencia, el acompañamiento familiar se configura como uno de los pilares centrales de la atención en casa brindada por las parteras, debido a que transforma la experiencia del parto, de una vivencia individual, a un momento de vinculación con los seres queridos de la madre, lo cual favorece la construcción de un entorno seguro y promueve las sensaciones de confianza, apoyo y comprensión, teniendo un efecto positivo sobre su bienestar emocional.

En los tres grupos poblacionales, también se encuentra el quinto repertorio: “Ayuda a salvar vidas”, en donde proponen que la partería ha sido de gran ayuda a lo largo del tiempo, contribuyendo a salvar la vida de madres y niños a quienes les es difícil acceder a un servicio de salud. Tal como lo expresan:

P2: "Sí claro, ayuda a salvar vidas porque en muchas partes no hay los medios de salir rápido a un hospital o a un puesto de salud, muy lejos les queda, no hay transporte, no hay cómo salir y el único medio es ese, ayuda a uno a salvar vidas, claro, porque pues, tanto uno ayuda a la madre que está en ese momento tan difícil de esa etapa y también al bebé".

P4: "Sí, de aquí a que uno saliera, de aquí a que uno llegara un hospital, se ahogaba el niño, porque no alcanzaba a recibir el oxígeno".

M1: "Sí puede ayudar, claro, porque hay muchas mujeres que les ha tocado en el campo más que todo solas y por eso se les han muerto sus bebés y hasta ellas mismas han quedado muy mal"-

M2: "Además de que también hay lugares donde no hay médicos, como en muchos pueblos y veredas, en donde es la partera quien atiende y salva muchas vidas".

M5: "Sí claro, en los tiempos de antes, actualmente no sabría si sí o si no. En los tiempos de antes, claro, porque muchas veces era muy difícil ir a los hospitales, entonces por eso las mujeres tenían sus partos con partera les iba bien".

PS3: "Si tú comparas tener el parto sin asistencia a tener el parto con partería, pues podría disminuir la mortalidad de mujeres y niños".

Considerando lo mencionado en los discursos, si bien los participantes coinciden en reconocer los aportes de la partería al cuidado de la salud materno-perinatal, particularmente en

aquellos lugares donde hay múltiples barreras para el acceso oportuno a servicios médicos, este reconocimiento está en parte orientado hacia el pasado, es decir, a contextos temporales donde probablemente había menos garantías en cuanto a la prestación de atención en salud; de manera adicional, por parte de los profesionales de salud sólo se evidencia un discurso que señala este aspecto, lo que permite apreciar un factor que ya se ha venido exponiendo con anterioridad (ver *Estatus*), y es la estigmatización que aún perdura respecto a la efectividad y seguridad de la práctica al tener un carácter completamente empírico, tema del que se abordarán más elementos en la siguiente sección.

Finalmente, el sexto repertorio: *“La verdad me sentí bien”*, si bien, tal como su nombre lo indica, es una conclusión a la que se puede llegar a partir de los repertorios anteriores, se considera de suma importancia, ya que permite obtener un panorama general acerca de la opinión de las madres respecto a la atención brindada por las parteras en sus respectivos procesos, quienes, en sus palabras, y desde la perspectiva de los profesionales de la salud, refieren:

M1: “Pues la verdad me sentí muy bien porque ella me hacía sentir bien, me hacía sentir acompañada y pues que no estaba sola en el proceso”.

M2: “Ella me atendió muy bien, no me unió, no me cogieron puntos para nada, porque fue un parto súper especial, muy bien atendida por la partera y sí”.

M2: “Me sentí mejor atendida que cuando tuve mi primera hija, que fue en hospital, me sentí mejor atendida en mi casa con partera”.

M2: “Para mí es una de las mejores experiencias que tuve en mi vida, porque pues nunca creí de que iba a poder tener mi bebé en la casa y sí, me fue muy bien”.

M3: “Pues uno se sentía bien”.

M5: “Tener mi parto con partera hizo que mi experiencia no fuera para nada traumática”.

M5: *“Me sentí muy bien con su acompañamiento, era bueno lo que se hacía, te daba tranquilidad. El trato fue muy bueno, ella era una mujer muy paciente y me dirigía cómo hacer”.*

M5: *“Lo hacen sentir en confianza, generan esa confianza a las mujeres de saber que todo va a salir bien”.*

M5: *“En esa época creo que fue la mejor decisión, elegiría totalmente la partería, ya que estuve con el apoyo de mi partera y a la vez mi mamá, el parto fue maravilloso, fue muy cálido, una de las mejores experiencias que he tenido”.*

PS2: *“A las mujeres les gusta mucho”.*

PS2: *“Probablemente mejore la satisfacción”.*

Según lo expuesto con anterioridad, de manera general, se puede observar un panorama de satisfacción general, en el que se resaltan las emociones positivas de las mujeres al haber sido asistidas por parteras, viendo este proceso como algo cálido, cercano y respetuoso, en el que tienen sensaciones de bienestar y confianza, situación, en muchas ocasiones, contraria a lo que narran haber vivido en entornos hospitalarios (ver *Violencia obstétrica y trato deshumanizador*). Es por esto que la partería destaca no sólo debido a su contribución al cuidado de la salud desde los saberes tradicionales, sino también, por su aporte al bienestar emocional de las madres en este proceso tan significativo en la vida de muchas mujeres y familias.

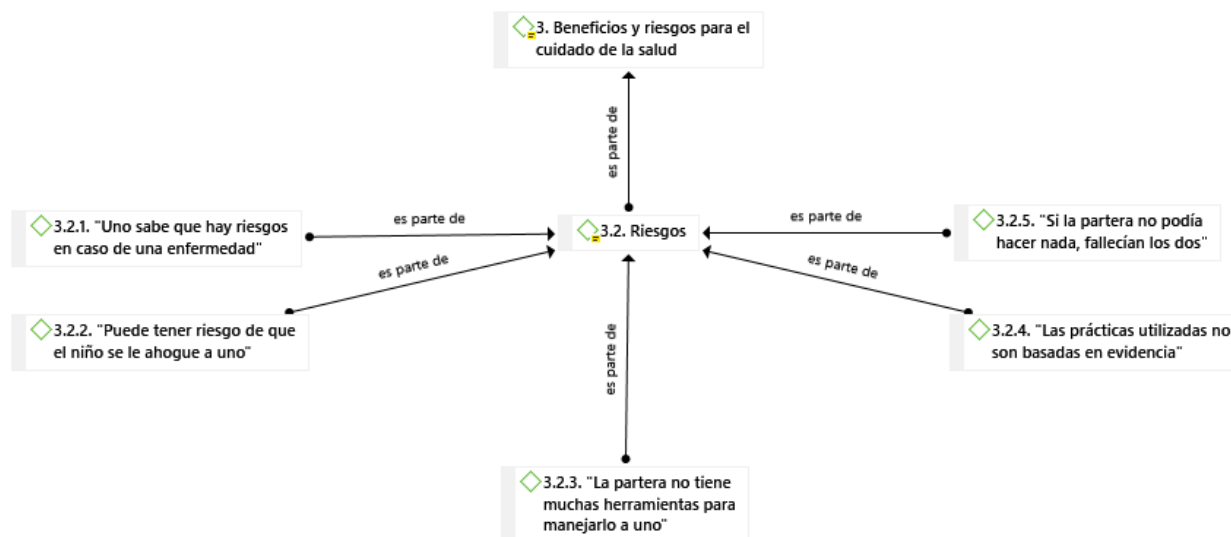
7.3.2. Riesgos

En la subcategoría de *Riesgos*, por su parte, el uso común de las expresiones empleadas por los participantes dio lugar a cinco repertorios interpretativos (ver Figura 8), referentes a los posibles resultados negativos de la atención realizada por las parteras durante el proceso de gestación, parto y postparto, entre los que se mencionan puntos tales como las complicaciones

pre y perinatales, las limitaciones para su manejo y la falta de evidencia científica como base de la práctica.

Figura 8

Repertorios interpretativos en Riesgos



Para comenzar, en el repertorio titulado *“Uno sabe que hay riesgos en caso de una enfermedad”*, parteras, madres y profesionales de la salud dan cuenta de que uno de los riesgos probables de la atención brindada en la partería, son las condiciones de salud específicas de la madre y el bebé durante la gestación, que se pueden ver manifestadas en el momento del parto, como lo expresan a continuación:

P2: "O ella le pinte alguna clase de enfermedad... uno lo sabe... uno sabe que hay riesgos en caso de una enfermedad".

P4: "Sí, cuando el bebé venía muy grande, sí hija, o cuando el bebé venía de pie, es riesgoso, ese embarazo, esa tenida de ese bebé es muy riesgosa, porque lo normal es que nazcan de cabeza y no de pie".

M2: "Es importante mirar que la mamá no tenga problemas o el bebé no venga con complicaciones".

PS4: "Por ende, los riesgos son muchísimos, porque al no conocer bien cómo viene el bebé".

Este repertorio, por ende, evidencia que, si bien las parteras poseen ciertos saberes y habilidades tradicionales que les permiten identificar de antemano condiciones biológicas que podrían generar complicaciones durante el parto, tales como la posición del bebé en el vientre (ver *Saberes y habilidades*), tienen ciertas limitantes a la hora de poder conocer con mayor profundidad el estado específico de la gestación, y las posibles dificultades de salud que pueden tener la madre o el bebé, al no contar con la formación, condiciones contextuales y acceso a las herramientas necesarias para ello, lo que, finalmente, podría verse traducido en complicaciones a la hora del parto.

En la misma línea del anterior, en el repertorio "Puede tener riesgo de que el niño se le ahogue a uno", los tres grupos de participantes coinciden en apuntar hacia una serie de complicaciones particulares que pueden presentarse durante el acompañamiento realizado por las parteras durante el proceso de parto:

P2: "Se altere el pulso, se altere la tensión de ella, entonces hay un riesgo, ¿sí?".

P4: "Puede tener riesgo de que el niño se le ahogue a uno",

P4: "La mamá se le puede desangrar a uno".

M1: "Infecciones".

M5: "Yo creo que el mayor riesgo es que el bebé nazca sin respirar".

PS1: "Infección".

PS1: "Hemorragia postparto".

PS5: "Infección severa".

Como se observa, las complicaciones a las que hacen referencia las parteras, madres y profesionales de la salud, se clasifican como complicaciones perinatales que podrían poner en

riesgo el bienestar de la madre y el bebé, tales como la variación de la frecuencia cardíaca de la madre, hipoxia neonatal, infecciones y hemorragia postparto; situaciones que, si bien no son exclusivas de los partos en casa, podrían adquirir mayor complejidad y nivel de riesgo si no se les da el manejo adecuado, como se verá a continuación.

Este tema en particular, conduce al tercer repertorio interpretativo construido por las madres y profesionales de la salud: “La partera no tiene muchas herramientas para manejarlo a uno”, en donde describen las limitaciones que tienen las parteras en cuanto a los recursos para el manejo de complicaciones durante el parto, como uno de los riesgos que implica la atención. Al respecto, mencionando lo siguiente:

M2: "En la casa no van a tener forma de reanimarlo, en caso de que tengan que reanimar".

M3: "En cambio la partera pues si se agrava, pues la partera no puede hacer mucho y ya toca llevarlo para el médico".

M3: "Claro, porque pues ya, o sea, dicen que no, que la partera no tiene muchos, como le digo, muchas herramientas para manejarlo a uno, entonces, porque ellas no tienen medicamentos".

M5: "Ahí es algo delicado, porque si el bebé nace sin respirar, se necesita maquinaria que lo ayude, mientras que la partera pues posiblemente no tenga eso, entonces creería que sería el mayor riesgo".

PS1: "Las parteras no realizan la atención con un equipo interdisciplinario y óptimo".

De este modo, se encuentra que participantes de estos dos grupos poblacionales, identifican que la falta de acceso a los recursos necesarios para el manejo de complicaciones, tales como las herramientas, equipo y personal asistencial que poseen las entidades hospitalarias, implican una limitación en el acompañamiento proporcionado por las parteras y, por tanto, un riesgo para la salud de la madre y el bebé cuando se presentan situaciones tales como las que se han mencionado en los repertorios interpretativos anteriores, que pueden llegar a exceder el

conjunto de saberes y habilidades de las parteras, y, por ende, su capacidad de respuesta y manejo.

En el siguiente repertorio interpretativo: “Las prácticas utilizadas no son basadas en evidencia”, el cual guarda estrecha relación con puntos que han sido abordados con anterioridad, profesionales de la salud coinciden en hacer mención de la falta de evidencia científica que respalde el abordaje y procedimientos realizados en la práctica de la partería, como un factor de riesgo para el cuidado de la salud de madres y niños:

PS1: "Atención por parteras, ya que las prácticas utilizadas no son basadas en evidencia".

PS3: "Entonces yo creo que a veces eso puede chocar frente a la partería, frente a la atención hospitalaria, sobre todo cuando hablamos de segundo, tercer o cuarto nivel, donde se atienden los partos que tienen alto riesgo de complicaciones. Entonces, sin lugar a duda, ese tipo de partos debe atenderse con la mejor evidencia científica disponible".

PS4: "Hacer una atención en casa con partera que no tiene conocimientos médicos, puede generar un riesgo tanto para la mamá como para el bebé."

Siguiendo lo expresado por los profesionales de la salud, es de importancia resaltar la relación de este repertorio con el de “A las parteras nos han rechazado mucho” (ver *Estatus*), ya que refuerza el planteamiento del rechazo y estigmatización sistemáticos a la partería debido a la consideración de la medicina occidental como único conocimiento válido, siendo un ejemplo de ello el cuestionamiento hacia todo saber y práctica que se encuentre por fuera de lo establecido en los protocolos, parámetros y estándares que guían el cuidado de la salud desde las bases de la evidencia científica, tal como en el caso de la medicina tradicional empleada por las parteras, lo que, en últimas, conlleva la idea de que estos implican mayores riesgos.

El último repertorio interpretativo de la presente subcategoría, “Si la partera no podía hacer nada, fallecían los dos”, se configura a partir de la percepción compartida entre madres y

profesionales de la salud acerca del mayor riesgo que podría haber como resultado de un parto que es asistido por parteras, el cual, según lo refieren, es el siguiente:

M3: "Uno con la partera, como le digo, uno corre el riesgo que, si se agravó y ella no pudo solucionar el problema, pues bueno, se puede morir el niño o como se puede morir uno".

M4: "Cuando vivíamos con mi mamá, había mujeres que se morían teniendo su bebé con partera, porque en ese entonces, pues no... la gente no buscaba un médico, no tenían una idea, nada, todo era con partera, entonces pues sí, no había como decir, vivían en un campo donde no tenían posibilidades de salir a la ciudad en el momento del parto, si no alcanzaban a llegar y si la partera no podía hacer nada, fallecían los dos, porque si el bebé viene mal".

M5: "Está el riesgo latente si sale algo mal en el parto, no llegar a tiempo al hospital, podría causar la muerte tanto del bebé como de la madre si llegase a pasar alguna complicación".

PS3: "Todos los riesgos de complicaciones obstétricas. El código rojo, las complicaciones neonatales, entonces pueden generar la muerte tanto del recién nacido como de la madre cuando no se... pues, puede suceder cualquier situación que por fuera de un contexto clínico que pueda ser rápidamente controlado, con todos los instrumentales y las herramientas necesarias, pues puede terminar en la muerte de uno de los dos o en el binomio".

PS3: "Yo creo que no todos los partos pueden ser atendidos por partería, hay gestaciones de alto riesgo que ser atendidos por personal que no es entrenado en medicina, en obstetricia y en pediatría, puede resultar en la muerte del binomio".

PS5: "Muerte, muerte de ambos o de uno de los dos."

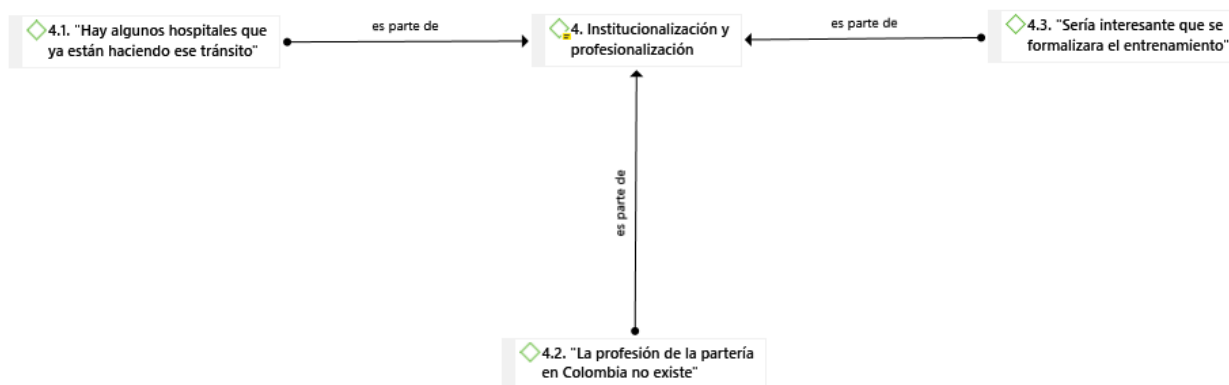
De forma general, éste repertorio permite evidenciar cómo la confluencia de los repertorios previos, culmina en la identificación del mayor riesgo de la atención realizada en la partería, el cual, de acuerdo con lo señalado por los participantes, sería el de la mortalidad materno-perinatal cuando, debido a las múltiples limitaciones que han sido mencionadas, la

partera no logra dar manejo a las complicaciones que se puedan presentar durante el parto y por cualquier motivo, la madre y el bebé no logran recibir la atención médica requerida.

Para finalizar, siguiendo lo expuesto en las dos categorías de *Beneficios y riesgos de la partería*, es posible concluir que, en la subcategoría de *Beneficios* se encuentra una mayor convergencia en las apreciaciones de parteras y madres, quienes identifican que entre los resultados positivos de la atención brindada por las parteras durante el proceso de parto, se encuentran aspectos como la personalización de la atención, la construcción de un espacio seguro para la toma de decisiones, el acompañamiento de la red de apoyo familiar y la contribución al bienestar físico y emocional. Mientras que, en la subcategoría de *Riesgos*, hay mayor variabilidad en los puntos de encuentro entre los participantes de los tres grupos poblacionales, señalando como posibles resultados negativos de los servicios de partería factores tales como las complicaciones que pueden darse durante la gestación y el parto, las limitaciones de las parteras en cuanto al acceso a recursos que permiten dar manejo a las mismas y la evidencia científica que respalda su práctica, y, por último, la mayor consecuencia y riesgo que lo anterior podría desencadenar, es decir, la muerte de la madre y el bebé o de uno de ellos.

7.4. Institucionalización y profesionalización

Respecto a la última categoría, los discursos de los participantes posibilitan la construcción de tres repertorios interpretativos (ver Figura 9) que, si bien no presentan la misma amplitud de los abordados hasta el momento, permiten dar un vistazo al estado de la institucionalización de la partería actualmente en el país, y a la percepción que tienen sobre el camino que es posible recorrer en cuanto a la profesionalización de la práctica.

