



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social

ENTRE LA CAMA Y EL PARITORIO:
Salud Reproductiva y Cultura entre las Mujeres Afrocolombianas de
la Ciudad de Buenaventura
Una perspectiva antropológica

Martha Cecilia Navarro Valencia
Tarragona 2007

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
FACULTAT DE LLETRAS
Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social
Programa de Doctorat en Antropologia Urbana (perfil
Antropologia de la Medicina)

ENTRE LA CAMA Y EL PARITORIO:
Salud Reproductiva y Cultura entre las Mujeres
Afrocolombianas de la Ciudad de Buenaventura
Una Perspectiva Antropológica

Tesis presentada para optar al título
de Doctora en Antropología Social y Cultural

Autora: Martha Cecilia Navarro Valencia
Director: Dr. José Fernández–Rufete Gómez
Tutor: Dr. Oriol Romaní Alfonso

A la memoria de Carlos Arturo Navarro Patiño, mi padre

A Blanca Rosa Valencia Ramírez, mi madre

Y por supuesto a Miguel, Daniel, Moisés _ mis hijos.

Ciudad

Un llanto,
un llanto de mujer
interminable,
sosegado, casi tranquilo.
En la noche, un llanto de mujer me ha despertado.
Primero un ruido de cerradura,
después unos pies que vacilan
y luego, de pronto, el llanto.
Suspiros intermitentes
como caídas de un agua interior,
densa,
imperiosa,
inagotable,
como esclusa que acumula y libera sus aguas
o como hélice secreta
que detiene y reanuda su trabajo
trasegando el blanco tiempo de la noche.
Toda la ciudad se ha ido llenando de este llanto
hasta los solares donde se amontonan las basuras,
bajo las cúpulas de los hospitales,
sobre las terrazas del verano,
en las discretas celdas de la prostitución,
en los papeles que se deslizan por solitarias avenidas,
en el vaho de ciertas cocinas militares,
en las medallas que reposan en joyeros de teca,
un llanto de mujer que ha llorado largamente
por todos los que cavan su tumba en el sueño,
por los que vigilan la mina del tiempo,
por mí que lo escucho, sin conocer otra cosa
que su frágil rodar por la intemperie
persiguiendo las calladas arenas del desierto.

Álvaro Mutis

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	7
1. MARCO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
2. EL DISEÑO DEL ESTUDIO	
2.1. El problema de investigación.....	20
2.2. Hipótesis del estudio.....	21
2.3. El método.....	22
2.3.1. El enfoque cualitativo.....	23
2.3.1.1 La entrevista a las mujeres.....	24
2.4. El trabajo de campo y las informantes.....	29
2.4.1. El procesamiento de la información.....	32
2.5. Las fuentes bibliográficas.....	33
2.6. Estructura de la tesis.....	34
I. EL MARCO ETNOGRÁFICO	
Presentación.....	39
PRIMERA PARTE	
1.1. ESBOZOS DE UNA REGIÓN Y DE UNA CIUDAD.....	40
1.1.1. El municipio de Buenaventura.....	49
1.1.2. La ciudad de Buenaventura.....	51
SEGUNDA PARTE	
1.2. LA ATENCIÓN A LA SALUD EN BUENAVENTURA	
1.2.1. Sistema general de seguridad social en salud –Ley 100.....	63
1.2.2. Los hospitales y el Sistema General de Seguridad Social...	70
1.2.3. La oferta sanitaria pública en el municipio.....	72
1.2.4. El Hospital Departamental.....	75
1.2.5. Morbilidad y mortalidad en la ciudad.....	76
1.2.5.1. Mortalidad materna.....	79
1.2.6. La oferta pública en salud para las mujeres de la ciudad....	81
II. APROXIMACIONES METODOLÓGICAS Y TEÓRICAS	
Presentación.....	85
LOS MODELOS MÉDICOS Y LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA SALUD.....	86
2.1.1. Sistemas médicos hegemónicos.....	91
2.1.2. Sistemas médicos alternativos.....	94
2.1.2.1. La medicina tradicional.....	95
2.1.3. Sistemas de autoatención.....	100
2.2. GÉNERO, SEXUALIDAD Y SALUD	
2.2.1. Algunas consideraciones acerca de salud y género.....	102
2.2.2. La sexualidad en relación con el género.....	106
2.2.2.1. El cuerpo femenino y la salud.....	111
2.3. LA DIFERENCIA COMO DESIGUALDAD.....	115
2.3.1. Pobreza y género.....	119

2.3.1.1. Feminización de la pobreza.....	125
2.3.1.2. Más educadas y más pobres.....	127
2.3.2. El género y la salud en contextos de inequidad socioeconómica.....	133
III. LOS GRUPOS NEGROS O AFROCOLOMBIANOS	
Presentación.....	137
3.1. APROXIMACIONES HISTÓRICAS, ANTROPOLÓGICAS Y SOCIOLOGICAS.....	138
3.1.1. La familia afrocolombiana.....	146
3.2. EL PROTAGONISMO DE LOS AFROCOLOMBIANOS EN LA ACTUAL SOCIEDAD COLOMBIANA	
3.2.1. La discusión en torno a etnia, raza y racismo.....	151
3.2.1. 1. Etnia y raza.....	151
3.2.1.2. Aproximaciones al concepto de raza.....	152
3.2.2. Diversidad interétnica y la Constitución colombiana..	155
3.2.3. Aproximación a la situación y dinámicas socioeconómicas de los grupos afrocolombianos de la región Pacífica...	163
2.2.4. La salud como factor asociado al proyecto multicultural y pluriétnico colombiano.....	167
IV. CARACTERÍSTICAS BIOGRÁFICAS DE LAS MUJERES	
Presentación.....	171
4.1 Las biografías.....	172
V. RELACIONES FAMILIARES, MATRIMONIO Y FORMAS DE UNIÓN ENTRE LAS AFROCOLOMBIANAS DE BUENAVENTURA	
Presentación.....	204
5.1. PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN Y ALIANZAS ENTRE LAS MUJERES DEL ESTUDIO.....	206
5.1.1. El matrimonio.....	210
5.2. APROXIMACIONES CORPORALES	
5.2.1. “Aquí cada cual carga su Cruz”.....	215
5.2.2. La maternidad entre las afrocolombianas de Buenaventura.....	223
5.2.3. La anticoncepción.....	232
5.2.4. El aborto.....	247
5.2.5. Niñas y madres.....	252
VI. BIOMEDICINA Y MEDICINA TRADICIONAL DESDE LOS SUJETOS QUE CONFORMAN EL ESTUDIO	
Presentación.....	261
6.1. FORMAS DE ATENCIÓN A LA SALUD ENTRE LAS MUJERES DEL ESTUDIO.....	262
6.1.1. La automedicación.....	267
6.2. LAS COMADRONAS.....	271

6.2.1. ¿Comadronas o parteras?.....	272
6.2.2. Las parteras empíricas tradicionales.....	274
6.2.3. Las parteras empíricas capacitadas.....	276
6.2.4. Cambios señalados por las parteras a partir	
6.2.5. de las capacitaciones.....	279
6.2.5. La atención al parto por la partera.....	282
6.3. UTILIZACIÓN Y GESTIÓN POR PARTE DE LAS	
MUJERES DE LOS SISTEMAS DE SALUD	
BIOMÉDICO Y TRADICIONAL.....	289
6.3.1. Factores que llevan a las mujeres a preferir un	
parto en el Hospital y desde el sistema biomédico.....	290
6.3.2. Factores que llevan a las mujeres a preferir un	
parto en casa y desde las prácticas de salud	
tradicionales.....	291
6.3.3. Convergencias y discrepancias entre	
médicos y parteras.....	301
6.4. EL PERSONAL SANITARIO.....	306
6.4.1. El encuentro medico / paciente: Condicionantes	
y obstáculos.....	306
6.4.1.1. El tiempo destinado para la consulta.....	307
6.4.1.2. De accesibilidad y económicos.....	310
6.4.1.3. Dificultades en la comunicación.....	312
6.4.1.4. Aproximación al estado de la salud pública	
en la ciudad.....	313
VII. CONCLUSIONES.....	316
VIII. EPÍLOGO / AGRADECIMIENTOS.....	327
BIBLIOGRAFÍA.....	331
INDICE DE CUADROS MAPAS Y FOTOS:	
Cuadro 1. Puestos de Salud del municipio Buenaventura.....	75
Cuadro 2. Comparación epidemiológica de algunas causas de muerte	
entre la población en los años 2000 - 2004.....	79
Grafico: Uso de métodos anticonceptivos en la región.....	242
MAPAS:	
Localización del municipio de Buenaventura.....	49
Plano de la ciudad de Buenaventura.....	52
Localización de las poblaciones negras en el país.....	161
FOTOS:	
1. La ciudad de Buenaventura desde el aire.....	57
2. Caras de la ciudad.....	58-59
3. Vida cotidiana en la ciudad.....	61-63
4. Afrocolombianas en sus lugares de trabajo.....	200-201
5. Partera en un control de embarazo.....	284
5. Paritorio del Hospital Departamental.....	313

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
ENTRE LA CAMA Y EL PARITORIO: SALUD REPRODUCTIVA Y CULTURA ENTRE LAS MUJERES AFROCOLOMBIANAS DE LA CIUDAD
DE BUENAVENTURA. UNA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA.
Martha Cecilia Navarro Valencia
DL: T-325-2010/ISBN: 978-84-691-2430-7

INTRODUCCIÓN

1. MARCO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación que propongo a continuación constituye un esfuerzo de descripción e interpretación de las percepciones, usos y respuestas que las mujeres afrocolombianas de Buenaventura, Colombia, que viven en situación de pobreza económica, dan a los problemas relacionados con la atención a su salud reproductiva. Para el logro de este objetivo realizo una aproximación a las situaciones por las que estas mujeres utilizan los dos sistemas de atención sanitaria, dominantes, que hay en la ciudad como son el sanitario biomédico y el sistema de salud tradicional¹. Las mujeres en el recorrido que realizan para hacer frente tanto a las complicaciones como a la conservación de la salud desarrollan, sintetizan, interpretan y reelaboran unas acciones a partir de unas condiciones específicas; dando lugar entonces a prácticas de salud entre las que están los dos sistemas de atención a la salud señalados anteriormente. Estos dos sistemas son gestionados por las mujeres a partir del uso de unas estrategias complementarias, sustitutivas, secuenciales e inclusive paralelas, y bajo el crisol de unas condiciones sociales y económicas específicas².

¹ En este estudio he tenido en cuenta el sector sanitario público, que es el que atiende, o debería atender, a la población que vive situaciones de precariedad económica.

² La alusión a 'estrategias', la hago en el sentido que la plantea González Chévez (1998: 29) cuando, apoyada en Swidler (1986), las define como, "una forma general de organizar la acción en la cual se incluyen costumbres y representaciones preconstituidas sin suponer necesariamente un plan formulado de manera consciente".

En resumen –y retomando el título principal del estudio– *Entre la cama y el paritorio*, éste busca nombrar como metáfora además de las mujeres que son el eje del estudio, las otras dos partes implicadas: la medicina tradicional y la biomedicina. El tropo o sentido metafórico tiene que ver con que la preposición *Entre*, busca representar tanto la distancia como el tránsito o trasiego que hacen las mujeres durante las distintas fases o etapas de su ciclo vital, que las lleva desde las prácticas curativas endógenas aprendidas en la familia y en el entorno más cercano, hasta la asimilación e interiorización de patrones culturales en salud hegemónicos u oficiales.

Mientras que *la cama*, representa el universo o ámbito endógeno de las prácticas de salud tradicionales, utilizadas por las mujeres en relación con la atención a su salud reproductiva entre los que están, los partos ocurridos en casa atendidos por las parteras empíricas tradicionales. En tanto que *el paritorio*, representa aquel universo en tránsito hacia contextos hegemónicos de atención sanitaria que incluye los partos y los controles médicos en el Hospital, Puestos y Centros de salud con que cuentan las mujeres de la ciudad.

En la costa Pacífica colombiana la convergencia de diversas circunstancias en la región como, entre otras, las dificultades de acceso dadas las condiciones geográficas que presenta esta zona del país, la desatención económica y política por parte del Estado de los servicios públicos de salud son factores que, tradicionalmente, han convertido a las parteras en agentes de salud con un destacado protagonismo entre la población. En mi experiencia profesional con estas mujeres, he

observado que ante complicaciones de salud, éstas desarrollan un considerable acervo de habilidades y recursos de tipo simbólico, material y social, inscritos en el ámbito de lo que se conoce como medicina tradicional.

La medicina tradicional consiste en un sistema de atención a los problemas de salud que va más allá de aspectos curativos específicos, cubriendo un amplio abanico de prácticas y representaciones en la vida individual y colectiva de los distintos grupos sociales. Si bien ésta alude al cuidado y conservación de la salud, no constituye en modo alguno “un cuerpo homogéneo y compacto de creencias y prácticas” (Bartoli, 2005: 80), sino que es permeable a las relaciones interpersonales y familiares donde converge de forma conflictiva, hasta configurar un universo simbólico con cuyas claves se sienten identificados los distintos grupos de población³ (Haro 2000; Menéndez, 2003; Módena, 1990).

Por otra parte, en países como Colombia, la biomedicina llamada también medicina hegemónica, oficial o científica, va en aumento entre los distintos grupos de población. Ésta según autores como Menéndez y Di Pardo (1996), hace referencia al conjunto de saberes generados de la hegemonización de otros conocimientos, a partir del siglo XVIII, llegando a identificarse en algunos contextos de la sociedad como la forma ‘legítima’ de acercarse, diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas relacionados con la atención a la salud

Una de las formas, por excelencia, de expansión de la biomedicina es a través del proceso conocido como medicalización. O sea aquel que lleva a que, “ámbitos cada vez más amplios de la vida personal y social

³ Berger y Luckmann (1991: 133), definen universo simbólico como, “cuerpos de tradición teórica que integran zonas de significado diferentes (...), que ordena la historia y ubica todos los acontecimientos colectivos dentro de una unidad coherente que incluye el pasado, el presente y el futuro de los individuos”. Igualmente para los autores la realidad social sólo se construye a través de la experiencia cotidiana y ocurre mediante procesos de externalización, objetivación e internalización de dicha realidad.

de la gente vaya siendo objeto de preocupación, estudio, orientación y, en definitiva, control por parte de la corporación médica” (Romaní, 2004: 39). Convertida entonces la medicalización en, “uno de los principales referentes culturales ideológicos y cognitivos que los individuos utilizan para interpretar sus circunstancias” (Castro, 2000: 34). Así, una serie de eventos vitales y cotidianos de la vida de las personas son reinterpretados a partir de una lógica medicalizadora, pasando entonces a ser tratados y diagnosticados como enfermedades y atendidos mediante técnicas y concepciones biomédicas⁴. El aumento cada vez mayor de la medicalización en las actuales sociedades ha creado en la población la ilusión de que, “todo lo referido a la salud es un problema médico y profesional” (Módena, 1990: 99; Osorio, 2001).

A partir del siglo XIX, el proceso de reproducción biológica pasa a ser uno de los casos ‘emblemáticos’ de la medicalización, teniendo entre sus consecuencias la disminución del protagonismo de las mujeres en procesos como embarazo y parto, eventos que mediante la medicalización entran en la dinámica hospitalaria (Rosales, 2002: 60). En esta misma dirección, Osorio (2001: 65) señala que el auge de la medicalización favorece que se enfatizen los aspectos fisiológicos más que los psicológicos de, “la experiencia reproductiva femenina, quedando estos eventos en la esfera de la acción médica”.

La medicalización como un medio de dominación “no neutral” (Castro, 2000: 34), ha configurado de distinta forma la salud sexual y reproductiva en hombres y mujeres. Mientras los hombres tratan sus problemas sexuales con médicos generales y de manera indirecta, “las

⁴ Según Comelles (2003: 113), en Europa la medicalización surgió en la edad media y se fue configurando, “con los primeros intentos de políticas públicas de salud en el siglo XVI”. El autor señala que este proceso de hegemonía ha sido lento variable, complejo, progresivo y ha girado en “torno a una dialéctica entre los intereses y los discursos de los médicos y el desarrollo de la gubernamentalidad moderna”

mujeres tienden a hablar de sus problemas de salud con el ginecólogo como si sus vidas se pudieran resumir en su sexualidad y capacidad reproductora” (Viveros, 2006: 20).

Por otra parte, y en cuanto a la aproximación inicial a este estudio, las preguntas que lo suscitaron fueron del siguiente orden: ¿Qué es prioritario para las mujeres de Buenaventura a la hora de acogerse a uno u otro sistema de atención sanitaria que hay en la ciudad? ¿Qué determina finalmente el que vayan al Hospital⁵ o a una partera en el momento de presentarse un parto? ¿Cómo perciben ellas, desde su imaginario, uno u otro sistema de atención a la salud?⁶, o, ¿qué origina en estas mujeres, las oscilaciones y muchas veces contradictorias decisiones sobre adonde acudir a la hora de hacer frente a situaciones como un parto u otra complicación de su salud reproductiva? He podido constatar, desde una ya larga interrelación con las afrocolombianas de la ciudad, que hay una amplia gama de matices en cuanto a apropiación de uno u otro sistema de atención. Si bien anteriormente hice referencia al proceso homogeneizante que viven estas poblaciones propiciado por el creciente proceso de medicalización, he observado, también, que las mujeres afrocolombianas de Buenaventura son un colectivo proclive a atender los problemas de salud desde las prácticas de salud tradicionales.

En cuanto al sujeto social sobre el que gira esta tesis, las mujeres afrocolombianas de Buenaventura, viven bajo dos formas de subordinación –aparte de la de género por ser mujeres–, como son la socioeconómica dado que pertenecen a los sectores que viven en condiciones de precariedad económica, y la racial por ser negras o

⁵ En adelante cuando aludo al ‘Hospital’, me estoy refiriendo al Hospital Departamental de Buenaventura. Nombre del centro hospitalario tenido en cuenta en el estudio.

⁶ ‘Imaginario’ entendido como, “todos los modos en los que una cultura percibe y concibe el mundo” (Glissant, 1997, citado por Mignolo, 2003: 83).

afrocolombianas. Respecto de esta última condición, vale recordar que en Colombia _pese al enorme proceso de mestizaje_ tener la piel oscura continúa siendo un elemento susceptible de marginación social⁷.

En la sociedad colombiana son relevantes los niveles de marginación y jerarquización de la población a partir de categorías de género, racial y de clase entre los distintos grupos sociales. Los discursos acerca de algunos de estos colectivos, como por ejemplo las mujeres negras o afrocolombianas, son interiorizados en función de unos valores y representaciones determinadas acerca de ser mujer y, además, ser mujer negra.

Respecto de la problemática señalada anteriormente, autores como Aza (2004: 174) señalan que género, raza y clase social son categorías organizadoras de la vida social de las personas en la medida que contribuyen significativamente a estructurar y configurar la realidad social y la subjetividad de los individuos.

En las sociedades occidentales la modelación del orden social está sustentado en una fuerte diferenciación y regulación entre los individuos, una diferenciación basada en las costumbres y en procesos socioculturales de las poblaciones que estarían en consonancia con las clases sociales a las que éstas pertenecen (Elias, 1993). Las clases sociales, según Elias, tienen relación con las desigualdades sociales y los modos de producción propios de sociedades estratificadas así como con la distribución diferencial de la propiedad, y con modos de producción mediados por unas relaciones sociales que determinan esta forma de distribución.

⁷ En la muestra sólo hay mujeres negras y no, por ejemplo, mulatas, mestizas e incluso indígenas que también habitan la ciudad. No obstante, el grupo de población mayoritario de Buenaventura es el afrocolombiano, por lo que puedo considerarlo representativo para abordar el estudio. Según la Cámara de Comercio de Buenaventura (1999/2000), aproximadamente el 80 % de los habitantes de la ciudad tienen esta condición racial.

Unos modos de producción y formas de distribución consustanciales a la lógica capitalista donde el subdesarrollo, “aparece totalmente imbricado en el desarrollo como dos caras opuestas y complementarias de un mismo tipo de proceso” (Romaní, 1999: 308), siendo uno de los aspectos de este proceso la marginación.

Siguiendo con Romaní, el autor señala que si bien el concepto de marginación se puede “rastrear” desde autores americanos, especialmente las influencias de los estudios sobre problemas psiquiátricos y urbanización realizados por la Escuela de Chicago, la mayor contribución a la elaboración del concepto viene de las producciones latinoamericanas de las décadas del 60 y 70. Donde una situación central para la ocurrencia de este fenómeno en América Latina fue, “la evidencia de la magnitud y especificidad de los problemas conexos a la pobreza” (*op.cit.* 307).

Del mismo modo, Romaní propone la marginalidad como, “un producto de la combinación en un momento histórico concreto de dos grandes factores: la superposición cultural proveniente de la colonización, y los cambios tecnológicos derivados de la industrialización posterior a la segunda guerra mundial”. Hechos que habrían producido, “la emergencia de unos grupos sociales que, perteneciendo a una sociedad, no llegan a participar de sus estructuras íntimas, no gozan de las ventajas de la vida moderna y están incapacitados para transformar dicha situación” (*op.cit.* 308).

Otra perspectiva de la marginación de individuos y grupos sociales es la planteada por De Sousa (2003) y Juliano (2003, 2004), autores que establecen la diferencia entre desigualdad y exclusión. Según De Sousa, estos dos paradigmas sociales, operan como dos tipos ideales y se gestionan conflictivamente en el campo de las relaciones sociales.

Además se aplican fundamentalmente sobre categorías como clase, raza y género bien de forma conjunta o individual; o también puede ocurrir que, “un sistema de desigualdad puede estar, bajo ciertas circunstancias, acoplado a un sistema de exclusión (...)” (*op.cit.* 127). Según el autor, la desigualdad remite a factores socioeconómicos mientras que la exclusión tiene que ver con factores de tipo cultural. Siendo entonces la exclusión, “un proceso histórico a través del cual una cultura por medio de un discurso de verdad crea una prohibición y la rechaza” (*op.cit.* 128).

Mientras que Juliano (2003, 2004) ve la exclusión como un proceso que puede conllevar varias etapas de marginación o, también, producirse sin fase previa, como en el caso de sexualidades alternativas. No obstante, los dos autores coinciden cuando señalan que la exclusión se produce a partir de un indicador privilegiado como es el estigma⁸.

Juliano, contrario a De Sousa, sí ve la exclusión social desde modelos centrados en aspectos económicos. Aunque la autora señala que ésta es más dinámica que el concepto de pobreza e incluye de forma preferente, a grupos más que a individuos. Siendo además multidimensional y acorde con el momento histórico y el tipo sociedad donde se produce, por lo que es difícil medir su eficacia de forma abstracta. De acuerdo con la autora, las personas y los grupos proclives a ser excluidos cambian con el tiempo, siendo entonces las argumentaciones acerca de éstos redefinidas periódicamente. Juliano (2003: 63) señala que, “una situación de exclusión puede atravesar

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

longitudinalmente la sociedad, como es el caso de la discriminación de género, ser el patrimonio de sectores enteros como sucede con las minorías étnicas, o atribuirse a determinadas etapas de la existencia como la vejez”.

La salud sexual y reproductiva como parte de los Derechos Humanos

El concepto de salud sexual y reproductiva tuvo su origen en los movimientos feministas de las décadas de los 60 y 70 cuando éstos visibilizaron el carácter político de dicho concepto. Igualmente fueron influyentes en su gestión, las reivindicaciones de estos movimientos cuando abogaron por la autonomía de las mujeres en cuestiones como el aborto y la anticoncepción o sea en relación con, “la capacidad de las mujeres de disponer de sus cuerpos” (Viveros y Gil, 2006: 89).

La conferencia mundial sobre Población y Desarrollo de 1994 marcó el comienzo de una nueva dimensión del periodo reproductivo de las mujeres, como fue el incluir los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos. Acontecimiento que estableció, “el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva” y, “el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia de conformidad a lo establecido en los documentos de derechos humanos” (Thomas, 2006: 456). Partiendo entonces de la premisa anterior, la salud sexual y reproductiva forma parte de los derechos fundamentales de hombres y mujeres por lo que velar por la consecución de dicho estado, a través de políticas públicas, se considera una obligación de los distintos gobiernos considerados democráticos (ONU: El Cairo, 1995, Beijing, 1995).

Si bien la salud contribuye de forma decisiva al desarrollo económico y social de las poblaciones, es un reto prioritario de los

distintos gobiernos intentar reducir las disparidades e inequidades en salud entre los países ricos y los países pobres así como, dentro de cada país, entre los distintos grupos de población⁹. Según la OMS, las áreas con prioridad en las que los gobiernos tendrían que concentrar la atención en los próximos años, dada su relevancia a escala mundial, son la salud mental, la tuberculosis, el paludismo, la malnutrición y la salud sexual y reproductiva (OMS, 2003; 2005).

Si bien en los últimos 50 años la esperanza de vida al nacer a escala mundial ha aumentado pasando, entre 1955 y 2002, de 46,5 a 65,2 años (OMS, 2003: 3), no obstante esta situación tiene que contextualizarse desde la disparidad que hay entre las poblaciones que pertenecen a los distintos países; a sus diferencias relacionadas tanto con el desarrollo como con el logro de equidad social, y de forma más específica, con las asimetrías entre hombres y mujeres.

En Colombia, la esperanza de vida al nacer de la población esta en 75.3 años (Tovar, 2006). Y la diferencia en la esperanza de vida de las mujeres respecto de los hombres es de 6.1 años a favor de éstas. En sí misma esta situación podría verse como un factor positivo para las mujeres en tanto una mayor longevidad. No obstante, para aquellas mujeres que pertenecen a los sectores más empobrecidos del país significa un mayor período de exposición a enfermedades sin una cobertura sanitaria adecuada. Por lo tanto, más años de vida pero en condiciones desfavorables (Profamilia¹⁰, 2005; Canaval, 1996).

⁹ Inequidad en salud hace referencia a la carencia de justicia social, principio que remite a desigualdad en la distribución, atención y calidad entre los distintos grupos de población a la hora de requerir atención médica, servicio que tendría que ofrecerse a las distintas poblaciones independientemente de la capacidad adquisitiva de éstas (OMS, 2003).

¹⁰ Profamilia es una entidad de carácter privado, fundada en 1965, y cuyo objetivo actual es brindar servicios en el área de salud sexual y reproductiva a las mujeres de clase media y baja; es de cobertura nacional y proporciona a las mujeres, de forma directa o indirecta, más del 65% de todos los métodos anticonceptivos que hay en el país (Plata, 1996, citado por Viveros 1999).

Para muchas mujeres colombianas, vivir más tiempo significa que dedicarán un largo período de sus vidas a actividades diferentes a la reproducción biológica y crianza de los hijos. No obstante en este país, muchos programas de atención a la salud dirigidos a las mujeres se centran, casi en exclusiva, a temas de planificación familiar y atención prenatal. Programas que sin ninguna duda son importantes aunque finalmente, por lo general, poco se benefician de ellos las mujeres de los sectores con precariedad económica de las áreas rurales y urbanas del país, en la medida que éstos raramente son asequibles para estas mujeres¹¹. Si bien esto es cierto, la situación a tener en cuenta aquí sería entonces que las mujeres aparte de la planificación familiar y atención prenatal tienen, también, otras necesidades y el derecho a una adecuada atención a la salud a lo largo de todo su ciclo vital.

De acuerdo con Figueroa et, al. (1998: 10), referido al caso de México, en muchos de los estudios que contienen las variables reproducción/salud y los distintos niveles en que se relacionan las condiciones sociales y económicas de las mujeres, dichos estudios muestran la incidencia que sobre el mejoramiento de la salud reproductiva tienen las condiciones, generales, de vida de éstas. Los autores y autoras del estudio concluyen señalando que, “se ha llegado al consenso de que mejorar la calidad de vida de las mujeres es un derecho, antes que un medio para modificar cualquier indicador de salud al margen de su importancia”.

En la evaluación del estado de salud de la población en países en desarrollo, y entre algunos colectivos, es determinante la situación de

¹¹ Esta situación la planteo en el sentido que si bien es cierto que son estas mujeres las que, en mayor medida, necesitan de los servicios sanitarios públicos dado que no tienen capacidad económica para pagarse las consultas privadas, son también las que viven en los lugares más alejados de los centros sanitarios y están más desinformadas sobre los beneficios que podrían recibir desde la salud tanto pública como privada. Tal es el caso de programas educativos ofrecidos a las mujeres en centros sanitarios como los que, por ejemplo, realiza Profamilia en las distintas ciudades del país.

desigualdad y discriminación de estos grupos sociales; mientras que en los países desarrollados, y con mayores niveles de bienestar, es relevante a la hora de evaluar el estado de salud, prestar atención a los diferentes estilos de vida que tienen hombres y mujeres¹² (Cavanal, 1996; Szasz, 1998).

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres colombianas están contemplados en la Constitución Nacional de 1991 en el artículo 43¹³, esta situación legal generó acciones desde el ámbito público como la realizada por el Ministerio de Salud en 1992, cuando creó el Plan conocido como, “Salud para las mujeres, mujeres para la salud”, propuesta realizada con el objetivo de intervenir esta problemática en el país. El plan anteriormente señalado, dio prioridad a las mujeres cabeza de familia y a las mujeres en edad reproductiva de entre 15 y 49 años. Estableció además como áreas prioritarias de intervención el autocuidado, la atención a la salud sexual y reproductiva de forma integral, la prevención de los malos tratos a las mujeres y en especial a menores, la salud mental y la salud ocupacional (Profamilia, 2005). Con base en esta clasificación, el sector de la salud pública colombiana definió seis áreas de intervención: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva entre las adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y VIH/ SIDA así como la violencia doméstica y sexual (Profamilia, 2005).