Figura 9*Repertorios interpretativos en Institucionalización y profesionalización*

"Hay algunos hospitales que ya están haciendo ese tránsito", es el primer repertorio de esta categoría. Aquí, las parteras y los profesionales de la salud, coinciden en hacer mención a los avances que ha habido en el país en cuanto a la inclusión de la partería en los entornos hospitalarios:

PS1: "Hay algunos hospitales que ya están haciendo ese tránsito, entonces por ejemplo en Toribío, Cauca, hay un hospital con un enfoque intercultural donde dejan que las parteras acompañen, no sé hasta qué medida atiendan ellas el parto, no sé hasta qué medida dentro del hospital, pero sí pueden entrar allá, no sé hasta qué medida lo atiendan, porque yo sé que por ejemplo en el hospital Mamá Dominga, que también se supone que es más intercultural, en el territorio Misak, en Silvia, Cauca, las parteras pueden entrar pero ellas no atienden el parto, sino que es el médico, las mujeres hacen el control con la partera y la partera la lleva a la clínica, pero no puede atender el parto de la partera".

PS2: "En Valledupar, donde hay enfermeras indígenas en el hospital".

PS2: "Sí, sí, sí. Un ejemplo es el hospital Padrino, un modelo de atención generado en la Fundación Valle de Lili, en el que hospitales con muchos recursos, cierta complejidad, apoyan hospitales básicos, y entre esos hospitales básicos, un ejemplo es las

comunidades indígenas del Cauca, donde varios hospitales, por ejemplo, en Silvia, tienen un componente de médicos tradicionales importante y se ha tratado de dar relevancia a las parteras".

PS3: "Yo creo que se podría trabajar mano a mano con la ginecología y la obstetricia, como la parte occidental junto con la partería, pero no creo que como instituciones de salud debamos priorizar la partería por encima de otras prácticas".

PS5: "Quizás tenerlas en cuenta para el apoyo en los centros de salud, con equipos de reacción ante las complicaciones del parto".

PS5: "Sería bueno que apoyen en el servicio de salud dentro de un servicio de salud, no por fuera, extramural".

Como se observa, según lo expuesto, ya se están dando los primeros pasos para la articulación entre la partería y la atención hospitalaria en salud, unos avances de suma importancia que contribuyen al reconocimiento de la partería en el país (ver *Estatus*), sentando las bases para la necesaria construcción de enlaces de comunicación efectivos que permitan dar respuesta oportuna a las necesidades de madres y niños. De esta forma, también mostrando la apertura de los profesionales de salud para realizar un trabajo conjunto con las parteras, donde estas puedan brindar un apoyo a la atención proporcionada en las instituciones de salud, teniendo el respaldo de personal asistencial que pueda dar respuesta a las posibles complicaciones.

Como segundo repertorio de esta categoría, se encuentra "La profesión de partería en Colombia no existe", en donde, como en el repertorio anterior, se evidencian puntos de encuentro entre las opiniones de parteras y profesionales de la salud, quienes indican que, actualmente en Colombia, la partería no es considerada como una profesión, por lo que no cuenta con un proceso de formación oficial para las personas que la ejercen. De la siguiente manera:

P1: "No sé si nosotros estemos tan adelantados en la política pública y de salud, como sí, como... por ejemplo en otros países, no sé si ustedes ya estudiaron un poquito de lo que sucede en EEUU, me parece muy interesante, porque allá hay diferentes formas de ser partera, entonces hay parteras tradicionales, parteras por familia".

P1: "Parteras que estudian partería en algunos estados, parteras que son empíricas, y hay como una certificación entre comillas, entre las mismas parteras, de conocimientos sobre la partería y las cosas como básicas que tienen que tener".

PS2: "La partería en Colombia, la profesión de partería en Colombia no existe, en Perú por ejemplo hay obstetriz, en Estados Unidos están las midwife, en Uruguay están las parteras, aquí no existe la formación universitaria".

Lo anterior, permite apreciar aspectos de la institucionalización y profesionalización en algunos países del extranjero, donde, a diferencia de Colombia, la partería se ha instaurado como una profesión y labor formal, que cuenta con un proceso de educación estructurado, titulación y contextos específicos de aplicación, es decir, con un rol profesional definido.

"Sería interesante que se formalizara el entrenamiento", el tercer y último repertorio interpretativo, construido a partir de los discursos de los profesionales de la salud, hace referencia a la consideración que tienen estos acerca de la importancia de una mayor capacitación para las parteras:

PS1: "Sí, siempre y cuando existan políticas de capacitación y el enfoque se haga con guías de práctica clínica".

PS2: "Dar herramientas para identificar disparadores de remisión, signos de alarma que indiquen que ellas no pueden continuar atendiendo el parto, sino que lo van a enviar al hospital".

PS2: "Sería interesante que se formalizara el entrenamiento con una formación universitaria o técnica al menos. Creo que ese sería el primer paso para reconocer esa profesión".

PS3: "Capacitarla, dado que existen muchos lugares en el territorio colombiano al que no se llega a través de la salud convencional, y yo creo que capacitarlas permitiría reconocer qué partos son complicados y qué partos deberían atenderse en tercer nivel y qué hacer cuando algo no sale como es esperado".

PS4: "Si se institucionaliza, siento que se puede educar un poco más a las parteras y así disminuir los riesgos sin erradicar esa práctica".

De esta manera, los profesionales de la salud ponen de manifiesto la relevancia de establecer un proceso de capacitación para las parteras, que les proporcione las herramientas necesarias para identificar complicaciones de manera oportuna, y, por tanto, para determinar los momentos en los que se requiere una remisión a una institución hospitalaria, esto, con el objetivo de disminuir al máximo posible los riesgos que podrían darse durante la atención. De igual manera, este repertorio evidencia el respaldo de los profesionales de la salud a la posibilidad de institucionalizar la partería, siempre y cuando se garantice el proceso de formación mencionado.

Finalmente, siguiendo lo desarrollado en la presente categoría, se puede apreciar la falta de un rol profesional definido para la partería, en el que la práctica no se encuentra regulada por las normativas y protocolos propios del sistema de salud, y, en el que, por tanto, las parteras no se encuentran inmersas en el sistema educativo formal. Sin embargo, también se evidencian los avances respecto a la articulación entre las parteras y los profesionales de la salud, y la disposición y apertura de los mismos hacia la institucionalización, formación y estructuración de un trabajo en equipo para la atención materno-perinatal.

8. Discusión

Pasando ahora al apartado de la discusión, se partirá siguiendo la misma estructura propuesta para el análisis de información, en primer lugar, retomando los principales hallazgos encontrados por cada categoría y subcategoría de estudio, es decir, los repertorios interpretativos acerca de la partería contruidos por parteras, madres que han recibido atención por parte de estas, y profesionales de la salud, para, posteriormente, abordar la forma en que estos se relacionan con los referentes teóricos y prácticos tomados como base en este trabajo, lo que, en el apartado de Conclusiones, permitirá dar respuesta a cada uno de los objetivos planteados.

8.1. Violencia obstétrica y trato deshumanizador

Uno de los aspectos principales puestos de manifiesto en esta categoría a través de los repertorios interpretativos, principalmente de las madres entrevistadas, es el de su inconformidad hacia la atención brindada en los entornos hospitalarios, debido a la aparición de prácticas caracterizadas por el establecimiento de jerarquías que no permiten la vinculación y comunicación bidireccional entre el profesional y la paciente, que se ve reflejada en la omisión de la autonomía de las mujeres (ver *“Lo que ellos digan y ya”*), la negligencia en el alivio del dolor y la desatención clínica (ver *“Mi hija casi nace sola”*), sumado al trato que en muchas ocasiones llega a ser irrespetuoso (ver *“Deje de gritar tanto”*), y a la medicalización excesiva del proceso de parto (ver *“No dejaron que las cosas pasaran naturalmente”*), lo cual, coincide de manera explícita con la definición de violencia obstétrica dada por la Ley 36668 de 2007 (como se citó en Vallana, 2019), donde estos aspectos conforman la base del trato deshumanizador,

dejando en evidencia "la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres" (p. 134) que, según lo descrito por las participantes, suele ocurrir con mayor frecuencia en las instituciones de salud.

Lo descrito, deja en evidencia un panorama que converge abiertamente con lo reportado a nivel nacional en la investigación de Villalobos (2019), quien coincide en señalar una normalización de la subordinación del cuerpo gestante al criterio de los profesionales de la salud durante la atención médica, que se ve manifestada a través de una asistencia rutinaria, estandarizada y excesivamente medicalizada, en la que se usan tecnologías, en muchos casos innecesarias e incómodas, durante el proceso de gestación y parto, pasando por alto aspectos fundamentales, tales como la consideración de las particularidades de cada mujer y el establecimiento de una comunicación efectiva entre ambas partes, que permita no sólo la transmisión de información oportuna acerca de cada procedimiento, sino que también de lugar a un consentimiento explícito, en el que se reconozca el derecho a la toma de decisiones y el protagonismo de la madre. Hecho que, además, adquiere mayor gravedad cuando, dentro de esta atención, también se normaliza el trato irrespetuoso y los comentarios ofensivos (Villalobos, 2019).

Si bien, como se ha mencionado con anterioridad, la atención pre, peri y postparto en los entornos hospitalarios no configura el tema central de esta investigación, lo expuesto previamente permite realizar un contraste con lo referido en los discursos de las madres acerca de la atención brindada por parteras, donde, como se verá más adelante, la humanización es uno de los pilares fundamentales. Aspecto que no se limita al territorio colombiano:

Un ejemplo de ello, es lo encontrado por Botteri y Bochar (2019), quienes exponen diversos testimonios de madres mexicanas, que ponen en evidencia diversas experiencias

traumáticas en torno a los partos hospitalarios, donde “los médicos mantienen distancia emocional de los cuerpos, vistos como objeto de trabajo y desprovistos de emociones, a la vez que son codificados en un territorio que puede ser invadido por la revisión sin consideración” (Bestetti y Regalia, 2007, como se citó en Botteri y Bochar, 2019, p. 133), y en donde, por tanto, tal como lo refirieron las madres en la presente investigación, “la decisión del parto queda sólo en manos de los médicos y el personal sanitario” (DavisFloyd, 1992, como se citó en Botteri y Bochar, 2019, p. 128); esto, evidenciando una diferencia marcada con las vivencias de estas madres en los partos atendidos desde la partería, la cual “es un modelo que garantiza una atención integral sustentada en la escucha del cuerpo, que refuerza el empoderamiento de las mujeres y da valor a su experiencia personal” (Botteri y Bochar, 2019, p. 128).

En esta misma línea, el estudio de Mose et al. (2023), retoma la opinión de diversas madres en Etiopía, quienes también coinciden en señalar la presencia de un trato irrespetuoso en las instituciones de salud, la falta de información, guía y acompañamiento estable durante el proceso; perspectiva completamente opuesta a la presentada acerca del acompañamiento realizado desde la partería, en el cual se establece un vínculo más cercano entre la mujer y quien la asiste, que contribuye a la toma informada de decisiones y a reducir las sensaciones de malestar.

Una vez contemplado el panorama respecto a la violencia obstétrica en la atención hospitalaria, señalado tanto por los resultados de este trabajo, como por los distintos estudios a nivel nacional e internacional, es de suma importancia contemplar ahora el otro elemento constitutivo de la presente categoría, en el cual, los participantes, específicamente las parteras y los profesionales de la salud, señalan la causalidad de este trato deshumanizador como un factor externo que no recae directamente en el personal asistencial, en primer lugar, posicionándolo

como un hecho causado por las características inherentes de estos entornos, tales como el quehacer de un gran número de profesionales que realizan la atención simultánea de múltiples usuarios con un tiempo limitado para ello (ver *“Es un entorno muy agresivo”*), y, en segundo lugar, como un problema de origen estructural, en el que la falta de recursos y las exigencias del sistema de salud ocasionan una sobrecarga en los profesionales que, en últimas, se ve reflejada en el trato dado a los usuarios (ver *“El sistema es el que produce esa violencia”*).

En estrecha relación con esta postura, Botteri y Bochar (2019) para el caso mexicano, ponen de manifiesto cómo las condiciones de servicio y de infraestructura propias de algunas instituciones de salud, establecidas por los grandes sistemas sanitarios, pueden verse traducidas en prácticas deshumanizantes durante la atención, tales como el establecimiento de una posición obligatoria para el parto, y la limitación de la deambulacion de la madre en labor de parto, como lo describen a continuación:

En una sala de parto estaban ingresadas 11 mujeres, con asistencia de un ginecólogo por turno; nueve de ellas en parto y dos para legrados vaginales. Dicha sala no permite el acceso a acompañantes, por razones de higiene que se deben preservar. También está prohibido caminar en la sala (por falta de espacio), y no se autoriza otra postura que no sea la horizontal. (p. 128)

De manera similar, en los testimonios expuestos por Mose et al. (2023), una vez más se señala un elemento propio de los entornos hospitalarios, como lo es la exposición a diversos profesionales de la salud al mismo tiempo durante la atención médica prenatal, como un factor estresante, que causó sentimientos de incomodidad y ansiedad en las madres.

Lo anterior, representando condiciones estructurales y sistemáticas en las que el personal de salud se ve inmerso, y que, sumadas al sistema médico hegemónico, que tiende a tomar en

consideración sólo los factores biológicos, y omitir la importancia de la interacción de estos con lo emocional, social y cultural, marca de entrada un ambiente impersonal propicio para la aparición de procedimientos carentes de humanización.

8.2. Estatus, saberes y habilidades

8.2.1. Estatus

¿Cómo definiría usted la partería? Esta fue la pregunta con la que se buscó conocer qué estatus tiene la partería para los participantes actualmente en el país; al respecto, los resultados obtenidos mostraron cómo estas concepciones se encuentran marcadas por divergencias históricas, políticas y simbólicas, que dan lugar a la partería como una práctica de cuidado dentro del proceso de atención al parto.

Estas tensiones se hicieron explícitas desde el primer repertorio interpretativo: “Ya se habla de que por lo menos existen parteras tradicionales”, donde, tanto parteras como profesionales de la salud, reconocen el progreso paulatino en el reconocimiento, validez y visibilización de la partería a nivel nacional; sin embargo, tomando posturas bien diferenciadas al respecto.

Las parteras coinciden en destacar que las leyes recientes y el reconocimiento de la partería como patrimonio cultural inmaterial (Resolución 1077 de 2017; Sentencia T-128 de 2022), han representado un avance que, si bien no despeja completamente el panorama para esta y quienes la ejercen, permite a la misma tener una mayor aceptación como una práctica válida para la atención al parto en el país; avance que no es más que el producto de, como lo menciona

Alfaro (2022), “una lucha por su reconocimiento” (p. 82), que ha posicionado a la práctica como un acto político, de reapropiación de saberes (Alfaro, 2022), y de cuidado feminista, cuyas “formas de resistir son aquellas que, aunque aparentemente invisibilizadas, se escabullen por las fracturas de un sistema de salud que no tiene acceso a todos los territorios, no se encuentra disponible para todas las mujeres y no valora sus particularidades” (Villalobos, 2019, p. 34).

Por otra parte, los profesionales de la salud destacan la legitimidad social de la partería en lugares donde esta conforma una parte fundamental de su cultura, como lo es en las zonas del pacífico colombiano. Este reconocimiento, coincide con lo expuesto por Alarcón et al. (2011) y Carvajal et al. (2018), quienes señalan que, pese a la marginación que han tenido históricamente, “las parteras continúan jugando un importante papel en la salud materna en varios países del mundo, dado que tienen amplia aceptación en las comunidades” (Alarcón et al., 2011, p. 188), donde “más allá de ser en varios casos la opción más accesible, es la opción que da cuenta de su mundo simbólico” (Carvajal et al., 2018, p. 3).

Las divergencias antes mencionadas, se ponen de manifiesto también con el repertorio “No somos reconocidas”, que, aunque a simple vista parece contradecir lo construido en el repertorio anterior, de base, coincide con este en señalar el mismo aspecto, que es la parcialidad en el reconocimiento a la práctica, particularmente, como lo mencionan las propias parteras, para aquellas mujeres que no se encuentran dentro de la denominada partería tradicional avalada por el estado, ya que no pertenecen a ninguna comunidad; aspecto señalado también en la investigación de Alfaro (2022), quien es clara en exponer que, al no contar con un respaldo legislativo, “para las parteras que ejercen su servicio en las ciudades, la legalidad de su oficio es un limbo... lo que también las deja en una incertidumbre constante de la práctica” (p. 77).

Toda esta percepción, reforzada además por las dificultades manifestadas para llevar a cabo el registro de los nacimientos atendidos en casa y la realización de trámites legales, que, si bien es un aspecto acerca del que también ha habido avances, por ejemplo, a través de la ya mencionada autorización de la certificación de nacimientos por parte de parteras pertenecientes a la ASOREDIPARCHOCO (Resolución 3676 de 2021), son avances que, nuevamente, están pensados en los contextos de aplicación de la partería tradicional y se limitan a la población autorizada por la legislación, quedando por fuera de ello las parteras que no son consideradas étnicas. Tal como lo dispone la Registraduría Nacional del Estado Civil (2022):

Las parteras y parteros que hayan sido autorizados mediante acto administrativo proferido por la Registraduría Nacional del Estado Civil y el Departamento Nacional de Estadística (DANE) mediante la Resolución 3676 de 2021, podrán certificar los nacimientos que atiendan utilizando el formato de notificación de nacimiento expedido por el DANE, para personas pertenecientes a grupos étnicos. (p. 4, como se citó en UNFPA y el DANE, 2023, p. 23)

El repertorio *“No existe como tal un enlace”*, refuerza esta problemática al poner de manifiesto la falta de articulación entre la partería y el sistema de salud. Tanto las parteras como los profesionales de la salud concuerdan en que no se han implementado protocolos, canales de comunicación o redes de apoyo que permitan una mayor vinculación entre los partos en casa y los servicios institucionales. La demanda por el establecimiento de un conocimiento horizontal entre los saberes de la medicina occidental y la partería, refleja la gran necesidad de legitimación de ambos sistemas como servicios complementarios, tal como es planteado por García et al. (2018), quienes hacen énfasis en la importancia de construir conexiones que permitan el trabajo conjunto entre el personal de salud y las parteras, con el objetivo de promover “un cuidado

limpio, seguro y humanizado” (p. 392) durante la atención materno-perinatal. De manera similar, Tórrez y Ruiz (2019) destacan que los saberes tradicionales conforman un marco completo y bien organizado, que da cuenta de una atención que no se limita a las necesidades físicas, sino que también tiene en cuenta las necesidades culturales, emocionales y espirituales, por lo que, la falta de enlace institucional, no sólo mantiene las desigualdades históricas, sino que limita la continuidad del cuidado de madres y niños.