¹² Según Romaní (2006: 13), los estilos de vida son, “conjuntos de pautas de acción y cosmovisiones que dentro de los procesos materiales y simbólicos en los cuales se desarrolla la vida de un individuo o grupo, lo caracterizan por las maneras diferentes de vivir”.

¹³ Artículo 43: “La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada. El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia”.

(http://es.wikisource.org/wiki/Constituci%C3%B3n_de_Colombia_de_1991).

La relevancia de estas áreas llevaría a pensar que en Colombia la salud sexual y reproductiva es entendida en un sentido amplio, referida a un estado general de bienestar físico, mental y social de las mujeres. En el marco de esta reflexión está inscrito este estudio.

La atención a la salud desde la perspectiva racial

Si bien todos los países de América Latina contienen en sus territorios población afrodescendiente, el país que viene demostrando mayores avances en el ámbito de las prácticas de salud, teniendo en cuenta esta condición entre las distintos grupos de población, es Brasil. País donde, “la salud de la población negra es un campo de estudios, investigaciones y atención reconocido desde el punto de vista de su legitimidad política” (Oliveira, 2003: 60).

Así, en el primer foro sobre políticas públicas en salud realizado en Porto Alegre en enero del 2002, “se insistió en la defensa de la salud como un derecho, y en el otorgamiento de garantías para la diversidad cultural mediante los procesos de participación pública” (Domínguez, 2005: 52). Igualmente en el marco de dicho Foro, según Oliveira (2003), hubo un llamamiento unánime a los gobiernos de la región para que a la hora de diseñar políticas públicas en salud, tuvieran como énfasis privilegiado la especificidad racial entre las poblaciones receptoras de dichas políticas sanitarias.

En el caso colombiano, y de acuerdo con Franco (2003: 68), si bien el tema de la salud ha logrado en el país capacidad de convocatoria, aún no llega a la situación de movilización requerida, “sobre todo cuando se trata de acciones sostenidas”. Esta situación tiene que ver con que las organizaciones sociales no han logrado aún los niveles de desarrollo que las lleve a reaccionar, responder y debatir sobre la

problemática sanitaria teniendo en cuenta el componente multirracial, propio de la población colombiana. Para lo cual sería necesaria una mayor solidez de los procesos organizativos de los diferentes sectores sociales, incluidos los de las minorías étnicas, “a partir del desarrollo de la conciencia del derecho a la salud” y del compromiso adquirido por parte tanto de las organizaciones de base como del Estado.

2. DISEÑO DEL ESTUDIO

2. 1. El problema de investigación

El problema central que en buena medida orientó esta investigación está relacionado con la pregunta sobre, cómo se produce el proceso de atención a la salud reproductiva entre un colectivo de mujeres afrocolombianas de la ciudad de Buenaventura, teniendo en cuenta aspectos como las condiciones socioeconómicas de las mujeres y la estructura y gestión de los servicios sanitarios públicos que hay en la ciudad. Este problema cobra mayor relevancia si se tiene en cuenta que la salud, la enfermedad y la reproducción, “constituyen una dimensión fundamental en la existencia humana” (Castro, 2000: 153) y donde los relatos de las mujeres articulan, reflejan y dan cuenta de las relaciones sociales de su grupo social de pertenencia.

Como vengo señalando, el estudio busca mostrar el proceso por el que estas mujeres utilizan las prácticas de salud desde los dos, principales, sistemas sanitarios existentes en Buenaventura, y en qué medida éstos son una alternativa, en términos de salud, para aquellas mujeres que viven en condiciones de desventaja socioeconómica. Asimismo, me aproximo a las situaciones que llevan a estas mujeres a utilizar uno u otro sistema de atención a la salud: el biomédico,

concretado en el Hospital Departamental, Puestos y Centros de salud de la ciudad y los sistemas de atención alternativos, al que pertenece la medicina tradicional, representada en este estudio por las parteras empíricas capacitadas.

2. 2. Hipótesis del estudio

3. Hipótesis

Las mujeres afrocolombianas de la ciudad de Buenaventura, que viven en condiciones de desventaja socioeconómica, realizan en torno a la atención a su salud reproductiva una serie de acciones –de forma paralela, simultánea, secuencial o sustitutiva– desde la biomedicina y desde la medicina tradicional. Unas acciones que incluso pueden llegar a parecer contradictorias pero que, sin embargo, guardan coherencia y responden a una lógica y racionalidad subyacentes, siendo finalmente para las mujeres estas acciones eficaces y funcionales.

2. 3. El método

En el estudio de las culturas, la tradición antropológica utiliza los términos, emic y etic, a la hora de aclarar el punto de vista desde donde se investiga. Estos dos términos provienen de la distinción lingüística, fonémica y fonética. En el primer caso, emic, ocurre cuando el investigador privilegia en su estudio a los sujetos, o sea cuando estos, “pueden describir sus pensamientos y su conducta desde su propio punto de vista (Harris, 1996: 33). Y el otro término, etic, hace referencia a los estudios abordados desde el punto de vista del investigador. En este estudio he optado como perspectiva metodológica el punto de vista emic,

es decir, teniendo en cuenta la experiencia subjetiva respecto de las formas de atención a la salud sexual y reproductiva.

Así, en la elaboración de esta tesis si bien utilizo el diseño documental o sea el estudio de documentos y la posterior construcción de archivos y, aunque en menor medida los datos agregados, la etnografía es por excelencia el método central de acercarme al problema planteado en la investigación.

Considero que esta estrategia metodológica es propicia para el hallazgo de aspectos y causas menos conocidos sobre las problemáticas tratadas en el estudio. Esta situación cobra mayor relevancia cuando los estudios sistemáticos sobre las problemáticas tenidas en cuenta aquí, sobre las mujeres afrocolombianas de la ciudad de Buenaventura, son escasos. Igualmente, esta investigación tiene carácter interdisciplinario dado que esta planteada desde la antropología social, la subdisciplina de la antropología de la salud, la sociología y los estudios de género¹⁴.

2. 3. 1. El enfoque cualitativo

Como afirmo anteriormente, en el estudio he privilegiado la relación directa¹⁵. Aunque esta sea, como afirma Ferraroti (1991), por naturaleza imprevisible y problemática.

A pesar de las dificultades e incertidumbres que pueda traer una investigación de corte cualitativo, considero que bien mereció correr el riesgo de asumir esta exigencia e ir directamente a los ‘sujetos sociales’

¹⁴ En el estudio utilizaré la expresión Antropología de la salud y no Antropología médica puesto que esta última, según Uribe (1996: 12), tiende a incluirse o relacionarse, en el contexto español, dentro de la tradición de estudios con base filosófica y no antropológica en las relaciones salud/enfermedad, como es el caso de esta tesis.

¹⁵ La relación directa con el sujeto de estudio implicó el diálogo, la observación y la entrevista propiamente. En el caso del colectivo de las 20 mujeres que finalmente participaron en el estudio desarrolle actividades cotidianas con éstas como comer en sus casas, ir de visita donde amigas o familiares; o, simplemente, pasear por la ciudad y tomar un café o un refresco.

(Castro, 1999), para a partir de sus relatos y posicionamientos lograr, quizá, el hallazgo de aspectos menos conocidos sobre las problemáticas tratadas en la investigación, y que difícilmente se lograrían por otro medio. Siendo entonces la etnografía el método de investigación por excelencia. Para mediante la ausencia de leyes universales realizar, “descripciones detalladas de la experiencia concreta de la vida dentro de una cultura particular y de las reglas sociales que la constituyen” (Hammersley y Atkinson, 1994: 22).

Las investigaciones de corte cualitativo tienen como marco las relaciones cotidianas de los sujetos estudiados, a partir de la reconstrucción de las dinámicas interpersonales y acciones sociales¹⁶ conforman la realidad social de dichos sujetos (Alonso, 1998). Asimismo el enfoque cualitativo, “posibilita captar la dinámica microsociedad de los procesos estudiados” (Osorio, 2001: 42). Según la autora, este enfoque se ocupa de describir y analizar cuáles son las estructuras que sobredeterminan un proceso particular y cual su dinámica, significación y relaciones entre ellas.

En cuanto al marco teórico de referencia desde el que planteo el estudio, es la perspectiva interpretativa. Ello en la medida que parto del presupuesto que los sujetos del estudio, las mujeres afrocolombianas de la ciudad de Buenaventura, son agentes sociales con capacidad de interpretar sus circunstancias, de adaptarse a ellas, gestionarlas y darles sentido; aunque, al mismo tiempo, están inscritas en un orden social que las moldea y condiciona. O lo que de acuerdo con Berger y Luckmann (1991), sería que, si bien la subjetividad de los individuos refleja

¹⁶ Según Castro (2002: 34), la acción es aquella conducta humana a la que los sujetos le dan un sentido; siendo entonces la acción social, “el sentido mentado por el sujeto o sujetos y que está referido a la conducta de los otros, orientándose por ésta en su desarrollo”.

determinaciones sociales en las que están insertos, también, simultáneamente, expresan la capacidad interpretativa de éstos.

2. 3. 1. 1. La entrevista a las mujeres

En relación con la aplicación de la entrevista, ésta fue abierta con aspectos autobiográficos¹⁷, el cuestionario o guión en que se basó fue flexible dado que muchas veces me vi abocada a hacer pequeños cambios sobre la marcha, dependiendo de las circunstancias que iba hallando en cada encuentro con las mujeres seleccionadas. Considero además, que el lugar y las condiciones en que se realizó cada una de las entrevistas pudo, de alguna manera, generar cierto sesgo en las respuestas que dieron las mujeres, especialmente en los casos en que había otras personas presentes. Aunque en la medida de la posible, a la hora de realizar la entrevista, busqué las condiciones que consideré adecuadas o sea generar algún margen de intimidad con la entrevistada. No obstante, fue inevitable que en algunos casos estuvieran presentes otros miembros de la familia o amigas de la informante, especialmente en los casos en que la entrevista se realizó en casa de ésta.

Anterior a la aplicación de la entrevista realicé varios encuentros informales con cada una de las mujeres. Después evaluaba si la incluía en el estudio, y una vez tomada la decisión comenzaba el proceso de aplicación de la entrevista en profundidad. La aplicación de esta técnica, de acuerdo con Castro y Bronfman (1995: 35), tiene como principio metodológico ‘dejar hablar’ a las entrevistadas, partiendo del “supuesto de que en su discurso es posible identificar un orden subyacente, un sentido específico”, si bien este planteamiento de los autores fue tenido

¹⁷ Autobiográficos en el sentido que las mujeres en el ejercicio de narrar sus vidas tan sólo se valieron de su memoria. O como señala Hernández (1999: 55), la “autobiografía como un ejercicio íntimamente ligado a la memoria”, considerada ésta, además, como fuente de conocimiento.

en cuenta en esta investigación, también es cierto que dentro de ese ‘dejar hablar’, que ellos plantean, en ningún momento perdí de vista, como eje, el estado y las prácticas de atención a la salud y en general la vida reproductiva de cada una de las mujeres.

Según Plumer (1989), una investigación en ciencias sociales basada en historias personales debe abarcar una revisión exhaustiva de toda la vida de los sujetos. Si bien las entrevistas no cumplen de forma rotunda con lo que Plumer (1989) considera que deben ser las historias personales he decidido darles este tratamiento dado que, de todos modos, el estudio cumple con una estrategia que considero esencial, como es haberla planteado sobre la base de las biografías a un grupo específico: las mujeres afrocolombianas de Buenaventura; en un tiempo histórico (2001–2002) y en un lugar geográfico determinado, la ciudad de Buenaventura¹⁸.

No obstante considero que con dos informantes, Rosmilda y Marta, sí fue posible lograr lo que sería, en términos de Plumer, una historia personal. Esta afirmación la hago teniendo en cuenta que con ellas, en muchas horas de grabación, logré adentrarme en sus vidas hasta conseguir un recorrido amplio sobre sus trayectorias vitales más allá de la etapa, específicamente, reproductiva.

Una preocupación permanente que tuve con la utilización de las entrevistas como ‘historias personales’ fue sobre todo, dejar evidencia de realidades socioculturales y económicas de las mujeres afrocolombianas de la ciudad. Con la utilización en el estudio del método cualitativo pretendo hacer dos usos planteados por Langness (1965) citado por

¹⁸ Aunque de acuerdo al planteamiento de Plumer, para cumplir de forma rigurosa este requisito, debería abordar a las mujeres que participaron en el estudio desde el momento de su nacimiento hasta el momento de ser contactadas. Mientras lo que realmente se pretendió aquí, o lo que en últimas hice, fue el que las mujeres en las entrevistas hicieran un recorrido por su ciclo vital como mujeres adultas y en relación con problemáticas específicas.

Pujadas (1991: 23, 24) acerca de este tipo de estudios y es el, “dejar testimonio del impacto sobre el individuo –las mujeres afrocolombianas en este caso– de procesos de cambio cultural”; así como también, del uso de esta metodología como, “un recurso para mostrar dimensiones emic de una cultura difícilmente alcanzables por otros medios”.

Igualmente tuve en cuenta dos formas a las que alude Plumer (1989) cuando plantea el problema de la injerencia en la escritura de una historia personal, como es la adaptación y la interpretación. La adaptación está presente al haber eliminado del texto durante la transcripción los balbuceos o titubeos, este cambio lo realicé bajo el criterio de que podrían hacer ininteligible los relatos o testimonios de las mujeres. También hubo injerencia en el ordenamiento secuencial o diacrónico de las historias personales de éstas.

Afirmaría además, de acuerdo con Rabinow (1992), que en el momento del trabajo de campo las cosas eran menos coherentes, por lo que la injerencia tuvo como objetivo rescatar algo de sentido a lo expuesto por las mujeres durante las horas de grabación.

La interpretación constituyó uno de los problemas cruciales de la etnografía y de la investigación misma. Es decir, hacer el difícil tránsito de las palabras dichas por las mujeres a la comprensión de éstas desde dentro, para después convertirlas en declaraciones coherentes dentro de la estructura del documento. O como señala Castro (2002: 21), la tarea de desentrañar la lógica de las informantes y, “mostrarla como un producto socialmente construido (...) con vinculaciones claras con los arreglos sociales y las condiciones de vida predominantes”.

Me resulta imposible afirmar que los relatos son ofrecidos en el texto tal cual fueron expresados por las mujeres¹⁹. De todos modos, prevaleció en todo momento la intención de que las historias personales de las mujeres, o los fragmentos de ellas, una vez ordenadas e incorporadas al texto, conservaran algún punto del clima propio utilizado por éstas en la verbalización de su mundo. Este esfuerzo fue más consciente en la construcción de las biografías de cada una de las mujeres²⁰.

Tanto la información recogida en las entrevistas como la interacción con el grupo durante los períodos de permanencia entre ellas, han desbordado los límites inicialmente propuestos o predeterminados, este hecho ha suscitado replanteamientos a la investigación. Así, hubo temáticas que inicialmente no consideraba como relevantes pero que durante el proceso de clasificación y análisis de la información emergieron como tales, éstas fueron el embarazo de adolescentes y el aborto²¹.

Si bien en este estudio privilegio a las mujeres, sujetos centrales del estudio, he querido contar con la voz de los otros grupos involucrados en la investigación, tal es el caso de las parteras y los profesionales del sector biomédico público de la ciudad. Para el último caso, he realizado entrevistas al entonces secretario de salud municipal del año 2002; la epidemióloga del Hospital y dos ginecólogos, estos últimos también funcionarios del Hospital; igualmente, entrevisté a dos enfermeras: una de un Centro de Salud y la otra de un Puesto de Salud de la ciudad.

¹⁹ Asumo la crítica de Plumer (1989: 77), cuando afirma que, "los investigadores buscan coherencia en las respuestas de los sujetos, cuando las vidas de éstos son a menudo incoherentes.

²⁰ Capítulo cuatro.

²¹ Si bien es cierto que en el diseño de la investigación estos problemas estaban presentes lo que quiero señalar es que una vez leídas y, sobre todo, releídas las entrevistas, pude observar que las mujeres eran especialmente sensibles a estas problemáticas, por lo que considero que son temáticas que en el proceso de construcción del documento ganaron protagonismo.

La entrevista a estos funcionarios giró en torno a situaciones tales como la percepción que éstos tienen de las mujeres usuarias de los servicios de atención a la salud, las principales problemáticas en su práctica profesional dentro del sector, el estado de la salud pública en la ciudad, así como sus puntos de vista respecto de las posibles salidas a los problemas que vive el sector en Buenaventura.

En cuanto a las parteras, la entrevista estuvo centrada en aspectos relacionados con el desempeño del oficio, las percepciones acerca de los cursillos que han recibido desde el sector biomédico así como los cambios introducidos en sus prácticas de atención a partir de las capacitaciones. Igualmente se plantearon preguntas a las parteras sobre sus puntos de vista respecto de los dos sistemas de atención tenidos en cuenta en el estudio.

2. 4. El trabajo de campo y las informantes

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

(NANCY SCHEPER HUGUES, La muerte sin llanto)

Entre los años 1988 y 1991 trabajé como Socióloga con la Corporación Autónoma Regional del Valle del Cauca, CVC, en el área rural del municipio de Buenaventura²². Años en los que viví de forma permanente en la zona. Igualmente fue por estos años que además realicé, sobre una problemática urbana, la tesis de pregrado que me permitió conseguir el graduado en sociología.²³ Aunque aquella experiencia profesional no estuvo relacionada, de forma específica, con las prácticas de salud de las afrocolombianas sí me dio la oportunidad de

²² La CVC es un organismo del Estado. Fue creado en 1954 por el entonces Presidente del partido conservador, Gustavo Rojas Pinilla. Su creación fue parte de la búsqueda de soluciones a los desastres naturales ocasionados por las inundaciones del río Cauca y los desbordamientos y avalanchas de sus afluentes. Tiene como objetivo básico, promover el desarrollo integral de la región del Valle del cauca. El Decreto 3110, mediante el que se creó dicha Corporación alude como principal postulado el que con dicho organismo, “el actual gobierno propende por el mejoramiento de las condiciones de vida del pueblo colombiano y en este sentido desea poner en marcha un plan de desarrollo que haga realidad el mejoramiento acelerado que demanda el implantamiento en el país de la “Era del Hombre colombiano”. El documento señala además que, “esta reflexión sigue siendo perfectamente válida para el papel que cumple la Corporación: el mejoramiento de la calidad de vida de los vallecaucanos” (<http://www.cvc.gov.co/>). En el capítulo tres abordaré de nuevo este organismo.

²³ “Del mar a la tierra: Desplazamiento de una cultura lacustre en el Puerto de Buenaventura”, 1989.

observar la complejidad y, a la vez, la pertinencia de estudios como el presentado en esta tesis. Considero que aquellos años, como estudiante y también como funcionaria, fueron favorables a la hora de realizar este estudio. Podría afirmar inclusive, que buena parte de la experiencia de aquellos años ha sido significativa, y de algún modo, aprovechada a la hora de abordar la presente investigación.

Posterior a aquella experiencia profesional en el municipio, cuando finalmente decidí sacar adelante esta tesis, permanecí cuatro meses en la ciudad de Buenaventura realizando el trabajo de campo. Este tiempo fue distribuido en dos períodos de dos meses cada uno. El primero correspondió a los meses de junio y julio del año 2001 y el segundo a los meses de julio y agosto del año 2002²⁴. Durante los cuatro meses que duró el trabajo de campo viví de forma permanente en la ciudad. En el segundo período, durante buena parte del tiempo, me alojé en casa de Rosmilda, partera que participó en la investigación.

Rosmilda, además de anfitriona, fue la principal colaboradora que tuve durante los dos períodos de recogida de información en la ciudad. A través de ella pude contactar algunas de las mujeres, parteras y no parteras, y en buena medida gracias a ella fue posible el acceso a entornos y rutinas cotidianas de éstas. Espero que la relevancia de Rosmilda como partera y como portadora de un liderazgo dentro del grupo, haya quedado de alguna manera reflejada en el estudio.

Otra forma de acercamiento al grupo de mujeres y al personal sanitario, fue mediante el encuentro de personas que había conocido durante los años que trabajé en el municipio. Aunque también fue favorable el hecho de haber participado en el año 2001, primer período

²⁴ Si bien las entrevistas fueron realizadas durante los períodos señalados, he vuelto a la ciudad en los años sucesivos. Situación que me ha permitido tener un seguimiento y lograr un mayor afianzamiento respecto de las problemáticas tratadas en el estudio.

del trabajo de campo, en una brigada de salud que realizó el Hospital Departamental de Buenaventura en un sector de la ciudad, donde se atendió principalmente a mujeres y niños en situación de precariedad económica²⁵. Este evento resultó ser de gran utilidad tanto para observar y tomar notas como para establecer un clima propicio a la hora de buscar informantes dentro del personal del sector sanitario público de la ciudad.

En cuanto a los requisitos que debieron cumplir las mujeres para participar en el estudio fueron definidos en relación con situaciones como pertenecer a los sectores con precariedad económica de la ciudad, haber vivido toda la vida en Buenaventura, tener hijos o por lo menos haber estado embarazada alguna vez, ser afrocolombiana y estar en el rango de edad de entre 15 y 75 años.

De las 20 entrevistas, 13 se realizaron en la vivienda, 3 en casa de amigas de la informante, 1 en un parque o plaza pública y 3 en el lugar de trabajo de ésta. En cuanto al tiempo dedicado a grabación, en algunas mujeres se realizaron varias sesiones mientras que con otras sólo fue posible una sola vez. No obstante, el contacto con las informantes fue continuo; esto significa que en el tiempo de permanencia en la ciudad hubo continuidad en el trato con las mujeres que finalmente participaron de forma intensiva en el estudio. En la medida que ellas lo permitieron, las visitas en sus lugares de trabajo o en sus casas fueron continuas. Igualmente, en los posteriores viajes que he realizado a la ciudad he contactado con algunas de ellas.

En cuanto a las entrevistas realizadas a los funcionarios de la institución sanitaria pública o sea al personal sanitario del Hospital,

²⁵ La brigada de salud consistió en pasar un fin de semana en un sector de la ciudad haciendo consultas gratuitas a la población que lo requiriese. Yo ejercí como portera y organizadora de los turnos del consultorio, o lugar señalado como tal.

Puestos y Centros de salud así como al secretario de salud municipal, tan sólo una entrevista fue realizada en la vivienda de la informante, la de Emperatriz –enfermera–, las demás se realizaron en los lugares de trabajo de estos funcionarios.

Una preocupación permanente durante el trabajo de campo, tanto con las mujeres como con el grupo del sector biomédico, fue la búsqueda, posterior a las entrevistas, de contrastes o ajustes entre la información obtenida durante las sesiones de grabación y lo que observaba que realmente hacían en su cotidianidad.

Si bien pasé muchas horas en compañía de todos los sujetos sociales implicados en este estudio, fue mayor el tiempo compartido con el colectivo de mujeres. Respecto de éstas, no hubo similar acercamiento o empatía con todas dado que con algunas el trato fue más fácil y cercano, tal es el caso de Cleotilde, Rosmilda, Martha, Polonia y Nora.

Las mujeres al relatar sus vidas señalaron de forma recurrente historias cotidianas cargadas de contenidos, racionalidad y lógicas propias, donde el hecho de abordarlas en el estudio no buscan, en modo alguno, el cuestionamiento sino sobre todo, dilucidar una historia social concreta. Se pretende que la reconstrucción de las historias personales de estas mujeres, en un período de sus vidas, expresen una época y una realidad social específica, dentro de un contexto mayor que es la sociedad colombiana.

2. 4. 1. El procesamiento de la información

En cuanto a la extensión de las entrevistas, inicialmente la más larga ocupaba 40 folios y la más corta 9, el primer vaciado de toda la información ocupó 524 folios. La información transcrita fue codificada

de forma manual, siguiendo un esquema básico de clasificación estructurado a partir de dos ejes principales: informantes y áreas temáticas.

En cuanto a la presentación final del texto, el nombre de las mujeres ha sido cambiado, es así que tan sólo dos mujeres, Rosmilda y Martha, han permanecido con sus verdaderos nombres en tanto que ellas, posterior al trabajo de campo, dieron su aprobación y complacencia de aparecer con sus nombres reales en las alusiones explícitas que de ellas decidiera hacer en el texto final.

2. 5. Las fuentes bibliográficas

La recolección de la información bibliográfica se inició en la gestación del proyecto y no terminó hasta la culminación del documento final de la tesis. Lo que significa que hasta la redacción final del documento hice consultas bibliográficas. Los textos, de las distintas disciplinas antes señaladas en que se apoya el estudio, fueron consultados en bibliotecas colombianas y, sobre todo, españolas. En Colombia realicé consultas en el Instituto Colombiano de Antropología e Historia, ICANH, de la ciudad de Bogotá; y en la ciudad de Cali, en el Centro de Información y Documentación de Ciencias Sociales y Económicas, (CIDSE), de la Universidad del Valle.

Mientras que en España, aparte de la biblioteca del Instituto de la Mujer en Madrid, y la Universidad Complutense de esta misma ciudad, la búsqueda de bibliografía se concentro en las bibliotecas catalanas, tales como: en Tarragona, la biblioteca de la Universidad Rovira i Virgili; en Girona, biblioteca de la Universidad de Girona, sedes Montilivi y Barri Vell; en Lérida, la biblioteca de la Universidad de Lérida; y en Barcelona, la biblioteca de la Universidad Autónoma de

Barcelona, la universidad Pompeu Fabra así como la Universidad de Barcelona. Consultas que en su mayoría fueron realizadas gracias al apoyo recibido de la biblioteca de la Universidad de Girona, sede Montilivi, mediante el sistema de Préstamo Interbibliotecario.

2. 6. Estructura de la Tesis

El estudio está conformado por seis capítulos cuyos contenidos describo, de forma ajustada, a continuación.

El **primer capítulo** consta de dos partes. En la primera parte busco situar al lector en el lugar donde se realizó la investigación o sea la región Pacífica colombiana y, específicamente, la ciudad de Buenaventura. En la segunda parte, me acerco a la gestión y situación actual del sistema de la salud pública colombiana. Abordo los cambios producidos en este sector a partir de la reformulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Ley 100 de 1993. En esta segunda parte, y en un segundo momento, abordo asuntos relacionados con la atención a la salud en Buenaventura, en aspectos como la oferta e índices de mortalidad y morbilidad entre la población.

En el **segundo capítulo** he construido el marco teórico de referencia. Aquí, además de definir conceptos y lineamientos, desde la interpretación científica de los autores tenidos en cuenta, busco recuperar el contexto de las relaciones económicas y socioculturales en que actúan los sujetos sociales implicados en el estudio.

En el primer apartado realizo una aproximación a estudios cuyo enfoque teórico está relacionado con los procesos de enfermedad y los modelos médicos desde la antropología. A partir del segundo apartado, abordo estudios donde se analizan las categorías, género, sexualidad y

salud. Igualmente abordo estudios que se ocupan de la clase social el patriarcado y los derechos de las mujeres.

En el **capítulo tres** planteo aspectos antropológicos, históricos y sociológicos de los grupos afrocolombianos, tanto de la región Pacífica como del país en general. Igualmente abordo asuntos relacionados con los principales cambios que, a favor de estos grupos, se han producido a partir de las reformas hechas a la constitución política vigente desde 1991. Asimismo me aproximo al debate que en la práctica social hay de las categorías etnia, raza, y racismo. Del mismo modo, abordo la problemática de la multiculturalidad y su posible influencia en la aplicación de políticas públicas en salud.

En el **cuarto capítulo** presento la biografía de cada una de las 20 mujeres que participaron en la investigación. La decisión de esta inclusión en el estudio, obedece a la convicción que tengo del gran potencial que éstas ofrecen, especialmente a la hora de adentrarnos en el conocimiento de los diversos puntos de vista de las relaciones interpersonales y sociales de las mujeres afrocolombianas de la ciudad. Con la reconstrucción parcial, o la ‘instantánea’, de cada una de las mujeres seleccionadas me aproximo, desde otro ángulo, a la posición que éstas tienen respecto de las problemáticas tratadas en el estudio²⁶.

Considero que con el entrelazamiento de las biografías del colectivo de mujeres así como con la observación y las conversaciones informales sostenidas con otras mujeres afrocolombianas de la ciudad, me acerco a lo que Gadamer (1988) llama ‘fusión de horizontes’, o sea

²⁶ El símil, en términos fotográficos, lo hago en referencia a que si bien en las biografías de las mujeres aquí presentadas intento mostrar aspectos centrales de la vida de éstas, en relación con problemáticas específicas, también busco mostrar cómo transcurrían sus vidas cuando fueron abordadas para esta investigación.

aquella condición indispensable para abrir ventanas hacia la exploración de la cotidianidad de la vida personal y social de las mujeres²⁷.

Del mismo modo, con la biografía de cada una de las informantes busco hacer, de algún modo, un reconocimiento a las mujeres que finalmente participaron en el estudio de forma intensiva y continuada. Por su paciencia, voluntad y confianza al recibirme en sus casas y hablar de sus vidas y sus afanes. Por aceptar mi presencia, quizá muchas veces incómoda, durante los períodos que duró el trabajo de campo.

En el **capítulo cinco** trato los hallazgos encontrados en el estudio y en relación con los posicionamientos y decisiones de las afrocolombianas en aspectos de primer orden en sus trayectorias vitales, tal es el caso del matrimonio, las relaciones extraconyugales, la maternidad, la anticoncepción, el aborto y el embarazo de adolescentes.

En el **capítulo sexto** abordo todos los sujetos sociales implicados en el estudio: las mujeres, las parteras y los profesionales del sector sanitario público y formal de la ciudad.