Por su parte, *“A las parteras nos han rechazado mucho”*, es un repertorio en el que los discursos de parteras y profesionales de la salud, muestran con mayor profundidad cómo la partería ha sido históricamente estigmatizada, lo que ha llevado a la persecución, descalificación y cuestionamiento de las mujeres dedicadas a la práctica, tanto por la sociedad, como por los sistemas de salud alrededor del mundo; un hecho que ha sido ampliamente abordado en la literatura a través de trabajos como el de Ehrenreich y English (2006) y Botteri y Bochar (2019), quienes expresan que la deslegitimación de la partería hace parte de un patrón histórico a lo largo del mundo, en el que la cultura patriarcal ha buscado silenciar a las mujeres sanadoras, al ser “excluidas de los libros y de la ciencia oficial” (Ehrenreich, s.f, como se citó en Alarcón et al., 2011, p. 188), ser consideradas peligrosas, e incluso tachando sus saberes como brujería (Botteri y Bochar, 2019; Tórrez y Ruiz, 2019).

Los profesionales de la salud entrevistados, señalan que esta situación ha estado influenciada por el establecimiento de una jerarquización de saberes que favorece el conocimiento de la medicina occidental y lo posiciona como el único legítimo, dejando a un lado a la vasta variedad de saberes ancestrales. Esta concepción, concuerda con lo descrito, nuevamente, por Ehrenreich y English (2006) y Botteri y Bochar (2019), quienes señalan que este desconocimiento, efectivamente ha estado fuertemente influenciado por mecanismos de

control social consolidados para instaurar la hegemonía del saber académico de la biomedicina; condición en la que los saberes ancestrales de la partería quedan relegados a ser “costumbres para mujeres ignorantes” (León, 1910, p. 45, como se citó en Botteri y Bochar, 2019, p. 128).

En Colombia, el estado subordinado de la partería, también ha estado enmarcado dentro de esta dinámica global que, a lo largo del tiempo, ha favorecido el dominio del modelo médico, y, tal como lo refieren las parteras en esta investigación, ha marcado unas dinámicas de persecución (Villalobos, 2019), “estigmatización y rechazo” (Sentencia T-128 de 2022, *La protección legal y constitucional de la diversidad étnica y de la partería*, párr. 41), que las posiciona como personal no calificado para la atención materno-perinatal, que pone en riesgo a las mujeres con sus saberes no científicos y prácticas inseguras (Carvajal et al., 2018; Villalobos, 2019; Alfaro, 2022).

Otro repertorio que da lugar a tensiones con base en criterios generacionales es “*Eso hoy en día ya no se ejerce*”, en el que las parteras con mayor edad y las madres, evidencian su perspectiva acerca de la partería como una práctica que está desapareciendo, esto, debido a que, como ya se ha visto, actualmente en la sociedad, el procesos de parto se ha vuelto algo totalmente medicalizado; lo anterior, sumado a las persecuciones y juzgamientos anteriormente mencionados, que han generado en las mujeres que la ejercen miedo a las repercusiones legales y al estigma, de esta forma, siendo “relegadas hasta ser ampliamente invisibilizadas” (Villalobos, 2019, p. 45), e incluso, a pesar del reconocimiento de la partería tradicional a nivel nacional, llegando a ser consideradas como “un gremio casi extinto que no merece mayor atención y menos una política de inclusión dentro del Sistema de Salud Nacional” (Carvajal et al., 2018, p. 11).

Contrario a esta perspectiva, como se puede apreciar en repertorios anteriores, las parteras con menos edad, que se encuentran ejerciendo actualmente la partería, describen un resurgimiento contemporáneo de la práctica, lo cual va de la mano con lo expuesto por Alfaro (2022) y Alarcón et al. (2011), quienes mencionan que esta diversidad de perspectivas, muestra que la práctica se va transformando internamente, y que esas reconfiguraciones dependen del lugar, contexto histórico, político y económico en el que se sitúan las personas.

Finalmente, “Yo creo que es más una vocación” y “Es una práctica y un trabajo”, son repertorios que evidencian la postura de los participantes frente al estatus específico que tiene la partería actualmente en el país. Aquí, por un lado, se encuentran algunos profesionales de la salud, y parteras que posicionan su labor, principalmente, como una vocación, vinculada totalmente al servicio y acompañamiento comunitario, más que a una actividad permeada por lo económico. Por otra parte, se encuentran también profesionales de la salud, quienes perciben a la partería, más específicamente a la ejercida en comunidades indígenas, como una práctica y forma de trabajo que tiene una compensación o remuneración simbólica. Se trata de dos puntos de vista que coinciden con lo expuesto por Villalobos (2019) y Alfaro (2022), que posicionan a la partería como un sistema de cuidados que va más allá de las lógicas laborales convencionales, es decir, que no se limita exclusivamente a tareas remuneradas, sino que se convierte en un acto político de resistencia femenina.

8.2.2. Saberes y habilidades

Ahora, pasando a la subcategoría de *Saberes y habilidades*, en primer lugar, se encontró cómo los discursos de las participantes señalan que la partería está compuesta por una gran y

compleja gama de conocimientos ligados a la experiencia, la cultura y la vida comunitaria. En el primer repertorio, *“Viendo cómo ella hacía las cosas, entonces yo también las practiqué”*, las parteras narran cómo fueron sus procesos de aprendizaje de la práctica, que, si bien se dieron dentro de contextos diferentes, coinciden, de base, en ser completamente empíricos, producto de la transmisión intergeneracional, la observación directa y la experiencia cotidiana, y no de un proceso formal o académico.

Lo que coincide ampliamente con lo expuesto por Alarcón et al. (2011) acerca de la partería como un conjunto de conocimientos y saberes transmitidos de generación en generación, que, de acuerdo con Tórrez y Ruiz (2019), Carvajal et al. (2018) y Villalobos (2019), no se da necesariamente con base en la vinculación familiar, sino también con la interacción dada entre los miembros de las comunidades, donde las mujeres aprenden los saberes tradicionales de otras con mayor experiencia en la atención al embarazo, parto y postparto, a través del diálogo, la observación, y, posteriormente la puesta en práctica de una labor “que emerge de la vida cotidiana y se ocupa de la misma” (Villalobos, 2019, p. 5), y que, “al ser parte de la comunidad, conoce y comprende los rituales, símbolos y significados que tiene para la cultura étnica el embarazo, el parto y puerperio” (Carvajal et al., 2018, p. 5). Un ejemplo de ello, es el abordado por Arboleda et al. (2014), quienes narran cómo en territorios como el Pacífico colombiano, la partería hace parte intrínseca de la vida diaria desde la niñez, siendo un elemento fundamental de la cosmovisión y el sistema comunitario de cuidado.

En el caso de las parteras urbanas, si bien este proceso de aprendizaje no se da en un contexto comunitario, sigue teniendo la misma lógica, en la medida que, tal como lo refiere una de las participantes, son las mujeres de mayor experiencia, tales como las parteras tradicionales,

quienes comparten sus conocimientos a través de un proceso experiencial (Botteri y Bochar, 2019).

En el segundo repertorio interpretativo, *El conocimiento también de cuáles son los riesgos*, se evidencia cómo uno de los pilares fundamentales de esta práctica, es el conocimiento y la capacidad de lectura del cuerpo, anticipación de complicaciones y reconocimiento de los propios límites. Estos conceptos son, según las parteras y madres entrevistadas, fundamentales para saber cuándo efectivamente un parto puede ser atendido en casa, y cuándo debe de remitirse a un servicio de salud, siempre teniendo como objetivo principal salvaguardar la vida de la madre y el bebé.

Las participantes destacan que, a través de los saberes tradicionales y experticia adquirida mediante la experiencia directa, las parteras “pueden detectar las alteraciones tempranas del embarazo y el parto” (Alarcón et al., 2011, p. 188), y establecer criterios prácticos que guían la toma de decisiones, entre ellos, por ejemplo, el referente al nivel de riesgo del embarazo; aspecto que también es puesto de manifiesto por Alfaro (2022), quien sostiene que “las parteras urbanas siempre tratan embarazos en salud, embarazos de bajo riesgo que no van a tener ninguna complicación en el proceso de parto” (p. 70); y las señales de alerta que indican que es necesaria la atención médica, como por ejemplo, cuando se presenta sangrado excesivo (García et al., 2018).

Como se ha evidenciado con anterioridad, la partería es una práctica que depende de una amplia gama de conocimientos. En ese sentido, surge el repertorio interpretativo *“Las parteras debemos tener, son cuatro lenguas”*, que enseña la multiplicidad y solidez de los conocimientos que las mismas parteras consideran fundamentales para el buen desarrollo de su práctica. Entre estos conocimientos, no sólo se encuentra la comprensión de la fisiología, sino que también se

señalan la importancia de tener conocimientos de la medicina tradicional, elementos de medicina occidental y aspectos legislativos relacionados con derechos sexuales, reproductivos y rutas institucionales.

Estos, hallazgos que van en la misma línea de lo descrito por varios autores, entre ellos, Arboleda et al. (2014) y Carvajal et al., (2018), quienes mencionan que la partería es un sistema complejo de cuidado que articula conocimientos, empíricos, espirituales y sociales, que, en el caso de las parteras tradicionales, pertenecen a un sistema de salud comunitario basado en prácticas preventivas, relacionales y holísticas; y, en el caso de las parteras que no pertenecen a comunidades, les permiten dar respuesta oportuna a las tareas que llevan a cabo durante el acompañamiento del embarazo, parto y postparto en contextos urbanos con unas características particulares, que, en la mayoría de ocasiones, las posiciona en desventaja frente al modelo occidental de cuidado (Alfaro, 2022).

Más específicamente, respecto a los saberes particulares puestos de manifiesto por las participantes, estos van en la misma vía de lo encontrado por Villalobos (2019) y Botteri y Bochar (2019), que hacen referencia a las parteras como mujeres que no sólo poseen “el saber técnico y el conocimiento del cuerpo” (Villalobos, 2019, p. 72), sino que también “incorporan conocimientos de la biomedicina, sin dejar de lado sus saberes ancestrales (Menéndez, 1991, como se citó en Botteri y Bochar, 2019, p. 126), e incluso desarrollan competencias en relación con el cuidado emocional y el acompañamiento durante este “proceso de cambio psicológico” (Botteri y Bochar, 2019, p. 130) para las madres; dando cuenta de esta manera, de un conjunto de saberes que “se reinventa y cualifica en el tiempo según los retos sociales y comunitarios que van surgiendo” (Villalobos, 2019, p. 11).

De manera complementaria a lo anterior, en el repertorio interpretativo “*En la casa estamos con los medicamentos naturales*”, principalmente parteras y madres, coinciden en mencionar una serie de prácticas de cuidado tradicionales puestas en marcha durante la atención brindada desde la partería al proceso de gestación, parto y postparto, entre las que describen: el uso de hierbas medicinales para realizar baños y tomas, palpamiento y masajes abdominales; mismas también referidas en el trabajo de Arboleda et al. (2014), donde retoman lo expuesto por parteras de Buenaventura, Colombia, quienes mencionan darles bebidas calientes de hierbas a las madres, con el objetivo de facilitar el parto, “realizar el diagnóstico del embarazo, tratar las amenazas de aborto, los cuidados higiénicos de la madre... “acomodar” el feto cuando éste se halla en mala posición” (p. 75), entre otras.

Siguiendo además lo reportado por Botteri y Bochar (2019), y Tórrez y Ruiz (2019), las prácticas anteriores parecen ser transversales al quehacer de las parteras, no sólo en Colombia, sino en Latinoamérica. Los primeros, por ejemplo, mencionan la técnica del “rebozo” (p. 126) usada por parteras mexicanas, la cual consiste en realizar baños calientes de hierbas durante el cierre del puerperio, y la realización de sobadas “para reposicionar los órganos” (p. 129). Tórrez y Ruiz (2019), por su parte, destacan la importancia que tiene el uso medicinal de distintas plantas para las prácticas de cuidado del pueblo mestizo costeño de Siuna en Nicaragua.

Como último punto de esta subcategoría, el repertorio “*Somos las personas que cuidamos esos tránsitos*”, pone de manifiesto, de acuerdo a lo narrado por las parteras, cómo la vasta comprensión que posee la partería, supera ampliamente todo lo antes mencionado, es decir, va más allá de la atención del parto. Aquí, las parteras narran cómo en su hacer, se convierten en las compañeras de distintos tránsitos vitales, que van desde el nacimiento, hasta la muerte, pasando por uniones, separaciones, procesos de enfermedad, salud mental y momentos que son

de suma importancia en la vida comunitaria; quedando en evidencia cómo la partería, más que sólo un oficio técnico, para muchas comunidades es un rol social, espiritual, y relacional profundamente arraigado a las dinámicas culturales de estas.

De este modo, y en la misma línea de lo descrito por Villalobos (2019), Tórrez y Ruiz (2019), Botteri y Bochar (2019), y Arboleda et al. (2014), la partería es concebida como una figura fundamental del cuidado, capaz de articular conocimientos de la medicina tradicional, de brindar acompañamiento emocional, contribuir a la resolución de conflictos “y la identificación de la violencia contra la mujer” (Arboleda et al., 2014, p. 10), y educar acerca de diversos aspectos, tales como “la planificación familiar, la prevención del aborto, cuidado de las enfermedades de transmisión sexual” (Arboleda et al., 2014, p. 10), etc. Lo que hace de la partera una pieza clave para los sistemas comunitarios, y, por tanto, “para el cuidado de la salud durante las etapas más importantes de la vida del ser humano” (Tórrez y Ruiz, 2019, p. 146).

8.3. Beneficios y riesgos de la partería

8.3.1. Beneficios

En la subcategoría de *Beneficios*, los relatos de los participantes entrevistados concuerdan ampliamente en señalar las contribuciones específicas que realiza la partería para la atención durante el parto. En su mayoría, estos mencionan cómo esta práctica ofrece condiciones de cuidado que, en muchos casos, guardan grandes diferencias con la atención brindada en los modelos hospitalarios, siendo esta una alternativa que prioriza la cercanía, el bienestar emocional, el acompañamiento continuo y la consideración holística e integral de la mujer.

Como es propuesto en el primer repertorio “Con la partera es algo mucho más personalizado”, que pone en evidencia que uno de los más grandes beneficios que trae la atención brindada por las parteras, es la personalización del cuidado, tal como menciona la ONU (2011), “las parteras proporcionan atención centrada en la mujer, que incluye escucharla y tranquilizarla” (p. 1). Los participantes, exponen cómo la partera no sólo posiciona a la madre y su bebé como el centro del proceso, sino que también es la persona encargada de realizar un acompañamiento longitudinal, que, como lo describen Botteri y Bochar (2019), logra establecer un “continuum del cuidado” (p. 130), en el que, a diferencia de los entornos hospitalarios, se promueve “la no interrupción y la división de la cura entre las diferentes fases del parto (preparto/parto/posparto)” (p. 130), posibilitando la creación de una relación de confianza que abarca dimensiones emocionales, familiares y contextuales del parto, que permite que la mujer se sienta contenida y acompañada en un proceso que, en los hospitales, puede percibirse disperso.

En la misma línea de lo anterior, en el segundo repertorio “Hay como una comunicación mucho más fluida”, parteras y madres profundizan en un beneficio directamente relacionado con la comunicación y expresión emocional durante el parto acompañado por estas primeras, en el que, la posibilidad de dialogar, participar y decidir sobre su propio cuerpo se vuelve central para las mujeres; un hecho ampliamente descrito, que pone en evidencia como unas de las principales herramientas de las parteras: la capacidad de contención, canalización (Botteri y Bochar, 2019), “la escucha y la palabra” (Villalobos, 2019, p. 62), las cuales, se vuelven “determinantes para establecer relaciones de confianza” (Villalobos, 2019, p. 62) durante el proceso.

Tal como se puede observar en los relatos recolectados, favorece el establecimiento de “una comunicación horizontal que se conecta con las necesidades y expectativas frente al parto, que las mujeres pueden expresar sin temor a ser juzgadas” (Villalobos, 2019, p. 62), y en la que,

por tanto, se configura una interacción entre la madre y la partera, caracterizada por la presencia de escucha activa, validación emocional y apertura al diálogo, lo que permite que se genere un fortalecimiento en la autonomía de la madre, posicionándola como la protagonista de su propio parto (Villalobos, 2019).

El anterior, es un factor que ha sido considerado como uno de los elementos principales para la humanización del parto (García et al., 2018), y que, si bien no es exclusivo de la atención brindada desde la partería, puede contrastar con lo que ocurre con frecuencia en los modelos médicos de atención, donde, como se ha visto con anterioridad, la toma de decisiones suele quedar predominantemente en manos del personal de salud.

En el tercer repertorio, *“Hay más tranquilidad para uno en la casa”*, parteras y madres exponen un hecho que, en múltiples ocasiones, no es tenido en cuenta, y es cómo el espacio donde ocurre el parto también constituye un beneficio central. Las madres que tuvieron parto en casa mencionan sensaciones de calma, seguridad y comodidad al estar en un espacio más familiar, tal como lo describe Villalobos (2019), la partería permite el establecimiento de un entorno cálido y de bienestar, aún más para la recuperación de la madre luego del parto. Desde esta perspectiva, el hogar funciona como un lugar íntimo que reduce el estrés, minimizando estímulos que propicien esta sensación, como lo son el ruido, la iluminación intensa, el movimiento constante del personal y la falta de privacidad, también permitiendo mantener rutinas conocidas; lo que, tal como lo plantea García et al. (2018), posibilita a la madre “sentirse fuerte y confiada” (p. 386), contribuyendo “a mantener la calma durante el trabajo de parto” (p. 386).

“Uno está rodeada de seres queridos”, es un repertorio donde, nuevamente parteras y madres complementan lo ya mencionado, al enfatizar cómo el parto acompañado por parteras

permite la presencia de familiares y personas significativas, a diferencia de lo que puede suceder en entornos hospitalarios, donde la compañía suele ser restringida. Durante el parto en casa, las madres coincidieron en percibir un apoyo emocional constante, considerándolo como un recurso fundamental para enfrentar el proceso, que favorece el fortalecimiento del vínculo familiar, lo cual logra proporcionar seguridad emocional y transformar el parto en una experiencia compartida. Un factor destacado en trabajos como el de Villalobos (2019) y Motta et al. (2020), quienes destacan la importancia de la partería como una práctica que propicia la vinculación comunitaria, al hacer parte del proceso a las personas cercanas a la madre, establecer “una conexión con la parturienta y su familia” (Motta et al., p. 32), y, en general, promover un contexto de acompañamiento, “pues entiende que, si la mujer se siente apoyada, el proceso será más rápido y menos traumático” (Motta et al., p. 33).

Por otro lado, al considerar la situación en contextos rurales o periféricos, se evidencia cómo los participantes, principalmente parteras y madres, coinciden en que la partería ha sido históricamente un recurso vital para mujeres que enfrentan barreras geográficas, económicas o institucionales para acceder a servicios formales de salud; concepción expuesta ampliamente a nivel nacional (Alarcón et al., 2011; García et al., 2018; Villalobos, 2019) e internacional (ONU, 2011), de la que surge el repertorio *“Ayuda a salvar vidas”*, en el cual se visibilizan cómo la partería “se convierte en muchas ocasiones en el único servicio de salud disponible, ya que los que presta el estado, son de difícil acceso y de baja calidad, para la población que vive en zonas rurales” (García et al., 2018, p. 385), lo que evidencia la importancia de la práctica para el cuidado y la protección de la vida de madres y niños.

Pese a lo anterior, este repertorio también muestra que parte de ese reconocimiento, se posiciona más en el pasado, cuando las condiciones de acceso a los servicios de salud eran más

precarias, lo cual contrasta directamente con lo reportado en la literatura, donde se destaca la vigencia de la partería en la actualidad (Alarcón et al., 2011; Alfaro 2022). De manera adicional, los profesionales de la salud mencionan este beneficio de manera marginal, lo que evidencia una tensión ya previamente identificada en la subcategoría de *Estatus*: la persistencia de un sesgo que sigue cuestionando la seguridad de la partería debido a su carácter empírico. Esto, pese a la existencia de estudios que “mostraron que el entrenamiento a parteras rurales disminuía la mortalidad prenatal y postnatal, y levemente la mortalidad materna” (Organización Mundial de la Salud [OMS], s.f., como se citó en Alarcón et al., 2011, p. 193).

Finalmente, *“La verdad me sentí bien”*, es un repertorio que sintetiza la experiencia subjetiva de las madres respecto a la atención recibida. Las emociones positivas mencionadas, como la tranquilidad, confianza, contención y bienestar, evidencian que la atención de las parteras no sólo aporta beneficios en términos del cuidado físico, sino también emocional y psicológico. Muchas madres, además, comparan explícitamente esta experiencia con partos llevados a cabo en entornos hospitalarios, afirmando sentirse mejor atendidas, más respetadas y emocionalmente sostenidas en el contexto de atención brindado desde la partería.

Repertorio que refuerza lo encontrado por Villalobos (2019) y Botteri y Bochar (2019) respecto a la satisfacción general de las madres con la atención recibida durante el proceso de parto acompañado por parteras, “de allí que el oficio de las parteras sea preferido y permanezca en el tiempo” (Villalobos, 2019, p. 12), emergiendo no sólo como una alternativa de atención, sino como una práctica que contribuye a la construcción de experiencias no traumáticas, significativas y respetuosas.

En síntesis, a través de los distintos repertorios construidos por los participantes en esta subcategoría, se ponen de manifiesto beneficios de la partería que constituyen elementos

fundamentales para la vivencia de un parto humanizado, que, tal como lo señala Borges et al. (2018) y la Ley 2244 de 2022, hace referencia a un enfoque holístico y personalizado para la atención de la mujer gestante durante todo el proceso reproductivo, en el que se prioriza su autonomía a través de la toma informada de decisiones y se abarca tanto la salud física, como la emocional y psicológica, sin dejar de lado los factores sociales y culturales durante la etapa del embarazo, el parto y el postparto; los anteriores, factores que parecen ser transversales a la atención realizada por las parteras, siendo reconocidos no sólo por la mayoría de participantes, sino también siendo documentados ampliamente, como lo menciona Villalobos (2019), “las recomendaciones de la OMS sobre parto humanizado no sorprenden por sus principios, ya que este recoge las prácticas y costumbres de las parteras tradicionales” (p. 8), las cuales “han permitido brindar un cuidado integral, respetuoso y humanizado de la gestación, el parto, el puerperio e incluso el duelo perinatal” (Motta et al., 2020, p. 32).

8.3.2. Riesgos

Los discursos analizados en esta subcategoría muestran que, si bien la partería constituye un saber rico, relacional y profundamente humano, también se reconoce la presencia de riesgos estructurales, clínicos y contextuales para el cuidado de la salud materno-perinatal, relacionados con la práctica. Sin embargo, estos riesgos, en su mayoría, no se posicionan como fallas intrínsecas de las parteras, sino como consecuencias de un entorno históricamente desigual, donde, tal como lo describen otras investigaciones a nivel nacional, en diversos territorios, las personas se enfrentan a limitaciones profundas en relación con el acceso oportuno a recursos y servicios de salud, y las parteras quedan inmersas en un panorama caracterizado por la falta de

articulación y reconocimiento institucional (ONU, 2011; Alarcón et al., 2011; Carvajal et al., 2018; García et al., 2018; Villalobos, 2019), en el que “es importante reconocer que en la práctica de la partería está generalizada la ausencia de un entorno de apoyo” (ONU, 2011, p. 33).

Partiendo de lo anterior, en la presente investigación, los participantes hacen énfasis en dos asuntos a través de sus discursos. En el primero de ellos, principalmente madres y profesionales de la salud, pero también parteras, hacen referencia a los tipos de riesgo que puede implicar la atención brindada por parteras durante el proceso de gestación, parto y postparto, los cuales se clasificaron en complicaciones prenatales (ver *“Uno sabe que hay riesgos en caso de una enfermedad”*), complicaciones perinatales (ver *“Puede tener riesgo de que el niño se le ahogue a uno”*) y mortalidad (ver *“Si la partera no podía hacer nada, fallecían los dos”*), que incluyeron factores tales como las condiciones biológicas específicas que pueden generar dificultad en el momento del parto, complicaciones graves tales como la hipoxia neonatal, infecciones y hemorragia postparto, y, en el peor de los casos, el riesgo de muerte cuando estas situaciones sobrepasan el manejo que es posible realizar desde la partería.

Estos hallazgos, por una parte, coinciden con lo señalado por Arregoces (2019), quien aborda la importancia de, tal como lo documenta en su trabajo, realizar capacitaciones para las parteras, en donde se “fortalecieran sus prácticas sanitarias en la atención del parto” (p. 6), debido a que, en muchas ocasiones, la práctica “puede ser la causa de complicaciones obstétricas como la hemorragia posparto, identificada como la principal causa de muerte materna” (p. 16). Lo que, por otra parte, contrasta notoriamente con lo reportado en otras investigaciones, donde, por el contrario, se describen ampliamente múltiples beneficios de la partería para el cuidado de la salud de madres y niños alrededor del mundo (ONU, 2011; Wassén et al., 2023; Fikre et al., 2023), tales como “la reducción de incidencia de cesárea” (Wassén et al., 2023, p. 9), “mayores

tasas de partos vaginales, menores tasas de episiotomías” (Fikre et al., 2023, p. 8), y, donde, en general, se refiere que “los servicios de calidad de partería son un factor bien documentado de éxito en cuanto a salvar vidas de mujeres y recién nacidos y preservar su salud” (ONU, 2011, p. 1).

El segundo de los asuntos puestos de manifiesto a través de los repertorios interpretativos contruidos, esta vez, principalmente por los profesionales de la salud, pero donde también las madres hacen aportes en sus discursos, señala dos aspectos que podrían relacionarse con los riesgos anteriormente mencionados, ya sea como factores causales o agravantes; ambos, hacen alusión a limitaciones del acompañamiento realizado por parteras, en primer lugar, referidas a la ausencia de recursos diagnósticos y clínicos necesarios para el manejo de situaciones de alta complejidad durante el parto (ver *“La partera no tiene muchas herramientas para manejarlo a uno”*), y, en segundo lugar, a la falta de procedimientos estandarizados basados en evidencia científica (ver *“Las prácticas utilizadas no son basadas en evidencia”*).

Las anteriores, preocupaciones que, no sólo coinciden con lo abordado con anterioridad en el apartado de *Estatus* respecto a la hegemonía del conocimiento occidental en medicina, vinculada con la deslegitimación, la persecución y apropiación de saberes femeninos (Ehrenreich y English, 2006; Botteri y Bochar, 2019), sino también con lo manifestado por los profesionales de la salud en México, quienes, como se pudo evidenciar en la sección de Antecedentes, hacen referencia a la falta de validez científica de la partería (Laureano et al., 2016); lo que, a su vez, permite observar un panorama en el que, tanto a nivel nacional, como internacional, la estigmatización hacia la práctica tiene un arraigo profundo que perdura en la actualidad.

8.4. Institucionalización y profesionalización

Respecto a la última categoría, los repertorios interpretativos aquí contruidos, dieron cuenta de un proceso tenso y emergente entre el reconocimiento de la partería y su articulación con el sistema de salud formal. Esta práctica, como se ha evidenciado, si bien es fundamental para muchos territorios y comunidades, continúa desarrollándose en medio de avances parciales, junto con procesos graduales que denotan una ausencia marcada de regulación, lo que hace que las parteras queden posicionadas en un lugar ambiguo dentro de las políticas públicas y los marcos institucionales.

En primer lugar, *“Hay algunos hospitales que ya están haciendo ese tránsito”*, es un repertorio interpretativo contruido por parteras y profesionales de la salud, en donde ponen de manifiesto cómo en algunas regiones del país, de a poco empiezan a emerger esfuerzos para la articulación intercultural entre parteras e instituciones de salud. Respecto a esto, los participantes hacen mención a hospitales en Toribio y Silvia, Cauca, en donde se han habilitado zonas para que las parteras puedan realizar un acompañamiento a las mujeres que lo deseen en estos entornos hospitalarios, sin embargo, teniendo restricciones claras en cuanto al alcance de su participación. De igual forma, se resaltan iniciativas como la del Hospital Padrino, impulsada por la Fundación Valle del Lili, que cuentan con un modelo propuesto para brindar apoyo técnico a hospitales con menos recursos, entre ellos, hospitales ubicados en territorios de comunidades indígenas, en donde se ha implementado el acompañamiento por parte de parteras y médicos tradicionales.

Estas, iniciativas que son consistentes con otras realizadas en el país, como por ejemplo la descrita por Arregoces (2019) en la Guajira, donde se buscó el diálogo intercultural y la capacitación de las parteras en esta zona, con el objetivo de brindar estrategias para un manejo

más seguro durante la asistencia a los procesos de parto, y se resalta la importancia de “apalancar procesos de reconocimiento e identidad cultural que permita integrar estos actores no reconocidos por el sistema de salud, dentro del sistema de salud étnico que garantice una complementariedad” (p. 12).

Lo anterior, en conjunto, permite visibilizar que, si bien el país se encuentra aún bastante lejos de lograr una integración completa, de a poco se han ido generando avances significativos que favorecen un mayor reconocimiento institucional de la partería, y permiten que se sienten las bases para una articulación intercultural más sólida. Lo que, por otra parte, pone un nuevo factor en evidencia, y este es que, pese a que los profesionales de la salud entrevistados expresan apertura para la realización de un trabajo conjunto, señalando la relevancia que podrían tener las parteras en el apoyo de los procesos asistenciales dentro de las instituciones, esta aceptación, tal como lo describe Carvajal et al. (2018), posiciona a las parteras en un rol subordinado al modelo médico occidental, en el que corren el riesgo de quedar “limitadas a actividades de facilitación del acceso de las gestantes a los servicios de salud, brindar información de factores de riesgo de las gestantes y asegurar un trato culturalmente adecuado” (p. 11), ejerciendo “como un recurso auxiliar del médico en la vigilancia del embarazo” (Laureano et al., 2016, p. 281).

El repertorio *“La profesión de partería en Colombia no existe”*, por otra parte, reafirma la ausencia de un reconocimiento formal de la partería, no sólo por parte del sistema de salud, sino también del sistema educativo colombiano. Los relatos de parteras y profesionales de la salud señalan que, a diferencia de otros países, donde ya existen roles profesionales como las midwives o las obstetrices, como en el caso de Dinamarca, Países Bajos, Inglaterra y Australia (Wassén et al., 2023; Spelten et al. 2023), en Colombia aún no hay una formación universitaria o técnica que regule o permita certificar de manera oficial a quienes ejercen esta práctica, lo que no

sólo genera gran incertidumbre frente a las competencias esperadas, los límites de actuación y la posibilidad de vinculación laboral, sino que también mantiene a las parteras en una periferia institucional, que no corresponde al nivel de responsabilidad que asumen en algunos territorios. Situación que, tal como se documenta en estudios como el de Alarcón et al. (2011) y Carvajal et al. (2018), permite evidenciar cómo la institucionalidad colombiana ha tendido históricamente a desvalorizar la partería y a relegarla a un lugar secundario frente a al modelo médico.

Los profesionales de la salud entrevistados concuerdan con esta postura, y manifiestan la necesidad de avanzar hacia procesos de formación que fortalezcan la práctica de la partería. Es de esta noción que, finalmente, surge el repertorio “*Sería interesante que se formalizara el entrenamiento*”, en donde los discursos abordan cómo la capacitación hacia las parteras debería ser un elemento clave para garantizar decisiones seguras, especialmente en lo que respecta al reconocimiento de complicaciones y a los criterios de remisión a niveles superiores de atención; aspecto que coincide con las perspectivas más positivas por parte del personal de salud en México, quienes:

Proponen reconocimiento y actualización de parteras tradicionales; asumen la profesionalización e incorporación de parteras al sistema de salud como una buena estrategia frente a la reducción de la muerte materna en zonas con dificultades de acceso geográfico y cultural a servicios institucionales de salud. (Laureano et al., 2016, p. 281)

Y, como se ha podido evidenciar con anterioridad, sigue la misma línea de lo expuesto por Arregoces (2019). Los profesionales de la salud plantean además que, una formación técnica o universitaria permitiría estandarizar ciertos conocimientos y promover modelos colaborativos que aporten seguridad clínica y que logren un mayor respeto hacia la diversidad cultural; lo que, en conjunto con lo planteado en los demás repertorios de esta categoría, muestra que, pese a los

estigmas y deslegitimación que aún perduran respecto a la práctica, existe una disposición creciente hacia la institucionalización y profesionalización de la partería.

9. Conclusiones

Para dar cierre a la presente investigación, se presentan las conclusiones, apartado en el que se dará respuesta a cada uno de los objetivos planteados, para, finalmente, abordar los aportes, relevancia, y también limitaciones de la misma:

Partiendo de lo desarrollado a lo largo de este trabajo, se puede concluir, en primer lugar, que la información recolectada a través de las entrevistas realizadas, permitió conocer los discursos presentados por parte de parteras, madres que han recibido atención por parte de estas y profesionales de la salud, y, por tanto, los repertorios interpretativos construidos a partir de los mismos, los cuales permitieron dar cuenta de su percepción acerca de la partería, su estatus actualmente en el contexto colombiano como una práctica y trabajo ejercido desde la vocación, sus beneficios para la contribución al parto humanizado, a través de una atención personalizada, comunicación efectiva y escucha activa para la toma de decisiones; y, finalmente, los riesgos para el cuidado de la salud que podría implicar una atención perinatal por fuera de un contexto médico controlado, tales como la falta de herramientas que permitan dar un manejo adecuado a las posibles complicaciones que se pueden presentar; aspectos que van en línea con el objetivo general propuesto en este trabajo.

De manera similar, al haber conseguido conocer los repertorios interpretativos presentados por los tres grupos poblacionales anteriormente mencionados acerca de la partería, también se logran explorar los repertorios interpretativos que construyeron parteras y profesionales de la salud, desde sus respectivas áreas de conocimiento y contextos de aplicación, tal como lo plantea el primer objetivo específico propuesto. En este sentido, las parteras permitieron explorar el estatus de su práctica, a la cual consideran como una vocación y acto de

lucha que les ha permitido posicionarse en el mundo, posibilitaron conocer la forma en la que han vivido y percibido la deslegitimación de sus saberes, los avances parciales respecto a su reconocimiento en el país y la articulación con el sector salud, cómo se dio su proceso de aprendizaje, los conocimientos necesarios para brindar atención a lo largo del proceso de parto, y, así mismo, los múltiples beneficios y contribuciones que aportan desde su labor para la vivencia de un parto humanizado, reconociendo también los posibles riesgos para el cuidado de la salud que podrían presentarse. Los profesionales de la salud, por su parte, ofrecieron una mirada externa, con la que hicieron posible explorar su concepción de la partería como una vocación, práctica y trabajo históricamente relegado por la hegemonía de la medicina occidental, los beneficios de esta en relación con la personalización de la atención y la satisfacción de las madres, los múltiples riesgos y limitaciones para el cuidado de la salud que su formación les permite identificar, y, finalmente, la forma en la que plantean que se podría establecer un trabajo conjunto.

En este mismo sentido, se logra dar respuesta el segundo objetivo específico planteado, con base en los distintos repertorios interpretativos contruidos por las madres, los cuales hicieron posible identificar no sólo los múltiples beneficios para el parto humanizado expuestos con anterioridad, y los riesgos para el cuidado de la salud percibidos, sino que también permitieron realizar un contraste entre la experiencia de un parto hospitalario y un parto en casa acompañado por partera, en el que fue posible evidenciar las desventajas y beneficios de cada uno desde su perspectiva; además de realizar aportes para la comprensión de los saberes y habilidades de las parteras, de acuerdo con lo experimentado durante su acompañamiento.

En relación con el tercer y último objetivo específico planteado, contrario a lo esperado al comenzar esta investigación, se presentaron más convergencias que tensiones entre los

repertorios contruidos por los tres grupos poblacionales, ya que, en primer lugar, la construcción de los mismos no se limitó a las coincidencias internas entre los participantes de cada grupo, sino que se dio de manera compartida, en algunas ocasiones, entre los participantes de dos de los grupos poblacionales, y en otras, entre los participantes de los tres grupos, lo que llevó a convergencias entre parteras y madres, madres y profesionales de la salud, e incluso, parteras y profesionales de la salud. En este sentido, la única tensión evidenciada entre parteras y madres, en contraste con profesionales de la salud, se presentó en relación con las subcategorías de *Beneficios y Riesgos*, donde, como se observa a lo largo del análisis y discusión, madres y parteras presentan mayor tendencia a destacar los beneficios de la partería para el parto humanizado, mientras que los riesgos para el cuidado de la salud, fueron puestos de manifiesto, principalmente, por los profesionales de la salud.

Por otra parte, se puede, además, concluir que esta investigación supone una contribución al campo de la investigación acerca de la partería en Colombia, puesto que integra de manera innovadora dos elementos que no habían sido abordados conjuntamente en investigaciones previas, estos son: los repertorios interpretativos como herramienta analítica proveniente de la psicología discursiva, y la partería como práctica ancestral, comunitaria y transformada en la actualidad. La vinculación de estos dos elementos posibilitó el acceso a una comprensión más profunda, detallada y enriquecida de las perspectivas de los tres grupos poblacionales entrevistados. Este abordaje, no sólo amplía, el enfoque metodológico de los estudios acerca de la partería, sino que también contribuye a tener un marco analítico más novedoso para examinar cómo se elaboran socialmente los significados, tensiones y valoraciones alrededor de esta práctica.

A raíz del uso de repertorios interpretativos, fue posible identificar cómo se articulan discursivamente las experiencias de cuidado, los procesos de legitimación y deslegitimación, los beneficios atribuidos a la práctica, los riesgos percibidos y las tensiones que surgen en la interacción entre saberes ancestrales, necesidades maternas y exigencias del sistema médico tradicional, un tipo de estudio no había sido realizado anteriormente en Colombia, lo que permite situar estas perspectivas aún más en nuestro contexto. Esto contribuye a la visibilización de dimensiones que otros enfoques metodológicos tienden a pasar desapercibidos, tales como el modo en que los participantes argumentan, justifican, negocian o cuestionan sus propias posiciones frente a la partería. De este modo, la investigación no sólo contribuye a la literatura existente, sino que abre una ruta conceptual y metodológica para futuras investigaciones interesadas en comprender la partería desde una perspectiva socio-construccionista y discursiva.