En los apartados iniciales del capítulo trato distintos asuntos sobre las parteras como su desempeño en el oficio, los cambios introducidos a partir de las capacitaciones recibidas desde el sector biomédico y sus consecuentes cambios en el cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo y parto, así como los cambios en las prácticas de salud al recién nacido. Igualmente, con base en los hallazgos, se analizan los distintos factores y situaciones por los que las mujeres afirmaron utilizar uno u otro sistema de atención a la salud. También se tiene en cuenta aquí, las convergencias y discrepancias planteadas por las mujeres a la

²⁷ Para el autor, fusión de horizontes tiene que ver con la comunicación de distintas tradiciones que caracterizan todo acto a través del cual se revela su significado.

hora de recibir atención a su salud reproductiva desde uno u otro sistema de atención tenido en cuenta en el estudio, el biomédico y el tradicional.

En un segundo momento, de este sexto capítulo, me aproximo a los profesionales del sector sanitario público. Tuve en cuenta de éstos, entre otros aspectos, la percepción y valoración que tienen acerca de la población femenina que asiste al Hospital, Puestos y Centros de salud públicos de la ciudad donde ellos desempeñan su trabajo profesional.

Del mismo modo, abordo las condiciones laborales de la institución sanitaria biomédica a partir de los relatos que sobre esta problemática hace el personal sanitario entrevistado. Igualmente se describe y analiza la percepción que estos profesionales tienen del trabajo que realizan las parteras empíricas, así como su punto de vista sobre las prácticas de salud que ellos cotidianamente ofrecen a las mujeres usuarias del sistema sanitario oficial de la ciudad.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
ENTRE LA CAMA Y EL PARITORIO: SALUD REPRODUCTIVA Y CULTURA ENTRE LAS MUJERES AFROCOLOMBIANAS DE LA CIUDAD
DE BUENAVENTURA. UNA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA.
Martha Cecilia Navarro Valencia
DL: T-325-2010/ISBN: 978-84-691-2430-7

I. El marco etnográfico

I. EL MARCO ETNOGRÁFICO

Presentación

Este primer capítulo lo he dividido en dos partes. En la primera parte trato aspectos relacionados con la ubicación geográfica donde se desarrolla la investigación: la costa Pacífica colombiana, y específicamente la ciudad de Buenaventura. Abordo igualmente, aspectos sociodemográficos tanto de la región como de la ciudad.

En la segunda parte del capítulo, me aproximo al sistema sanitario público colombiano. Entre los asuntos relacionados con el tema de la salud abordo la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud, (GSSS), aprobada en diciembre de 1993, y que actualmente es el sistema sanitario de los colombianos. Un sistema de salud que redefinió los ejes de su gestión de políticas en salud buscando entre sus objetivos, conciliar la condición de multiculturalidad de la población colombiana con los procesos de la democracia.

Finalmente me aproximo a la situación de la salud entre la población de Buenaventura señalando aspectos como cobertura, oferta y programas sanitarios para los distintos grupos de población de la ciudad y del municipio.

PRIMERA PARTE

1.1. ESBOZOS DE UNA REGIÓN Y DE UNA CIUDAD

En el litoral Pacífico no sólo los terremotos y maremotos cambian destinos sin previo aviso. También lo hacen las inundaciones, los incendios y los cambios cíclicos en las temperaturas del aire y del agua, por cuenta de la corriente marítima de El Niño. Y por si fuera poco, las caídas abruptas en los mercados internacionales de minerales preciosos, maderas, camarones y pescados sacuden la economía local y ocasiona Sismos de intensidad comparable a la de los naturales. Por estar en lo que quizás sea el ámbito más incierto de Colombia.

(JAIME AROCHA, Ombliados de Ananse)

De acuerdo con Castillo (2006: 303), “Colombia es un país de regiones étnica y racialmente diferenciadas.” El autor señala en relación con la configuración racial de la población colombiana que, los asentamientos indígenas prehispánicos correspondían a las tierras altas, la cordillera de los Andes; y los de mayor ancestro español al interior del país. Más tarde con la llegada de población africana, “el proceso de mestizaje racial y cultural” configuró el mosaico de las tres razas básicas en la población colombiana: indios, españoles y finalmente negros, desencadenando la concentración de los negros esclavizados en las costas Pacífica y Atlántica. Para Castillo, “la relación histórica entre grupo étnico y territorio, es la base para que hoy el imaginario nacional considere el

interior del país blanco–mestizo, parte de los andes y la selva amazónica indígenas y las costas, específicamente la Pacífica, negras”²⁸.

En cuanto a la extensión de esta área del país, de los 22 departamentos (provincias), en que está dividido cuatro de ellos, Chocó, Valle del Cauca²⁹, Cauca y Nariño, tienen parte de su territorio sobre la costa del mar Pacífico³⁰. Según West (1957: 31, 32), “a la extensión de la región Pacífica, le corresponden casi mil kilómetros de largo y entre 80 y 160 kilómetros de ancho” del territorio nacional. La región está considerada una de las zonas del mundo con los más altos niveles de biodiversidad debido a que su clima, tropical húmedo, propicia la existencia de una amplia variedad de plantas con diversos usos entre la población, entre ellos el terapéutico. Sin embargo la región del Pacífico, que West llamó “las tierras bajas”, no se cuenta entre las más aptas para el cultivo, hecho que influye para que predominen los cultivos de rotación³¹. Igualmente la zona también es rica en árboles frutales tales como la palma de chontaduro, el coco y el cacao.

Siendo la recolección una actividad económica relevante entre las poblaciones rurales de la región. Si bien las actividades agrícolas tienen un papel destacado entre la población, no obstante, la zona ha sido considerada sobre todo productora de materias primas y depósito de riquezas naturales, de acuerdo con las dos actividades económicas tradicionales y centrales de esta zona del país como son la extracción de madera para el comercio nacional e internacional y los yacimientos auríferos. La actividad minera,

²⁸ En el capítulo tres trataré los conceptos de raza, etnia y racismo, así como la gestión de dichos conceptos en las prácticas sociales de los colombianos.

²⁹ La capital de este departamento es la ciudad de Cali y la segunda ciudad en importancia es la ciudad de Buenaventura. Cali es considerada “la capital del pacífico” Urrea et al. (2004: 77), apelativo que estaría relacionado con el hecho de que esta es la ciudad con el mayor índice de población afrocolombiana del país.

³⁰ En el capítulo tres incluyo un mapa de las regiones negras. Si bien el mapa muestra tan sólo las regiones tradicionalmente negras, no está incluida, por lo tanto, una zona considerada no negra como es Bogotá, la capital del país, pero que en los últimos años esta ciudad ha presentado una fuerte migración de afrocolombianos, alcanzando el 8% del total de la población (Urrea et al, 2004).

³¹ West afirma que esta actividad está basada en técnicas probablemente de origen indígena que consisten en regar la semilla, al voleo, en el terreno a cultivar para luego cortar el monte sobre ellas luego la rápida descomposición de lo cortado provee los nutrientes que garantizan una buena cosecha.

fundamentalmente la extracción de oro y platino, se realiza a pequeña y gran escala. En la extracción a pequeña escala participan hombres y mujeres en su mayoría provenientes de las zonas rurales de la región, mientras que la minería a gran escala es dirigida y financiada por compañías extranjeras (Cámara de comercio, 1999/2000; Navarro, 1989).

Otra situación que presenta esta región del país es la señalada por West (1957:33) cuando afirma que, “aunque su riqueza mineral y forestal ha sido explotada por el mundo occidental durante los últimos 300 años, las tierras bajas del Pacífico son una de las áreas científicamente menos conocidas de Latinoamérica”.

La población colombiana, según autores como Urrea, Barbary, Ramírez y Viáfara, (2004), es de 43.035.394 habitantes para el año 2001, del que el 18.6% (7990.049) son afrocolombianos, aunque los autores señalan que esta cifra podría ser conservadora dado que otras fuentes como la del Plan Nacional de Desarrollo de la Población Afrocolombiana 1998_2002, ubican esta población a escala nacional, en el 26%. Índice que señala a Colombia como el segundo país, después de Brasil, con la más alta tasa de afrodescendientes en el continente latinoamericano. De todos modos, autores como Castillo (2006: 306) argumentan sobre el problema que representa la fiabilidad de los datos estadísticos a la hora de cuantificar estas poblaciones en el país. El autor señala que, “los censos realizados en Colombia durante el siglo XX, como en buena parte de América Latina, no han clasificado ni racial ni étnicamente a la población”. Igualmente para el autor, censar a los afrocolombianos no es “asunto fácil ni neutral” (*op.cit.* 310). En esta misma dirección Urrea et. al. (2004: 69) señala que, “clasificar y calificar estadísticamente una población tiene fuertes implicaciones históricas y socio antropológicas, además de éticas y políticas en sus relaciones con el Estado y los otros grupos de la sociedad”.

Si bien en los últimos años en el país comienza a generarse interés por la población teniendo en cuenta la especificidad racial, al lado de otros indicadores más estudiados como por ejemplo las características socioeconómicas de los distintos grupos de población, aún no hay consolidada una base de datos precisa acerca de las poblaciones que conforman las minorías étnicas. El primer acercamiento en la búsqueda de clasificación y cuantificación de los distintos grupos de población teniendo en cuenta la especificidad racial, ocurrió en el año 1993 cuando el censo nacional de Población y Vivienda introdujo la pregunta de auto identificación racial con el fin de determinar el tamaño de la población afrocolombiana. Aunque esta inclusión significó un paso adelante, aquella experiencia no dio los resultados esperados. Según Barbary y Urrea (2004), entre las razones por las que este intento, de medir estadísticamente a los afrocolombianos, no funcionó tuvo que ver con factores como lo reciente que en aquel momento estaba el debate sobre el reconocimiento y legitimación de estos grupos introducido en la constitución de 1991. Otra razón señalada por los autores tiene que ver con la ambigüedad por parte del Departamento nacional de Estadística, DANE, a la hora de formular las preguntas, hecho que llevó igualmente a ambigüedad en las respuestas por parte de la población censada.

La última experiencia en el intento de medir estadísticamente a los afrocolombianos se produjo en el año 2003 cuando la Encuesta de Calidad de Vida del DANE incluyó una pregunta sobre la caracterización étnica racial de la población. Pregunta que tampoco arrojó los resultados esperados. Autores como Barbary y Urrea (2004: 62) argumentan que este tipo de encuestas por lo general suelen llevar a errores al realizar la combinación de categorías fenotípicas como étnicas culturales en tanto las poblaciones se autodefinen, “mediante clasificaciones arbitrarias étnicas –en determinados contextos históricos– con base en su apariencia física

que terminan o no elaborando como pertinencia racial”. Según los autores la autopercepción de estos grupos está en relación con la percepción que de ellos tienen los grupos no negros en la medida que “tienden a definirlos colectivamente como negros”. Barbary y Urrea señalan que este juego de percepciones colectivas no es ajeno, “a las condiciones económicas y sociales propias de los diferentes grupos poblacionales en el contexto de unas relaciones de dominación”. Los autores señalan además que, “no existe a escala nacional en la sociedad colombiana de hoy, un sentimiento de pertenencia étnica compartido y libremente declarado por grupos significativos de población” (op.cit. 60).

Otro hallazgo del estudio de Urrea et, al. (2004) es que los afrocolombianos en la actualidad son urbanos por excelencia en comparación con, por ejemplo, hace 40 años cuando vivían mayoritariamente en las zonas rurales. Hoy el 49% de estas poblaciones vive en áreas urbanas de más de 700 mil habitantes.

Las mayores concentraciones de población afrocolombiana se encuentran en las ciudades de Cali, con 900 mil y Cartagena de Indias con 600 mil respectivamente. Situación que demuestra la tendencia seguida por estos grupos, similar al resto de la población colombiana, como es la migración hacia los centros urbanos del país. La excepción estaría en los grupos indígenas que continúan siendo predominantemente rurales.

Si bien los afrocolombianos de la región Pacífica presentan desde mediados del siglo XX tendencia a migrar de sus lugares de origen, este proceso se ha intensificado a partir de la década de los 90. Entre las principales causas estaría la falta de oportunidades laborales y educativas especialmente entre los más jóvenes y por el fenómeno del conflicto armado que se ha extendido también hacia esta área del país. Alrededor del 60% de los afrocolombianos de la costa Pacífica vive en los centros

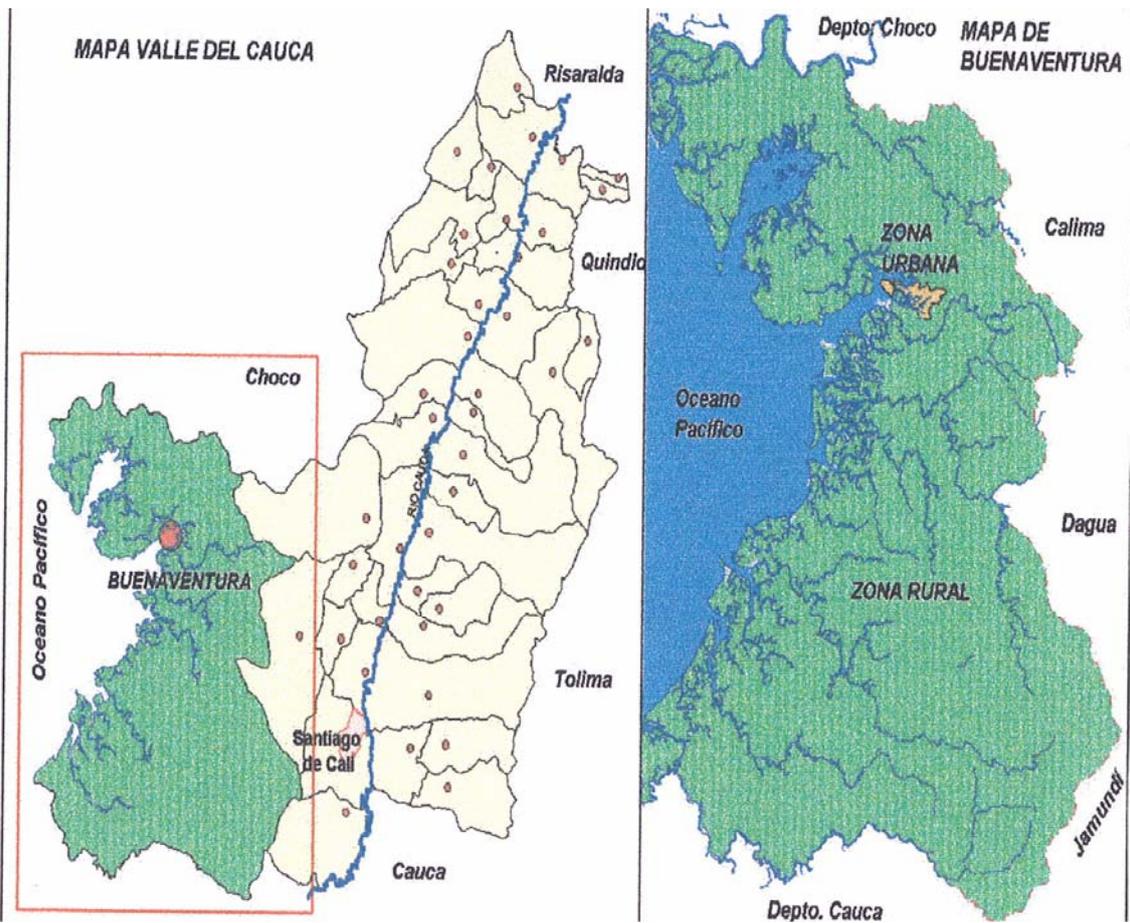
urbanos, mientras que el resto habita en las áreas rurales sobre las márgenes de los ríos que cruzan la región (Urrea et al. 2004).

En cuanto a los índices poblacionales de los afrocolombianos de la región, las cifras presentan variaciones de unos a otros autores. Por ejemplo, Urrea, et al. (2004: 76) la ubica en el 83% mientras que Ulrich (1999: 32), plantea este índice en el 93%. Por su parte Escobar (1999: 172) afirma sobre estas poblaciones que un total de, “aproximadamente 900 mil personas, 800 mil son afrocolombianos y 50 mil indígenas”; lo que entonces significaría, de acuerdo con Escobar, que un 88.8% de la población total de la región Pacífica es afrocolombiana³². El porcentaje restante lo conformaría población mestiza que ha llegado de las regiones del interior del país, así como los grupos indígenas que históricamente han habitado en la zona, tal es el caso de, “ los emberá, emberá catíos, emberá chamí, wounaan, awa, esperara– siapidara y tule” (Castillo 2006: 307).

³² Quizá esta situación está en relación con el planteamiento de Urrea et al. (2004), cuando hace referencia a la carencia de información que aún presentan algunas zonas rurales del país, situación que comparte la región a la que vengo haciendo referencia.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
ENTRE LA CAMA Y EL PARITORIO: SALUD REPRODUCTIVA Y CULTURA ENTRE LAS MUJERES AFROCOLOMBIANAS DE LA CIUDAD
DE BUENAVENTURA. UNA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA
Martha Cecilia Navarro Valencia
DL: T-325-2010/ISBN: 978-84-691-2430-7

Localización del municipio de Buenaventura.



1.1.1. El Municipio de Buenaventura

El municipio de Buenaventura está ubicado en el suroccidente del país y tiene una extensión de 6078 kilómetros cuadrados, un tamaño que lo convierte en el de mayor extensión del departamento (provincia) del Valle del Cauca, y en el quinto más grande del país. Tiene una población de 327.631 habitantes de los que, según el DANE al año 2005, el 85 % (278.486) son urbanos y el 15%, (49.145) son rurales.

Aunque estos cálculos pueden variar debido a factores asociados a la situación de violencia que se vive en la zona, hecho que estaría propiciando el éxodo de la población rural hacia áreas urbanas. Fenómeno sociológico denominado, ‘desplazamiento forzado’, ocurrido por razones asociadas al conflicto armado o violencia política que vive la región.

En cuanto a la distribución de la población por sexos en Buenaventura, de acuerdo con el último censo de población (2005), el 48,4% son hombres y el 51,6 % son mujeres. Esta relación ha variado en 10 años 0,02% a favor del sexo femenino. En el análisis por grupos de edades, el rango de 0 a 1 años permite observar que nacen más hombres que mujeres en una relación de 103 hombres por cada 100 mujeres. Esta constante se mantiene hasta los cuatro años, de los cinco en adelante son las mujeres las que están por encima de este índice, siendo más notorio aún el cambio de la constante a favor de las mujeres en edad reproductiva. Situación que probablemente refleja el alto número de hombres que muere por causas violentas³³. Hechos que indudablemente constituyen un elemento desestabilizador tanto de las instituciones que actúan en la zona como de la población en general (Minota, 2005; PAB, 2003-2007).

³³ Los grupos armados identificados que operan en la Costa Pacífica son, según Agudelo (2002), el Ejército de Liberación Nacional (ELN); las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC); las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC) y los grupos de delincuencia común.

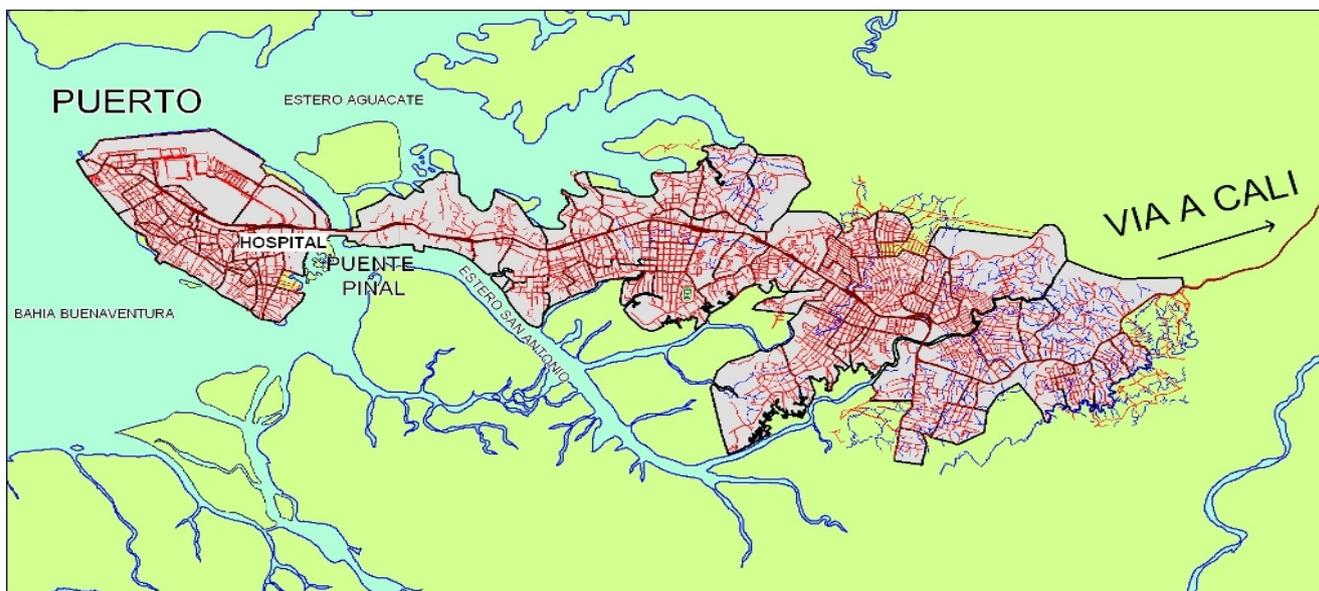
Algunos autores, tal es el caso de Hoffmann (2004: 218), señalan que la región del Pacífico colombiano ha entrado en una situación de confrontación armada o de violencia generalizada. Entre las causas de esta situación estaría la cada vez mayor extensión de cultivos de coca así como la presión ejercida para lograr la construcción de, “un corredor entre la zona de despeje de las FARC y el Océano Pacífico”, actividades que para su logro requieren una mayor presión hacia los campesinos del lugar, obligándolos al abandono o desplazamiento forzoso de sus tierras. Hoffmann (2004) coincide con Ulrich (2004), cuando señala que estos desplazamientos forzados de población tiene entre sus principales causas la desterritorialización de las poblaciones en la búsqueda de mayores extensiones de cultivo de palma africana, así como la libre gestión de actividades relacionadas con el narcotráfico, Ulrich señala, también, como causa de los desalojos forzados, la realización de megaproyectos en la región.

La problemática social de los, y las, desplazadas/os en el país es relevante, y esta forma es reconocida por el gobierno colombiano. En 1997 se creó un plan de acción para esta población pero, según Angulo (2002), éste no contaba con una reglamentación clara y eficaz que permitiera el cumplimiento de los compromisos estatales. En cambio, un papel más protagónico han jugado, en el intento de dar salida a esta problemática, organismos de derechos humanos, la Iglesia Católica y agencias de Cooperación Internacional.

Según informe de UNICEF (2003), entre 1990 y 1999 la cifra de desplazados de sus lugares de origen, a escala nacional, sobrepasaba los 2 millones de personas. Según este mismo informe, entre enero del 2000 y junio del 2001, de un total de 283.734 personas registradas como desplazadas, el 49% eran mujeres y el 51% hombres. Igualmente, el informe señala que de los desplazados en este período, un 48.35%

corresponde a menores de 18 años y un 18.16% a población afrocolombiana.

1. 1. 2. La ciudad de Buenaventura



Plano de la ciudad de Buenaventura
Realizado por Jorge Azcarate (2001).

El casco urbano de Buenaventura se construyó sobre la isla conocida como “Cascajal”, cuya extensión es de 3.18 km², de los que el 41% corresponde a las instalaciones del puerto marítimo y el 59% restante a la ciudad propiamente dicha. El acelerado crecimiento urbano de los últimos años ha propiciado la extensión de la ciudad hacia el continente. De este modo, isla y continente se unen por el puente El piñal, tal y como se puede observar al comienzo de este apartado.

El crecimiento de Buenaventura ha sido similar a cualquier otra ciudad, o sea crecer alrededor de sus sectores productivos. En este caso ese eje económico es el Terminal marítimo que posee la ciudad. Aunque en el municipio han convivido tres tipos de sistemas productivos: el constituido por una economía de supervivencia ligada a las actividades agrícolas,

madereras y de pesca artesanal, sobre todo en el área rural del municipio; el de las actividades económicas derivadas de las transacciones portuarias y el sistema industrial pesquero. Si bien estos sistemas económicos coexisten en la ciudad, no han logrado articularse.

La ciudad de Buenaventura es relevante como punto estratégico del país por poseer, desde 1827, el más importante puerto sobre la costa del Pacífico colombiano. Esta situación hace que un importante porcentaje de la actividad comercial internacional que tiene Colombia esté unida al funcionamiento de dicho puerto. En buena medida, la ciudad ha vivido de las actividades económicas relacionadas con la gestión portuaria.

Encuentro que la ciudad y el puerto presentan características contrapuestas: mientras el puerto es desarrollado y con altos índices de gestión y operatividad, instalaciones adecuadas y bien mantenidas, la ciudad en cambio presenta un gran desbarajuste en su sector institucional público, como por ejemplo la baja cobertura en sus servicios y en general bajos niveles de bienestar entre la población (Cámara de comercio, 1999/2000).

En cuanto a la infraestructura habitacional en la ciudad, según el informe del Hospital Departamental (2005), el total de viviendas en el año 2004 era de 54.920 aproximadamente, con un promedio de 5.5 personas por vivienda y una densidad poblacional de 41.3 habitantes por Km².

Por otra parte, considero que Buenaventura forma parte de aquellas ciudades donde es imposible hablar de un espacio urbano uniforme u homogéneo posible de sectorizar o establecer una estratificación por barrios. La ciudad presenta lo que Urrea y Barbary (2004:39) llamaron, “manchas residenciales”³⁴, para referirse a la distribución de los afrocolombianos en los distintos barrios de la ciudad de Cali. En

³⁴ Si bien esta definición la dieron los autores para referirse a los “barrios populares de la ciudad de Cali, y en relación con la segregación racial y socioeconómica de esta ciudad, considero que en el caso de Buenaventura podría hablarse de esta situación en relación con la ciudad en su conjunto.

Buenaventura la estratificación está a nivel micro, por ciertas calles, manzanas o inclusive por viviendas.

En la ciudad de Buenaventura, en muchos casos, no hay una clara correlación entre el poder adquisitivo de las familias y sus posesiones o mobiliario en el ámbito doméstico. Siempre me ha llamado la atención el que haya viviendas con una genuina dotación, no correspondida con la precariedad y deterioro que presenta la estructura de la vivienda, construida muchas veces con restos de materiales de distintas clases como madera, cemento o inclusive láminas; pero que, no obstante, alberga en su interior equipos de televisión o de música de lujo, y de último modelo.

La configuración de la población en esta ciudad está compuesta por diversos grupos étnicos dentro de su espacio urbano, siendo el grupo de población afrocolombiana el más alto, aproximadamente el 80% de los habitantes de la ciudad presentan esta condición (Cámara de Comercio 1999/2000).

Igualmente, es importante la emigración que se produce desde Buenaventura hacia las ciudades del interior, especialmente hacia Cali, capital de la provincia; y Bogotá, capital del país. No obstante, dicha migración significa para estas poblaciones, especialmente para aquellos inmigrantes con precariedad económica, que en las ciudades de destino encuentran una nueva parcela de discriminación, dada su condición de nuevos habitantes pobres dentro de un espacio que no conocen sino tan sólo desde un imaginario de, supuesta, prosperidad. En un principio los migrantes, voluntarios o forzados (desplazados), tanto del área rural como urbana de Buenaventura, ven su lugar de llegada con buenas expectativas dado que migrar muchas veces significa para estas poblaciones el acceso a recursos económicos, sociales y culturales.

Barbary y Hoffman (2004), señalan para el caso de las y los afrocolombianos, el determinante papel que tiene la comunidad de origen

entre las poblaciones que migran. Del establecimiento, durante este proceso, de grupos de solidaridad y del relevante papel de cohesión y mediación que estos lazos representan entre los migrantes y la sociedad urbana receptora. De acuerdo con los autores, los afrocolombianos constituyen el 18% del total de inmigrantes de Cali y de este total “los nativos del municipio de Buenaventura constituyen, ellos solos, casi un cuarto de los inmigrantes del Pacífico en Cali y la mayoría de ellos, el 82%, son de origen urbano” (2004: 141).

Los autores señalan además, que quienes marchan de sus lugares de origen, la Costa Pacífica colombiana, presentan una doble discriminación unánimemente denunciada por los mismos migrantes, como es la discriminación geográfica (el Pacífico como región pobre y abandonada por el Estado central) y la discriminación racial (el Pacífico como región habitada por población negra). Para los autores estas denuncias poseen argumentos concretos que las validan dada la desigualdad en el acceso a los recursos en la ciudad receptora de estas poblaciones³⁵.

El argumento anterior presentado por los autores respecto de la discriminación racial y geográfica podría verse como parte de lo que De Sousa, (2003) llama “fascismo social”. El autor argumenta que no es solamente el Estado la única instancia que puede volverse fascista, sino las relaciones sociales mismas. Para el autor, “la dislocación presente en la inclusión y en la exclusión de las relaciones sociales ya se ha tornado en un factor tan pronunciado que se ha convertido en una dislocación espacial: las personas incluidas viven en las zonas civilizadas, mientras las excluidas lo hacen en las zonas salvajes” (op.cit. 84)³⁶.

³⁵ Barbary y Hoffman señalan que los migrantes de la costa Pacífica colombiana son mayoritariamente mujeres. Según Posso, (2004), las mujeres pobres que llegan a Cali desde la región del pacífico, si tienen la circunstancia agravante de no poseer estudios formales por lo general encuentran trabajo como empleadas domésticas.

³⁶ Autores como Arocha (2004: 163) señalan que la situación de desterritorialización que han vivido los grupos afrocolombianos en el país obedece a la lógica propuesta por el Darwinismo que, “definió las razas inferiores como incapaces de manejar sus territorios y concluyó con la ficción de que esas áreas estaban

Por otra parte, encuentro que Buenaventura es uno de aquellos lugares donde el primer impacto visual y desde la distancia, sobre todo cultural, es el de una ciudad caótica, sucia, agresiva y de una enorme fragilidad. Allí pareciera que todo estuviera al borde del cataclismo y la destrucción total. Las múltiples y a veces contradictorias realidades de la ciudad y sus pobladores contribuyen a crear esa imagen; pero después de una mirada más reposada se puede observar que existen otras racionalidades que no pueden dilucidarse en un principio. De cualquier forma, lo que quiero resaltar es que éste es un lugar cargado de una enorme vitalidad, donde todas estas cosas que en un primer momento nos hacen pensar en el ‘cataclismo’, son vividas y atravesadas por el tamiz de unas gentes cargadas de un enorme optimismo y dignidad para afrontarlas.

Podría señalar además que en Buenaventura, incluyendo las condiciones climáticas, todo es desmesurado. En la cotidianidad, las cosas que suceden en la ciudad _que en otro lugar podría calificarse de extraordinarias _allí entran en lo que podría llamarse ‘normalidad’, dado que la población así las vive y las asume. A pesar de situaciones extremas: asesinatos y amenazas; servicios públicos que no funcionan o que lo hacen sólo a medias, calles intransitables; políticos que no cumplen; precariedad económica que impide a los niños ir a la escuela, porque no hay dinero para que ‘se vaya desayunao’³⁷ y menos aún para pagar el transporte, sin mencionar otras necesidades no satisfechas; estos habitantes reciben los sobresaltos que trae cada nuevo día con un entusiasmo que impacta a alguien que, como yo, este por fuera, independiente del tiempo que haya vivido en la ciudad.

vacías de personas y eran, por lo tanto, propiedad del Estado. Y como resultado de ese razonamiento perverso, la gente se convirtió en invasora de sus propios territorios” (Comisión de estudios sobre la violencia en Colombia 1987, citado por el autor).

³⁷ Expresión común entre las mujeres cuando quieren expresar que el hijo/a se fue al colegio sin desayunar.

Buenaventura desde el aire.



Caras de la ciudad de Buenaventura³⁸



³⁸ Las fotos que aparecen en el texto han sido realizadas por la autora.



Vida cotidiana en la ciudad









1. 2. LA ATENCIÓN A LA SALUD EN BUENAVENTURA

1.2.1. El Sistema General de Seguridad Social en Salud, Ley 100

“Lo que está en juego aquí no es la construcción cultural de una realidad clínica, sino la construcción y reconstrucción clínica de una realidad convertida en mercancía. Hasta que esto se reconozca, y se actúe como corresponde, la medicina humanística es una contradicción en sus términos”.

(MICHAEL TAUSSIG, Un gigante en convulsiones)

En Diciembre de 1993 se aprobó una de las leyes más discutidas y polémicas de la historia colombiana mediante la cual se reestructuró la salud pública del país. El Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, fue introducido como parte del proceso de reorganización y modernización de las políticas públicas en salud que ya habían sido, también, incluidas en otros Estados latinoamericanos, tal es el caso de Chile. Dicho proceso apuesta por la modernización donde una de sus manifestaciones es la descentralización de los servicios con mayor ingerencia en la población, reflejándose en cambios en las administraciones públicas, incluida las políticas públicas en salud de estos países.

En el caso colombiano, desde la aprobación y puesta en marcha de la Ley 100, que introdujo la reforma en salud y seguridad social, la polémica ha estado servida. La normativa ha contado con detractores y defensores en los distintos sectores de la sociedad. El Sistema General de Seguridad Social en salud forma parte de un modelo de política sanitaria aprobado por el congreso de la República durante el Gobierno de César Gaviria (1990-

1994). Su ponente fue Álvaro Uribe Vélez que en aquel entonces era parlamentario del partido liberal por el departamento de Antioquia, hoy actual presidente del país en lo que es su segundo mandato. En términos generales, con esta Ley vigente mediante un proceso de aporte obligatorio todo residente, trabajador o pensionado, debe hacerse cargo de su salud.

Las reformas introducidas a partir de esta Ley rompen la concepción anterior que definía el servicio sanitario del país como fundamentalmente público, constituyéndose en uno de carácter mixto, con componentes público y privado. Si bien el actual sistema sanitario estatal constituye un servicio público, ésta puede ser gestionada por gremios del sector privado como son las Empresas Prestadoras de Servicios, o las llamadas EPS; aunque el Estado conserva la capacidad y legitimidad para intervenir y regular la prestación del servicio.

Igualmente, la reforma concretó el proceso de descentralización del sistema nacional de salud que ya venía en fase adaptativa, realizada por etapas, desde 1983, e impulsada en buena medida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En Colombia con la inclusión de la reforma sanitaria, el entorno de la salud dilucidó una forma única y obligatoria de “cultura de la salud” centrada en el mercado, por cuya lógica busca incluir en su cobertura el mayor espectro posible de población entre los que entran, también, las minorías étnicas tal es el caso de los grupos negros e indígenas. Aunque autores como Domínguez (2006: 62) señalan al respecto que en el sistema sanitario colombiano lo universal, como mecanismo de inclusión de toda la población y siguiendo los presupuestos legales, es una opción que a la vez se convierte en “excluyente de la diferencia, en nombre de la gran narrativa universalizante por la vía de las coberturas en salud”.

La reforma sanitaria que vengo señalando, está constituida por dos tipos de regímenes, el contributivo y el subsidiado. El régimen contributivo

constituye aquel conjunto de normas que regulan identifican y seleccionan la afiliación y el acceso a los servicios que ofrecen las Administradoras del Régimen Subsidiado o sea las ARS,³⁹ y al conjunto de derechos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS. Los beneficiarios de estos subsidios serían, en principio, la población más pobre del país.

La aplicación del régimen contributivo está en relación con la vinculación laboral que haya tenido el trabajador, caso de los jubilados y pensionados, o que aún tenga cada ciudadano. Se trata de un conjunto de normas que rigen la vinculación de los afiliados y sus familias mediante la cotización por parte del contribuyente, bien de forma individual o familiar.

Los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, son, como se viene señalando, las personas vinculadas laboralmente en el sector público, los pensionados, los jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago que devenguen más de dos salarios mínimos.

Se estima que aproximadamente el 70% de la población colombiana podría estar vinculada al SGSSS mediante el régimen contributivo, bien como cotizante directo o como familiar de éste. Las cotizaciones porcentuales equivalen al 12% del salario base. Para los trabajadores en activo, dos terceras partes de la cotización están a cargo del empleador y el trabajador aporta un tercio. En cuanto a los pensionados y los autónomos esta cotización correría por cuenta propia. Este sistema de cuotas del régimen contributivo es obligatorio y se aplica a los afiliados para contribuir al Plan Obligatorio de Salud, POS (Jaramillo 1999).

En el Plan Obligatorio de Salud, POS, están incluidos los servicios relacionados con la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Tal es el caso de los servicios de planificación familiar, control

³⁹ Entre las críticas a esta normativa y los clamores de la población para el desmonte de las ARS estarían el considerarlas un intermediario costoso e innecesario.

prenatal, atención al parto, posparto y afecciones relacionadas con la lactancia así como también la atención al cáncer de mama, de cuello uterino y el SIDA. Igualmente, la normativa contempla un subsidio de alimentación para la población más pobre extensivo a los menores de 1 año y a las mujeres embarazadas que sean cabeza de familia (Profamilia 2005).

El cuanto al régimen subsidiado, éste se financia a escala nacional con el 1% de los ingresos devengados por los afiliados al régimen contributivo, con los impuestos a las armas y con otros aportes de origen fiscal. Del mismo modo, en el ámbito territorial se financia con el 15% de la inversión forzosa de los municipios, con los recursos de participación en los ingresos corrientes de la nación⁴⁰ y con la transferencia de los subsidios de oferta y demanda que los departamentos deben ejecutar progresivamente con los recursos procedentes del situado fiscal⁴¹ y de las rentas cedidas⁴² (Jaramillo, 1999; Minota, 2001⁴³).

En el régimen subsidiado está involucrado un conjunto de sectores relacionados entre sí que participan de los diversos procesos que conforman el sistema como serían los afiliados, las empresas Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS, los hospitales públicos, los municipios y los departamentos, así como el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

Los problemas más relevantes que aquejan al régimen subsidiado de salud según Minota (2001), tienen que ver con los límites de su cobertura, la desinformación a sus afiliados, la subsistencia de barreras de acceso, el incumplimiento de algunas obligaciones por parte de las ARS, los retrasos

⁴⁰ Los ingresos corrientes de la Nación corresponden al conjunto de recaudos en los impuestos: IVA, renta y comercio exterior. De estos la Nación debe girar el 18% a los municipios y a su vez éstos deben destinar una cuarta parte a salud (Jaramillo, 1999).

⁴¹ El situado fiscal es la parte de los ingresos corrientes de la Nación que los departamentos reciben para financiar la salud y la educación (Jaramillo, 1999).

⁴² Las rentas cedidas son los recaudos de impuestos que realizan directamente los departamentos y que tienen destinación específica para la salud, tales como son los impuestos a las loterías, los licores y el tabaco.

⁴³ Información obtenida a partir de la entrevista realizada a la funcionaria en el año 2001.

en los flujos financieros y las desviaciones de fondos que en un principio estarían destinados para el sistema.

Entre los problemas que presenta el régimen subsidiado, está la planteada por Vega Romero (2002) cuando señala que la cobertura que tienen los pobres para acceder a este régimen de salud varía según el indicador utilizado para definir la pobreza entre estos grupos sociales; por lo que este es un elemento crucial en el debate sobre la cobertura que tienen los grupos que viven en condiciones de precariedad económica, y los análisis de desigualdad en cuanto al acceso a los servicios de salud. El autor establece la diferencia entre línea de la pobreza (LP), y necesidades básicas insatisfechas (NBI).⁴⁴ Tal es el caso que si se mira el (NBI) en vez de (LP), la situación varía, siendo el enfoque metodológico de medición de la desigualdad socioeconómica un punto crucial a la hora de buscar un mayor acercamiento a las condiciones reales de los grupos de población en cuanto acceso al aseguramiento del sistema de seguridad social en salud.

Vega Romero (2002: 52), señala además que si se considera la pobreza como, “la deprivación de capacidades básicas y no meramente como la falta de ingresos” (Sen, 2000: 114, citado por el autor), como ocurre en el caso de estudios donde se sigue la variable (LP), o si no se redujera dicha definición a “un puñado de variables usadas de forma indiscriminada”, tal es el caso de la (NBI), entonces probablemente los pobres serían muchos más de los que muestra su medición por ingresos o necesidades básicas insatisfechas; igualmente, también, la cobertura sería menor y mayores las desigualdades de lo que exhiben las estadísticas

⁴⁴ El autor define como línea de la pobreza (LP), “el ingreso mínimo necesario para que una persona u hogar satisfaga sus necesidades básicas, y clasifica como pobres a todos aquellos que no alcancen este ingreso” (Muñoz Conde, 1999, citado por el autor). Mientras que las necesidades básicas insatisfechas (NBI) es un indicador que capta, o tiene como fin captar, hogares que carecen de servicios básicos, cuyos lugares de alojamiento no cumplen con especificaciones mínimas de habitabilidad” (Conde, 1999, citado por el autor). Vega Romero señala que estos dos indicadores son los más utilizados a la hora de medir y analizar la pobreza entre los grupos de población que viven estas situaciones en el país. Aunque como puede observarse, el alcance de uno y otro indicador lleva a variaciones en los resultados que arrojan las estadísticas respecto de las situaciones de desigualdad socioeconómica que viven algunos grupos de población.

oficiales. Por lo que Romero destaca que el enfoque metodológico a seguir, en cuanto a medición de la pobreza y desigualdad socioeconómica, es un punto crucial tanto del alcance y la cobertura del aseguramiento del sistema de seguridad social en salud como del uso de los servicios que dichas normativas determinan.

Otra perspectiva respecto del actual sistema de salud colombiano es el de Jaramillo (1999), cuando señala que el sector de la salud en el país ha agudizado el desequilibrio que subyace en la relación médico paciente o sea entre las expectativas de quien ofrece un producto –el seguro de salud– como proveedor y desde una visión económica, y de quien acude a dicho proveedor como paciente en busca de una solución a su problema de salud. Produciéndose entonces una relación inversamente proporcional entre los intereses de uno y otro, es decir, a menor gasto por parte de las administradoras del régimen subsidiado, ARS, que llevarían a una precariedad en la atención, este hecho viene a redundar en una mayor ganancia para éstas. Jaramillo señala que la situación es común dentro de este nuevo sistema de atención sanitaria, sobre todo teniendo en cuenta que el, o la, paciente por lo general es una persona poco informada de sus derechos.

También es considerado como un mecanismo de mayor lucro para las empresas intermediarias la, muchas veces, multiplicidad de un mismo afiliado, situación que además de fraude produce fuga de dinero público. Este fenómeno ha puesto en evidencia que las cifras oficiales de cobertura deben ser cotejadas a la luz de los afiliados reales los cuales según Jaramillo (1999), demuestran una menor cobertura de la existente, y donde la corrección de esta situación requeriría de un método eficaz de registro epidemiológico diseñado por expertos y dirigido además desde la Superintendencia Nacional de Salud.

Para autores como Giraldo (2004)⁴⁵ la reforma desde su aprobación ha pasado por tres fases: _ la primera se produjo cuando se expidieron los decretos y actas reglamentarias que según el autor, aún no han sido desarrolladas ni explicadas en su totalidad a la población; hecho que trajo como primera reacción, confusión en la puesta en marcha de todas aquellas cláusulas y resoluciones que, como consecuencia, trajo inseguridad jurídica e indefensión en la población a la hora de hacer reclamaciones. _La segunda fase la ubica Giraldo en el período 1994–1999, cuando las normativas se pusieron en práctica, el autor señala que éste, “fue un sistema novedoso que carecía de manual de instrucciones” (op. cit: 2, 3); y, _la tercera fase se produjo a partir de 1999. Giraldo señala que estos distintos períodos han presentado estancamientos o altibajos en las distintas variables del sistema: Situación que lleva a concluir que, “la Ley 100 no tuvo incentivos correctos, desde el comienzo se basó en ciertas premisas que resultaron falsas” (op.cit.3).

Vega Romero (2002: 50), desde una perspectiva crítica hacia el sistema de salud público colombiano señala que la reforma sanitaria tuvo entre sus objetivos establecer condiciones para la intervención de las fuerzas del mercado en el sector, o sea el control de la oferta y la demanda de los servicios médicos y de sus costos. Así, la confluencia entre estas fuerzas y un Estado minimizado llevarían a “disminuir el gasto público y a garantizar las ganancias de los agentes del sistema”. Llevando la legitimación del sistema sanitario a nuevas situaciones de desigualdad y limitaciones para el desarrollo de la libertad tanto de los individuos como de los grupos de población.

En cuanto a los niveles de aceptación o rechazo por parte del personal sanitario, de los cambios propuestos en la reforma sanitaria pública del país, un estudio sustentado en encuestas y realizado en el año 2003 por la

⁴⁵ Director de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC).

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas donde se evaluaba lo que piensan los médicos de la reforma, mostró que hay una percepción más favorable por parte de los médicos menores de 36 años en relación con equidad y acceso a los servicios de salud a partir de la reforma⁴⁶. El estudio demostró también, que antes del año 1995 los médicos tenían más credibilidad entre la población, así como una mayor autonomía, oportunidades laborales y reconocimiento (Giraldo, 2004).

1.2.2. Los hospitales y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

La aplicación en el País de la reforma del Sistema General de Seguridad Social en salud, SGSSS, vino a agudizar la crisis en los hospitales que ya venía desde antes de la aplicación de dicha normativa legal. Antes de la puesta en marcha de las reformas contempladas en la Ley 100, el sistema sanitario estaba sustentado en un esquema de subsidios a la oferta donde el Estado destinaba un monto fijo a cada uno de estos centros para su sostenimiento. Con la nueva normativa los recursos pasaron a la demanda contra el pago de servicios prestados a los usuarios, lo que vino a significar una situación de competencia con los centros sanitarios privados; no obstante encontrarse los hospitales poco preparados para funcionar acorde con la nueva situación.

Desde entonces los hospitales se han visto sometidos a un proceso de cambio de modelo de gestión en un ambiente de competencia. Para tal efecto, debieron convertirse primero en establecimientos públicos autónomos mediante la Ley 10 de 1990, y luego en empresas sociales del Estado con la Ley 100 de 1993. Esto ha implicado modificaciones en su sistema financiero, pasando de un sistema de transferencias incondicionales

⁴⁶ La encuesta se realizó a 1415 médicos, generales y especialistas de 30 ciudades incluidos los principales centros urbanos del país como Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga y Pereira.

a un sistema de contratación para la compraventa de servicios a través de fondos seccionales y locales de salud.

Posteriormente, con la creación de las Administradoras del Régimen Subsidiado o las ARS, y las Empresas Públicas de Servicios, EPS, se ha desarrollado un sistema de compraventa de servicios con estas entidades. Este cambio implica que los hospitales deben operar como si fueran empresas privadas, sin recibir recursos del fisco en forma de auxilios y funcionando entonces como empresas autosuficientes. Teóricamente entre 1993 y 1996, los hospitales públicos debieron prepararse para este cambio aprendiendo a mercadear, contratar, facturar y sobre todo cambiar su estructura jurídica por la de Empresas Sociales del Estado, ESE.

Actualmente los hospitales reciben recursos fiscales para su funcionamiento por tres vías: 1) mediante transferencias o subsidios a la oferta en la forma tradicional –haciendo los presupuestos y mediante traspaso de fondos del departamento al municipio–, 2) mediante contratos entre los fondos seccionales y locales por la atención a vinculados en proporción a la facturación y 3) mediante contratos con las ARS por venta de servicios a las administradoras de los subsidios a la demanda.

Sin embargo, los hospitales no han conseguido su autofinanciación viéndose obligados a recibir apoyo financiero desde el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social para, mediante estas ayudas, tramitar los cambios que permitan la transferencia de recursos en el intento de cubrir el déficit. Aunque esta situación también es vista como un problema dado que la subsistencia de estas transferencias impide que los municipios asuman sus obligaciones financieras con el sector.

Autores como Jaramillo (1999) señalan entre las causas que han llevado a los hospitales a una situación de crisis los siguientes:

- Las ARS no cumplen con el porcentaje de contratación fijado por la ley.

- La demanda de los servicios de los afiliados al régimen subsidiado es muy baja debido al desconocimiento por parte de los usuarios tanto de los servicios que ofrecen los hospitales como de sus derechos.
- Las ARS se quedan con parte importante de los recursos debido a su costo de intermediación.
- Hay excesivo retraso en los pagos de las Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS, a las Instituciones Prestadoras de Servicios, IPS .
- Los hospitales aún no logran estar preparados para moverse entre la oferta y la demanda propia del actual sistema sanitario, o sea, no han aprendido a ‘comprar y vender’ sus productos.
- Los hospitales públicos no saben facturar dado que el sistema de facturación es muy complicado de realizar cuando no ha habido una preparación previa ni suficiente al personal que debe gestionarlo.
- Hay resistencia institucional al cambio
- La subsistencia de las transferencias incondicionales a los hospitales impide su conversión efectiva en empresas responsables de su autofinanciación.

Entre los expertos hay unanimidad acerca de las dificultades de los hospitales para adaptarse plenamente a su rol de Empresas Sociales del Estado. A este hecho se vino a sumar que entre 1994 y 1996, etapa del despegue de este nuevo modelo sanitario, el gobierno tardó más de lo debido en su puesta en marcha, ocasionando gran traumatismo en el flujo de recursos en un momento en que era vital garantizar aspectos como los ajustes en las escalas de remuneración por efecto de la política de nivelación salarial.

1. 2. 3. La oferta sanitaria pública en el municipio

La ciudad cuenta con los niveles I y el II de atención sanitaria. El nivel I es llevado por la secretaría municipal de salud que presta sus servicios a

través de dos Centros y trece Puestos de salud distribuidos en los distintos barrios de la ciudad (ver tabla 1 en la página siguiente). Estos Puestos y Centros de salud son de baja complejidad y su funcionamiento es irregular.⁴⁷ Los dos Centros son el Matías Mulumba y La Independencia, en los que se atienden urgencias las 24 horas y poseen equipamiento básico.

Los Puestos y Centros de salud funcionan a nivel ambulatorio, se realizan hospitalizaciones o ingresos por períodos cortos. Igualmente se practican exámenes –análisis– y se atienden partos siempre y cuando en éstos no se prevean complicaciones. Como se viene afirmando, los Centros de salud serían los encargados de llevar los programas de promoción y prevención en salud a la población tanto infantil como adulta.

En la zona rural se encuentra el hospital San Agustín de Puerto Merizalde, el hospital Naval de Málaga (hospital Militar) y cerca de 17 Puestos de salud, aunque buena parte de ellos se encuentran en condiciones de abandono⁴⁸.

⁴⁷ Durante el tiempo que realicé la etnografía (2001–2002) algunos de estos Puestos estaban cerrados por problemas técnico-administrativos.

⁴⁸ Los hospitales señalados, son pequeños y en modo alguno tienen la importancia que sí representa para la región el Hospital Departamental de la ciudad de Buenaventura, centro hospitalario tenido en cuenta en este estudio.

Cuadro 1

Puestos de Salud del Municipio de Buenaventura

ZONA URBANA	ZONA RURAL	
El Jardín	Agua Clara	Cisneros
La Independencia	Zabaletas	San Isidro II
Modelo	Llano Bajo	Concepción Naya
Bellavista	Córdoba	El Barranco
Playita	Triana Caserío III	Zacarías
Nueva Granada	La Bocana	Juanchaco
Nayita	Punta Soldado	San Antonio
San Buenaventura	Guadualito	Calle Onda
Juan XXIII	San José de Anchicayá	Taparal
Cristóbal Colón	San Francisco del Naya	Ladrilleros
Unión de Vivienda	El Piñal	
San Francisco	San Cipriano	
La Inmaculada	San Antonio de Yurumanguí	

Fuente: Grueso y Marcillo (1996).

Si bien el inventario de Grueso y Marcillo (1996) señala 23 Puestos de Salud en la zona rural, en el segundo período del trabajo de campo, año 2002, tan sólo se encontraban equipados y abiertos los Puestos de Juanchaco, La Bocana y San Cipriano. Según el informe del Plan de atención Básica APB (2004-2007), los Puestos de salud de las áreas rurales del municipio no cuentan con médico de forma permanente, y sólo ofrecen servicios de atención primaria dada su limitada dotación. Esta situación se ve agravada por el aislamiento y las dificultades de acceso así como _especialmente en la última década_ por la situación de enfrentamiento de

los grupos alzados en armas que hay actualmente en la zona. En los municipios donde estos Puestos de salud están en funcionamiento, las visitas médicas no tienen una asignación fija de horarios o días, por lo que la asistencia del personal sanitario público queda en el plano de la eventualidad.

1. 2. 4. El Hospital Departamental de Buenaventura

El Hospital Departamental de la ciudad de Buenaventura existe desde hace 26 años, época en la que reemplazó al hospital central Santa Helena, fundado en 1925 por la Sociedad Portuaria de Beneficencia. Actualmente cubre el nivel II de atención sanitaria pública en la ciudad y fue constituido como Empresa Social del Estado en noviembre de 1995.

Este Hospital está organizado a partir de una serie de servicios contemplados en la Ley 100 en su área de influencia, rural y urbana, tanto del municipio, como de las poblaciones de los vecinos departamentos de Chocó y Cauca, sobre todo del área costera de dichos departamentos (provincias). En julio de 1997 el Ministerio de Salud intervino el Hospital y cinco años más tarde, en abril de 2002, fue sometido a una reestructuración que provocó la salida de 259 empleados y la reducción del número de camas para ingresados que de 200 pasó a 69 (Plan de Atención Básica, PAB,2004-2007; Minota,2005; Mosquera, 2000).

Como se viene afirmando, este centro hospitalario de acuerdo a su complejidad corresponde al nivel II, se atienden partos y se realizan cirugías durante las 24 horas. Igualmente atiende los casos remitidos desde los Puestos y Centros de salud, o sea desde aquellos centros sanitarios de nivel I. El Hospital igualmente ofrece consulta médica general externa y servicio de especialistas en medicina interna, ginecobstetricia, cirugía, pediatría, ortopedia, traumatología, fisioterapia y nutrición. El Hospital Departamental cuenta además, con contratistas externos que llevan

consultas en las áreas de oftalmología, terapia respiratoria y fonoaudiología.

El servicio de urgencias atiende un total de, aproximadamente, 26 mil casos al año. Para lo que cuenta con 16 médicos generales distribuidos por turnos y una enfermera jefe. Igualmente en este centro hospitalario se realizan cerca de 16 mil consultas externas y 2.300 cirugías anuales. En la actualidad el Hospital tiene un déficit de 13 mil millones de pesos, cuatro mil millones de pesos más que en 1997, año en que se declaró la crisis económica⁴⁹ (Informe epidemiológico, 2004; PAB 2004 - 2007).

1. 2. 5. Morbilidad y mortalidad en la ciudad

Según Minota (2003, 2005), los hombres de Buenaventura acuden al médico menos que las mujeres. Estos acuden por problemas como afecciones respiratorias, intestinales, cardiovasculares así como por traumatismos debido a agresiones, o lo que se considera como causas externas. Según la autora, la mortalidad en el municipio por factores externos es superior a la presentada en toda la provincia, pues mientras ésta presenta 88 muertes por cada cien mil habitantes el municipio de Buenaventura presenta 105 muertes por este mismo rango de habitantes.

En cuanto a las mujeres, las principales razones para visitar al médico tienen que ver con complicaciones relacionadas con la salud reproductiva como embarazos, partos prematuros o trastornos de la menstruación. Otra enfermedad entre las mujeres de la ciudad, según la autora, es la relacionada con la malaria en la fase de embarazo, aunque en los años 2003 y 2004 no hubo muertes por dicha enfermedad.

De acuerdo con Minota (2003, 2005), a partir de 1999 reapareció en la ciudad la Tuberculosis después de dos años sin presentarse ningún caso. Igualmente, desde ese mismo año, se vienen presentando casos de Diabetes

⁴⁹ Actualmente, año 2006, 1 euro equivale a 2900 pesos colombianos.

del tipo Mellitus, perfilándose ésta como una enfermedad de alta incidencia en la ciudad. El informe de Minota del año 2003, señala que en la mortalidad teniendo en cuenta el sexo, los hombres aportan las dos terceras partes de muertes. Siendo la primera causa la ocurrida con arma de fuego⁵⁰ y en un segundo lugar por accidentes de coche. En cuanto a la mortalidad en las mujeres, la muerte producida por arma de fuego está en un 50 por ciento por debajo de los hombres que han muerto bajo estas mismas circunstancias. En cambio, los problemas cardiovasculares y respiratorios están presentes tanto en hombres como en mujeres de forma similar. Mientras que el cáncer de útero y el de estómago hacen parte de las diez primeras causas de muerte entre la población femenina de la ciudad.

Respecto de la población total por grupos de edad para el año 2002, la principal causa de muerte fue la ocurrida por causas externas en población con un rango de edad de entre 15 y 60 años. Igualmente Minota (2003), señala que si bien se presentan casos de muerte por causas externas en menores a partir de los 5 años, en el rango de 5 a 14 años la primera causa de muerte se produce por ahogamiento. Mientras que los problemas de salud relacionados con las vías respiratorias y gastrointestinales es, desde 1995, la primera causa de muerte entre los, menores de un año. Entre la población de más de 60 años los problemas de salud están relacionados con enfermedades cardiovasculares, cáncer y en una menor proporción los problemas respiratorios (Minota, 2003 y 2005; Perfil epidemiológico 2005).

⁵⁰ Llama la atención que todos los documentos que logré consultar coincidan en que esta es la principal causa de muerte aunque, no obstante, dichos estudios no muestran estadísticas al respecto.

Cuadro 2

Notificación de mortalidad

Hospital Departamental de Buenaventura

Comparación epidemiológica de algunas causas de muerte entre la población
 (2000-2004)

PATOLOGÍAS	Total				
	2000	2001	2002	2003	2004
VIH – SIDA	7	12	11	28	32
Meningitis	31	29	27	40	30
Tétanos adulto	0	1	0	0	1
Oftalmia gonocócica	5	8	12	5	9
Sífilis congénita	24	58	64	60	64
Mortalidad materna	15	9	4	3	5
Mortalidad perinatal	115	94	92	93	96
Leptospirosis	7	38	35	10	11
Mortalidad por malaria	2	7	2	0	0

Fuente: Epidemiología, Hospital Departamental de Buenaventura (2005).

Según la tabla anterior, el mayor número de muertes en el año 2004 lo presenta la mortalidad perinatal⁵¹. Si bien ésta ha descendido respecto del año 2000, continúa siendo la primera causa de muerte de las tenidas en cuenta aquí presentando, inclusive, un ligero ascenso respecto de los años 2001, 2002 y 2003. De estas 96 muertes, según perfil epidemiológico del Hospital Departamental (2005), el 58% eran hombres y el 42 % mujeres. Según este informe, en relación con las muertes perinatales ocurridas en el año 2004, el 44% de estos casos tenía el peso adecuado; siendo aquí las

⁵¹ La muerte perinatal es la producida en fetos con un mínimo de peso de 1000 gramos o 28 semanas de gestación y hasta 7 días de vida.

causas de la mortalidad perinatal diferentes a aquellos casos en que la muerte por bajo peso es considerada una de las razones más comunes de mortalidad, dada la dificultad de adaptación de los recién nacidos. En este caso entonces, las causas de la mortalidad perinatal ocurren por “insuficiencia placentaria, prolapso de cordón, sepsis, bronconeumonía, y anoxia perinatal severa” (Minota, 2005: 16).