De este modo, los hallazgos permiten resaltar que la importancia de la partería no se queda sólo en contextos en donde se encuentran barreras para el acceso a los servicios de salud, aunque este sea un factor relevante en muchas zonas de Colombia, sino que también se articula a su capacidad para ofrecer a las mujeres una atención centrada en sus deseos, ritmos, creencias y necesidades. La partería, en este sentido, se consolida como una opción de atención humanizada, respetuosa y culturalmente aceptada, que reconoce a la mujer como sujeto activo en su proceso reproductivo y no como objeto pasivo de intervención médica. Esto resulta especialmente relevante en un país en el que las experiencias de violencia obstétrica, trato despersonalizado y limitación de la autonomía materna siguen siendo denunciadas en diversos escenarios de investigación y salud pública.

Adicionalmente, considerando no sólo los vacíos legales existentes actualmente en torno al reconocimiento de la partería y su articulación con el sistema biomédico, sino también la

estigmatización a la que continúa vinculada la práctica, tal como lo evidencian los hallazgos de esta investigación, resulta de suma importancia resaltar, dentro de sus aportes, la forma en que estos pueden contribuir a sentar las bases para la generación de políticas públicas:

En primer lugar, orientadas al reconocimiento legal y regulación no punitiva de los distintos tipos de partería existentes actualmente en el país, que, como se pudo observar en el análisis y discusión de la subcategoría *Estatus*, no se limitan a la partería tradicional, sino que se extienden hacia contextos urbanos, donde las parteras no sólo enfrentan procesos de deslegitimación y cuestionamiento de sus saberes, sino que además permanecen al margen del respaldo normativo existente.

Y, en segundo lugar, direccionadas a establecer protocolos de articulación entre el sistema de salud y los sistemas de cuidado tradicionales, que permitan establecer un trabajo conjunto para la atención materno-infantil, superando dinámicas centradas exclusivamente en la remisión o el ejercicio independiente, y promoviendo el diálogo respetuoso de conocimientos, así como una respuesta oportuna por parte de los profesionales de la salud ante los riesgos y complicaciones que puedan presentarse durante la atención desde la partería.

Ambos, elementos que, a su vez, contribuyen a garantizar una atención obstétrica integral y respetuosa, que valide la autonomía de las mujeres y les permite decidir con total libertad la forma de vivir su parto, sin estar sujetas a penalizaciones sociales.

Por otro lado, aun reconociendo los aportes de esta investigación, es importante señalar también sus limitaciones metodológicas. Aunque se logró contar con participantes de los tres grupos poblacionales previstos, la muestra resultó más reducida de lo deseado, principalmente por dificultades logísticas y contextuales para contactar y garantizar participación de más parteras, particularmente del grupo de parteras urbanas, así como de algunos profesionales de la

salud. Esta situación pudo haber limitado la diversidad de discursos y experiencias recogidas, especialmente en un campo tan complejo y diverso como el de la partería contemporánea. De este modo, la desigual representación de parteras tradicionales y urbanas limitó la posibilidad de contrastar de manera más equilibrada sus repertorios interpretativos.

Por todo lo anterior, sería pertinente que futuras investigaciones puedan trabajar con muestras más amplia y equilibrada, integrando un número similar de partera tradicionales y urbanas, así como una mayor presencia de madres que, de ser posibles, hayan tenido su parto con parteras hace poco tiempo, y profesionales de distintos niveles de atención. También sería valioso profundizar en estudios comparativos entre territorios, comunidades o modelos de articulación entre partería y sistema de salud, lo cual permitiría comprender cómo los repertorios interpretativos varían según los contextos socioculturales, institucionales y políticos. De este modo, la realización de investigaciones longitudinales también podría aportar información sobre cómo cambian estos repertorios en contextos de mayor institucionalización, formación intercultural o reconocimiento legal.

En conjunto, este trabajo demuestra que la partería es una perspectiva viva, compleja y socialmente significativa, y que su análisis desde la psicología y enfoques discursivos no sólo ilumina las tensiones que enfrenta, sino también las oportunidades para fortalecer modelos de atención más humanos, culturalmente sensibles y respetuosos de la autonomía de las mujeres y sus familias.

10. Referencias

- Aarons, D. (2017). Exploring the risk/benefit balance in biomedical research: some considerations. *Revista Bioética*, 25(2), 320-327.
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/3615/361552153013/361552153013.pdf>
- Alarcón, M., Sepúlveda, J. y Alarcón, I. (2011). Las parteras, patrimonio de la humanidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 62(2), 188-195.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195222502012>
- Alfaro, K. (2022). *Partería urbana: reconfiguración de prácticas y saberes de la partería, una acción política para el cuidado de la(s) vida(s)*. [Tesis de pregrado, Universidad Externado de Colombia]. Archivo digital.
<https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/2c334bdf-81c3-4b69-840d-9293d5d28655/content>
- Almaguer, J., García, H, y Vargas, V. (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y Salud en Cifras*, 10(2), 45-59.
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>
- Arboleda, R., Minotta, S., Orobio, J. y Rentería, T. (2014). *Saberes y prácticas de parteras de Buenaventura frente a la primera infancia*. [Universidad de Manizales]. Archivo digital.
<https://repository.cinde.org.co/bitstream/handle/20.500.11907/2416/SABERES%20Y%20PRACTICAS%20DE%20PARTERAS%20DE%20BUENAVENTURA%20FRENTE%20A%20LA%20PRIMERA%20INFANCIA%202014..pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Arregoces, A. (2019). *Apropiación del conocimiento impartido en entrenamiento para atención del parto en parteras indígenas de la etnia Wayuu: Barreras y oportunidades en el territorio, en el municipio de Manaure, departamento de la Guajira, año 2019*. [Tesis de maestría, Universidad del Norte]. Archivo digital.
<https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/9395/138920.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Borges, L., Sánchez, R., Domínguez, R. y Sixto, A. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(3), 1-12. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v44n3/gin02318.pdf>
- Botteri, E. y Bochar, J. (2019). Saberes que conectan con el poder durante el parto: la partería tradicional en Morelos (México). *Alteridades*, 29(57), 125-135.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/alte/v29n57/2448-850X-alte-29-57-125.pdf>
- Carvajal, R., Gómez, M., Restrepo, N., Varela, M., Navarro, M. y Angulo, E. (2018). Panorama académico y político que enfrentan las parteras tradicionales en América Latina. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(3), 1-16.
<https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2018.v44n3/e1061/es>
- Castillo, J. y Reyes, M. (2013). Repertorios interpretativos de la teleasistencia domiciliaria (TAD) como práctica de cuidado. *Revista Latinoamericana de Psicología Social Ignacio Martín-Baró*, 2(2), 2-31.
https://www.academia.edu/5574230/Repertorios_interpretativos_de_la_teleasistencia_domiciliaria_TAD_como_pr%C3%A1ctica_de_cuidado
- Congreso de la República de Colombia. (2022). *Ley 2244 de 2022: Por medio de la cual se establecen medidas para garantizar el parto digno, respetado y humanizado, y se dictan*

otras disposiciones.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=189347>

Corte Constitucional de Colombia. (2022). *Sentencia T-128 de 2022*.

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=123738>

Déléage, P. (2009). Epistemología del saber tradicional. *Dimensión Antropológica*, 16(46), 71-

81. [https://dimensionantropologica.inah.gob.mx/wp-](https://dimensionantropologica.inah.gob.mx/wp-content/uploads/03Dimension46.pdf?utm_source=chatgpt.com)

[content/uploads/03Dimension46.pdf?utm_source=chatgpt.com](https://dimensionantropologica.inah.gob.mx/wp-content/uploads/03Dimension46.pdf?utm_source=chatgpt.com)

Ehrenreich, B. y English, D. (2006). *Brujas, parteras y enfermeras: Una historia de sanadoras*.

Glass Mountain Pamphlet. [https://we.riseup.net/assets/217402/bruja-partera-y-enfermeras+1+.pdf](https://we.riseup.net/assets/217402/bruja-partera-y-enfermera+1+.pdf)

Fikre, R., Gubbels, J., Teklesilasie, W, y Gerards, S. (2023). Efectividad de la atención dirigida

por parteras sobre los resultados del embarazo en países de ingresos bajos y medianos:

una revisión sistemática y un metanálisis. *BioMed Central*, 23(386).

<https://eds.p.ebscohost.com/eds/viewarticle/render?data=dGJyMPPp44rp2%2fdV0%2bnjisfk5Ie46bRMt6m1Ta6k63nn5Kx94um%2bS62otkewprBMnq64S7GwsUmexss%2b8ujfhvHX4Yzn5eyB4rOvULCnsE6wqrRLpOnnfLuvsUq117F74KPhfK%2fZq0yzrLNft9nfe6un40rg3LN649iwSrO28H3i3%2fE%2b6tfsf7vb8T7i2Lt769vihaTq33%2b7t8w%2b3%2bS7S7WosU%2bxq7Y%2b5OXwhd%2fq37z4uqM4%2b7y&vid=13&sid=9327a3cb-cd1c-4565-9cac-1e2bf5beb225@redis>

Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] y Departamento Administrativo Nacional

de Estadística [DANE]. (2023). Partería tradicional y su incorporación en las estadísticas

vitales de Colombia. *Nota estadística*, (3).

<https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/06022023-notaestadistica-parteratradi-evcolombia.pdf>

Garay, A., Íñiguez, L. y Martínez, L. (2005). La perspectiva discursiva en Psicología Social.

Subjetividad y procesos cognitivos, (7), 105-130.

<https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630246006.pdf>

García, A., Cortina, C., Pabón, Y., Brito, K. y Freyle, Y. (2018). La partería tradicional. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2), 384-393.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2018/cnf1821.pdf>

García, F. (2020). Representaciones del estatus social en estudiantes del último año de educación secundaria en un colegio privado de Lima Metropolitana. *Persona*, 23(1), 97-112.

https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7592559.pdf?utm_source=chatgpt.com

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill. [https://www.esup.edu.pe/wp-](https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf)

[content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-](https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf)
[Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf](https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf)

Huete, A., Huete, M. y Martín, A. (2015). Institucionalización de las personas con discapacidad en España. *Observatorio Estatal de la Discapacidad*.

<https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/2019/09/ESTUDIO-OED-SOBRE-INSTITUCIONALIZACION.pdf>

Íñiguez, L. (2003). *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Editorial UOC.

Jiménez, J. y Morales, M. (2022). Repertorios discursivos sobre la transformación de la masculinidad. Tensión y fuga, y gestión de sí. *Athenea Digital*, 22(2), 1-19.

<https://atheneadigital.net/article/view/v22-n2-jimenez-morales/2981-pdf-es>

- Laureano, J., Villaseñor, M., Mejía, M., Márquez, J. y Ibarra, M. (2014). Experiencia y perspectiva del personal de salud y actores sociales ante la práctica de la partería en Jalisco. *Salud Jalisco*, 1(1), 28-35. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj141i.pdf>
- Laureano, J., Villaseñor, M., Mejía, M. y Ramírez, H. (2016). Ejercicio tradicional de la partería frente a su profesionalización: estudio de caso en Jalisco, México. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3), 275-283. <https://www.redalyc.org/pdf/120/12046949002.pdf>
- Manrique, H. (2008). Saber y conocimiento: Una aproximación plural. *Acta colombiana de psicología*, 11(2), 89-100. <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/304/309>
- Ministerio de Cultura de Colombia. (2017). *Resolución 1077 de 2017: Por la cual se incluye en la Lista Representativa de Patrimonio Cultural Inmaterial del ámbito nacional la manifestación “Prácticas y saberes asociados a la partería afro del Pacífico colombiano”*. https://normograma.mincultura.gov.co/compilacion/docs/resolucion_mincultura_1077_2017.htm
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2021). *Resolución 3676 de 2021: Por la cual se autoriza a la Red Interétnica de Parteras del Chocó - ASOREDIPAR Chocó para la certificación de nacimientos en zonas rurales dispersas del departamento del Chocó*. <https://www.dane.gov.co/files/acerca/Normatividad/resoluciones/2021/Resolucion-3676-de-2021.pdf>

Mose, A., Fikadu, Y., Zewdie, A., Haile, K., Shitu, S., Wasie, A. y Nuriye, K. (2023).

Percepción de las mujeres embarazadas sobre el modelo de atención de continuidad dirigido por parteras en Etiopía: un estudio cualitativo. *BioMed Central*, 23(304).

<https://eds.p.ebscohost.com/eds/viewarticle/render?data=dGJyMPPp44rp2%2fdV0%2bnjisfk5Ie46bRMt6m1Ta6k63nn5Kx94um%2bS62otkewprBMnq64S7GwsUmexss%2b8ujfhvHX4Yzn5eyB4rOvULCnsE6wqrRLpOnnfLuvsUq117F74KPhfK%2fZq0yzrLNft9nfe6un40rg3LN649iwSrO28H3i3%2fE%2b6tfsf7vb8T7i2Lt769vihaTq33%2b7t8w%2b3%2bS7S7Wot0mzr7A%2b5OXwhd%2fqu37z4uqM4%2b7y&vid=13&sid=9327a3cb-cd1c-4565-9cac-1e2bf5beb225@redis>

Morales, Y., Socorro, A. y Rojas, A. (2017). La profesionalización del profesorado en el proceso de gestión de la investigación, en la Universidad Metropolitana del Ecuador. *Universidad y Sociedad*, 9(4), 6-12. <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v9n4/rus01417.pdf>

Moreira, R. y Rasera, E. (2010). Maternidades: los repertorios interpretativos utilizados para describirlos. *Psicología y Sociedad*, 22(3), 529-537.
<https://www.redalyc.org/pdf/3093/309326440013.pdf>

Motta, C., Ardila, I. y Becerra, A. (2020). Aportes de la partería tradicional al ejercicio del cuidado Materno-Perinatal en Colombia: una visión intercultural del fenómeno. *Revista virtual Ciencia y Salud*, 12(1), 29-35 .
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7509608.pdf>

Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2011). El estado de las parteras en el mundo, cuidar la salud, salvar vidas. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/es_SoWMy_Full_1.pdf

- Pacheco, J. y Palma, M. (2014). El discurso profesional en servicios sociales comunitarios: una aproximación desde la identificación de repertorios interpretativos. *Cuadernos de Trabajo Social*, 21(1), 9-28.
<https://pdfs.semanticscholar.org/b95f/8f6698821856740e58acaabce72f1265b272.pdf>
- Palma, M. (2020). Parto humanizado. *Acta Médica Costarricense*, 62(2), 52-53.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43463319001>
- Sánchez, J. (2014). Repertorios interpretativos de un espacio en transformación: el caso de Armas-Casta Álvarez en Zaragoza. *Revista de Estudios Urbanos y Ciencias Sociales*, 5(1), 89-105. <https://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/3794/172-955-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Simm, K. (2021). Benefit Sharing: From Compensation to Collaboration. En Laurie, G., Dove, E., Ganguli-Mitra, A., McMillan, C., Postan, E., Sethi, N. & Sorbie, A. (Eds.). *The Cambridge Handbook of Health Research Regulation* (pp. 148 - 157). Cambridge University Press. https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/925610F346C5545D4F32B9320289F445/9781108475976c15_148-157.pdf/benefit-sharing.pdf
- Sixto, S. y Márquez, J. (2017). Tendencias teóricas en la conceptualización de las habilidades: Aplicación en la didáctica de la Oftalmología. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(3), 438-447. <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v21n3/rpr20317.pdf>
- Spelten, E., Gitsels, J., Verhoeven, C., Hutton, E. y Martin, L. (2023). El estudio DELIVER; El impacto del desarrollo de capacidades de investigación en la investigación, la educación y la práctica de la partería holandesa. *Plos One*, 18(10).
<https://eds.p.ebscohost.com/eds/viewarticle/render?data=dGJyMPPp44rp2%2fdV0%2bnj>

isfk5Ie46bRMt6m1Ta6k63nn5Kx94um%2bS62otkewprBMnq64S7GwsUmexss%2b8ujfhvHX4Yzn5eyB4rOvULCnsE6wqrRLpOnnfLuvsUq117F74KPhfK%2fZq0yzrLNFt9nfe6un40rg3LN649iwSrO28H3i3%2fE%2b6tfsf7vb8T7i2Lt769vihaTq33%2b7t8w%2b3%2bS7S7Wvrk6zq7E%2b5OXwhd%2fqu37z4uqM4%2b7y&vid=13&sid=9327a3cb-cd1c-4565-9cac-1e2bf5beb225@redis

Tórrez, D. y Ruiz, A. (2019). Comunicación intercultural en la transmisión de conocimientos, saberes y prácticas culturales de la medicina tradicional en el pueblo mestizo costeño de Siuna. *Revista Ciencia e Interculturalidad*, 25(2), 146-158.

<https://revistas.uraccan.edu.ni/index.php/Interculturalidad/article/view/661/2822>

Vallana, V. (2019). “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 17, 128-144.

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/562/56260436008/56260436008.pdf>

Villalobos, M. (2019). *La partería: una perspectiva feminista sobre el cuidado*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia]. Archivo digital.

<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/77843/20942370.2020.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Wassén, L., Borgström, B., Frantz, S., Hagman, A., Lindroth, M., Rubertsson, C., Strandell, A., Svanberg, T., Wessberg, A. y Wallerstedt, S. (2023). Beneficios y riesgos infantiles y maternos de la partería: una revisión sistemática y un metanálisis. *BioMed Central*, 23(663).