En el período 2000-2004, según la información presentada anteriormente respecto a la mortalidad materna, si bien se muestra un número discreto de casos habría que tener en cuenta que dicha información es sólo a nivel orientativo dado que muchas de estas muertes ocurren fuera del ámbito hospitalario, especialmente en las zonas rurales sin que haya un registro de éstas. De los 5 casos de muerte en el año 2004, las mujeres estaban en el rango de edad de 20 a 24 años, mientras que en los 3 casos señalados para el año 2003, ocurrió en mujeres mayores de 35 años (Minota 2005; Perfil epidemiológico, 2005).

Si bien los datos reportados, tenidos en cuenta en la tabla 2, para el período 2000-2004 señalan como mayor mortalidad la perinatal, no se puede perder de vista la estrecha relación que esta mortalidad tiene con las condiciones de salud de las madres. Según la CEPAL, (2000), las circunstancias en que se producen los nacimientos están determinados por las opciones reproductivas de las mujeres, opciones que no sólo afectan la salud reproductiva de las madres sino la de sus hijos.

1. 2. 5. 1. Mortalidad materna

Se define como *muerte materna* a la defunción de una mujer durante la gestación, parto o durante los siguientes 42 días de terminada la gestación. Así mismo, este tipo de muerte se puede considerar tardía cuando por causas obstétricas, directas o indirectas, se produce después de

los días anteriormente señalados y dentro del plazo de un año (OPS – OMS 2003; Minota 2005).

Igualmente se considera muerte *directa*, aquella muerte ocurrida por eventos relacionados con los procesos de embarazo, parto, posparto o puerperio, entre las que se encuentran hipertensión inducida por el embarazo, a causa de un aborto, o por hemorragias e infecciones.

Mientras que se define como *muerte indirecta*, la ocurrida cuando ya hay una enfermedad en la mujer previa a los proceso de embarazo, parto y posparto pero que la presencia de procesos como gestación y parto viene a agravar su salud, los casos más frecuentes se relacionan con las enfermedades cardiovasculares, infecciosas y el SIDA (Minota 2003, 2005).

Según la OMS (2005), más de 300 millones de mujeres en el mundo padecen actualmente enfermedades de corta y larga duración relacionados con embarazos y partos en condiciones inadecuadas. Igualmente el informe señala que de un promedio de 529 mil muertes maternas, incluidas las provocadas por abortos, tan sólo el 1% sucede en los países ricos.

La mortalidad materna esta relacionada con situaciones de cobertura, calidad y acceso a la atención sanitaria, factores estrechamente vinculados al nivel de desarrollo de los distintos países. La gestión de la salud es un indicador de primer orden a la hora de mostrar las disparidades entre los diferentes grupos de población. Las elevadas tasas de muertes relacionadas con la maternidad, son síntomas que van más allá del ámbito estrictamente sanitario dado que, también, evidencian situaciones relacionadas con las políticas de distribución y administración de los recursos disponibles en las distintas regiones.

En América Latina las complicaciones del embarazo, el parto, el puerperio y los abortos realizados en condiciones inadecuadas constituyen una de las cinco principales causas de muerte en mujeres de entre 15 y 44

años. Siendo las muertes ocurridas en este grupo de edad una parte importante de la mortalidad evitable, sobretodo si se tiene en cuenta la pérdida prematura de años de vida en mujeres que mueren jóvenes (OPS y OMS, 2003; OMS, 1998; CLADEM, 2003).

En el caso colombiano, el fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA (2005), señala como factores asociados a la mortalidad materna en el país la alta fecundidad en las mujeres, la utilización inadecuada de los anticonceptivos y las edades extremas en que las mujeres asumen la opción de la maternidad. También prevalece la situación que presente cada mujer respecto del tipo de afiliación al Sistema de Seguridad en Salud. El informe señala que en el país se conjugan tres situaciones o retrasos que contribuyen a aumentar el riesgo de muerte o bien a influir en los resultados tanto del estado de salud de las madres como de las criaturas, los tres retrasos tenidos en cuenta en el informe son: a) para reconocer los síntomas y signos de complicaciones, b) para acudir a la institución de salud y, c) en la prestación de los servicios a las mujeres cuando llegan a los centros sanitarios.

1. 2. 6. La oferta pública en salud para las mujeres de la ciudad

En el Hospital Departamental de Buenaventura no existe una oferta específica dirigida a las mujeres (Minota 2003 y 2005). La autora señala que en dicho centro se trabaja dependiendo tanto de las necesidades básicas de la población como del diagnóstico de la enfermedad que presenten las pacientes. El nivel I de atención corresponde a los Puestos y Centros de salud, y son los encargados de los programas de promoción y prevención, tanto de la población infantil como adulta, tal es el caso de las vacunas, la planificación familiar, las mamografías, las citologías, el control prenatal y el control a las mujeres durante el posparto así como la

atención al recién nacido y las esterilizaciones. Estos son programas que funcionan en la ciudad de forma discontinua o con intermitencias.

En relación con la mortalidad entre las mujeres de la ciudad, según Minota (2005), la mayoría de las muertes se producen durante la edad reproductiva y, además, por causas relacionadas con la maternidad. Aunque la autora señala que no puede perderse de vista el subregistro que se produce con la mortalidad de las mujeres, especialmente en las zonas rurales del municipio. Respecto de la falta de estadísticas sobre la mortalidad materna en la ciudad de Buenaventura y el municipio en general, la Epidemióloga del Hospital señaló durante la entrevista lo siguiente:

“[...] Nosotros somos el único hospital de segundo nivel que hay aquí en el municipio, y el municipio tiene alrededor de ocho mil partos al año. Pero aquí en el hospital podemos decir, sin ser exagerados, que solamente atendemos el 45%[...]” (Minota, 2001).

Según UNFPA (2005), las cifras de mortalidad materna en Colombia presentan serios problemas relacionados con la calidad y la cobertura destacándose, entre otros, la imprecisión a la hora de definir las causas de la mortalidad en las mujeres.

Aunque esta situación no es exclusiva de Colombia sino también de los demás países de la región. Según la OPS (1998: 3), los errores en la medición de la muerte de las mujeres por problemas derivados de la maternidad en los distintos países que conforman América Latina están entre los primeros, “el subregistro en algunos países puede llegar a superar el 70 por ciento de casos”.⁵²

⁵² Considero que en situaciones como éstas, donde las técnicas epidemiológicas y las estadísticas fracasan o, en el mejor de los casos, son escasas, las etnografías son claves para mostrar cuales son las problemáticas que viven los distintos grupos de población, siendo entonces el, o la, investigador/a en sí mismo/a el principal instrumento de observación / información.

Volviendo a los servicios de salud para las mujeres de Buenaventura, según la Secretaría de Salud de la ciudad (PAB, 2004-2007: 9), “se desconoce la oferta real no sólo para atender la salud materna sino para salirle al paso a complicaciones en salud de las mujeres de forma integral, como sería la realización de propuestas y acciones que incluyan una adecuada planificación familiar y prevención a enfermedades como el cáncer”. El informe señala además asuntos como el desconocimiento de la cobertura de la detección temprana con citología cérvico–vaginal. El informe presenta además un listado de buenas intenciones en el sentido de que el gobierno local ofrece para un mediano plazo, y de forma gratuita, programas para las mujeres, incluyendo la detección de VIH, SIDA. Implementación de estos programas que vendría a ser acorde con lo planteado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Ley 100, y contemplado en el Plan Obligatorio de Salud, POS, para atender la salud reproductiva de las mujeres.

II. APROXIMACIONES METODOLÓGICAS Y TEÓRICAS

Presentación

En este capítulo además de definir conceptos y lineamientos, desde la interpretación científica de los autores tenidos en cuenta, busco recuperar el contexto de las relaciones económicas y socioculturales en que actúan los sujetos sociales implicados en el estudio. Así, desde ámbitos interdisciplinarios como antropología social y de la salud, sociología crítica y estudios de género, pretendo construir el andamiaje desde donde sea posible ver factores culturales⁵³, sociales, políticos y económicos sobre los que se construyen las decisiones, opciones y comportamientos de las mujeres en asuntos entre los que están los cuidados a la salud sexual y reproductiva.

En el primer apartado realizo una aproximación a los enfoques teóricos relacionados con la atención a la salud y los sistemas médicos. Si bien he tenido en cuenta las propuestas teóricas de autores como Kleinman (1978, 1980) y Good, (1977, 2003), me he centrado en mayor medida en la propuesta de Menéndez (1981, 1984, 1990, 1992, 1993, 2002, 2003 y 2005), quien desde una perspectiva, enmarcada en la denominada Antropología médica crítica aborda los diferentes sistemas de atención a la salud reconocidos en la sociedad actualmente.

⁵³ La cultura es entendida según el enfoque que le da Harris (1990: 32), como, “las formas de pensar, sentir y actuar, socialmente adquiridas, de los miembros de una determinada sociedad.

A partir del segundo apartado, y con todos los riesgos que conllevan las clasificaciones, en el intento de dar cuenta, encuadrar, o dar algún orden a la cobertura teórica que busco mostrar, he elaborado dos apartados donde abordo la articulación de categorías como género, sexualidad y salud con aspectos socioeconómicos, culturales e ideológicos.

2. 1. LOS MODELOS MEDICOS Y LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA SALUD

La Antropología de la salud desde sus diferentes perspectivas, es un campo de estudio interesado en cómo los distintos grupos de población explican asuntos relacionados con la conservación de la salud así como con el seguimiento de distintos tipos de tratamientos para hacer frente a las enfermedades. Esta subdisciplina tiene entre sus objetivos proveer herramientas para comprender el vínculo entre lo biológico y los determinantes sociales, políticos, históricos, culturales y económicos que conforman el status de salud de individuos y grupos de población⁵⁴. Buena parte del interés de las ciencias sociales en el campo de la salud se basa en el principio de entender que la salud y la enfermedad, son a la vez construcciones individuales y sociales que se estructuran no solamente por el conocimiento que surge desde la investigación básica sino también a partir de las representaciones sociales que se generan frente a ésta (Suárez 2001a; 2001b).

Dentro del campo de la antropología de la salud se ha tratado la problemática de la construcción social de los procesos de salud, enfermedad y atención desde diferentes perspectivas; interrelacionando

⁵⁴ Aunque autores como Comelles y Martínez (1993: 68) señalan que los diferentes enfoques de las problemáticas relacionadas con la salud la enfermedad y la atención, actualmente no son monopolio exclusivo de la antropología sino que cada vez es un campo de interés entre “sociólogos, historiadores sociales, juristas urbanistas, políticos, psicólogos y trabajadores sociales”.

compartiendo o refutando categorías, conceptos e interpretaciones respecto de dichos procesos. Situación que comenzó a tenerse en cuenta de forma más específica a partir de la década del 60, cuando se produjo una relativa delimitación del objeto de estudio y cuando estos procesos de salud, enfermedad y atención fueron abordados desde lo que se ha dado en llamar los Modelos Médicos (Zolla y Carrillo, 1998; Módena, 1990; Osorio, 2001).

Estos modelos son construcciones teórico metodológicas con algún nivel de abstracción que, desde un enfoque relacional y dinámico, posibilitan aprehender los procesos relacionados con la producción funcionamiento y organización de los saberes teóricos, técnicos, ideológicos y socioeconómicos que establecen los conjuntos sociales, los terapeutas y las instituciones, en contextos determinados respecto de los procesos de salud, enfermedad y atención (Menéndez, 1984).

De tal forma que los modelos médicos en tanto tipos ideales a partir de unos rasgos estructurales determinados, “suponen en la construcción de los mismos no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los curadores (incluidos los médicos), sino también la participación de todas aquellas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento” (Ibíd. 1990: 110),

En relación con los Modelos Médicos, Menéndez desde una perspectiva enmarcada en la denominada Antropología médica crítica, aborda los modelos de atención a la salud reconocidos en la sociedad actualmente como son, el Modelo Hegemónico o Biomédico, el Modelo de Autoatención y el Modelo Alternativo Subordinado, a este último pertenece la medicina tradicional y el gremio de las parteras forma parte de este modelo. Menéndez en su propuesta enfatiza de forma relacional, en las condiciones socio históricas, económicas, ideológicas y políticas

que influyen en la evolución y dinámica de estos Modelos Médicos, definidos a partir de una serie de caracteres estructurales pero siempre encuadrados en las condiciones específicas y concretas de los individuos y grupos sociales.

Mientras que Good (1977, 2003) desde una orientación fenomenológica cuya perspectiva constructivista está presente en la antropología médica clínica, pone el mayor peso de su propuesta en el análisis semántico, en los elementos simbólico–culturales como espacios de significado propiciados en el nivel microsocioal, más que en las relaciones entre los grupos sociales y de clase. El autor propone la enfermedad no exclusivamente como una entidad natural sino como una realidad socio histórica donde interactúan, significados que son simplemente un conjunto de síntomas definidos, sino más bien, “un síndrome de experiencias usuales, un conjunto de palabras, experiencias y emociones que típicamente van unidas para producir las distintas formas y trayectorias del padecimiento” (Ibíd.1977: 27).

Good argumenta su propuesta a través de lo que llama ‘Redes Semánticas’, que estarían relacionadas con la disponibilidad de medios para registrar de forma sistemática los dominios de significados en relación con símbolos y síntomas dentro del léxico médico. Según el autor, estas Redes Semánticas reflejan tanto experiencias individuales como representaciones sociales, conformándose el padecimiento a partir de significados y experiencias. Para el autor las representaciones sociales son modelos cognitivos en los que se privilegia el lenguaje como categoría para el estudio de las enfermedades (Ibíd. 2003).

Mientras Kleinman (1978, 1980), desarrolla un marco de los modelos médicos presentes en cualquier cultura y los llamó ‘Modelos

Explicativos' en salud (MEs)⁵⁵, referidos al proceso salud enfermedad atención. Kleinman define estos (MEs) como sistemas culturales simbólicos, mediante los cuales es posible ver las respuestas sociales a las enfermedades dentro de cada contexto cultural donde ocurren. El autor centra su teoría en el análisis interpretativo, en las interconexiones que suceden a nivel micro entre cada uno de los modelos explicativos que conforman los sistemas médicos (SMs). Según Kleinman (1980: 86), los (SMs) son contruidos por significados, valores y normas de conducta de los individuos articulados al padecimiento, en el que se unen creencias y experiencias sobre la enfermedad así como factores o "patrones específicos de conducta frente al padecer, decisiones respecto de los tratamientos alternativos o la asunción de las prácticas vigentes, estableciendo a la vez relaciones sistemáticas entre estos componentes".

La premisa de Kleinman es que los (SMs) han de ser explicados como sistemas culturales, dado que en toda cultura la respuesta a la enfermedad parece presentar aspectos que se encuentran interconectados sistemáticamente entre sí, tales como la experiencia individual, la enfermedad y su tratamiento.

Kleinman enfoca su análisis desde una dimensión microsocia individual, a partir de pacientes y practicantes. Poniendo además el énfasis, más que en las condiciones históricas y sociales, en los sistemas de atención a la salud considerados sistemas culturales simbólicos, primando en sus análisis los sentidos y significados que entran en juego en dichos sistemas. Martínez (1996: 374) señala que para Kleinman tanto la patología (*disease*) como la aflicción (*illness*) son representaciones

⁵⁵ Para Kleinman en la manifestación de una enfermedad los MEs se sustentan en cinco aspectos, etiología, tiempo e inicio de la aparición de los síntomas, fisiopatología, evolución de la enfermedad y el tratamiento o manejo terapéutico.

posibles, construcciones del conocimiento o categorías culturales susceptibles de ser analizadas etnográficamente.

Según Comelles (1985), la perspectiva de Kleinman ha constituido un referente en cuanto a riqueza teórico-conceptual en su propuesta a nivel micro. Sin embargo, el autor señala que el enfoque de sistemas resulta insuficiente a la hora de explorar la vinculación socio estructural a nivel macro, en particular en lo referente tanto al origen de determinado sistema de atención como a la articulación entre los distintos sistemas. Del mismo modo, Comelles y Martínez (1993: 66) señalan que Kleinman y Good vinieron a formular, desde la antropología, la significación de las dimensiones biológicas, culturales y sociales de la enfermedad aportando “a la biomedicina una serie de instrumentos de análisis como la hermenéutica, la lingüística o el análisis simbólico que hasta entonces únicamente había sido recuperada parcialmente por la psiquiatría”.

Uribe (1996: 26) señala que el valor de estas posturas, simbólica y cultural, y desde la dimensión sociohistórica, estaría en que han propiciado, “un giro al interés de la antropología social por los procesos de salud/enfermedad al asentar el paso de la explicación a la interpretación (...), centrándose no en poblaciones que presentan enfermedades sino en personas y relaciones sociales que identifican, construyen y reconstruyen en su encuentro con lo que se trata como materia médica; ya sea ante su presencia –enfermedad– o ausencia –salud”

2.1.1. Sistemas médicos hegemónicos

La referencia a sistemas médicos hegemónicos alude a la medicina⁵⁶ denominada, según autores y momentos, como biomedicina o medicina occidental, científica, alopática, cosmopolita, moderna, oficial o formal. Según Comelles y Martínez (1993), la biomedicina es el fruto de un proceso coyuntural por el cual la medicina hipocrática galénica, de carácter empírico naturalista, incorporó los paradigmas biológicos de la ciencia experimental abandonando, a fines del siglo XIX, el discurso político-social sobre la salud y la enfermedad. La biomedicina ha reforzado su hegemonía mediante el proceso de medicalización⁵⁷. Los autores señalan que en el siglo XIX se produjo una inflexión en la biomedicina debido, en buena medida, a situaciones como el éxito de la teoría microbiana que vino a suponer el tránsito desde la práctica asistencial individualizada a la centrada en el hospital; así como la penetración de la perspectiva médica en los saberes tanto ilustrados como populares. Comelles y Martínez señalan además, que este proceso

⁵⁶ En la antigüedad la medicina era considerada, junto con la filosofía y la retórica, una de las más altas formas de la cultura, relacionada con la salvación o como puente entre la vida y la muerte. Estas concepciones dotaron a los médicos de privilegios y reconocimiento (Fuentes Vásquez, 2001). Según Rosen (1985: 61), la medicina “es una actividad social que se lleva a cabo en el contexto de las necesidades humanas. El autor señala además, que si bien la práctica de la medicina siempre ha estado relacionada con las condiciones sociales y económicas de las personas y de los grupos sociales, ello no significa que estas relaciones hayan sido, desde el contexto histórico, en todos los periodos objeto de discusión y análisis. Siendo en la época moderna cuando se produjo una clara conciencia de los importantes lazos que existen entre las condiciones sociales y las problemáticas relacionadas con la salud. Según Foucault (1990), desde la edad media y hasta mediados del siglo XVIII, las actividades de los médicos se concentraban, exclusivamente, en la demanda de los enfermos y sus enfermedades. Según el autor, fue en este siglo cuando la medicina se liberó del estancamiento en que venía, empezándose a considerar otros campos como la anatomía y la medicina hospitalaria. La medicina además de clínica pasó a ser social. Antes de este siglo las prácticas científicas, no eran dominantes a nivel ideológico ni a nivel sociodemográfico en ninguna sociedad. Lo que hoy conocemos como medicinas tradicionales estaban, hasta aquel siglo, mezcladas con elementos de la medicina científica. Las prácticas médicas hegemónicas constituían distintos elementos en los que se incluían conceptos, técnicas y rituales procedentes de otras prácticas médicas.

⁵⁷ 4 El proceso de medicalización, según Illich (1981: 47,48), puede ser categorizado en cuatro formas: 1_Mediante la expansión de lo que en la vida se estima relevante para la buena práctica de la medicina. 2_Mediante la práctica exclusiva de determinados procedimientos técnicos. 3_Mediante la limitación de acceso, casi absoluta, a ciertas áreas tabúes. 4_Mediante la expansión de lo que en medicina se estima relevante para la buena práctica de la vida.

no se debió tan sólo al progreso técnico sino que también fueron influyentes las estrategias corporativas encaminadas a asegurar un monopolio sobre la atención a la salud.

Para Menéndez (1990, 1992) a partir del siglo XVIII la biomedicina ha logrado dejar como subalternas las demás teorías, prácticas, saberes e ideologías respecto de la atención a la salud, hasta convertirse en la única forma legitimada por los Estados. El autor señala que la expansión de la medicina hegemónica ha sido posible, en buena medida, gracias a su tendencia a la apropiación y transformación, más que a la exclusión, de aquellos otros saberes y prácticas de atención que han quedado subordinados por la medicina biomédica o hegemónica.

Según Menéndez la hegemonía y aceptación de la biomedicina tiene defensores y detractores. Esta situación comienza a ser más clara a partir de la década del 60 cuando en países como Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia, Italia y posteriormente los países del tercer mundo comienza a haber una creciente producción científica e ideológica que describe analiza y cuestiona la eficacia de las prácticas biomédicas llegando incluso, en algunos grupos, a recuperarse como de mayor eficacia las prácticas alternativas. Mientras que por otra parte hay, también, otros sectores contrarios a esta posición que ubican la biomedicina en “términos de progreso técnico más o menos infinito” situación que, según Menéndez, “demuestra escasa sensibilidad para detectar y explicar los cambios institucionales, culturales y económicos/políticos que afectan al saber médico” (*Ibíd.* 2003: 192).

En América Latina las críticas hacia la biomedicina están relacionadas con situaciones como el estancamiento en el descenso de las tasas de mortalidad y “la persistencia de muertes evitables en el perfil epidemiológico” (*Ibíd.* 1990: 113). Así mismo con situaciones relacionadas

con el incremento y mantenimiento del problema del hambre a la que estaría ligada, también, la reducción de la lactancia materna inducida por el sector biomédico; igualmente con otras situaciones como el recrudecimiento de enfermedades tales como la tuberculosis y algunas enfermedades venéreas. Otra situación es la crisis de financiamiento de los sistemas de seguridad social; y finalmente con el agravamiento de problemas de infraestructura básica que asegure condiciones mínimas de salubridad.

Posterior a la década del 60, en los años 80 y los 90, reaparecen de nuevo las críticas denunciando la ineficacia de la biomedicina ante enfermedades infectocontagiosas sobre las que se había construido la imagen ‘milagrosa’ de la biomedicina, así como ante la imposibilidad de curar algunas de las enfermedades crónicas ya que hasta ahora sólo es posible controlarlas. Algunos de estos cuestionamientos se centran en aspectos como el aumento del costo de la atención a la salud y el aumento correlativo del consumo de fármacos, sobre todo de aquellos que pueden traer consecuencias negativas en la salud; con el predominio de los criterios de productividad y rendimiento en la atención médica, en detrimento de la calidad de dicha atención. Así como con la ampliación de áreas de atención a través de la medicalización, reduciendo a la vez las áreas de eficacia y con el incremento de la intervención médica mediante la medicalización en los comportamientos sociales cumpliendo funciones, además de curativas, de control social (Menéndez 1981, 2003).

Según Menéndez (1990, 2003), la biomedicina tiene como principales características Biologismo⁵⁸; la concepción teórica

⁵⁸ El autor señala que este es el rasgo dominante, por excelencia, de la biomedicina, constituido en criterio de diferenciación con las otras formas de atención a la salud. Siendo esta dimensión, el núcleo de la formación profesional de los/as médicos/as; de un aprendizaje que se realiza a partir de contenidos biológicos, teniendo poca relevancia los procesos sociales culturales y psicológicos y careciendo además de información sistemática acerca de otras formas de atención.

evolucionista/positivista, la ahistoricidad, la a-sociabilidad, el individualismo, la eficacia pragmática; la salud/enfermedad entendida como mercancía, la orientación básicamente curativa; la concepción de la enfermedad como ruptura/desviación/diferencia, la práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, la asimetría en la relación médico paciente, la concepción del paciente como ignorante o portador de un saber equivocado y, además, como responsable de su enfermedad; con la producción de acciones que tienden a excluir al ‘consumidor’ considerado pasivo respecto de los conocimientos del médico, con la ausencia de legitimación científica de otras prácticas, con la profesionalización formalizada, con la tendencia a la medicalización de los problemas, con la tendencia inductora al consumismo de productos de patente, con el predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad, con la tendencia a la escisión entre práctica médica e investigación médica. Estas características, señala el autor, son dinámicas y responden a los cambios económicos sociales y políticos así como a los niveles de autonomía de la práctica biomédica en los distintos períodos.

2.1.2. Sistemas médicos alternativos

Estos sistemas médicos agrupan las prácticas que presentan rasgos no homogeneizables entre las que se encuentran aquellas reconocidas como tradicionales. Según Menéndez (1992), estas prácticas de salud constituyen opciones institucionales contenidas y subordinadas por el sistema médico hegemónico. Este sistema de atención a la salud engloba aquellas prácticas que, “no sólo connotan una suerte de ‘pasado’ cargado de valores, sino que clausura toda una serie de prácticas alternativas que

se van construyendo como dominantes”, pero que no sólo proceden del pasado sino que en gran medida son derivaciones o emergentes de las biomédicas (*op.cit.*102).

Para el caso colombiano, aún no hay una reglamentación de estas prácticas por fuera de la normativización que de ellas va haciendo la biomedicina. Según Domínguez (2006: 55), las prácticas de salud alternativas en contadas excepciones pueden formar parte del plan de beneficios contenido en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Así, para que sean incluidas en el POS es necesario el previo reconocimiento, aprobación y legitimación desde el ámbito biomédico. Según Domínguez, el acuerdo emitido por el Ministerio de Salud por el que se llegó a la aceptación de algunos servicios de prácticas de salud alternativas, es ambiguo. No obstante, en los últimos años se vienen produciendo cambios en la dirección de aceptar algunas de estas prácticas en la medida que se han ido asimilando como parte de tratamientos recomendados por médicos, “debidamente formados en las instituciones universitarias acreditadas por el Ministerio de Educación. Estas inclusiones son la homeopatía, la acupuntura y la bioenergética.

En Colombia, en general, las prácticas de salud alternativas se concretan en “la homeopatía, acupuntura, bioenergética, quiropraxia, fitoterapia, numerología, quinesiología, naturopatía, terapia manual, esencias de gemas, reflexología, energía universal, aromaterapia, y reiki entre otras” (Domínguez (2006: 56).

2.1.2.1. La medicina tradicional

Cuando se habla prácticas tradicionales de atención a la salud o de medicina tradicional, la referencia es a un conjunto complejo de recursos naturales, culturales y humanos articulados por conceptos y procedimientos curativos y preventivos, transmitidos por tradición yendo van más allá de lo estrictamente herbolario. La medicina tradicional está en el plano de la marginación dado que es una práctica de atención a la salud que no está legitimada o institucionalizada en la sociedad. Su localización, tanto estructural como ideológica, está en el medio rural y se la relaciona con sectores sociales como el campesinado y, también, con las clases bajas urbanas así como con lo que desde la cultura dominante se entiende por analfabetismo o ausencia de conocimientos.

Hasta la actualidad, situaciones como el creciente desarrollo de la profesión biomédica y, en general, un mayor acceso a la educación formal en las poblaciones no han sido suficientes para la eliminación de la medicina tradicional sino todo lo contrario, cada vez más grupos y personas demuestran una actitud de escepticismo hacia la biomedicina y sus nuevos desarrollos tecnológicos (Haro, 2000; Lastra, De Keijzer y Menéndez 1993; Menéndez 1981, 2003).

Menéndez (1981) señala que en América Latina el proceso colonizador no logró la desarticulación total de las prácticas culturales locales, hecho que permite hablar en este continente de continuidad y estructuración ideológica en las prácticas tradicionales de atención a la salud entre la población. Para el autor, en la medida que las clases subalternas no constituyen una opción de enfrentamiento para las clases

hegemónicas, la continuidad en las prácticas y los modos de vida de la población se mantienen⁵⁹.

La medina tradicional engloba los siguientes grupos:

_Un grupo técnico, conformado por parteras, hueseros y hierbateros que para atender los problemas o desequilibrios en la salud de sus pacientes recurren a habilidades cognoscitivas y manuales.

_Un sector que pertenece al ámbito doméstico, en el que estaría la automedicación, centrado en los roles femeninos y cuyas habilidades técnicas, igual que el grupo anterior, tiene una importancia equivalente a la eficacia simbólica.⁶⁰

_El religioso, cuya técnica curativa esta sustentada en la eficacia simbólica y donde el curador articula las condiciones económicas, políticas e ideológicas pero a la vez parte de funciones de estructuración ideológica y de control.

_El sector mágico, cuya capacidad curativa está basada en la eficacia simbólica cumpliendo, también, funciones de control social.

Estos cuatro grupos no han perdido vigencia y, además de funciones curativas específicas, contribuyen al mantenimiento de una mayor estructuración de los grupos sociales al reducir el conflicto y la contradicción entre los niveles de carencia y necesidad (Menéndez 1981; 1984).

Autores como Zolla y Carrillo (1998: 184) señalan entre los factores que contribuyen a la persistencia de la medicina tradicional, la

⁵⁹ Del Cura y Huertas (1997: 247), definen modos de vida como, “aquella categoría sociológica que refleja de forma sistemática las condiciones económicas, socio-políticas y culturales, repetidas y estables de la vida cotidiana de las personas y de las colectividades”.

⁶⁰ Según Menéndez (1981), la eficacia simbólica para funcionar supone la continuidad ideológica y estructural, aunque esta no es inalterable. El autor señala que una cosa es asegurar la continuidad ideológica que todo grupo social se propone consciente o inconscientemente, y otra sostener que esa continuidad ideológica se produce de manera básica en el plano de lo imaginario. Según Mosquera (2000), la eficacia simbólica ha sido refuncionalizada por la biomedicina haciéndola válida tan sólo dentro de su racionalidad específica.

existencia de una estructura común de pensamiento entre el médico tradicional y la población a la que atiende. Así mismo, al hecho de dar importancia a, “aspectos psíquicos y considerar al paciente como un todo interrelacionado con el cuerpo social y con el universo”.

Autores como Muela y Hausmann (2002: 2,3) cuestionan las posiciones de la OMS cuando afirman que, “hay un vacío de análisis crítico sobre nuevas imágenes de la medicina tradicional (...), que impregna tanto la investigación aplicada como el diseño de los proyectos”. Según los autores, a comienzos de los años 80 la OMS tenía entre sus prioridades para América Latina la promoción de la medicina tradicional, pero a mediados de la década esta situación se vino a menos. Como ejemplo de esta situación los autores señalan el programa de ‘integración’ planteado por dicha institución que ha contribuido al empobrecimiento de la medicina tradicional en tanto los expertos de dicho programa, “tienden a extraer las prácticas de sus modelos de referencia para recontextualizarlos a partir de la biomedicina”⁶¹.

Según De Keijzer (1993), los principales problemas que encuentra la medicina tradicional en América Latina a la hora de plantearse su estudio y diseñar investigaciones son:

— La tendencia a reducir la medicina tradicional a la práctica de la herbolaria, cuando dicha medicina tiene un universo más amplio de recursos materiales (minerales y animales, masajes, etc.) y de recursos simbólicos. Del mismo modo, el autor señala la carencia de elementos para diferenciar el ámbito de la medicina tradicional más especializada del ámbito de la medicina doméstica como primer nivel de autoatención.

⁶¹ ‘Integración’ en política sanitaria, se refiere aquí, según los autores, a un mecanismo de control biomédico sobre las relaciones que ya existen por fuera del marco institucional.

_Otra situación señalada por De Keijzer es el hecho que muchas personas o grupos se ‘conviertan’ a la herbolaria porque es ‘natural’, sin tener en cuenta la potencial toxicidad de muchas plantas, algunas de las cuales tienen un margen estrecho entre la dosis terapéutica y la tóxica.

_El autor señala, también, la tendencia en la población a creer que el uso de plantas significa tener la ‘solución’ al problema de salud, perdiendo de vista que con la herbolaria, o en su caso la homeopatía o la acupuntura, se tiene una sustitución básicamente terapéutica dejándose por fuera, otras, distintas formas de prevención relacionadas con la lucha por mejorar las condiciones de trabajo y, en general, de calidad de vida de las personas.

_ De Keijzer señala igualmente, que con la medicina tradicional subsiste el peligro de que grupos, sobre todo de la iglesia, se dediquen a hacer trabajos sobre problemáticas relacionadas con la atención a la salud, especialmente en los sectores populares donde posiblemente pueden haber curadores con una deficiente preparación a la hora de hacer los diagnósticos.

Finalmente, Lastra, De Keijzer y Menéndez (1993) ven como posibles salidas o directrices a la situación actual de la medicina tradicional en América Latina las siguientes:

_La incorporación de organismos como ministerios, universidades y organizaciones internacionales relacionados con la validación y difusión de la medicina tradicional en ámbitos académicos y en sistemas formales de salud. Este hecho permitiría acercar a la población en aspectos como su historia y las vinculaciones de esta práctica con los ecosistemas.

_La puesta en marcha de una actitud de apertura y autocrítica sobre el pluralismo médico, incluyendo las prácticas preventivas y curativas en el

ámbito familiar y comunitario, donde las mujeres tienen un rol primordial.

La constitución de asociaciones o grupos de trabajo en cada uno de los países Latinoamericanos para llegar a criterios y métodos consensuados acerca de esta medicina. Asociaciones que constituirían una red propiciatoria de eventos encaminados al intercambio de experiencias así como a la renovación y actualización de las teorías sobre la medicina tradicional.

En cuanto al ámbito legal colombiano, no hay en el país una reglamentación o normativa de la medicina tradicional u otras formas de atención y prevención de los problemas de salud diferentes a las prácticas biomédicas. Siendo entonces la biomedicina la única opción de atención reconocida por el Estado. Esta situación se presenta no obstante la constitución política de 1991 haber reconocido el país como multicultural y multirracial (Castillo, 2006), en la que los rituales y las prácticas culturales específicas de los distintos grupos, “tienen cosmovisiones que reflejan el ideario planteado por la Constitución como legítima para la población” (Domínguez, 2006: 55). Entre los argumentos, desde el ámbito estatal, para excluir estas distintas cosmovisiones en las prácticas de salud entre los distintos grupos de población están lo que, desde el ámbito estatal, se consideran las situaciones de riesgo que éstas puedan presentar dada la carencia de experimentos clínicos que llevarían a conocer tanto su efectividad como las reacciones adversas, así como lo impredecible de sus tratamientos”.

2.1.3. Sistemas de autoatención

La autoatención es la forma más significativa de asistencia sanitaria en un amplio rango de culturas (Kleinman, 1980). El sistema de

autoatención permea toda la estructura de la sociedad y está en la base de los anteriores sistemas médicos. Está sustentado además, en el diagnóstico, atención (prevención) constituido en una actividad constante e intermitente llevada a cabo por la propia persona o colectivos inmediatos pertenecientes al grupo familiar o entorno más cercano. De acuerdo con Menéndez (1990) la autoatención orienta su práctica, de forma directa o indirecta, a asegurar la reproducción biológica y social a partir de las unidades doméstico-familiares, estando además fundada en dos principios básicos como son la frecuencia, recurrencia y continuidad de episodios de enfermedad, daños o problemas que afecten a los miembros de los grupos y en especial a las unidades domésticas, así como en la necesidad de estos grupos para establecer acciones urgentes e inmediatas que den alguna solución a dichos episodios.

Hay en la sociedad la tendencia tanto desde los grupos de población como desde el sector biomédico, a confundir la autoatención con la automedicación. Del mismo modo que la biomedicina tiende a hacer equivalente la autoatención con el autocuidado. Según Menéndez (2003), la automedicación y el autocuidado son parte del proceso de autoatención pero en modo alguno equivalentes. La automedicación forma parte de las diferentes actividades de la autoatención siendo la forma más extendida, aunque no la única, el consumo de fármacos desarrollados por la industria farmacéutica. La autoatención también está relacionada con el consumo de otras sustancias y actividades por fuera del ámbito biomédico como ventosas, masajes y con el consumo de sustancias para atender otras demandas como es el estímulo a la hora de desarrollar determinados comportamientos. No obstante, Menéndez (2005: 61) señala que, “debe asumirse que la biomedicina constituye

actualmente una de las principales fuentes de las actividades de autoatención.

En la autoatención, o medicina doméstica como la denominan Zolla y Mellado (1998: 176), las mujeres tienen un papel de primer orden, llegando incluso a considerarse un saber médico eminentemente femenino. Aunque los autores ven la necesidad en su estudio de desnaturalizar, "en el sentido antropológico y no ético del término", las prácticas de autoatención como una vía para, de esta manera, llegar a planteamientos críticos sobre imágenes, "inerciales que se han forjado tanto de lo 'femenino' como sobre 'la salud en el hogar' (...)", los autores señalan que hay necesidad en las sociedades actuales, "de recuperar la densidad de sus contenidos culturales, su nada desdeñable eficacia y su función estructurante de comportamientos sociales".

2. 2. GENERO, SEXUALIDAD Y SALUD

2. 2. 1. Algunas consideraciones acerca de salud y género

La frontera entre el estado de salud y de enfermedad es difusa. El tránsito de un estado a otro está mediado por causas de orden tanto biológico como social. Herzlich (1984) _citado por Duran 1983: 34_, señala tres interpretaciones acerca de lo que significa tener salud: 1- como ausencia de enfermedad; 2- como reserva y 3- como equilibrio. El primer estado se produciría cuando el cuerpo funciona por si solo sin apenas hacerse notar, el segundo estaría asociado a las reservas que permiten afrontar los embates sin desgaste, y el tercero estaría relacionado con la capacidad de los individuos de integrar sus distintas capacidades para hacer frente al desorden fisiológico.

Por su parte Haro (2000), señala que la salud no puede entenderse como una dimensión más de la vida individual y social, sino que ésta es la dimensión vital por excelencia, donde los hábitos y modos de vida, a la vez que reflejan, repercuten en nuestro estado de salud o de enfermedad⁶². La salud, considerada un bien en sí misma, es desde el siglo XX tenida en cuenta, también, como un derecho ciudadano.

Rosen (1985) plantea el cuidado de la salud como un campo preferente en el ámbito de las relaciones sociales. Para el autor, la investigación en medicina no hubiera alcanzado el desarrollo actual si los enfermos compartieran situaciones equivalentes y hubiesen desarrollado formas de vida similares.

Autores en una línea crítica, tal es el caso de Illich (1999: 7) argumenta acerca de las implicaciones políticas que la salud tiene en los individuos y afirma que las sociedades occidentales y modernas están atrapadas en la obsesión por la salud perfecta. El autor señala el contraste entre la salud pretendidamente objetiva llevada a cabo por los profesionales del sector sanitario y la salud subjetiva, que sería entonces la percibida por los individuos; para Illich, “cuanto mayor es la oferta en salud, más responden las personas con problemas de salud, mientras que en las regiones, pretendidamente iletradas, llamadas también ‘subdesarrolladas’, aceptan sin problemas su condición”, o sea que en estos grupos sociales la percepción de tener problemas de salud es menor. Situación que viene a demostrar cómo la angustia por la búsqueda de salud mide los niveles de modernización y de politización de los individuos. Según este planteamiento, la percepción y la manera

⁶² De acuerdo con Del Cura y Huertas (1997: 247), los hábitos forman parte de los estilos de vida de los individuos. Según los autores, los estilos de vida “suelen incluir seis problemas concretos: tabaco, ejercicio físico, integración social, alcohol, drogas y alimentación”. —En la introducción he planteado la definición de estilos de vida.

en que los individuos recurren a determinadas prácticas de atención sanitaria está en relación con una serie de factores que desbordan el hecho en sí mismo de tener o no tener salud. Y donde estarían comprometidos factores de tipo cultural, económico y social; aquí habría que tener en cuenta, también, como un condicionante relevante, las condiciones de los sistemas de salud en los distintos países.

Con frecuencia entre individuos y grupos, la salud se ve comprometida por otras opciones percibidas en un momento dado como de mayor prioridad. Siendo en estas ocasiones cuando las personas se ven enfrentadas a arriesgar su salud a cambio de obtener lo que consideran un bien alternativo como dinero, trabajo, creencias religiosas o mejoramiento estético. Esta situación lleva a una contradicción entre el reconocimiento del valor fundamental de la salud y las acciones efectivamente empleados para conservarla. Igualmente en el estado de salud o de enfermedad hay factores variables y dinámicos entre los que estarían la edad y el género; siendo las mujeres y los niños los colectivos que enfrentan mayores riesgos, especialmente cuando viven bajo condiciones de vida precarias (Valls Llovet, 2003; Langer y Lozano, 1998).

El Género

El género es una categoría a considerar de manera prioritaria en tanto que permite ver de forma diferenciada en hombres y mujeres, procesos biológicos y sociales, tal es el caso de la salud, la enfermedad y la muerte. Procesos que en las culturas occidentales —sus definiciones y referencias— han pertenecido al ámbito de la medicina hegemónica y han sido gestionados tradicionalmente por personal médico de sexo masculino. Igualmente, gracias a los avances propiciados por los

estudios desde la perspectiva de género, la vieja creencia _propia de la biomedicina _ de que ‘estudiar al hombre’ era estudiar al ser humano ha tenido que cambiar sus paradigmas tanto en los países europeos como latinoamericanos, y reconocer que existen diferencias en la forma de curar, de metabolizar los fármacos, como también en los síntomas y en las causas de enfermar entre hombres y mujeres. Las mujeres comienzan a ser estudiadas en relación con problemáticas específicas y en un sentido más amplio al de la salud reproductiva, desde perspectivas relacionadas con factores socioculturales respecto de los distintos grupos de población al que estas pertenezcan. (Vall Llovet 2001; Szazs 1995, Barral, 2001).

Autores como Zolla y Carrillo (1995) y Vall Llovet (2003), coinciden al señalar que si bien la mortalidad femenina es inferior a la de los hombres, las mujeres tienen peor estado de salud y presentan más incapacidades que son poco atendidas aunque, no obstante, como afirmo anteriormente, tienen una mayor longevidad respecto de los hombres. Las mujeres durante su ciclo vital experimentan más enfermedades crónicas, mientras que los hombres desarrollan precozmente enfermedades mortales. Esta peor salud en las mujeres estaría relacionada tanto con factores biológicos como con particularidades psicológicas y culturales entre las que se destacarían las condiciones laborales y, sobre todo, con el desequilibrio frente a una situación que si bien está ampliamente denunciada persiste, como son las demandas sociales que tienen las mujeres frente a la precariedad de los apoyos recibidos en la duplicidad de roles que debe asumir en la sociedad.

Actualmente hay un interés creciente tanto en el contexto europeo como latinoamericano donde muchos profesionales de la salud, hombres y mujeres, se vienen interesando en proyectos de investigación sobre

problemas médicos relevantes para las mujeres, estudios entre los que estarían las distintas pautas de consulta médica de forma diferenciada y específica entre hombres y mujeres. Esta es una línea de investigación que está sirviendo para poner de manifiesto el androcentrismo de la biomedicina y las desigualdades de género en la práctica de las profesiones del área de la salud, así como también para conocer y reconocer los aportes de las mujeres y las distintas maneras de encarar sus profesiones (Szasz, 1995b; Vall Llovet, 2003; Ortiz 2001).

2. 2. 2. La sexualidad en relación con el género

La sexualidad además de un concepto, es un constructo social que opera en campos de poder⁶³ (Dowell, 2000). En cuanto a la categoría género, ésta constituye la organización social de la diferencia sexual, aquella que dota de significado las diferencias anatómicas y fisiológicas de los individuos.

El sexo, en oposición al género, expresa las diferencias biológicas; en tanto que el género, utiliza las características del sexo socialmente construidas convirtiéndolo en un elemento susceptible de cambio. La distinción entre sexo y género se hizo necesaria para distinguir una dicotomía más amplia: la formada por naturaleza/cultura, en el intento de rescatar a las mujeres del ámbito de la naturaleza bajo cuyos parámetros, por lo general, se las ha contextualizado. La no-diferenciación entre sexo y género ha dado lugar entre los distintos grupos sociales, a relaciones de

⁶³ El término sexualidad como lo entendemos hoy, aparece por primera vez en el siglo XIX. Antes la palabra existía en la jerga técnica de la biología y la zoología (Giddens, 1998). Según Foucault (1986), el uso de la palabra sexualidad se ha establecido en relación con el desarrollo de campos de conocimientos diversos que cubren tanto mecanismos biológicos de la reproducción como las variantes individuales o sociales del comportamiento. Estableciendo entonces un conjunto de reglas y normas, tradicionales y nuevas, que se apoyan en instituciones religiosas, judiciales pedagógicas y médicas.

dominación y estratificación entre hombres y mujeres (McDowell, 2000; Del Valle, 1991; Maquieira, 2001).

Según Stolcke (2003), a principios de los 80, del siglo XX, se comenzó a utilizar el concepto de género buscando superar el enunciado esencialista y universalista que llevaba a relacionar la biología como destino para las mujeres. Este replanteamiento estuvo centrado en el análisis de las relaciones entre hombres y mujeres entendidas como construcciones culturales. La autora señala que no es posible pensar el género de forma unidireccional sin tener en cuenta la otra parte que lo confirma o sea, a los hombres, y donde la persistencia de esta situación plantea en las sociedades la dificultad de pensar esta categoría de forma relacional.

No existe una definición unívoca de género debido a la diversidad de elaboraciones e intencionalidades teóricas, así como a la existencia de diversos modos de definir, redefinir y construir el conocimiento. Los cambios que va reflejando esta categoría, en los distintos períodos históricos, señalan la concepción cambiante de la cultura en relación con la naturaleza. En la conceptualización del género convergen ideas íntimamente ligadas al modo en que una sociedad clasifica los roles y construye los estereotipos⁶⁴ (Stolcke, 2003; McDowell, 2000; Maquieira,⁶⁵ 2001; Del Valle, 1991; Izquierdo, 1998a).

⁶⁴ Los estereotipos son características que se aplican de modo fijo como representativas de una persona, un grupo o un colectivo y operan mediante la fijación de atributos yendo más allá del contexto al que pertenezcan las personas y los grupos estereotipados. Éstos pueden llegar a ser indicadores de, por ejemplo, las distintas maneras de percibir el sexo y alcanzar un efecto normativo y ser, además, susceptible de múltiples asociaciones hasta alcanzar a ser un elemento delimitador. (Strathern, 1979; Del Valle, 1989, 1991). Según Strathern (1979: 142), los estereotipos actúan de forma inconsciente en los individuos definiendo el modo como se espera que las personas sientan y reaccionen ante una situación concreta. Según la autora, mediante el género se pueden aplicar “diversos atributos a los sexos o, por el contrario, mediante el artificio de la articulación de sexos estructurar ciertos atributos.”

⁶⁵ Para la autora la introducción de la categoría género cuestionó la teoría funcionalista de los roles sexuales que constituían una continuidad de las ideas de diferenciación natural, en cuanto a los papeles asignados en la sociedad a hombres y mujeres. Héritier (2002: 120) pone el énfasis, respecto de esta categoría, en dos aspectos: “como artefacto de orden general fundado en el reparto de las

Asimismo, el ser hombre o ser mujer está en relación con el contexto social, es variable y se halla sometido a leyes y regulaciones acorde con la época y con lo que, social e históricamente, bien esté legitimado o por el contrario pueda significar una trasgresión. Cada sociedad tiene un régimen de género hegemónico relativamente estable, aunque a la par de éste coexisten otros regímenes opuestos cuya trasgresión abre vías hacia el cambio (McDowell, 2000; Foucault, 1978; Del Valle, 1991; Guasch y Osborne, 2003; Chodorow, 1980).

Si bien la sexualidad la viven las personas, la conceptualización acerca de lo sexual es resultado de elaboraciones y está en el centro de toda cultura. Por lo que la conducta sexual es histórica, socialmente definida y ocupa un lugar de primer orden en el ámbito de las relaciones sociales. Igual que no se conoce vida humana fuera de la sociedad, tampoco se conoce vida humana sin cierto grado de represión sexual (Chodorow, 1980). Siendo entonces los diversos discursos acerca de la sexualidad valedores del carácter secreto y silencioso de las costumbres; unas costumbres que llevan implícitas acuerdos en relación con la percepción y vivencia que de la sexualidad hacen hombres y mujeres (Del Valle, 1989; Guasch y Osborne, 2003).

En cuanto a la evolución que ha tenido la sexualidad en las sociedades, un acercamiento desde la Antropología es el planteado por Nieto (1996: 358) cuando señala que ésta ha tomado como fundamento por excelencia los principios morales o el derivado de, “autoridades eclesiásticas”. Para el autor, estos fundamentos se han definido exclusivamente en función de la familia y la reproducción, señalando

tareas, el cual, con la prohibición del incesto/obligación exogámica, y con la instauración de una forma reconocida de unión, constituye uno de los tres pilares de la familia y de la sociedad (...). En segundo lugar, como artefacto de orden particular resultante de una serie de manipulaciones simbólicas y concretas que afectan a los individuos.”

además, que a mediados del siglo XIX esta autoridad fue cediendo terreno a la “autoridad médica”, cuyo eje estaba sustentado desde lo biológico y fisiológico. Igualmente, Nieto (2003: 102) señala que antes de los setenta, “el conocimiento antropológico sobre la sexualidad se sustentaba en, “mitologemas”. Siendo la sexualidad para la Antropología algo, “natural y, por lo tanto, biológico (...), que se observaba desde el prisma de la patología médica y de la aberración moral”. De acuerdo con el autor, estos énfasis ya han sido debatidos y cuestionados ampliamente desde disciplinas como la Sociología, la Historia y la Antropología dando paso al desarrollo de otras líneas de pensamiento e interpretación de la sexualidad entre individuos y grupos. Una vez el modelo médico ha sido cuestionado, la sexualidad humana comenzó a ser vista y estudiada de forma interdisciplinaria y multidimensional, en permanente contextualización con situaciones socioculturales, históricas, religiosas, económicas y políticas.

Siguiendo con Nieto (1996: 360-361), el autora señala que en el área de la antropología son pioneros los estudios de Malinowski y Mead, aunque el interés de esta última, “se centra más en el estudio de los roles sexuales, o lo que ahora se identifica como organización de lo masculino y lo femenino, más que en el sexo, la sexualidad y la conducta sexual en sentido estricto.” Igualmente Nieto señala respecto de Malinowski, que los antropólogos lo siguieron en cuanto a sus aproximaciones metodológicas y, “quehacer etnográfico de campo pero no en cuanto a la investigación de la sexualidad. Para el autor la antropología ha mantenido una posición reticente y evasiva respecto del estudio de la sexualidad.

Otra perspectiva de la sexualidad es la de Juliano (2004: 14) cuando argumenta que en las sociedades occidentales hay colectivos de mujeres

donde su sexualidad es descartada de los cánones considerados deseables o legítimos, tal es el caso de la sexualidad en las mujeres mayores⁶⁶. La autora señala que este rechazo tiene una larga tradición, “basada en la asociación entre sexualidad y procreación, que sólo considera legítima la actividad sexual realizada con ese fin”. Para Juliano, si bien la sociedad actual, “ha desligado definitivamente sexualidad y reproducción, la persistencia de estos patrones valorativos no cae dentro de lo obvio, y necesita explicación”.

Los estudios sobre género en las últimas décadas han mostrado la necesidad de investigar sobre la sexualidad, hecho que ha permitido aportar nuevos datos, análisis y cuestionamientos a las tradicionales posiciones unívocas. Entre los pasos relevantes de este renovado enfoque estarían aquellos estudios que reivindican el derecho a la sexualidad desligada de la reproducción. O sea, la sexualidad estudiada como un potencial humano que si bien tiene referentes en la reproducción, no es una categoría necesaria para definirla, aunque ambas sean experiencias vitales del cuerpo (Del Valle, 1991; Guasch y Osborne, 2003).

Para autores como Guasch y Osborne, la sexualidad además de una estrategia social es universal y conservadora. Universal dado que en todas las sociedades hay normas para gestionar el deseo erótico, y conservadora porque se ocupa de reproducir el orden social vigente. Según los autores, la sexualidad, en relación con la función reproductiva, se ocupa de gestionar la demografía de los grupos humanos pero también de mantener el orden social que lo sostiene siendo entonces la experiencia reproductiva tan sólo una forma más entre la variedad y multiplicidad de manifestaciones de la sexualidad. Los autores señalan

⁶⁶ Malone 2000 (citada por Juliano, 2004:14), señala que “ya a fines de la segunda centuria de la era cristiana, estaba mal visto que las viudas se volvieran a casar, porque ‘la combinación de edad avanzada y sexualidad parecía particularmente repugnante (...)”.

que la naturaleza, mediante la reproducción, actúa tan sólo como condicionante de la conducta sexual pero no la determina.

En cuanto a la ideología de la sexualidad desde las corrientes feministas a partir del siglo XIX, autoras como Gordon (1980) destacan tres etapas en relación con dicha ideología⁶⁷:

- a) Desde mediados del siglo XIX hasta 1890 se creía que la actividad sexual correspondía solamente entre parejas unidas en matrimonio, por lo que se descreía de su importancia en la vida de aquellas mujeres que no estuvieran unidas mediante el matrimonio.
- b) La segunda etapa señalada por la autora, llega hasta el período próximo a la primera guerra mundial, cuando las corrientes feministas rechazaron las actitudes antisexuales a la vez que asociaron la liberación de las mujeres con la liberación sexual, apoyando su práctica por fuera del matrimonio, reivindicando así mismo la importancia del placer sexual.
- c) La tercera etapa coincide con los años 70, período en que las feministas fueron críticas inclusive con sus propias, primeras, posiciones, “(...) sugiriendo que nuestras normas de conducta sexual han sido distorsionadas por la supremacía masculina e invitando a analizar cuáles son los requerimientos del propio placer sexual de las mujeres” (Gordon, 1980: 127). Según la autora, estas tres etapas son inseparables de problemáticas como la libertad de reproducción y la libertad sexual.

⁶⁷ Gordon (1980: 124) define el feminismo como, “el análisis de la subordinación con el propósito de concebir una forma de cambiarla”. Gordon plantea además, que pese a la gran variedad de creencias admitidas en la corriente del feminismo, ésta ha tenido una coherencia en tanto movimiento social y teoría social.

2. 2. 2. 1. El cuerpo femenino y la salud

El cuerpo de cada individuo, como prototipo de lo humano, reconoce y a la vez comparte con el ‘otro’ una humanidad que los hace semejantes pero también diferentes. Entre estas diferencias estarían aspectos como lo sexual, las características étnicas y la edad; características a la que cada cultura da una interpretación o respuesta específica. Interpretaciones que convergen en la sociedad en dos tendencias: en un exceso de diferencias hasta llegar a disminuir o negar el carácter humano de aquellos ‘otros’, percibidos como distintos o, por el contrario, a la negación de toda diferencia disuelta en una uniformidad sin límites. (Turner, 1994; Giddens, 1995).

La dicotomía identidad/diferencia unida a conceptualizaciones culturales y a juicios de valor, constituyen los modelos corporales construidos e interiorizados, “que encuadran y encauzan las representaciones de la identidad individual” (Losonckzy, 1988: 47).

Csordas (1988), por su parte propone la categoría *embodiment* para aludir a problemáticas como la dualidad mente-cuerpo, sujeto–objeto o, en definitiva, a la percepción y las formas en que los individuos se acercan al mundo. Para el autor ‘*embodiment*’ es el proceso que elimina la oposición conceptual entre la cultura y la persona y donde el cuerpo es el mediador, entre el mundo externo y el interno, no sólo como sujeto en relación con la cultura sino como el fundamento mismo de la cultura. O sea, la noción de *embodiment* como auténtico campo de la cultura o como proceso de la interacción social.

Mientras que autores como Foucault (1978), ven el cuerpo como una superficie inscrita a través de las costumbres sociales que actúa en los escenarios institucionales creados por el discurso, cuyo resultado es una conducta establecida que normatiza y disciplina los cuerpos

facilitando la reproducción social, algunos de estos escenarios serían: la casa, el colegio, el puesto de trabajo, o lo que Bourdieu (2000: 15) llama, “lugares de elaboración y de imposición de principios de dominación”.

Un análisis crítico relacionado con el debate que sobre las categorías cuerpo, individuo y sexo se dieron en la primera mitad del siglo XX, es el señalado por Stolcke (2003: 71) cuando afirma que los antropólogos no han tenido en cuenta las consecuencias sociopolíticas de la clasificación de estas categorías donde las mujeres no aparecen, y si lo hacen es en tanto “destinadas inevitablemente a ser esposas, hermanas, hijas intercambiadas por sus hombres”. Un ejemplo de esta ausencia o falta de diferenciación entre hombres y mujeres es el caso de la abundante bibliografía que generó la pasión antropológica por el estudio de los sistemas de parentesco; la autora señala que fue a raíz de las denuncias, revisiones históricas, etnográficas y teóricas de las investigadoras feministas quienes a lo largo de cuatro décadas han venido demostrando, “que no sólo el hombre es una invención, también lo es la mujer”.

Ehrenreich y English (1973, 1988) señalan respecto de la desigualdad de género en el ámbito de la salud, y desde un enfoque histórico referido a Estados Unidos, que una contribución de primer orden a la visión sexista de la biomedicina fue el haber considerado el cuerpo de las mujeres como enfermo. Para las autoras esta visión está sustentada en una serie de tabúes relacionados con la menstruación, el embarazo, el post parto y la menopausia. Las autoras señalan además que la institución médica hegemónica en alianza con la iglesia católica, ha encontrado, “un verdadero filón”⁶⁸ (Ibíd., 1988: 32) para justificar una

⁶⁸ Aunque también es cierto que la influencia de la iglesia ha sido más eficaz en décadas anteriores que en la actualidad.

situación de inferioridad y confusión en relación con los procesos y funcionamiento del cuerpo de las mujeres. Para las autoras, si bien la toma de conciencia de muchas mujeres las ha llevado a revelarse contra ese poder, no se ha llegado a una modificación eficaz de la estructura social.

La institución sanitaria biomédica ha mostrado de forma relevante dos situaciones donde es posible ver discriminación hacia las mujeres:

a) La primera estaría en el ámbito laboral, donde el predominio ha sido de clara jerarquía mostrando diferenciación entre enfermeras y médicos siendo este último gremio con predominio del sexo masculino.⁶⁹

Aunque la situación antes mencionada comienza a mostrar cambios en las últimas décadas dada la evolución que se han venido presentando dentro de los patrones sociales con el ingreso y el desempeño creciente de las mujeres en esta profesión. No obstante, también es cierto que en este nuevo contexto aún continúa la desigualdad de género en la distribución según especialidades para hombres y mujeres, donde las especialidades de mayor prestigio tienen menos presencia de mujeres (Ortiz, 2001; Bronfman y Gómez, 1998).

b) La otra situación de discriminación por parte de la institución sanitaria en que se presentan sesgos de género, es la referida por Valls (2001) cuando señala, para el contexto español.⁷⁰

_Asumiendo que los riesgos de hombres y mujeres son iguales cuando de hecho no lo son.

⁶⁹ Ehrenreich y English (1988: 33, 34) sostienen, respecto a los Estados Unidos y para el siglo XIX, que a lo más que llegaron las mujeres dentro de la institución sanitaria hegemónica fue a enfermeras. Las autoras argumentan que las inventoras del oficio, de enfermeras, eran mujeres de clase alta que consideraban la enfermería como, "(...) una vocación natural para las mujeres, sólo superada por la maternidad (...). Para los atareados médicos del siglo XIX, las enfermeras fueron un regalo del cielo. Por fin aparecían unas trabajadoras sanitarias que no querían competir con los médicos 'regulares', que no pretendían divulgar ninguna doctrina médica y cuyo único fin en la vida parecía ser servir a los demás".