<https://eds.p.ebscohost.com/eds/viewarticle/render?data=dGJyMPPp44rp2%2fdV0%2bnjisfk5Ie46bRMt6m1Ta6k63nn5Kx94um%2bS62otkewprBMnq64S7GwsUmexss%2b8ujfhvHX4Yzn5eyB4rOvULCnsE6wqrRLpOnnfLuvsUq117F74KPhfK%2fZq0yzrLNFt9nfe>

6un40rg3LN649iwSrO28H3i3%2fE%2b6tfsf7vb8T7i2Lt769vihaTq33%2b7t8w%2b3%2bS7S7Wtr02vp7Y%2b5OXwhd%2fqu37z4uqM4%2b7y&vid=13&sid=9327a3cb-cd1c-4565-9cac-1e2bf5beb225@redis

Wetherell, M. y Potter, J. Capítulo 2: El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos.

https://11363399309270719102.googlegroups.com/attach/df360e18bf4c7190/326AD10405E.pdf?part=0.1&vt=ANaJVrFHqewBivV6JSiGVyBMtkAn6eSTeYKyxTe_fmjcf5_9WJACsNbvNpCWtnCSNhDT9ervueZ0R-XGowuOZE1g9PZnSe3-EZO7bR-skOqUDHksMnklpvI

Anexo A. Instrumento de recolección de información

Tabla A1

Preguntas por categorías y participantes

Categorías	Preguntas	Parteras	Madres	Prof. Salud
a. Violencia obstétrica	¿Cómo se sintió con el trato recibido durante el proceso de embarazo y parto en entidades hospitalarias? ¿Se sintió tranquila o tuvo algún tipo de incomodidad?		X	
	¿Entre la atención brindada por las parteras y los profesionales de la salud durante el parto, cuál cree que pueda resultar más agresiva (Violencia obstétrica) y que no permita a las mujeres tomar decisiones durante el proceso? ¿Por qué?	X	X	X
b. Estatus, saberes y habilidades	¿Qué conocimientos y habilidades considera usted que se necesitan para ser partera?	X		
	¿Cómo definiría usted la partería, como una práctica, un trabajo, una vocación? ¿Por qué?	X		X
c. Beneficios y riesgos para el cuidado de la salud	¿Qué ventajas considera que puede tener una madre que tiene un parto con parteras?	X	X	X

	¿Qué riesgos considera que puede tener una madre que tiene un parto con parteras?	X	X	X
	¿Considera que la partería puede ayudar a disminuir la mortalidad de mujeres y niños? ¿Por qué?	X	X	X
	¿Cómo cree usted que es un parto humanizado?	X		X
d. Parto humanizado	¿Cree usted que con la partería se obtiene un parto humanizado, es decir, que se permite a la mujer participar activamente, sentirse escuchada, tranquila y tomar decisiones durante el proceso? ¿Por qué?	X	X	X
	¿Cree usted que en las entidades hospitalarias se obtiene un parto humanizado? ¿Por qué?	X	X	
e. Institucionalización y profesionalización	¿Cómo ha sido el trato dado a la partería desde nuestro sistema de salud y de sus profesionales? ¿Por qué?	X		
	¿Cree que esta labor ha sido apoyada o rechazada e invisibilizada? ¿Por qué?	X		X

	¿Cómo se sintió durante el proceso de embarazo y parto acompañado por parteras?			X	
	¿Cree que la atención que brindan las parteras a las mujeres en el embarazo y el parto logra que se fortalezca su confianza? ¿Por qué?	X			
	¿Conoce si existen políticas nacionales que tengan en cuenta el papel de las parteras en el cuidado de la salud?	X			X
	¿Estaría de acuerdo en que se rescate e institucionalice la práctica de la partería, es decir, que se reconozca por parte de instituciones y profesionales de la salud? ¿Por qué?	X			X
	¿Considera que la atención ofrecida por las parteras es diferente a la ofrecida en los hospitales? ¿Por qué?	X	X		X
	¿Por qué decidió tener su bebé con una partera?			X	
Preguntas generales	Si tuviera que elegir nuevamente entre la atención brindada por parteras y el servicio hospitalario, ¿cuál escogería y por qué razones?			X	

Anexo B. Aval sobre aspectos éticos



Facultad de Psicología
Comité de Ética de Investigación -CEIFP

Aval sobre aspectos éticos

El Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad del Valle - CEIFP recibió, verificó y discutió la solicitud realizada por **María Alejandra Oliveros Herrera** y **Angela Julieth Zuluaga Herrera**, para revisar si el proyecto de su autoría, titulado *Repertorios interpretativos acerca de la partería*, cumple con los principios éticos en materia de investigación y con la normatividad vigente en Colombia.

Durante la sesión realizada el 10 de junio de 2025 el CEIFP consideró que el proyecto presentado respeta los principios éticos de investigación: (a) respeto por la dignidad de las personas y de los pueblos, (b) cuidado competente del bienestar de otras personas, (c) integridad, y (d) responsabilidades profesionales y científicas con la sociedad.

Este aval se expide con base en los principios de ética de investigación en psicología. No constituye una apreciación sobre la consistencia teórica o metodológica. El CEIFP otorga el aval a los proyectos de investigación realizados en la Facultad de Psicología de la Universidad del Valle. La ejecución de los mismos es responsabilidad exclusiva de los/las autore(a)s, quienes se comprometen a seguir principios y estándares éticos para respetar la dignidad de las personas, maximizar los beneficios y minimizar los riesgos de los participantes, que aseguren la equidad y preserven la integridad científica.

Firmado el 18 de junio del 2025 en la ciudad de Cali, Colombia.

Oscar Ordoñez Morales
Presidente CEIFP

Copia a María Alejandra Oliveros Herrera y Angela Julieth Zuluaga Herrera
Número de consecutivo CEIFP 103-25

Anexo C. Formato de consentimiento informado



UNIVERSIDAD DEL VALLE – FACULTAD DE PSICOLOGÍA PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cordial saludo,

Usted ha sido invitado(a) a participar en el trabajo de grado titulado “Repertorios interpretativos acerca de la partería”. En la medida en que usted esté de acuerdo con participar, comedidamente le solicitamos leer y firmar el presente formato de consentimiento informado, el cual explica los objetivos del proyecto y otros aspectos con el fin de que usted tome una decisión informada. Usted puede sentirse libre de preguntar a las estudiantes, cualquier inquietud que tenga sobre el proyecto.

Objetivo del proyecto:

Con este trabajo se quiere conocer cuáles son los repertorios interpretativos (formas de expresión/compreensión) que se presentan por parte de mujeres parteras, madres usuarias del servicio y profesionales de la salud acerca de la partería, su estatus (como práctica, trabajo, arte, etc.), posibles beneficios y riesgos para el parto humanizado y el cuidado de la salud.

Procedimiento:

Se le pedirá que participe en una entrevista en donde se le realizarán preguntas afines con el tema mencionado, con el objetivo de conocer su perspectiva y experiencias respecto a este. Cabe resaltar que en cualquier momento durante el proceso está en completa libertad de decidir no continuar con la entrevista o no contestar alguna de las preguntas, adicionalmente, el mismo implica un riesgo mínimo a nivel psicológico y social (posible malestar emocional durante la entrevista y posibles implicaciones en el ámbito comunitario/laboral) y ningún tipo de riesgo a nivel físico o legal, de acuerdo con lo establecido en el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.

Así mismo, se garantiza el compromiso del grupo de investigadoras con el bienestar de los participantes, que la participación en la investigación no causará ningún efecto negativo en la salud física o psicológica, y que, en caso de presentarse alguna situación tal como un desborde emocional, se suspenderá la entrevista de forma inmediata y se proporcionará un acompañamiento inicial e información acerca de opciones a las cuales acudir para un manejo y acompañamiento prolongado, en caso de requerirse.

La participación en la investigación, por otra parte, no implicará ningún tipo de gasto o retribución económica. Sin embargo, los participantes están en todo el derecho de solicitar información acerca de la misma en el momento que lo consideren.

Confidencialidad y protección de su privacidad:

Se garantiza además el manejo responsable de la información suministrada y registrada, la cual será utilizada únicamente con fines académicos, teniendo acceso a la misma únicamente las personas necesarias para llevar a cabo el proceso de investigación y su respectiva evaluación, quedando registro anónimo de la información en los productos vinculados con este trabajo de grado. En este sentido, para mantener los lineamientos de confidencialidad propios de las investigaciones, se mantendrá en anonimato los nombres de los participantes a no ser que éstos decidan lo contrario.



Información sobre las estudiantes y el director de trabajo de grado:

Las estudiantes a cargo de la presente investigación son Maria Alejandra Oliveros Herrera y Angela Julieth Zuluaga Herrera, junto con el director de trabajo de grado, Oscar Rosero Sarasty, docente nombrado tiempo completo del Programa de Psicología de la Universidad del Valle. Para cualquier información adicional que desee obtener, duda o queja, puede contactarlos a los siguientes correos electrónicos: oliveros.maria@correounivalle.edu.co, zuluaga.angela@correounivalle.edu.co, oscar.rosero@correounivalle.edu.co

De este modo, en este consentimiento informado se está solicitando autorización de los participantes para preguntar y utilizar la información en el trabajo de grado anteriormente mencionado. Su participación es muy importante para esta investigación.

Consentimiento informado escrito:

Yo, _____, CC N° _____, declaro haber sido informado(a) y estoy de acuerdo con la participación como voluntario en el trabajo de grado mencionado y descrito arriba.

SI () NO ()

¿Desea que su participación sea anónima?

SI () NO ()

Nombre Organización _____

Nombre del Participante _____

Firma _____

Fecha: Cali, _____ de _____ de _____

Para constancia de lo anterior se entregará copia a los participantes.

Anexo D. Matriz de sistematización de repertorios interpretativos

Tabla A2

Citas de las entrevistas realizadas

Categorías y subcategorías	Repertorios interpretativos	Grupo poblacional		
		Parteras	Madres	Personal de salud
1. Violencia obstétrica y trato deshumanizador	1. Es un entorno muy agresivo	P1: “No quiero hablar de que sea un médico o una partera, a nivel personal no, sino que la violencia obstétrica se da gracias al entorno”. P1: “Es un entorno muy agresivo y los médicos están en un corre corre, hay unos tiempos, y las enfermeras también, entonces digamos que en un entorno no hospitalario, pues hay otras situaciones que de pronto no son tan estresantes para las personas que trabajan ahí”.		PS3: “Pero los entornos de salud son entornos que no son amigables con las personas y con los pacientes, digamos que en los entornos de salud están expuestos al ruido de los monitores, al quehacer laboral de todas las personas que están involucradas en la atención de un parto”.
	2. El sistema es el que produce esa violencia	P3: “No podríamos hablar de violencia obstétrica si no hablamos de la ley 100, no podríamos hablar de violencia obstétrica sin hablar de los sueldos bajos, del doble turno, del desgaste de los profesionales de la salud, de la falta de		PS2: “Se deshumaniza un poco la atención en el sistema de salud, con el volumen de pacientes y la exigencia de los sistemas de salud”. PS3: “Pues eso no escapa también a los errores humanos, al

	infraestructura, de la falta de recursos de todo ello”. P3: “El sistema está diseñado para provocar violencia obstétrica”. P3: “Es un sistema económico que se tiene, es un sistema de salud que responde a ese sistema económico, hace y obliga a que el profesional de la salud ejerza violencia, es decir, la violencia obstétrica, no tendríamos que estar hablándola en un lugar de parteras versus profesionales de la salud”. P3: “Entonces el sistema es el que produce esa violencia obstétrica, el sistema de salud es el que produce eso, y la falta de los procesos de enseñanza en las instituciones de salud, las mallas curriculares”.	estado de ánimo de las personas que se sometan a largas jornadas y jornadas extenuantes laborales, que eso puede influir en el estado anímico de las personas que atienden los partos y finalmente verse reflejado en violencia obstétrica”.
3. Lo que ellos digan y ya	P1: “Si la mujer no sabe, no dice, vea es que yo sé que existe esa ley y que yo puedo hacer esto y esto y esto, se hacen los locos, sobre todo si son instituciones...” P1: “Si la mujer no tiene medicina prepagada o plan complementario, entonces como que son del montón”. P2: “En los médicos, más complicado porque así, lo que ellos digan y ya”. P2: “El médico va y lo metió a uno, lleva a las personas, los pacientes los meten allá y queda	M1: “La de los médicos es más agresiva, porque ellos no lo dejan a uno tomar decisiones sino que ellos hacen las cosas como a ellos mejor les parece”. M2: “En el hospital nunca o más bien, es muy eventual que a usted le pidan consentimiento, si está de acuerdo”. M2: “Nunca piden consentimiento a la paciente si está de acuerdo o no está de acuerdo”.

uno sino espera lo que
digan ellos, no hay
más”.

4. Mi hija casi
nace sola

M2: “Eran personas muy reacias, nunca te decían a vos, el parto va a ser así o las contracciones que tienen es por esto o por aquello”.

M2: “Yo en ningún momento vi a un médico, como tal no vi médico sino hasta que ya fue el momento del parto”.

M2: “No fueron personas que estuvieron ahí como tal pendientes de la persona que se iba a dar a luz”.

M2: “Acá me pusieron a sufrir ocho días, sin que me solucionaran absolutamente nada, ni me hicieran una ecografía, ni nada”.

M2: “Me cansé de que me oprobieran, de que me revisaran siempre y nunca me solucionaban nada”.

M2: “Me hubiera podido morir yo o mi hijo”.

M3: “Me llevaban y me llevaban para el hospital y que no, que todavía no era hora y hágale para la casa, Y yo con dolores y con dolores y nada”.

M3: “Casi se me muere el niño, porque pues, nació morado, porque ya se estaba pasando de nacer y que no, que todavía no era tiempo, y se demoró demasiado”.

M4: “Uno podía estar con su dolor, podía... y las doctoras no más

decían, no, sí,
aguante, espere su
turno que todavía no
es”.

M4: “Mi suegra llegó
y les dijo pues que yo
ya había estado toda
la noche con dolor,
ellas no me prestaron
a ninguna atención”.

M4: “Mi hija casi
nace sola”.

M4: “Casi se cae de
la camilla, casi se
cae, porque ella no
alcanzó a organizar
nada, entonces ya
cuando la doctora
entró, ella ya la
tenía”.

M4: “Mi hija había
caído a la taza del
baño”.

M5: “Yo avisé en el
hospital que tenía un
parto muy rápido,
pero no me creyeron,
entonces cuando fui a
tener a la niña, me
tocó también colocar
la mano, porque la
niña también se me
iba a caer y yo estaba
de pie”.

5. Deje de gritar tanto	P2: “Hay unas enfermeras muy regañonas”. P4: “Que dicen que cuando están con los dolores les dicen “ay, deje de gritar tanto”, “pero para abrir las patas si no gritaba”, esas cosas así”.	M1: “Fui al hospital y se agarraron fue a hacer apuestas conmigo, los enfermeros y todo se agarraron a hacer apuestas, unos apostaban que sí, que ya era tiempo y otros que no”. M4: “Porque allá lo que hacen es regañarlo a uno cuando uno se está quejando”. M5: “Algunas enfermeras y enfermeros no tienen empatía, ya que dicen cosas despectivas en el proceso de dilatación”. M5: “Los enfermeros son groseros, que hay veces que dicen, claro, cómo cuando lo estabas haciendo no gritabas así, entonces sí, hay casos en los que han insultado a las mujeres”.	PS4: “Yo siento que hay algunos gineco-obstetras que son un poco empáticos con las mamitas en trabajo de parto”.
6. No dejaron que las cosas pasaran naturalmente		M1: "No dejaron que las cosas pasaran naturalmente, sino que me indujeron el parto con medicamentos y todo".	PS2: "Se interviene muchísimo, se medicaliza mucho un evento que generalmente, pues, debe ser espontáneo y natural". PS3: "la monitoría y muchas variables con el personal que puede, pues, afectar o intervenir en el desarrollo del parto de forma natural, por decirlo así".

2. Estatus, saberes y habilidades

2.1. Estatus 1. Ya se habla de que por lo menos existen parteras tradicionales	P1: "Digamos que esa ley hace que, ya dice, hay un reconocimiento a las parteras tradicionales, que son campesinas, indígenas y afro". P1: "Ya hay una visibilización después de esta ley y también después de algo que pasó con las mujeres del Pacífico, no sé si ustedes ya se hablaron con las chicas de ASOPARUPA, que ellas crearon esta, o sea, ellas pudieron hacer esta patrimonialización". P1: "Volver la partería afrocolombiana como una como un patrimonio cultural de la nación, pues ha mostrado, o sea, ha servido para visibilizar que existe esto, ¿cierto?, y eso ha sido una semilla que ha ayudado a cambiar un poco ese entendimiento de la partería, o sea, realmente, eso ha sido una semilla a nivel de nosotros, de Colombia". P1: "Ya se habla de que por lo menos existen parteras tradicionales, ¿sí?, que antes no se hablaba de eso". P3: "Entonces lo étnico qué es, la partería indígena, afro, gitana, rom, raizal, campesina, palenquera. eso es lo étnico en el país". P3: "Las leyes que tenemos PS3: "Las personas que atienden los partos en estas situaciones, cuando son de bajo riesgo son las parteras, y culturalmente para las personas del Pacífico colombiano, pues es lo que está aceptado y lo que es válido". PS4: "Pues, yo creo que se debería respetar según cada cultura, ¿no?"
--	--

ahora hacen parte
precisamente de esas
luchas que hemos
tenido tanto tiempo y
que permite que ahora
ya no nos echen la
policía, sino que nos
reconozcan a nivel
mundial".

2. No somos
reconocidas

P1: "Es como que lo
habíamos hablado
mucho con las
compañeras que
también son parteras,
que son como yo, que
somos de ciudad, pero
que no venimos de un
lugar, no somos de una
etnia, y tampoco somos
médicas ni enfermeras,
entonces ha sido como
un desafío poder estar
en medio de esos dos
grandes gremios,
digámoslo así y ser
reconocidas".

P1: "No somos
reconocidas".

P4: "La partería no la
aceptan, como no la
aceptan en una notaría,
porque si usted tiene un
hijo en la casa y va a
registrarlo, eso es un
problema".

PS3: "Yo creo que el
sistema de salud
debe reconocerla,
regularla".

3. No existe como tal un enlace	P1: "Que hubiese una visibilización también del trabajo que se hace con las mujeres parteras, y que hayan redes de apoyo entre la institución y los partos en casa y las parterías". P1: "No existe como tal un enlace". P3: "Debe haber una simetría de la partera, del conocimiento, una simetría del conocimiento entre la medicina moderna y también el oficio de partería, es decir, ginecología, partería y no, debe haber una simetría allí".	PS2: "En Colombia no está tan bien establecido, en las zonas rurales donde esto es como una cosa parte de la cultura, también a veces el engranaje con los sistemas de salud no ha sido el mejor". PS2: "No se ha sabido engranar".
4. A las parteras nos han rechazado mucho	P1: "Lo que pasa es que hubo un momento en que, por ejemplo, si a una partera le llega a pasar algo, se le llega a morir un niño, o sea, eso es una cosa pues como ¡guau! Es una cosa, el show, pero ¿cuántas muertes no existen en los hospitales?". P3: "Pero antes cuando nos echaban la policía, nos perseguían, a las abuelas las persiguieron siempre, ahorita todavía". P4: "Sí, ha sido rechazada. Claro, lo que hace que... sí, a las parteras nos han rechazado mucho, es más, si uno de pronto sacaba a una persona en la casa, eso lo investigaban a uno, porque uno no tenía... para poder tener acceso a ser partera, tenía que hacer un poco de vueltas, estudios,	PS2: "Ha sido rechazada realmente". PS2: "Es difícil para un obstetra, para un médico o para un profesional de la salud formado en medicina occidental, permitir o compartir el tratamiento de una paciente que pueda no tener condiciones de salud con una persona que es empírica totalmente". PS3: "El trato de la partería, pues, tiene una connotación negativa creo yo y ha sido, sí, rechazada e invisibilizada, porque consideramos que el occidentalismo en medicina o todo lo que es enteramente científico es lo correcto, y a veces, pues, dejamos a un lado estos saberes

	vueltas, sacar papeles, porque si no, no lo podía hacer".	ancestrales con el que las madres han dado luz a través de los siglos y que es mucho más antiguo que la medicina occidental como tal". PS4: "Sí había un poquito de discriminación del personal médico hacia las parteras y, pues, yo creo que eso también tiene que ver un poquito más del ego de los profesionales de salud, porque como te digo, las parteras no son tan malas, obviamente no tienen el conocimiento que tiene un médico, pero sí tienen otro tipo de conocimiento y conectan mucho más emocionalmente con las mamás, y eso en alguna forma pues ayuda".
5. Eso hoy en día ya no se ejerce	P2: "Eso hoy en día ya no se ejerce, eso ya hoy en día todo es al médico y todo al hospital". P2: "Pues, por ahora no, pues, como le cuento, por el motivo de que ya eso es prohibido para uno trabajar en eso". P4: "Pues ya a estas alturas no mija, porque a estas alturas ya las parteras, difícilmente usted consigue una partera, por la edad. Eso era antes cuando la generación mía, cuando eso sí, pero ahora ya parteras, ya nadie, ya porque ya toda la gente se les metió el miedo de que si uno se mete a...	M3: "Pues, antiguamente, pues era lo que le ayudaba a medio a salvar a uno, pero pues hoy en día ya no". M3: "Pues sí, yo digo que claro, ahorita ya, pues la usarán como si las personas que son muy lejanas de las ciudades y todo, de los pueblos, yo me imagino que pues han de hacer eso, ¿no?"

yo por lo menos, yo me siento capaz de ayudar a una muchacha a que tenga su bebé, pero me da miedo, porque ya con tantas cosas que han sacado a uno le da miedo. Entonces, ahí... ahorita no, ahorita ya eso ya quedó en la historia".