⁷⁰ Situación que también es compatible con el contexto colombiano.

_ Estableciendo diferencias en situaciones similares.

_ Dando por supuesto, en algunas situaciones, que los problemas de salud de las mujeres son provocados sólo por la discriminación cultural y social, sin otras interferencias relacionadas con las diferencias biológicas.

De acuerdo con Valls, mientras no se enfoque la salud de las mujeres de forma relacional o sea desde un enfoque biológico, psicológico y social de forma simultánea, difícilmente se podrá construir un modelo para estudiar las desigualdades de género en relación con la salud.

Igualmente, autoras como Del Valle (1991) señalan que las sociedades occidentales han mostrado algunas constantes en relación con la salud y el cuerpo de las mujeres que estarían sustentadas en la persistencia de estrategias de subordinación, no obstante los discursos acerca del cuerpo femenino hayan ido cambiando.

2. 3. LA DIFERENCIA COMO DESIGUALDAD

Los cambios en la situación de las mujeres se cuentan entre los más revolucionarios ocurridos dentro del proceso civilizatorio que ha llevado a las sociedades occidentales a lo que se conoce como modernización. Estos cambios no han sido lineales ni uniformes, sino que se han movido entre el progreso y el retroceso⁷¹ (Beck-Gernsheim, 2003).

⁷¹ Según Quijano (1988), la modernidad como categoría se acuña en Europa, y particularmente desde el siglo XVIII, como una resultante del conjunto de cambios ocurridos en el mundo occidental sometido al dominio europeo desde finales del siglo XV. La modernidad, de acuerdo con Quijano, aparece como una propuesta de recepción plena, respecto del modo de producir, de los estilos de consumir, de la cultura y de los sistemas de organización social y política, y donde los países pioneros en la gestión de esta propuesta son considerados paradigmas de una exitosa modernización. Plumer y Macionis (2001), señalan algunas de las características que presenta el periodo considerado moderno como son: declive de las pequeñas comunidades y auge del urbanismo; expansión de las decisiones personales; aumento de la diversidad de creencias; orientación hacia el futuro y conciencia del paso del tiempo.

No obstante los cambios positivos que pudo traer el periodo considerado moderno, las desigualdades entre hombres y mujeres persisten. Así, asuntos como los roles de género, sólidamente incorporados en las prácticas sociales y la diferencia en el acceso a los recursos marca de forma jerarquizada la participación de las mujeres en los distintos ámbitos de las sociedades que han vivido este proceso⁷² (Bronfman y Gómez, 1998; De Sousa, 2003).

Autoras como Moore (1991) y Héritier (2002), coinciden cuando señalan que la relación idéntico / diferente, ha estado en la base de los sistemas sociales estableciendo vínculos entre el género y otros aspectos de tipo cultural y social; en valores contrastados dentro de clasificaciones de lo masculino y lo femenino. Tal es la relación que se establece en la vida cotidiana con características y asignación de valoraciones tal es el caso de ‘arriba’, ‘superior’, ‘fuerza’, ‘cultura’ asociadas a los hombres, mientras que las mujeres se las relacionan con sus contrarios: ‘abajo’ inferior’, ‘naturaleza’, ‘fragilidad’. Según las autoras, estas son construcciones sociales que en modo alguno provienen del hecho de ser hombre o de ser mujer sino que, apuntaladas por actividades sociales, identifican expectativas y apuntalan unas prácticas sociales concretas donde se atribuye a cada sexo características genéricas diferentes, siendo las mujeres y todo lo que de ellas proviene visto como natural, mientras los hombres aparecen como seres eminentemente culturales.

⁷¹ Los roles de género, de acuerdo con Bronfman y Gómez (1998), son construcciones culturales definidas socialmente y en referencia a actitudes, valores creencias, rasgos de personalidad, prácticas, conductas y expectativas.

Bourdieu (2000) ve las divisiones entre los sexos como propias de las relaciones sociales de dominación de un sexo por otro, instituidas como principios opuestos y complementarios de visión y de división del mundo. Estas divisiones llevan a clasificar las cosas y las prácticas según distinciones reducibles a la oposición masculino/femenino. Para Bourdieu, no es que las necesidades de la reproducción biológica determinen la organización simbólica de la división sexual del trabajo y de todo orden natural y social, sino que es una construcción social arbitraria de lo biológico y en especial de los procesos de los cuerpos, masculino y femenino, de sus costumbres y sus funciones, la que proporciona un fundamento aparentemente natural a la división androcéntrica que divide la actividad sexual. Del mismo modo que delimita otras situaciones como, por ejemplo, la división sexual del trabajo. Así, lo que Bourdieu (2000: 37) llama la fuerza de la “sociodicea masculina”, proviene de legitimar una relación de dominación inscribiéndola en una naturaleza biológica, que es en sí misma una construcción social naturalizada. Según el autor francés, la relación entre causa/efecto gracias a la cual ha operado la naturalización de esta construcción social, no ha sido completamente descrita.

Del mismo modo, a finales de los años 70, autoras como Ortner (1979), hablaron de la situación de subordinación de las mujeres en las sociedades occidentales, aludiendo a la posición intermedia entre naturaleza y cultura que era como se la proponía⁷³. Este planteamiento, según la autora, trajo como consecuencia, “ambigüedad simbólica”, o sea una posición intermedia que se traduce en status medio, funciones mediadoras y significación ambigua, tres interpretaciones para distintos

⁷³ O como mediadoras entre el hombre y las cosas, como lo planteó allá por los años 50 Simone de Beauvoir.

objetivos del ser de las mujeres. Intermediación que puede significar tanto arriba como abajo o al lado, pero siempre fuera y alrededor. La autora concluye señalando que esta interpretación debe verse como un producto de la cultura y no de la naturaleza, dado que las mujeres no están ni más próximas ni más lejos de la naturaleza que los hombres.

Siendo entonces la reproducción y vigencia de este modelo estructural en la sociedad perpetuado desde formas institucionales que lo legitiman; cuya circularidad sólo se rompería si de forma simultánea fueran replanteados los dos frentes que la conforman: la realidad social que viven las mujeres y la realidad cultural que suministra una concepción desvalorizada de éstas (Ortner, 1979).

El planteamiento de Juliano (1992: 18), respecto de esta situación, va en la dirección de mostrar que la jerarquía entre hombres y mujeres en las sociedades occidentales se produce no desde la estructura social misma —dado que las mujeres no constituyen un colectivo prescindible dentro de dicha estructura— sino que estaría centrada en la ocupación de posiciones subalternas y en el desarrollo de teorías que la ubican como ahistórica, de ahí la insistencia, señala la autora, “en presentar la subordinación femenina como consecuencia de su especificidad biológica”. Esta situación daría lugar a que en los periodos de estabilidad del sistema, la situación subordinada de las mujeres sea poco cuestionada y, por el contrario, cuando hay fisuras en el modelo social dominante se produce debilitamiento de los mecanismos de ocultación aflorando el protagonismo de las mujeres. Para Juliano este protagonismo de las mujeres puede ir acompañado muchas veces del enfrentamiento entre reivindicaciones materializadas y públicas por parte de éstas y el consecuente paso de la violencia simbólica y la agresión explícita.

2. 3. 1. Pobreza y género

El positivismo y el pensamiento liberal redujeron la historia plural de hombres y mujeres a un proceso unilineal e impersonal: el progreso. (...), concepciones teñidas de etnocentrismo contra las que se han levantado los antiguos y los nuevos particularismos.

(OCTAVIO PAZ, Tiempo Nublado)

En 1948 cuando del Banco Mundial definió como pobres a aquellos países con ingreso per cápita inferior a 100 dólares, casi por decreto, dos tercios de la población mundial quedó transformada en sujetos pobres. La pobreza pasó entonces a ser un concepto organizador, objeto de una nueva problematización (Escobar, 1999, 1998; Monreal, 1996). Desde el siglo XIX, según Escobar, con la consolidación del capitalismo el proceso de pauperización resultó inevitable. Aparecieron metodologías para tratar a los pobres basadas en la asistencia proporcionada desde instituciones, y se produjo la transformación de los pobres en asistidos. Estos hechos tuvieron profundas consecuencias entre las que estaría el establecimiento de nuevos mecanismos de control, quedando los pobres convertidos en un problema que requería nuevas formas de intervención.

Es entonces cuando surgen las modernas formas de pensamiento sobre el significado de la vida, la economía, los derechos y la administración social. El naciente orden capitalista dependía en buena medida de políticas acerca de la pobreza, cuya intención no solo era crear consumidores sino transformar la sociedad, con el protagonismo de

los pobres reconvertidos tanto objeto de conocimiento como de administración (Foucault, 1990; Escobar, 1998, 1999).

Hacia esta misma dirección señala el planteamiento de Illich (1984), cuando argumenta que en los países pobres, definidos así por los nuevos instrumentos de producción, y organizados en torno a la eficacia financiera más que a la eficacia local, la tendencia es a descalificar la tradición y el aprendizaje autónomo creando la necesidad de una terapéutica proveniente de maestros, médicos y trabajadores sociales.

Según este autor, la exposición al hambre extrema crece aparejada con, “la dependencia de los alimentos mercantiles” (op.cit. 288). Esta afirmación la hace el autor para referirse a los pobres convertidos en asistidos, a la que también se refiere Escobar (1999, 1998). Igualmente Illich (1984) señala que en la medida que los pobres entran en las políticas ‘solucionadoras’ de la pobreza, pierden autonomía y a la par, como contrapartida, se intensifica su dependencia.

Es a partir del siglo XVIII cuando las ciencias sociales han ido desarrollando dos teorías acerca de la pobreza. Situación a la que aluden autores como Monreal (1996), cuando plantea dos categorías acerca de estas teorías, una que Monreal llama la pobreza digna, o sea aquella donde la pobreza es viable, es decir, la de aquellos grupos adaptados a la sociedad y que cumplen las normas sociales; y la pobreza indigna, a la que corresponderían aquellos colectivos que tienen una conducta antisocial ligada al conflicto, a la agresividad, al alcoholismo. Siendo este último tipo de pobreza la que a finales de los sesenta otros autores, tal es el caso de Lewis acuñaron para producir sus teorías sobre los pobres.

Lewis (1980) sustentó su argumentación teórica sobre la pobreza en que la cultura de los pobres es un sino del que éstos no pueden salir.

Como un sistema cultural integrado que se transmite de forma generacional, con capacidad de auto reproducirse y auto perpetuarse. Lewis, contrario a, por ejemplo, Escobar, no encuentra en la cultura de los pobres ningún potencial para el cambio.

De todos modos, aunque el argumento de Lewis pueda parecer fuera de lugar, sobre todo por el tiempo que ha pasado desde su planteamiento, no deja de ser interesante en tanto algunos aciertos al caracterizar los colectivos marginales que viven en condiciones de precariedad económica.

No obstante las conclusiones a que llegó este autor en sus investigaciones acerca de los pobres, son cuestionadas por autores como Aguirre (1986: 125) cuando afirma que, “(...) en Lewis, los malentendidos se encuentran tácitos en la exposición de los rasgos que configuran la cultura de la pobreza (...), la confusión sobreviene debido al uso deliberadamente impreciso de los conceptos involucrados en las voces cultura y clase social que tienen determinaciones precisas y discretas”.

Según Monreal (1996: 18), la contribución fundamental de la Antropología a los estudios de la pobreza no ha sido, “a través de grandes teorías sino que ha surgido a través de las etnografías que diversos antropólogos han llevado a cabo”⁷⁴. En este sentido encuentro que quizá el aporte más interesante de Lewis es la metodología utilizada en sus estudios sobre los pobres y su cultura, a través de etnografías. Estudios antropológicos que, no obstante el tiempo que ha transcurrido desde su realización, ocupan un lugar de primer orden.

⁷⁴ La autora hace alusión, como ejemplo, a las investigaciones realizadas por el grupo conocido como la escuela sociológica de Chicago, cuya etapa de mayor auge estuvo entre 1915 y 1940, y que estuvieron relacionadas con formas de vida urbana (Monreal, 1996).

Siguiendo con Monreal, la autora señala que las teorías sobre la pobreza se desarrollaron para justificar la creciente desigualdad social que trajo el desarrollo del capitalismo. Aunque Monreal también reconoce, en el caso de la antropología que, “sería un error no reconocer las posibilidades que la teoría antropológica tiene en cuanto crítica cultural y su contribución a la diversidad cultural humana” (op. cit.106).

Respecto de la problemática de la pobreza en Colombia, las enormes bolsas de pobreza que hay en el país y las consecuencias que ello conlleva para algunos grupos de población, si bien afecta por igual a hombres y mujeres, no obstante la desigualdad en las mujeres es más acentuada. En este país, el 25 por ciento de los hogares pobres tiene a una mujer como cabeza de familia y sus ingresos son menores comparados con los percibidos por los hombres de su misma condición y estrato socioeconómico (Profamilia 2005).

Tanto en Colombia como en los demás países de la región, la situación de las mujeres como integrantes activas y partícipes de dinámicas y reformulaciones cotidianas de las prácticas sociales de las que forman parte, se ven enfrentadas a múltiples dificultades pero quizás una de las mayores es aquella que conlleva a la obtención de un empleo digno que pueda generar recursos para ella y su familia, siendo muchas de estas mujeres empleadas sin un contrato laboral, dado que buena parte de ellas encuentran trabajo dentro del sector informal⁷⁵ (Naciones Unidas, 2003; 2005).

Dentro de la economía informal las reglas del mercado pueden operar con la máxima libertad posible. La calidad y el precio de los productos, bienes y servicios, no están sujetos a control alguno. Los

⁷⁵ Canaval (1996), afirma que en Colombia las mujeres trabajadoras ganan un 32 por ciento menos que los hombres y que el sector informal absorbe el 57 por ciento de la población femenina trabajadora.

salarios no están regidos por ninguna estructura legal; no hay seguro social, vacaciones, compensaciones, ni derechos sindicales dado que ninguna organización de los trabajadores del sector sería tolerada. Todo ello permite un complicado engranaje de articulación entre la gran empresa 'formal' y el trabajo y mercado 'informal', puesto que ninguna economía está realmente fuera del aparato financiero del capital, o lo que es el proceso de globalización económica de la que también, estos países, forman parte (Quijano 1988: 43).

Respecto de la situación que vengo señalando, encuentro pertinente el planteamiento de Juliano (1998) cuando argumenta al respecto, que las mujeres en el proceso de occidentalizarse han perdido logros y negociaciones ganados en sus culturas de origen. Para muchas mujeres la inclusión en dicho proceso ha significado un camino contrario al acceso de mejoras en su calidad de vida. Tal es el caso de situaciones propiciadas por los nuevos modelos económicos que contribuyen a romper las redes de solidaridad, así como las estrategias de supervivencia tradicionales en países donde hoy por hoy la feminización de la pobreza está dentro de las problemáticas más relevantes, tal es el caso de países como Colombia.

Otro factor a tener en cuenta dentro de la feminización de la pobreza y, específicamente, en el caso colombiano, es el relacionado con la lectura que se da a las estadísticas a la hora de medir los niveles de pobreza en las mujeres. La interpretación más frecuente es que las madres solteras más pobres usualmente no aparecen como cabezas de familia, aunque en realidad lo sean. La ausencia de un sistema de asistencia social extendido es parte de la problemática que lleva a las mujeres que viven en condiciones de precariedad económica, en muchas ocasiones, a acudir a sus padres o familiares para compartir vivienda

para, de esta forma, lograr apoyos económicos para ella y sus hijos. En estos casos la tendencia es a mimetizar la pobreza de las mujeres dentro de variables generales de los indicadores, realizando la medición bajo promedios del grupo familiar sin reflejar problemáticas específicas de estas (Juliano 1998). Situación que encuentro paradójica cuando la tendencia en los distintos ámbitos de la sociedad es a destacar el protagonismo de éstas en procesos de socialización de los hijos/as pero, por otra parte, se ignoran aspectos fundamentales para éstas como son por ejemplo los relacionados con su identidad y su situación socioeconómica.

Si bien es cierto que fenómenos como la globalización ha producido transformaciones positivas a escala no sólo económica sino política y cultural en la vida de las personas como producto en buena medida de los avances tecnológicos y de las dinámicas de interrelación, propiciando una mejora en los niveles de bienestar entre las distintas poblaciones que comparten este fenómeno⁷⁶ sin embargo ocurre, que millones de personas, entre ellas mujeres, están excluidas de las mejoras que puede generar este proceso. La marginación de las mujeres pobres de estos avances y sistemas socioeconómicos, estaría sustentada por el carácter patriarcal que propicia una relación jerarquizada en las estructuras de estas sociedades. Entre este grupo de excluidas estarían colectivos que

⁷⁶ Según De Sousa (2003: 167), la globalización es un fenómeno multifacético en el que convergen dimensiones económicas, sociales, culturales, políticas, religiosas y jurídicas relacionadas entre sí. El autor señala que en los últimos 30 años la globalización combina, por un lado, la universalización y la eliminación de fronteras nacionales y por el otro, el particularismo y la diversidad local, la identidad étnica y el retorno al comunitarismo. Interactuando, además, con otras transformaciones que le son comunes o convergentes con el sistema a escala mundial como son, "el aumento dramático de las desigualdades entre países ricos y países pobres y, al interior de cada país, entre ricos y pobres, la sobreexplotación, la catástrofe ambiental, los conflictos étnicos, la migración internacional masiva, la emergencia de nuevos Estados y la desaparición o implosión de otros así como también, la proliferación de guerras civiles, el crimen globalmente organizado, la democracia formal como condición política para la ayuda internacional, etcétera". Para otros autores como Quijano (1992: 201), la globalización es, en primera medida, "la culminación de un proceso que comenzó con la constitución de América y del capitalismo colonial/moderno y euro centrado como un nuevo patrón de poder mundial (...)". Mientras que para Mignolo (2003), la globalización forma parte del nuevo proyecto civilizatorio guiado por el mercado y las corporaciones transnacionales.

enfrentan, aún, una mayor restricción como serían especialmente aquellas mujeres que pertenecen a minorías étnicas o aquellas que viven en las áreas rurales. (Pineda 2003; Sarmiento 2002).

2.3.1.1. Feminización de la pobreza

Considero que los efectos de la pobreza económica en las mujeres podrían verse como parte estructural de la sociedad cuyas consecuencias van más allá de unos indicadores cuantitativos, que es como se estudia desde que la feminización de la pobreza comenzó a verse como un problema relevante⁷⁷. Me refiero a aquellas consecuencias de la pobreza que moldean un comportamiento específico, propiciado por unas estructuras patriarcales que condiciona y limita la autonomía de las mujeres a la hora de tomar decisiones sobre su vida⁷⁸.

La década 1976-1985, (UNIFEM, 2002), fue decretada por las Naciones Unidas como ‘La Década de la Mujer’. Período en que las mujeres comenzaron a jugar un papel destacado en los planes de desarrollo social y económico, especialmente entre aquellas de bajos ingresos y que viven en países y comunidades del tercer mundo.

⁷⁷ Por lo general, las consecuencias que la pobreza ha traído a las mujeres ha sido tratada en mayor medida en ámbitos como la literatura y el cine. Encuentro pertinente señalar por ejemplo el caso de la escritora británica Virginia Woolf que, aunque no sea Latinoamericana, ni precisamente pobre, fue certera, y continúa siendo válido su argumento, más allá de sus fronteras geográficas y de clase cuando señaló, entre otras cosas, a comienzos del siglo XX en su ya clásico ensayo, ‘Una habitación propia’ (1929), que las mujeres siempre han carecido de recursos económicos en comparación con los hombres y, acto seguido argumenta Woolf, que por esta misma razón han carecido de libertad intelectual.

⁷⁸ Eisenstein (1980) define patriarcado como la supremacía masculina, tanto en las sociedades precapitalistas como capitalistas. Para la autora el patriarcado capitalista es una relación dialéctica que se refuerza mutuamente entre una estructura de clases y una estructura sexual jerarquizada. Mientras que para Amorós (1991: 25), la ideología del patriarcado, como un sistema de dominación masculina es, “en cierto sentido interclasista en la medida que constituye a los individuos varones como género en el sentido del realismo de los universales”. Por su parte Rubin 1986 (citado por Castro, y Bronfman 1998) ve la necesidad de realizar análisis que revelen las especificidades históricas de los sistemas de sexo / género en los distintos periodos históricos.

Durante esta década se produjeron cambios en la aproximación a la situación que vengo señalando tanto desde los investigadores, dentro de sus respectivos ámbitos académicos, como desde los legisladores. En cuanto a los investigadores, el cambio estuvo relacionado en el sentido de que, hasta ese momento, la preocupación por estudiar el rol de las mujeres estaba centrado en la familia y sus responsabilidades circunscritas a la reproducción, pasándose –a partir de la Década de la Mujer– a estudiar a las mujeres dentro de otras variables, por ejemplo como empleadas o trabajadoras o sea en el campo de la producción y reproducción de la fuerza laboral. Y desde los legisladores se pasó de la preocupación universal de la maternidad como el papel más importante de las mujeres, a considerarla con un papel dentro de las actividades productivas en la sociedad (Núñez y Ramírez, 2002).

En América Latina, es en esta década cuando se produjo desde las instancias gubernamentales y no gubernamentales interés en el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres. Hubo presión desde organismos internacionales hacia dichas instancias gubernamentales para que se hiciera efectiva la inversión de capital financiero y humano, y desde organizaciones no gubernamentales se incentivó el empleo de fondos para la realización de investigaciones e intervenciones directas en los distintos grupos de población, estas intervenciones fueron de tipo económico, de autosuficiencia, de igualdad y de empoderamiento de las mujeres (Moser, 1993). Es a partir de entonces cuando las mujeres comienzan a ser tenidas en cuenta como uno de los indicadores de pobreza. Siendo el estudio de esta situación conceptualizado en los círculos académicos como feminización de la pobreza⁷⁹ (Juliano, 1998).

⁷⁹ Según Monreal (1996: 78), el término fue introducido por la socióloga Diana, Pearce en 1978 quien la definió como, “un sistema de política pública, que junto con la segregación sexual en el

No obstante producirse en la sociedad el cambio aludido por Moser y Juliano, las relaciones de dependencia de las mujeres respecto de los hombres continúan solidamente establecidas en los distintos ámbitos u ordenes de la vida cotidiana e inscritas dentro de unas relaciones generizadas⁸⁰.

En América Latina el concepto de feminización de la pobreza está unido a un fenómeno de transformación cualitativa de la pobreza al lado de procesos como la urbanización, la reestructuración de los sistemas productivos y a los cambios en las opciones laborales que, según Juliano (1998: 63), “han incidido directamente en las condiciones de vida de millones de mujeres haciendo más duros sus esfuerzos de subsistencia”.

La autora señala que en algunas áreas de América Latina, ante la agudización de las posibilidades de unas condiciones de vida mínimas, los hombres pueden optar por la fuga siendo entonces la inestabilidad familiar una carga adicional para las mujeres que deben asumir la responsabilidad de la manutención de los/as hijos/as muchas veces en unas condiciones de extrema precariedad.

2.3.1.2. Más educadas y más Pobres

De acuerdo con la CEPAL (2003), en América Latina hay más mujeres en situación de pobreza económica que hombres aunque, no obstante, éstas presentan mayores índices de escolaridad. El tradicional argumento del menor salario de las mujeres en correspondencia con menores niveles de educación ha perdido todo fundamento, hombres y mujeres con igual nivel de estudios reciben salarios diferentes. Si bien

lugar de trabajo, tiende a institucionalizar la desigualdad sexual (...), siendo creciente el número de mujeres que son pobres porque son mujeres, derivando consecuencias económicas y sociales por este hecho (...).

⁸⁰ Para Cabrera (2004: 12) las relaciones de género son aquel, “conjunto de prácticas y estructuras mutuamente constitutivas que producen las diferencias, las desigualdades y la jerarquía”, entre hombres y mujeres en las sociedades contemporáneas.

las latinoamericanas han alcanzado niveles de escolaridad superiores al de los hombres, un año más de instrucción en promedio, según este informe, en éstas se da con mayor severidad situaciones como desempleo y discriminación a la hora de intentar el ingreso en el mercado laboral⁸¹.

Del mismo modo, según el informe anteriormente señalado, la fuerza laboral de las mujeres en los países latinoamericanos se desvalorizó en aquellos sectores mejor remunerados tales como los relacionados con la banca, los seguros y la industria inmobiliaria, concentrándose el trabajo femenino en sectores de menor remuneración y, también, menores prestaciones sociales. Igualmente, según el Fondo de las Naciones Unidas para la mujer, UNIFEM (2002), en 7 de 10 países de América Latina –entre los que está Colombia– la mitad de las mujeres que trabajan en sectores distintos a la agricultura lo hacen en el sector informal, con las desventajas que como ya se afirmó anteriormente trae una vinculación laboral dentro de este sector. Por lo tanto, la tendencia es la concentración de mano de obra femenina en trabajos de menor calidad, lo que va unido no sólo a una menor adquisición en términos salariales sino a precariedad en cobertura de servicios básicos como salud y seguridad social, sumado a menores oportunidades de formación o perspectivas profesionales. Estas relaciones jerarquizadas en el ámbito laboral entre las mujeres pertenecen al ámbito de la discriminación de género.

Autoras como Beck- Gernsheim (2003) señalan que en las actuales sociedades las condiciones de socialización han ido cambiando de

⁸¹ Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS, del año (2005), del total de mujeres colombianas que alguna vez han trabajado, al 27% le pidieron prueba de embarazo cuando solicitaron un empleo, a un 5% le pidieron prueba del SIDA; a un 2% le pidieron certificado de esterilización, y a un 4% la despidieron del empleo por estar embarazada. El informe señala que el número de mujeres despedidas por estar embarazadas disminuye con el nivel educativo de éstas y, además, que dichas exigencias son más frecuentes en las áreas urbanas.

manera decisiva para hombres y mujeres. Este cambio, señala la autora, tiene que ver con que antes había diferenciación en los modelos educativos asignados a unos y otras, mientras que actualmente la educación formal es impartida de forma homogénea, lo que significa que las presiones para hombres y mujeres son similares. Dándose entonces la paradoja que si bien los centros de enseñanza exigen por igual a hombres y mujeres, a la hora de ingresar al mercado laboral las mujeres se encuentran compitiendo de forma desigual respecto de los hombres donde la tendencia es el acceso de las mujeres en trabajos que han perdido poder decisorio. Situación que viene a demostrar la brecha que hay entre el nivel de exigencia y las prácticas sociales de las mujeres en términos reales, entre los que estaría el ámbito laboral. En esta misma dirección autoras como Juan (1991: 35) afirman que las mujeres continúan devaluadas en la escala social, insertas en estructuras, “donde los mandos son cabezas masculinas”.

En Colombia según el DANE (2000), la encuesta de hogares realizada en este año mostró que el porcentaje de mujeres mayores de 15 años sin ingresos propios supera ampliamente el de los hombres en rangos de edades similares. En las áreas urbanas el 45% de las mujeres carecía de ingresos propios comparado con el 21% de los hombres, aunque también es cierto que se ha producido un aumento de mujeres en el mercado laboral (la tasa de ocupación femenina entre 1990 y 1997 pasó de 37.7 a 41.2% (DANE, 2000).

Como se viene afirmando, las desventajas laborales de los colombianos son más drásticas entre las mujeres pobres. En el país el sesgo del mercado laboral que viven las mujeres en situación de pobreza podría calificarse de dramático. Las mujeres pobres con hijos pequeños, a la hora de buscarse un empleo, son quienes enfrentan mayores

limitaciones reflejándose en una menor incorporación de éstas al mercado laboral⁸². Son estas mujeres quienes deben asumir la duplicidad de roles al combinar el cuidado y crianza de los hijos con el trabajo fuera del ámbito doméstico, con las consecuencias que para la salud de estas mujeres trae dicha situación. Desde el ámbito de la salud de las mujeres, el hecho de recibir apoyos durante el proceso de la crianza de los hijos les propicia la disminución de conductas estresantes en detrimento, entre otros aspectos, de la calidad de vida.

Según Rosales (2002), la crianza además de las cargas de trabajo significa para las mujeres alteraciones del sueño, especialmente durante los primeros años que es cuando estas mujeres tienen que reducir el tiempo de descanso para compaginar la duplicidad de roles como madres y como trabajadoras. Según la autora, esta situación no queda reflejada en la sociedad sino, tan sólo, como una consecuencia inevitable de la crianza. Sin embargo, las repercusiones que las alteraciones del sueño trae a la salud, mental y física, de las mujeres a mediano y largo plazo han tendido a quedar relativizadas.

Otra consecuencia unida a esta situación es la planteada por Menéndez (1992) cuando señala que diversas investigaciones sobre las mujeres pobres del Tercer Mundo tienen entre las conclusiones, como factor relevante, el alto grado de tensión al cual están sometidas las madres de los sectores pobres hecho que, según el autor, contribuye significativamente a aumentar las tasas de mortalidad infantil entre estos grupos de población.

⁸² En Buenaventura quienes cuidan a los niños/as mientras las madres trabajan fuera del hogar son, muchas veces, las abuelas o las hermanas de la madre que se encuentran desempleadas o, inclusive, cuando hay un marido y además no tiene empleo, éstos también se ocupan de los hijos / as. Esta situación demuestra que no hay claridad respecto a la asignación de unos roles femenino / masculino específicos y concretos respecto del cuidado de los hijos/as en la familia.

La situación de marginación o desventaja de las mujeres tiene relación, más que con el papel de madres, con el control que éstas tengan sobre el acceso a los recursos, este hecho estaría unido tanto a las condiciones laborales como al poder adquisitivo que las mujeres alcancen mediante el trabajo fuera del hogar. La persistencia de situaciones de inequidad, entre las que estarían las referidas anteriormente, son factores que inciden de forma negativa para lograr avances significativos en las relaciones de igualdad entre hombres y mujeres (Leacock, 1978; Sarmiento 2002).