6. Yo creo que es más una vocación

P2: "Nunca cobraba uno que por dinero, no, lo hacía uno por colaborarle a las personas, ¿sí? A las señoras que estaban así ya al tiempo de tener sus hijos, entonces uno les colaboraba, pero no por dinero, nunca recibí dinero de eso".
P4: "Yo la definiría, sí, una vocación, porque pues yo no estudié nada de eso, entonces una vocación".

PS1: "Vocación porque he escuchado que las parteras usualmente tienen otros trabajos y de manera adicional cuando las requieren atienden los partos".
PS3: "y también una vocación, porque así sean de bajo riesgo o así lo sientan como una misión, pues requiere de un interés genuino de las personas que atienden los partos".
PS4: "Yo creo que es más una vocación, siento que se necesita tener conocimiento, no cualquier persona lo puede hacer, pero sería más como una vocación".

7. Es una práctica y un trabajo

PS2: "Cuando hace parte de una comunidad indígena, pues es una práctica y un trabajo, porque ellas reciben un pago, así sea simbólico, así sea como parte de servicios o

comunidad, reciben unos beneficios".

PS3: "Yo diría que de todas formas, porque, pues, las parteras trabajan en eso y me imagino que obtienen alguna recompensación a través de la atención de partos".

2.2. Saberes y habilidades

1. Viendo cómo ella hacía las cosas, entonces yo también las practiqué

P1: "aunque yo no soy partera tradicional, he aprendido este oficio con parteras tradicionales, o sea, con algunas he estado en su comunidad, ¿cierto?, y he viajado y he conocido parteras también profesionales de otros países como de Francia, que me han enseñado y he trabajado también con médicos aquí en Cali, en Cali acompaño un grupo, lo acompañamos hace 13 años, es un equipo de atención al parto domiciliar, donde hay una médica y ahí y tenemos dos chicas que empezamos siendo doulas y después nos hemos ido formando como parteras, yo digo desde la partería intercultural, porque he estudiado con parteros y parteras indígenas y con parteros de otros lugares, de otros países, de México, ¿cierto?, con parteras profesionales de Francia, y bueno he hecho como.... ese ha sido como mi estudio, ¿sí?, mi investigación, entonces primero empecé siendo doula, me formé como doula hace 13 años ya y ese mismo año, pues recibí mi primer parto en casa, que fue como algo muy bonito también, porque ahí fue donde yo recibí ese bebé, y después bueno, fuimos haciendo equipo, y a veces, dentro de ese equipo, pues me ha tocado

recibir algunos bebés a mí, porque no ha estado, pues, como la persona principal, pero ya después de un tiempo para acá, yo también he ido pues, como afinando también esos conocimientos, y he acompañado ya partos como ya a nivel personal. Sí, pues ha sido como todo un viaje, ¿no? Todo un proceso". P2: "La aprendí... de dónde aprendí yo eso... ahí sí, como se dice, lo heredé de mi madre, ella también desde muy joven fue haciendo ese ejercicio de colaborar, de esa profesión... y de ahí aprendí yo también eso, para colaborarle uno a las personas que no podían salir del campo, vivía uno muy lejos, entonces de ahí uno aprendió... uno aprende de lo de los padres, ahí aprendimos yo aprendí esa profesión, sí, pues no tiene uno que un título de enfermera, que un título, no". P3: "Si yo les cuento cómo yo comencé en esto, pues yo estaba muy niño, entonces me hicieron entrar en una habitación y yo entré y tenía ocho años, yo jugaba por allí, pero, yo puse las manos y salió una placenta y pues la placenta cayó en mis manos". P3: "La partería muy práctica, no hay que romantizar la partería, es como, usted lo aprende así, si alguien

va a nacer, si alguien va a parir, si alguien se va a descansar usted aprende a fuerza de los hechos y es porque es el cotidiano, por eso la comunidad es tan importante".

P3: "esa misma necesidad de estar gestionando la salud y tenerla allí a la mano, pues así mismo aprendimos, por eso la comunidad es tan fundamental en esa transmisión de conocimientos y de saberes, y a través de lo que usted tiene y debe resolver".

P3: "Conocimientos y habilidades, no, pues, partear. Es que una cosa es recibir niños y niñas, y otra cosa es partear, recibir niños, casi todos los partos se dan poniendo la mano y por pura fisiología pues se da, usted no tiene que hacer ninguna otra cosa más, hay una parte que si necesita usted una experticia de poder maniobrar, hacer, masajear".

P4: "Porque yo aprendí de mi abuelita, nosotros somos criados en campo y yo aprendí de mi abuelita a ser partera".

P4: "Viendo, viendo cómo ella hacía las cosas, entonces yo también las practiqué y pude hacerlo".

2. El
conocimiento
también de cuáles
son los riesgos

P1: "el conocimiento también de cuáles son los riesgos, ¿no?, o sea, como que, en qué momento hay que irse a la clínica, si toca irse a la clínica, cómo decirle a una mujer, usted sí, usted no, ¿cierto?, como todas esas cosas son muy importantes reconocerlas también".

P1: "nosotras en lo personal tratamos de poder anticiparnos, entonces es una atención de poder anticiparte que no vaya a existir un riesgo de esto, ¿me entienden?, o sea, poder leer ese territorio y poder anticiparse antes de que tengamos que tener un riesgo".

P1: "Lo que pasa es que la partera puede como, leer más ese territorio, entonces, pues si hay un riesgo, pues es un momento de trasladar a la mamá, ¿sí?"

P3: "y hay una parte que si necesita usted saber hasta dónde se acompaña en partería tradicional y hasta dónde deriva hacia un hacia una institución prestadora de salud sin que sea una emergencia, entonces usted también debe tener claro eso".

M4: "Entonces, sí, ellas, si ven que ellas pueden, ellas dicen, yo sí puedo, me comprometo a que el niño va a nacer bien".

M4: "ellas únicamente le dicen, bueno el niño está bien o el niño está mal o si ellas ven que ellas no pueden, de una vez ellas le dicen, no, tú no puedes tener tu bebé con una partera, tienes que ir ante un doctor, para que te revisen y te este. porque el bebé viene mal, lo tienes de mala forma, entonces uno ya ahí sabe que no lo puede tener con partera, que tiene que ir al médico, que ellas ya no se comprometen ahí, porque ya la vida de uno estaría en riesgo y la vida del bebé también".

3. Las parteras
debemos tener,
son cuatro lenguas

P1: "también si toca
poner un suero, poner
un suerito, si toca sí,
poner por ejemplo
medicina para... aunque
uno empieza también
con la herbolaria, pero
si la herbolaria no
funciona, pues también
toca poner oxitocina
para una hemorragia,
pues colocar la
oxitocina, ¿sí?, mediar
entre esas cosas".

P1: "Entonces la partera
no solamente está
dedicada como a
atender el parto sino que
la partera puede hablar
un poquito de salud
reproductiva, de los
cuidados durante su
etapa vital, las
diferentes etapas vitales
de las mujeres, es como
consejera también". P1:
"en esas entrevistas,
mira esto puede pasar,
tenemos que ver esto,
mira tenés aquí, la
hemoglobina bajita,
vamos a hacer esto, por
lo menos en una de las
cosas pues que he
aprendido mucho con
este oficio de la partería
es a leer un poco como
esos exámenes médicos
y poder decir en este
contexto, en el contexto
específico pues, como
del parto y del
nacimiento, bueno, a
esta mujer le hace falta
hierro, le hace falta esto,
porque tenemos que
mantener estos buenos
niveles para evitar un
riesgo, o sea, como que,
de pronto la partería
rural, pues apenas está,
no todas las mujeres
tienen ese

conocimiento, lo tienen
de otra manera, no
quiere decir que no lo
tengan, de pronto no
saben leer un catálogo,
pero sí saben lo que la
mamá está comiendo, sí
saben lo que su
comunidad ha hecho
siempre, que esto se
come así así así".

P3: "creemos que ahora
las parteras debemos
tener, son cuatro
lenguas o cuatro
pensamientos, que es la
lengua tradicional, no la
lengua el diálogo, sino
el pensamiento, el
conocimiento
tradicional, el
conocimiento de la
medicina moderna, la
medicina universitaria,
el conocimiento de la
ciencia y el
conocimiento de las
leyes, de lo legislativo,
usted debe tener eso".

4. En la casa
estamos con los
medicamentos
naturales

P4: "ayudarlas, ayudarlas con... sobándoles el estómago, bajándoles el bebé, enseñándoles a que abran más las piernas, que tomen posiciones diferentes, que caminen, todo eso". P4: "En la casa no, en la casa estamos con los medicamentos naturales, por ejemplo, uno tenía una esta de que si estaba con los dolores, para que ella pudiera salir ligero de los dolores y todo, uno hacerle una agüita de comino entero, eso no es medicina, eso no es, eso es algo natural y eso le apuraba los dolores a uno y no tenía el bebé fácil. Había tanta cosa cuando uno... al último mes, los últimos días, hacerle bañitos". P4: "Baños con agüita, por ejemplo el agua de brevo, el agua de brevo por nueve días el bañito para sacarle el frío, para que ella pudiera tener... y para abrir carnes, eso era bueno porque eso les abría las carnes, se lavaban, se bañaban de la cintura para abajo con el agua de brevo, uno las bañaba con el agua de brevo y los pies se les deshinchaban, la agüita de brevo les acaba el frío, les ayudaba a abrir carnes, o sea, y les queda más fácil para tener el bebé". P4: "No, pues le abrí carnes, le abrí las carnes y lo jalé despacito, despacito y entonces cuando ya vi las	M3: "pues me estuvo sobando. Me sobó porque ella decía que el niño estaba torcido, o sea, la cabeza estaba para otro lado y que no iba a poder nacer. Entonces ella me sobó, me sobó y me sobó y ya cuando lo fui a tener al hospital, pues ya pudo nacer bien y que salió, nació bien". M3: "ella, pues, tenía unas agüitas que decía, que unas aguas calientes, le sobaba a uno y bueno, con eso le ayudaba a uno". M4: "Con mi primera hija no tuve ningún control, fue con, o sea, con la partera como a los 4 o 5 meses, ellas van y le tocan a uno, si tiene el bebé bien, si lo tiene bien ubicado y entonces ya ahí le van diciendo, lo tiene bien o lo tiene para un lado o lo tienen de mala forma, entonces ellas van en la mañana y empiezan como a enderezar al bebé para que esté bien". M4: "la señora le dijo que no, que el bebé no lo tenía bien para tenerlo con una partera, pero ella no tenía la posibilidad de ir a un hospital a tenerlo, entonces la partera le dijo, bueno, como tú no tienes la posibilidad, pues yo te ayudo en el proceso aquí todas	PS2: "Allá, por ejemplo, hay un patiecito donde tienen sembradas hierbas medicinales, le dan las bebidas a las pacientes en totumas".
--	--	--

manitos así, entonces yo les traté de juntar las manitos para que saliera más fácil, porque pues, si salía así se podía dañar, se le podían dañar las manitos, entonces uno... la esta era de abrirle carnes y tener una persona, por ejemplo, la mamá de la muchacha o el esposo de la muchacha que le hiciera fuerza y uno abrirle las carnes y sacar del bebé".

las mañanas, porque eso lo hacen de mañana, antes de la persona levantarse de la cama, ella iba a acomodarle el bebé, y si, cuando llegó la hora del parto, ella ya, ya estaba el bebé listo para nacer con una partera, entonces sí, ella le ayudó, le ayudó a organizar el bebé y lo tuvo normalmente". M5: "En los controles con la partera ella me tocaba la barriga y la zona baja del abdomen, para ir mirando si el bebé ya estaba acomodado o no, también me daba bebidas para ayudarme a estar tranquila, a que el bebé se acomodara y todo. Muchas veces cuando los bebés venían volteados, la partera te decía, no, viene volteado, y te lo ayudaba a acomodarlo".

5. Somos las
personas que
cuidamos esos
tránsitos

P1: "porque es el arte de
acompañar la vida,
también la muerte, las
parteras están en ese
tránsito, en esa puerta,
en ese portal cósmico
entre la vida y la
muerte, entonces pues, a
mí me ha tocado
también despedir,
entonces yo siento eso,
que estoy como en ese
centro entre esa llegada
y esa salida, que es la
misma puerta, entonces
sí, es el arte de
acompañar los tránsitos
de la vida y los tránsitos
de la vida no son
solamente el parto, el
parto es un tránsito,
pues fundamental,
porque llegamos a este
mundo, pero hay
muchos tránsitos en la
vida de las mujeres,
entonces es el arte de
acompañar el tránsito de
la vida, de la muerte, de
las etapas vitales de la
mujer".

P3: "también de esa
misma manera nos
preocupamos que
nuestros descansados, la
gente que se descansa,
nuestros abuelos,
nuestras abuelas, o
gente que por diferentes
circunstancias tiene
procesos de falta de
salud o enfermedad y
van hacia la muerte, es
poder acompañar esa
muerte, y así como
celebramos, cantamos,
disfrutamos y nos
alegramos cuando
alguien nace, también lo
hacemos con la muerte,
entonces eso se llama
isaqueshi, el isaqueshi
es despejar el camino,

es arreglar el camino,
que la persona que se
vaya, se vaya también
en tranquilidad, en
armonía, en alegría, y
también los que nos
quedamos, quedemos
también en esa
tranquilidad y esa
armonía, entonces nos
preocupamos y hacemos
ese trabajo de que las
personas al descansar
tienen la capacidad de
decidir cómo quiere,
dónde quieren ser
enterrados o sembrados,
que decimos nosotros,
qué quieren, cómo
quieren hacer, qué
quieren hacer con sus
pertenencias, tener la
oportunidad de sanar, de
ordenarlas con el otro,
como de tener, decimos
nosotros, como la
mochila, lo más
desocupado posible,
para poder irnos, para
poder estar... entonces
así acompañamos a ese
primer aliento en
alegría, cantando,
danzando y también la
muerte, no es un lugar
de sufrimiento, no es un
lugar de pérdida allí,
sino es un lugar que se
enaltece también, eso lo
hace la partería, es
cuidar..."

P3: "Desde allí es muy
importante esa labor
que hacemos de
partería, porque somos
las personas que
cuidamos esos tránsitos,
cuidamos esos lugares,
o por ejemplo cuando
alguien se une a alguien
y se casa, y cantamos y
celebramos y es una
belleza cuando se unen,

pero también cuando se
separan, las parteras
celebramos, cantamos,
ordenamos y que no sea
a la maldita sea
separarse, sino que sea
en armonía, que sea
también cantado, en
acuerdo, que lleguemos
a acuerdos todos,
entonces eso va a hacer
la partería". P3: "lo
cotidiano es que a
nosotros nos toca y
también necesitamos
cómo gestionamos
nuestra salud a diario,
que el otro se cayó, que
el otro le cayó el
machete, que se le
partió una pata, que va a
parir, que se le descansó
la abuelita, que el otro
se quiere suicidar, que
cómo hacemos, que
cómo hacemos con la
salud mental de otro, lo
resolvemos con las
ciencias y con el trabajo
de conocimiento que
nosotros tenemos a
diario". P3: "separamos,
unimos, alejamos,
damos consejo,
hacemos el trabajo de
medicina tradicional.
Un médico, una médica
tradicional no
necesariamente es
partera, pero una partera
necesariamente sí es
médico, médica
tradicional, sabe
defenderse, sabe irse a
la clínica y pelear que la
placenta, que es que los
derechos sexuales de las
mujeres, que es que la
restitución con la
clínica, sabe lo
intercultural, sabe de la
jurisdicción especial
indígena, sabe también

del rezo, de la conjura,
del canto, de la danza,
del trabajo, de los ciclos
vitales, de gestación, de
cuando comienzan a
comer, de prever, tiene
todo ese sistema de
cuidado y ese sistema
de cuidado es protegido
por las mujeres que
saben cómo es que se
cuida realmente,
entonces por eso es todo
ese sistema".

3. Beneficios y riesgos para el cuidado de la salud

3.1. Beneficios	1. Con la partera es algo mucho más personalizado	P1: "un acompañamiento más estable, no va a estar cambiando de un médico a otro". P1: "las parteras tenemos como, o sea, hacemos un acompañamiento mucho más profundo, entonces no es solamente como una historia clínica, sino que tratamos de meternos al rancho, de oler un poquito que más cosas hay allá más profundas". P1: "Entonces, para saber que todo está bien, es importante como conocer a esa pareja, a esa familia, reconocer qué es lo que está pasando en el entorno, o sea, no solamente la parte física, sino también la parte emocional, la parte mental, y eso. Entonces, yo siento que desde la partería, pues uno sabe, no es solamente como, ¡ay!, este día te conozco, el día del parto, sino que ha habido un acompañamiento." P1: "un acompañamiento también en el postparto, porque eso es muy importante, que la partera no solamente está en el parto, sino que está en el postparto, entonces poder acompañar esos momentos del postparto". P1: "entonces, la cuestión es, la partera no atiende solo el parto, ¿sí?, o sea, ¿por qué la partera ayuda a minimizar los riesgos?"	M1: "En cambio para una partera, pues yo creo que se lo toma más en serio, más personalizado diría yo". M1: "ellas están más pendientes de uno, que los médicos, opino yo". M1: "lo hace más personalizado una partera". M2: "yo estaba en mi casa con la partera al lado". M2: "En el segundo, la partera fue una persona muy acogedora, una persona que siempre estuvo allí". M2: "en cambio allí fue muy tranquilo, la partera siempre me hablaba, me limpiaba la cara con un trapito mojado, con un poquito de alcohol y fue una persona que estuvo muy al tanto en el momento de yo dar a luz". M2: "en cambio, con la partera en casa es una persona que está centrada en el paciente, en la que estaba próxima a dar a luz". M3: "estaba ella ahí presente y porque ella le ayudaba a uno y todo eso". M4: "tenemos acompañamiento que uno no tienen en un hospital, uno en un hospital, uno puede tener los doctores, todo ahí, pero la partera está como más pendiente de esa sola persona, de cada	PS2: "Probablemente un acompañamiento personalizado más a largo plazo y más estilo familiar, y no bajo el modelo de atención occidental de salud con contactos no longitudinales. Casi siempre no es la misma persona la que ingresa la paciente, la que atiende el parto y después la que da la salida. Eso... con la partera creo que hay una relación mucho más cercana y esa es una de sus principales ventajas, la partera está todo el trabajo de parto ahí y no se va hasta que no nazca el bebé, entonces no es que pasaron las 8 horas de guardia y me voy, no, ellas se quedan hasta el final, entonces esa es la mayor ventaja, la personalización de la atención". PS3: "De pronto las parteras no tienen la misma carga laboral que tienen los ginecobstetras o los médicos en general y eso podría tener como menor impacto". PS3: "Con la partería sí se puede obtener un parto más humanizado, porque se respeta el protagonismo de la mujer y el niño".
-----------------	---	---	---	---

No estamos hablando del parto, la partera no solo atiende el parto, la partera hace los controles prenatales, las parteras educan a las mujeres, ¿sí?, y esa educación es lo que hablábamos de la autogestión y el autocuidado, o sea, eso es la clave, la educación, cuando hablamos de, ay, entonces, ¿por qué el autocuidado? Sí, claro, porque uno se ve con ellas y les dice, mira, esto es lo que está pasando, esto es cómo te tienes que alimentar".

P1: "conociendo a la mamá si hay un problema con el marido, pues uno sabe que puede haber un problema en el parto, ¿cierto?, puede que esté perfecta, pero si hay peleas, si el ambiente no está chévere, pues el parto también puede estar regular, entonces uno siempre trata de anticiparse un poquito como a esas cosas y estar más en la jugada".

P2: "en la partería sí, porque uno les da un apoyo y también está pendiente de ellas". P2: "ese cuidado, esa atención con la persona, está uno pendiente, que una agüita, que una cosa, que otra le da uno".

paso que uno está teniendo en su parto, ella únicamente está con uno".

M4: "ella me iba a prestar la atención solamente a mí".

M4: "en cambio la partera está ahí, ella está ahí pendiente de esa sola persona, tocándole la barriga, moviéndole un lado, moviéndole el otro, y siempre uno la tiene ahí a ella".

M4: "La ventaja sería porque la partera va a estar 100% con ella ahí, porque no va a haber otra persona que le va a decir, venga, acá, no, 100% esa persona va a estar ahí con ella, en cambio en un hospital, no, no va a estar esa persona ahí con ella".

M5: "había muy buena conexión entre la partera y la paciente. Además la compañía que ellas ofrecen, el trato, están mucho más pendiente de uno".

M5: "me sentí muy acompañada por la partera también, porque pues estaba ahí conmigo, pendiente, diciéndome que todo iba a estar bien".

M5: "con la partera es algo mucho más personalizado, algo individual de sólo esa persona". M5: "También el acompañamiento, la atención es más

personalizada, más
de cada mujer ¿no?
La partera está ahí
sólo para ella, para
atenderla a ella, estar
pendiente de ella".

2. Hay como una
comunicación
mucho más fluida

P1: "La partería no, o sea, primero es como una aliada de la mujer, sí, no es como... no hay tanta jerarquía en que esto es lo que tienes que hacer, sino que sí hay como una comunicación mucho más fluida, mucho más horizontal entre la madre y la partera". P1: "Va a tener alguien que la escuche más, que de pronto es diferente al hospital, como que pronto puede haber una mejor escucha". P1: "Es la humanización de los procesos, ¿no?, pues es el acompañamiento, es el cuidado, el hablar, es el poder escuchar también, ¿no?, parte de la humanización es la escucha activa del otro, ¿no?, entonces, pues, yo creo que eso es algo que hacen las parteras". P3: "La partería da otro lugar, da otro lugar allí donde no es importante la partera, sino donde es importante la decisión de las personas. Lo importante no es que nazca en la casa, lo importante no es que nazca con partera. Las parteras lo que hacemos es que generamos lugares de profunda reflexión y generamos sobre todo lugares seguros donde usted puede tomar decisiones, ¿sí? Esto se trata de que usted haga lo que se le da la puta gana, sobre su cuerpo, sobre su sexualidad, sobre dónde, cómo parir y demás".

M1: "Ella me calmaba y me decía que yo podía, que íbamos a hacerlo, que teníamos que sacar al bebecito y todo eso, y bueno, ella me calmaba y logré hacerlo". M1: "Ella me dejaba participar, o sea, y yo le podía opinar cuando me dolía, cuando no me dolía".

M1: "Y están tratando de tranquilizarlo a uno, de decirle que todo va a salir bien y todo".

M1: "Pues tomaba muy en cuenta lo que yo quería hacer en el momento y lo que yo estaba sintiendo".

M1: "Tomaba muy en cuenta lo que yo quería hacer en el momento".

M3: "Ellas le hablan a uno". M4: "En cambio, la partera no es así, la partera está ahí, mijita, todavía no es hora, mi amor, tienes que aguantar, esto... le dan como esas palabras".

M4: "Ella le pregunta ¿cómo te sientes?, o ¿qué quieres?, o ¿necesitas pararte?"

P3: "Nosotros somos pro decisiones, lo que las mujeres decidan, nosotras en placer generamos esos lugares seguros, ese lugar seguro para que las decisiones se puedan ejercer y se puedan llevar a cabo".

P3: "Pues, no les damos confianza ni las empoderamos, generamos lugares seguros para que puedan tomar decisiones".

P4: "La partera, nosotras de parteras, cuando yo a mí me tocaba ser partera, yo le decía, ¿usted quiere que su esposo esté? Pues, me decía sí o me decía no".

3. Hay más tranquilidad para uno en la casa

P2: "Hay más tranquilidad para uno en la casa".

P2: "Esa es la ventaja de... cómo esa tranquilidad y esa seguridad que le da".

M1: "Me sentí más tranquila, claro, de estar en la casa".

M1: "tener más tranquilidad y pues el simple hecho de uno estar en la casa es más tranquilidad para uno".

M1: "es mejor estar en la casa, se siente uno más seguro y como en su propio ambiente".

ahí ella, con ella
pero, o sea, después
ya me sentí bien
cuando llegó la
partera". M4: "Si no
está la partera, está su
mamá, está un
hermano, está alguien
de su familia, está su
esposo".

M5: "La verdad me
sentí muy bien, muy
acompañada, porque
todo lo hice con mi
mamá al lado". M5:
"mi mamá y mi
familia estaban ahí,
entonces en ese
sentido, súper bien".

M5: "No sólo eso,
sino también la
compañía y uno está
en su entorno, en su
casa, cuidada y está
con los seres que
ama".

5. Ayuda a salvar
vidas

P2: "Sí claro, ayuda a
salvar vidas porque en
muchas partes no hay
los medios de salir
rápido a un hospital o a
un puesto de salud, muy
lejos les queda, no hay
transporte, no hay cómo
salir y el único medio es
ese, ayuda a uno a
salvar vidas, claro,
porque pues, tanto uno
ayuda a la madre que
está en ese momento tan
difícil de esa etapa y
también al bebé". P4:
"Sí, de aquí a que uno
saliera, de aquí a que
uno llegara un hospital,
se ahogaba el niño,
porque no alcanzaba a
recibir el oxígeno".

M1: "Sí puede
ayudar, claro, porque
hay muchas mujeres
que les ha tocado en
el campo más que
todo solas y por eso
se les han muerto sus
bebés y hasta ellas
mismas han quedado
muy mal".

M2: "además de que
también hay lugares
donde no hay
médicos, como en
muchos pueblos y
veredas, en donde es
la partera quien
atiende y salva
muchas vidas". M5:
"Sí claro, en los
tiempos de antes,
actualmente no sabría
si sí o si no. En los

PS3: "Si tú comparas
tener el parto sin
asistencia a tener el
parto con partería,
pues podría
disminuir la
mortalidad de
mujeres y niños".

tiempos de antes,
claro, porque muchas
veces era muy difícil
ir a los hospitales,
entonces por eso las
mujeres tenían sus
partos con partera les
iba bien".

6. La verdad me
sentí bien

M1: "Pues la verdad
me sentí muy bien
porque ella me hacía
sentir bien, me hacía
sentir acompañada y
pues que no estaba
sola en el proceso".

M2: "La verdad me
sentí bien, porque
pues estaba en mi
casa, muy bien
atendida por la
señora". M2: "me
sentí mejor atendida
que cuando tuve mi
primera hija, que fue
en hospital, me sentí
mejor atendida en mi
casa con partera".

M2: "para mí es una
de las mejores
experiencias que tuve
en mi vida, porque
pues nunca creí de
que iba a poder tener
mi bebé en la casa y
sí, me fue muy bien".

M2: "ella me atendió
muy bien, no me
unió, no me cogieron
puntos para nada,
porque fue un parto
súper especial, muy
bien atendida por la
partera y sí. " M2: "y
tuve mi parto y para
mí fue uno de los
mejores momentos".

M2: "es una buena
experiencia y yo me
sentí muy bien, o sea,
como en lo personal,
¿no? Estoy hablando
en lo personal, me
fue súper bien".

M2: "el proceso que
hace uno como
mamá, dar a luz y
que a uno lo está
apoyando la partera,
es espectacular". M3:
"pues uno se sentía
bien".

PS2: "a las mujeres
les gusta mucho".

PS2:
"Probablemente
mejore la
satisfacción".

M5: "yo lo quise tener con la partera y pues todo salió súper bien".

M5: "Tener mi parto con partera hizo que mi experiencia no fuera para nada traumática".

M5: "En esa época creo que fue la mejor decisión, elegiría totalmente la partería, ya que estuve con el apoyo de mi partera y a la vez mi mamá, el parto fue maravilloso, fue muy cálido, una de las mejores experiencias que he tenido".

M5: "Me sentí muy bien con su acompañamiento, era bueno lo que se hacía, te daba tranquilidad. El trato fue muy bueno, ella era una mujer muy paciente y me dirigía cómo hacer".

M5: "lo hacen sentir en confianza, generan esa confianza a las mujeres de saber que todo va a salir bien".

M5: "yo quería que el parto fuera con partera y que me atendiera la misma partera que le atendió mi parto a mi mamá. Entonces me sentí muy bien, ya que lo quería de esa manera".

1. Uno sabe que hay riesgos en caso de una enfermedad	P2: "o ella le pinte alguna clase de enfermedad... Uno lo sabe... uno sabe que hay riesgos en caso de una enfermedad". P4: "Sí, cuando el bebé venía muy grande, sí miya, o cuando el bebé venía de pie, es riesgoso, ese embarazo, esa tenida de ese bebé es muy riesgosa, porque lo normal es que nazcan de cabeza y no de pie".	M2: "es importante mirar que la mamá no tenga problemas o el bebe no venga con complicaciones".	PS4: "Por ende, los riesgos son muchísimos, porque al no conocer bien cómo viene el bebé".
2. Puede tener riesgo de que el niño se le ahogue a uno	P2: "se altere el pulso, se altere la tensión de ella, entonces hay un riesgo, ¿sí?" P4: "puede tener riesgo de que el niño se le ahogue a uno". P4: "la mamá se le puede desangrar a uno".	M1: "infecciones". M5: "Yo creo que el mayor riesgo es que el bebé nazca sin respirar".	PS1: "infección". PS1: "hemorragia postparto". PS5: "infección severa".
3.2. Riesgos 3. La partera no tiene muchas herramientas para manejarlo a uno		M2: "en la casa no van a tener forma de reanimarlo, en caso de que tengan que reanimar". M3: "En cambio la partera pues sí se agrava, pues la partera no puede hacer mucho y ya toca llevarlo para el médico". M3: "Claro, porque pues ya, o sea, dicen que no, que la partera no tiene muchos, como le digo, muchas herramientas para manejarlo a uno, entonces, porque ellas no tienen medicamentos". M3: "si se le complica, pues no hay otra opción, pues ahí sí le toca correr uno para el médico, porque si no hay más ayuda".	PS1: "las parteras no realizan la atención con un equipo interdisciplinario y óptimo".

M5: "ahí es algo delicado, porque si el bebé nace sin respirar, se necesita maquinaria que lo ayude, mientras que la partera pues posiblemente no tenga eso, entonces creería que sería el mayor riesgo".

4. Las prácticas utilizadas no son basadas en evidencia

PS1: "Atención por parteras, ya que las prácticas utilizadas no son basadas en evidencia".

PS3: "Entonces yo creo que a veces eso puede chocar frente a la partería, frente a la atención hospitalaria, sobre todo cuando hablamos de segundo, tercer o cuarto nivel, donde se atienden los partos que tienen alto riesgo de complicaciones. Entonces, sin lugar a duda, ese tipo de partos debe atenderse con la mejor evidencia científica disponible".

PS4: "hacer una atención en casa con partera que no tiene conocimientos médicos, puede generar un riesgo tanto para la mamá como para el bebé".

5. Si la partera no podía hacer nada, fallecían los dos

M3: "el problema es que a veces los niños se mueren o uno se muere porque no alcanza a llegar al médico y así".
 M3: "uno con la partera, como le digo, uno corre el riesgo que si se agravó y ella no pudo solucionar el problema, pues bueno, se puede morir el niño o como se puede morir uno".
 M4: "cuando vivíamos con mi mamá, había mujeres que se morían teniendo su bebé con partera, porque en ese entonces, pues no... la gente no buscaba un médico, no tenían una idea, nada, todo era con partera, entonces pues sí, no había como decir, vivían en un campo donde no tenían posibilidades de salir a la ciudad en el momento del parto, si no alcanzaban a llegar y si la partera no podía hacer nada, fallecían los dos, porque si el bebé viene mal".
 M5: "Está el riesgo latente si sale algo mal en el parto, no llegar a tiempo al hospital, podría causar la muerte tanto del bebé como de la madre si llegase a pasar alguna complicación".
 PS2: "si hablamos de mortalidad, es de entradas de parto complicados, y en entradas de parto complicados la partería es insuficiente". PS3: "todos los riesgos de complicaciones obstétricas. El código rojo, las complicaciones neonatales, entonces pueden generar la muerte tanto del recién nacido como de la madre cuando no se... pues, puede suceder cualquier situación que por fuera de un contexto clínico que pueda ser rápidamente controlado, con todos los instrumentales y las herramientas necesarias, pues puede terminar en la muerte de uno de los dos o en el binomio". PS3: "yo creo que no todos los partos pueden ser atendidos por partería, hay gestaciones de alto riesgo que ser atendidos por personal que no es entrenado en medicina, en obstetricia y en pediatria, puede resultar en la muerte del binomio". PS5: "Muerte, muerte de ambos o de uno de los dos".

5. Institucionalización y profesionalización	1. "Hay algunos hospitales que ya están haciendo ese tránsito"	P1: "hay algunos hospitales que ya están haciendo ese tránsito, entonces por ejemplo en Toribío, Cauca, hay un hospital con un enfoque intercultural donde dejan que las parteras acompañen, no sé hasta qué medida atiendan ellas el parto, no sé hasta qué medida dentro del hospital, pero sí pueden entrar allá, no sé hasta qué medida lo atiendan, porque yo sé que por ejemplo en el hospital Mamá Dominga, que también se supone que es más intercultural, en el territorio Misak, en Silvia, Cauca, las parteras pueden entrar pero ellas no atienden el parto, sino que es el médico, las mujeres hacen el control con la partera y la partera la lleva a la clínica, pero no puede atender el parto de la partera".	PS2: "en Valledupar, donde hay enfermeras indígenas en el hospital". PS2: "Sí, sí, sí. Un ejemplo es el hospital Padrino, un modelo de atención generado en la Fundación Valle de Lili, en el que hospitales con muchos recursos, cierta complejidad, apoyan hospitales básicos, y entre esos hospitales básicos, un ejemplo es las comunidades indígenas del Cauca, donde varios hospitales, por ejemplo en Silvia, tienen un componente de médicos tradicionales importante y se ha tratado de dar relevancia a las parteras". PS2: "Otra opción es la que conocí en Valledupar. Entonces, no solo la partería, toda la incorporación de la tradición indígena a la atención del parto, que eso es parte de la humanización del parto." PS2: "tienen una auxiliar de enfermería que es indígena y tiene ropa indígena ante sus guardias y tienen varias personas que hablan idioma indígena". PS3: " Yo creo que se podría trabajar
---	---	---	--

		mano a mano con la ginecología y la obstetricia, como la parte occidental junto con la partería, pero no creo que como instituciones de salud debamos priorizar la partería por encima de otras prácticas". PS5: "Quizás tenerlas en cuenta para el apoyo en los centros de salud, con equipos de reacción ante las complicaciones del parto". PS5: "Sería bueno que apoyen en el servicio de salud dentro de un servicio de salud, no por fuera, extramural".
2. "La profesión de partería en Colombia no existe"	P1: "no sé si nosotros estemos tan adelantados en la política pública y de salud, como sí, como... por ejemplo en otros países, no sé si ustedes ya estudiaron un poquito de lo que sucede en EEUU, me parece muy interesante, porque allá hay diferentes formas de ser partera, entonces hay parteras tradicionales, parteras por familia". P1: "parteras que estudian partería en algunos estados, parteras que son empíricas, y hay como una certificación entre comillas, entre las mismas parteras, de conocimientos sobre la partería y las cosas como básicas que tienen que tener".	PS2: "La partería en Colombia, la profesión de partería en Colombia no existe, en Perú por ejemplo hay obstetriz, en Estados Unidos están las midwife, en Uruguay están las parteras, aquí no existe la formación universitaria".

3. "Sería interesante que se formalizara el entrenamiento"

PS1: "Capacitarla para evitar mala praxis".

PS1: "Sí, siempre y cuando existan políticas de capacitación y el enfoque se haga con guías de práctica clínica". PS2: "y hay parteras que han recibido formación y tienen contacto con el sistema de salud, entonces se engranan muy bien".

PS2: "dar herramientas para identificar disparadores de remisión, signos de alarma que indiquen que ellas no pueden continuar atendiendo el parto, sino que lo van a enviar al hospital".

PS2: "sería interesante que se formalizara el entrenamiento con una formación universitaria o técnica al menos. Creo que ese sería el primer paso para reconocer esa profesión".

PS3: "capacitarla, dado que existen muchos lugares en el territorio colombiano al que no se llega a través de la salud convencional, y yo creo que capacitarlas permitiría reconocer qué partos son complicados y qué partos deberían atenderse en tercer nivel y qué hacer

cuando algo no sale como es esperado".
PS4: " si se institucionaliza siento que se puede educar un poco más a las parteras y así disminuir los riesgos sin erradicar esa práctica".