Como se viene señalando, estas situaciones a que se ven enfrentados algunos colectivos de mujeres colombianas, y de otros países en similar situación, cuando quieren sacar adelante su vida en los planos tanto laboral como personal de forma simultánea, podría verse como parte de una estructura social, aún, profundamente patriarcal, basada en una construcción generizada en los distintos ámbitos, espacios y tiempos de la vida cotidiana de las mujeres, donde las mujeres continúan relacionándose con el ámbito privado/doméstico mientras lo público, sigue siendo alusivo a los hombres.

Los espacios ‘masculinos’ no están adaptados para compatibilizarlos con las actividades domésticas ya que éstas han sido, y continúan, asumidas por las mujeres. No obstante cada vez más las mujeres estén en igualdad de condiciones, educativas por ejemplo, estos espacios y tiempos masculinizados persisten. Mientras se producen los cambios en la estructura social, las mujeres están abocadas a sobrellevar, como mejor puedan estas contradicciones afianzadas, aún, sólidamente en las prácticas sociales donde siguen jugado un papel definitivo en las relaciones entre hombres y mujeres en las actuales sociedades.

Al comienzo de este apartado he señalado que actualmente en Colombia las mujeres, si bien presentan un mayor nivel de escolarización, siguen estando en una escala inferior respecto de los hombres a la hora de recibir una remuneración acorde con su cualificación o de lograr una equitativa ubicación laboral. Si bien encuentro que esta situación es así, no obstante he observado que entre las mujeres de Buenaventura un mayor nivel de estudios puede estar siendo un factor favorable para éstas, especialmente a la hora de ganar espacios de participación en organizaciones reafirmativas como ciudadanas con derechos, tanto a nivel intragrupo como fuera de él. Entre las mujeres afrocolombianas de la ciudad, por lo general, aquellas que logran un mayor nivel de escolaridad demuestran más predisposición para exponer y reflexionar sobre sus problemáticas así como para liderar iniciativas, propuestas y demandas, ante las instituciones o colectivos externos a su entorno tendientes a producir cambios positivos para ellas y su grupo. Lo que lleva a pensar que son, en buena medida, las mujeres con mayores niveles de educación formal quienes están jalonando el cambio tendiente a modificar el rol por excelencia, colgado a las mujeres, como es el doméstico y biológico–reproductivo.

De las veinte mujeres que participaron en el estudio, cuatro de ellas tenían estudios superiores; una no había terminado la carrera; una había alcanzado el nivel técnico administrativo o lo que en Colombia se conoce como ‘Carrera Intermedia’; dos habían realizado la secundaria completa, mientras que seis habían llegado a algún nivel de este período de enseñanza; de las seis restantes, tres tenían la primaria completa y las otras tres no llegaron a terminarla.

2.3.2. El género y la salud en contextos de inequidad socioeconómica

El heterogéneo mosaico de desigualdades que hay en los países latinoamericanos muestra toda su complejidad e inequidad a la hora de acceder a los servicios de salud. Una de las consecuencias de esta situación sería la polarización entre los distintos grupos de población en relación con el acceso a los recursos (OMS, 2003,2004).

En Colombia, país diverso y desigual, esta situación podría describirse de la siguiente manera: un grupo de población cada vez más pequeño con altos niveles de ingreso que tiene capacidad de acceder, cuando lo requiera, a la atención sanitaria que ofrece el sector privado. Luego estarían los trabajadores urbanos y, en algunos casos, rurales que alcanzan un nivel intermedio de acceso de atención a la salud con esquemas mixtos de recursos del Estado y también, cuando consideren necesario, por pagos directos al sector sanitario privado; y, finalmente, una gran masa de población entre los que estarían desempleados, desplazados y grupos de población mayor, tanto de las áreas rurales como urbanas, cuya situación de precariedad impide cubrir las necesidades básicas, incluidos los servicios de salud que deberían ser cubiertos por el sistema de prestación de servicios sanitarios públicos. No obstante, la capacidad de respuesta de dicho sistema es insuficiente por lo que la deuda social contraída con la población es cada vez mayor.

El último informe de las Naciones Unidas del año 2005, en el marco del programa que viene desarrollando conocido como Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la disminución de la mortalidad materna ocupa el quinto lugar entre los diez objetivos propuestos por esta organización. Entre las razones argumentadas para la inclusión de este tipo de muerte en las mujeres como un objetivo prioritario es que,

“anualmente, para más de medio millón de mujeres el embarazo y el parto terminan en la muerte y veinte veces este número sufre lesiones o incapacidades graves que si no se tratan adecuadamente les puede causar sufrimientos y humillación durante toda la vida” (ODM, 2005: 22).

El informe señala además que no obstante los progresos, queda mucho por hacer, especialmente en aquellos países donde los recursos destinados no son suficientes ni eficaces para que las mujeres en desventaja socioeconómica tengan partos seguros. El informe antes señalado, plantea entre las metas urgentes la reducción en 2/3 partes la mortalidad infantil en menores de 5 años entre 1990 y el 2015, considerado éste también un sector de la población con alta vulnerabilidad entre los países en desarrollo. Según este informe, el sector de la salud, “debe formar parte de equipos de trabajo más amplios, formados y coordinados por los ministerios y entidades encargados de la industria, el suministro de agua y el saneamiento” (ODM, 2005: 31).

En Colombia y en los demás países de la región en similar situación, el sector de la salud debe competir con otros sectores por los recursos financieros, que además de escasos cuentan con una inadecuada organización y administración. Un desorden administrativo que se traduce en incapacidad para establecer prioridades a la hora de asignar recursos acordes con las necesidades reales de las poblaciones para quienes van dirigidos estos servicios. Así, factores tales como una inadecuada planificación y gestión de las estrategias dirigidas a resolver esta problemática trae desconfianza entre la población que descrea de lo que el sistema sanitario puede hacer por su salud. Según De Roux (1991: 35),⁸³ en Colombia el sector de la salud, “aún no ha ganado un liderazgo,

⁸³ Si bien la situación señalada por De Roux tiene ya varios años, considero que dicha situación no ha mostrado cambios significativos.

siendo superado por otros sectores considerados de mayor potencial y visibilidad políticos”.

Según la CEPAL (2004), un criterio reciente en los países latinoamericanos es que dadas las reformas sectoriales para responder al nuevo modelo categorizado por la flexibilidad del empleo y las condiciones laborales, un conjunto de programas inicialmente promovidos con el fin de mejorar la eficacia, la equidad y la calidad de los servicios sociales públicos, en muchos casos tienden a centrarse en un solo objetivo, y además de tipo macroeconómico, como es el de reducir los gastos de operación y disminución del déficit presupuestario de los gobiernos dejando de lado las iniciativas y demanda de las poblaciones.

Igualmente, de acuerdo con Menéndez (1993), el sector de la salud en América Latina funciona a partir de un modelo que tiende a centrar los recursos en actividades asistenciales y a secundarizar las estrategias preventivas y las necesidades reales de las comunidades, colocando además el eje de las intervenciones en el sistema sanitario biomédico. Un sistema que establece una relación vertical con los grupos a quienes van dirigidos los servicios. Según el autor, esta situación es propiciada por el acomodamiento y pasividad de un organismo que cuenta con una estructura altamente jerarquizada cuyo funcionamiento se basa en un protocolo de diagnóstico general donde particularidades como el género, el origen étnico y el estrato social, aunque son partes constitutivas de una persona, ‘incomodan’ en la medida que se salen de los estándares de cómo está concebido el sistema.

En Colombia los sectores, tanto rurales como urbanos, que viven condiciones de precariedad económica en el país no disponen de condiciones reales de, por ejemplo, accesibilidad e información

adecuada para acercarse por su cuenta a las instituciones sanitarias presentes en las ciudades y buscar una solución a los problemas de salud. Siendo, paradójicamente, estos grupos de población los que enfrentan mayores riesgos dado que por lo general la precariedad de los ingresos les impide el acceso de la atención a los problemas de salud por cuenta propia, desde el sector sanitario privado, por lo que son estos grupos quienes demandan una mayor atención por parte de la institución sanitaria pública, respecto de aquellos grupos que gozan de un mayor nivel socioeconómico.

En el caso específico de las mujeres la formulación de propuestas desde el ámbito sanitario, el Estado colombiano ha sido débil y muchas de estas iniciativas no se llevan a la práctica. Aunque autoras como Reyes (2001), afirman que comienza a vislumbrarse un nuevo panorama en el país en relación con las problemáticas de salud de las mujeres, pues éstas comienzan a tenerse en cuenta tanto dentro del ámbito académico como a la hora de implementar políticas y programas sanitarios. A partir de la constitución nacional actual, si bien esta normativa aún no termina de encajar en la dinámica social del país –como quedó explicado en el capítulo uno– en un principio, a la hora del planeamiento de dicha normativa, sí tuvo en cuenta la situación de desventaja que presentan las mujeres desde las políticas sanitarias públicas. Siendo por lo tanto, uno de los principales logros obtenidos a partir de dicha constitución el reconocimiento por primera vez en la historia del país de la planificación familiar como un derecho de las mujeres (Profamilia 2005). Este ha sido un detonante que ha propiciado una secuencia de pasos tanto en el terreno jurídico como de la salud, uno de ellos es el debate que actualmente se está produciendo en el país acerca de la despenalización del aborto, asunto tratado en el capítulo cinco.

III. LOS GRUPOS NEGROS O AFROCOLOMBIANOS

Presentación

En este tercer capítulo me aproximo a los grupos afrocolombianos desde una perspectiva socio antropológica e histórica. Asimismo abordo categorías como etnia, raza y racismo en relación con la clase social, la pobreza económica, el género y la salud.

Igualmente planteo asuntos como los principales cambios que ha traído a los afrocolombianos la constitución vigente desde 1991. Normativa que vino por primera vez a reconocer una condición propia de la sociedad colombiana, como es el que este es un país pluriétnico y multicultural. Este reconocimiento llevó a los grupos de minorías étnicas que hay en el país, los afrocolombianos y los indígenas, a ser considerados legalmente como sujetos con derechos políticos y sociales.

En esta misma dirección abordo los alcances que para estos grupos ha traído, como consecuencia de los cambios legales, la reformulación y gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sobre los alcances que dicha reforma sanitaria estaría trayendo a los afrocolombianos.

3.1. APROXIMACIONES HISTÓRICAS, ANTROPOLÓGICAS Y SOCIOLÓGICAS DE LOS GRUPOS AFROCOLOMBIANOS

El término identificatorio, afrocolombiano/a emerge por analogía del de ‘afroamericana/o’⁸⁴, propuesto en los Estados Unidos por los movimientos sociales que siguieron al periodo de lucha por los derechos civiles durante los años 60. En Colombia la denominación de estas poblaciones como ‘comunidades negras’, ‘comunidades afrocolombianas’, o ‘comunidades afrodescendientes’, ha generado vivos debates en ámbitos académicos o universitarios, aunque las tres acepciones tienen en común que buscan resaltar una especificidad étnica. Actualmente existe la tendencia a utilizar de forma indiferenciada cualquiera de estas tres nominaciones, bien en el ámbito académico o fuera de él.

La referencia específica a cultura afrocolombiana hace alusión a un conjunto de prácticas y representaciones de estos grupos descendientes de población africana traída como esclava al continente americano en el siglo XVI. El primer desembarco lo sitúa el historiador Moreno Friginals (1999) en 1518, año en que poblaciones de distintos países de África Central fueron traídas al continente americano dentro de una organización de carácter carcelario y con fines productivos⁸⁵. El reclutamiento y posterior traslado a tierras americanas de esta población lo sitúa el autor en aproximadamente nueve millones y medio de personas⁸⁶; la magnitud, numérica, de esclavos fue tal que sobrepasó el tipo de actividades para las

⁸⁴ La autoría del término afroamericano es del Antropólogo norteamericano Melville Herskovits, dado a los descendientes de las poblaciones negras africanas llegadas a América en condición de esclavos/as (Aguirre, 1986).

⁸⁵ Friedemann y Arocha (1986: 16) plantean que el proceso de esclavitud estuvo sustentado por una, “disciplina de hierro administrada por amos y mayordomos (...), el cepto el escarnio de la picota, el suplicio del látigo y el martirio de la mutilación (...), junto con los cortes de orejas, la castración y las marcas de fuego en distintas partes del cuerpo, eran algunos de los castigos impuestos a la población esclava.

⁸⁶ Bastide (1969), sitúa esta cifra en doce millones.

que fueron traídos inicialmente (trabajos relacionados con la producción de tabaco, algodón, arroz y minería), permeando todas las esferas de la sociedad. Uno de los criterios seguidos hasta bien entrado el siglo XIX, a la hora de seleccionar y hacer el reclutamiento de la población para fines esclavistas, fue el bajo porcentaje de mujeres, 72 por ciento de hombres contra 28 por ciento de mujeres. Sólo hacia 1820 cuando fue abolido el comercio legal de éstos, se produjo la tendencia a equiparar numéricamente la importación de hombres y mujeres obligados por una situación de crisis, hecho que también propició la importación de niños. Aproximadamente el 90 por ciento de esta población africana se concentró en las antiguas colonias europeas del Caribe, en Brasil y en el sur de los actuales Estados Unidos de Norteamérica (Moreno Fraginalls, 1999).

Si bien la esclavitud, aunque en menor escala, ya era vigente en África como una actividad económica y lucrativa, ésta no era similar a la generada por los esclavistas europeos. La diferencia tenía que ver con que aquella no alteraba el equilibrio de las sociedades africanas de donde procedían las poblaciones. Mientras que esta situación sí estuvo presente en la práctica esclavista llevada a cabo por los europeos. Práctica que vino a modificar de forma considerable las sociedades africanas de donde fueron sacados, de forma forzada, las poblaciones esclavizadas. Según Martínez (1993: 112), “[...] el sistema esclavista practicado por los europeos despojó a las poblaciones africanas esclavizadas de humanidad, éstas eran parte de un engranaje económico, ocupando un lugar no como personas sino como mercancía cuyo precio de venta financió con creces las expediciones; cuando los africanos en manos de europeos perdieron su identidad como hombres y fueron convertidos en motores de sangre, con ello nació en el mundo occidental la concepción del negro como una categoría de inferioridad [...]”.

Según la autora, el proceso de la esclavitud, significó para el continente africano un gran desbarajuste dada la pérdida de fuerza de mano de obra de jóvenes que abandonaban, involuntariamente, actividades económicas claves como la agricultura, suplantada por el comercio de esclavos convertida en una de las actividades económicas más rentables del continente. Este desbarajuste propiciado por esta nueva actividad económica contribuyó a que se intensificaran y multiplicaran las guerras tribales convertidas en el principal medio de reclutamiento de hombres y, posteriormente, de mujeres que engrosarían la oferta del mercado de éstos.

Entre las razones para el comercio de esclavos en América, está la alta mortalidad que se produjo en el período de conquista en el continente americano, obligando a la corona española y portuguesa a introducir en sus colonias esclavos traídos de África para subsanar el déficit de mano de obra. La selección de estas poblaciones tuvo que ver con factores como la buena capacidad de adaptación de estas poblaciones a las extremas condiciones, entre ellas climáticas y medioambientales de las tierras del trópico y no a supuestos que hablan de la capacidad innata del negro para el duro trabajo en las minas. Los africanos traídos a América como esclavos quedaron reducidos a una mercancía movible con valor propio, sujeta a las oscilaciones de la oferta y la demanda, éstos tenían valor de moneda y representaban para el dueño una garantía o capital a la hora de realizar transacciones comerciales (Martínez 1993; Pareja 1981; Friedemann y Arocha, 1986).

La situación de esclavitud a que fueron sometidos los africanos en el continente americano produjo aculturación pero a la vez, también, deculturación, aún partiendo del supuesto de que la deculturación total es

imposible⁸⁷. La llegada de estas poblaciones esclavas a América marcó nuevas pautas y nuevos niveles de sincretismo cultural en los países receptores.

El uso de los términos mestizo, zambo y mulato son utilizados en América Latina para señalar las mezclas básicas de razas que en el nivel físico se da de la siguiente manera: el negro con el blanco produce el mulato; el indígena con el blanco produce el mestizo; el indio con el negro produce el zambo (Moreno, 1999; Pareja 1981; Martínez 1993; Wade 1993).

Las poblaciones africanas en el continente americano además de patrones culturales, propios de sus países de origen, recrearon también una cultura producto de la vida en cautividad. Incorporaron a su cotidianidad, como alternativa de sobrevivencia, estrategias que pasaban por reinventar su sexualidad, sus relaciones intragrupo y en general sus vidas. Unas vidas que, en condiciones de esclavitud, transcurrieron en “[...]un tenso clima de represión y obsesión sexual que se expresó en mil formas: Cuentos, juegos, bailes [...] donde más fuerte que la tradición cultural (africana) fue el obsesivo mundo de la plantación [...]” (Fraginals 1999: 33; Bastide, 1969).

En cuanto a las perspectivas antropológicas vigentes en América Latina respecto de las prácticas culturales de estas poblaciones esclavizadas y traídas al continente americano, autores como Bastide (1969) señalan que se han producido dos tipos de enfoques en los estudios sobre este fenómeno.

El primero sostiene que los modelos sobre formas de vida africana se han impuesto a la presión del medio, conservando comportamientos intactos a

⁵Moreno Fraginals (1999: 25) define deculturación como el “proceso consciente mediante el cual, con fines de explotación económica, se procede a desarraigar la cultura de un grupo humano para facilitar la expropiación de riquezas naturales del territorio o para utilizarlo como mano de obra barata. El proceso de deculturación es inherente a toda forma de explotación colonial o neocolonial.

los traídos por estas poblaciones desde los países de origen de donde fueron sacados de forma coercitiva, a estos grupos se les llamaría grupos africanos.

_ El segundo enfoque corresponde a aquellos autores que apoyados en el modelo culturalista, defendido por Herkovits, tienden a mostrar la coincidencia entre el territorio y las prácticas culturales cambiantes de estos grupos y cuyos cambios entonces estarían condicionados por lo encontrado en el lugar de llegada. Siendo la presión del medio más fuerte que la memoria colectiva de estas poblaciones; un medio que acumula siglos de servidumbre y segregación racial para los afrodescendientes en el continente americano.

Siguiendo con Bastide, el autor señala que a estos grupos les corresponde llamarse grupos negros y no africanos, y que no obstante éstos desarrollen su vida al margen de los grupos blancos, de todos modos han perdido el recuerdo de sus antiguas patrias. En este caso la resistencia a los modelos culturales impuestos por sus dueños propició la reinención de nuevas formas de relaciones intragrupo como respuesta a las nuevas condiciones de vida.

Acerca de las prácticas socioculturales de estas poblaciones en América Latina sustentadas en estos dos enfoques, Bastide señala que en buena medida estas teorías no son más que imágenes ideales ya que en realidad lo que se presenta es un continuun entre estos dos tipos extremos, y que si bien un sector de estas poblaciones puede haber conservado su carácter netamente africano (la religión por ejemplo), el otro sector puede haber respondido al nuevo medio vital (familia, comunidad). Por lo que estas dos teorías sobre las poblaciones afroamericanas resultan sistemáticas al querer explicar un conjunto de rasgos culturales complejos y variables

teniendo como únicos factores: memoria colectiva, disgregación debida a la esclavitud y condiciones del medio americano. Esta situación en buena medida, señala el autor, está atravesada por la ideología de los investigadores.

Actualmente, y en relación con la posición desde el ámbito académico colombiano, hay posiciones discrepantes en cuanto a los patrones culturales de estos grupos. Por un lado estaría la propuesta ‘afrogenética’ planteada y desarrollada en numerosos estudios por autores / as como la antropóloga, Nina de Friedemann y el antropólogo Jaime Arocha. Propuesta que va en la dirección de no negar en los grupos afrocolombianos la memoria ni la capacidad de recordar y realizar procesos de reconstrucción política, social y cultural teniendo como punto de partida África. Así, según el autor la historia de los afrocolombianos comienza en África. Y, “pese a la especificidad de la africanía en Colombia, negar sus memorias equivale a impugnar la humanidad de los esclavizados y sus descendientes” (op.cit. 27). Siguiendo con Arocha, (1999: 28), el autor plantea el peligro que supone hacer análisis de cambios culturales, “como promedios aritméticos homologando las partes con el todo”, por lo que hay la necesidad en el país de estudios y análisis comparables a los realizados, por ejemplo, sobre la evolución de las lenguas criollas dado que, por ejemplo, el uso del concepto hibridación utilizado por algunos antropólogos para definir los procesos culturales de los grupos negros, oculta la especificidad afroamericana⁸⁸.

El autor igualmente cuestiona los planteamientos de autores como Wade (1993), cuando éste en su estudio sobre los afrocolombianos señala que buena parte de lo que es la cultura de los grupos negros procede de

⁸⁸ Según García Canclini (2001: 14), el término hibridación, dado su profuso empleo, propicia variedad de significados en algunos casos discordantes con lo que realmente quiere significar. El autor define hibridación a, “procesos sociales en los que estructuras o prácticas discretas, que existían en forma separada, se combinan para generar nuevas estructuras, objetos y prácticas (...), las estructuras discretas fueron resultado de hibridaciones, por lo cual no pueden ser consideradas fuentes puras”.

fuentes europeas. Para Arocha (*op.cit.* 25) en este tipo de estudios, “figuran alternativas de dudosa factura”. Del mismo modo, el autor se defiende de los argumentos que niegan la presencia africana en las prácticas culturales de los afrocolombianos cuando señala cuestiones tales como que, “antes de haber completado medio siglo de vida en este continente, los africanos ya habían desarrollado artefactos y técnicas, formas de organización social y política, estrategias militares basadas en manejos creativos de selvas, ciénagas y pantanos, así como medios de comunicación abiertos o clandestinos según fuera necesario contactar a sus semejantes o a sus dioses. A la velocidad de los procesos normales de la humanidad, una elaboración comparable les hubiera tomado siglos de evolución. Esta creatividad sí merece celebrarse, pero jamás los esfuerzos de ayer y de hoy por aniquilarla o sustituirla por la de raigambre europea” (*op.cit.*: 38).

Acerca de la obra dejada por Friedemann sobre las poblaciones afrocolombianas, hay en los medios académicos del país seguidores y detractores acerca de sus hallazgos y aportes; entre los seguidores esta el caso de Arocha (2000), cuando argumenta que las investigaciones de Friedemann fueron positivas en la medida que buscaron un puente entre África y América, ahondando acerca del origen y la evolución de estos grupos, a la vez que significó un compromiso desde la antropología con los grupos afrocolombianos.

Para el autor, fueron tres las bases sobre las que Friedemann defendió su postura de reconocimiento de los grupos negros o afrocolombianos:

_Sentó una visión antropológica crítica cuando se negó a aceptar la neutralidad valorativa y asumió la denuncia a la segregación, persecución y aniquilamiento de los grupos étnicos en el país a través de la promoción de criterios de autonomía de dichos grupos.

_Mantuvo la tesis de ‘Huellas de africanía’, sustentada en trabajos etnográficos en distintas regiones del país habitados por poblaciones negras.

_Insistió en la creación de vínculos y diálogos a través de distintos medios como por ejemplo la revista ‘América negra’.⁸⁹

Entre los autores que discrepan de la obra realizada por Friedemann está Barona (1995) cuando señala que la autora no describió con nitidez la dinámica de la trata de negros dentro de los procesos propios del capitalismo. Igualmente para el autor, Friedemann hace idealizaciones que generan problemas a la hora de contextualizar, analizar y esclarecer la sociedad esclavista colonial.

La otra posición, quizá la más actual y novedosa, relacionada con las prácticas culturales de los afrocolombianos es la planteada por Urrea et al. (2004) en su reciente estudio sobre los afrocolombianos de la Región del Pacífico. Los autores en los distintos abordajes que realizan sobre estos grupos, han puesto el énfasis en el comportamiento de estas poblaciones en las regiones estudiadas en relación con, “los procesos sociales contemporáneos, siempre rastreando sus componentes sociohistóricos”⁹⁰ (Urrea y Barbary, 2004: 30). Según los autores, en dichos estudios, “se recupera lo cultural pero formando parte de prácticas sociales ubicadas en sus contextos históricos que ponen siempre en juego dimensiones objetivas y subjetivas”.

Concluiría planteando, de acuerdo con autoras como Losonczy (1999), que en países como Colombia las exploraciones etnográficas y las revisiones metodológicas sobre los grupos negros sólo recién empiezan a

⁸⁹ Revista especializada en temas sobre afroamericanos/as, fundada por Friedemann en el año 1991.

⁹⁰ El estudio presentado por Urrea et al, (2004) abarca el eje geográfico del pacífico sur que además de Tumaco y Cali, como centros principales, incluye también otros territorios como la región del Patía y el Norte del Cauca, así como los centros urbanos de Buenaventura, Guapi y el departamento del Chocó.

superar el dilema entre la búsqueda de un africanismo de supervivencia y la constatación de una desestructuración cultural de origen exógeno, unida a una adaptación marginal a la sociedad colombiana.

En el país el reconocimiento a la contribución hecha por las poblaciones negras en la formación de la nación aún está pendiente. Según Friedemann y Arocha (1986: 17), tendrán que transcurrir muchos años para ver a las “figuras de alcurnia hispánica compartiendo los altares de la patria con héroes y personajes de estirpe neoafricana”. Mientras se produce el acercamiento a lo planteado por los autores, la memoria de los afrocolombianos seguirá construyéndose, “sobre un doble vacío: el del origen africano y el de la esclavitud, concretado en una identidad intersticial, resultado de violentas discontinuidades históricas” (Losonczy, 1999: 15).

3. 1. 1. La familia afrocolombiana

Las interpretaciones en torno a la familia negra o afrocolombiana han sido, además de escasas, de gran controversia. Una razón que propicia esta situación es la planteada por el antropólogo Roger Bastide (1969) cuando argumenta, sobre las poblaciones africanas, que en la etapa posterior al desembarco de esclavos al continente americano fueron pocos los esfuerzos dedicados a elaborar estudios de los aspectos cotidianos en comparación con la abundante bibliografía que se dispone de asuntos relacionados con el folclor y la religión de estos pueblos.

El planteamiento señalado por Bastide coincide con el señalado por los autores Bernand y Gruzinski (1988) para el caso de las familias indígenas en la etapa colonial. Dos argumentos que llevan a afirmar que hubo por parte de los conquistadores españoles y, posteriormente, de los

criollos esclavistas, un interés hacia estas poblaciones centrado en lo pintoresco y exótico.

La situación anteriormente señala es planteada, específicamente, para Colombia por Gutiérrez (1997) cuando se refiere a la escasa información que hay en el país sobre la familia negra, hecho que dificulta el hallazgo de fuentes bibliográficas que permitan configurar las características de la familia de ascendencia africana en los siglos, XVI, XVII y XVIII, o sea posterior al desembarco. Gutiérrez (1997: 158) señala igualmente que el caso de Colombia respecto de estos grupos fue diferente a por ejemplo Brasil y Guyanas, dado que aquí, “el desembarco de la población africana sólo tocó la periferia, pintó las zonas mineras y apenas se insinuó en la médula del ámbito colombiano”. Del mismo modo, la autora señala como factores relevantes que propiciaron la escasez de fuentes, las condiciones en que llegaron al país estas poblaciones: jóvenes, dispersas y en condiciones precarias. Hechos que impiden afirmar con rotundidad que cuestiones como formas de unión, tal es el caso de las relaciones esporádicas, la unión libre y la poliginia, sean formas de unión heredadas de las poblaciones africanas llegadas al país durante la etapa esclavista.

En cuanto al debate en las ciencias sociales sobre los orígenes de la familia negra en tierras americanas he tenido en cuenta las propuestas de Bastide (1969) y Smith (1956) para abordar tres teorías o aproximaciones que en el siglo XX se han planteado sobre la familia afroamericana.

La primera teoría, planteada por Bastide está sustentada en el acercamiento que de la familia negra afroamericana hace el culturalista Herskovits (1938) que la ve como una supervivencia de la familia africana

donde el matrimonio se produce a través de acuerdos entre los padres de los contrayentes, siendo la regla en este tipo de uniones la poliginia⁹¹.

La teoría anteriormente señalada ha sido seguida en Colombia por investigadores como Arocha y Friedemann (1986) cuando afirman, que la cultura de los grupos negros venidos a América se sustenta sobre rasgos e instituciones del África. Los autores plantean además que el baile, la música, las creencias, actitudes y hasta la forma de andar de estas poblaciones son expresiones africanas que se manifiestan con mayor o menor fortaleza según se ha producido el contacto con las poblaciones indígenas o europeas. Así, las uniones con énfasis en este modelo de matrimonio podrían ser una reinterpretación de la poliginia practicada en África⁹². Aquí los lazos entre los/as hijos/as y el padre tenderían a difuminarse dado que las uniones son inestables y éstos por lo general quedan con la madre, situación que propicia la familia de carácter matrifocal.

_Una segunda teoría sobre la familia afroamericana señalada por Bastide (1969) que apoyado en los estudios de Frazier (1939), señala que la familia matrifocal es una consecuencia de la esclavitud.

El autor señala respecto de las uniones entre estas poblaciones que el padre siempre estaba en la plantación y a veces incluso era desconocido siendo entonces los únicos lazos afectivos que podían tener los hijos eran los que le unían a la madre y luego cuando ésta regresaba al trabajo en las plantaciones, los que le unían a las mujeres mayores de la familia que en adelante los cuidaban.

⁹¹ La poliginia es una forma del matrimonio poligámico que consiste en la unión, en matrimonio, de un hombre con varias mujeres de forma simultánea, matrimonio que, según Motta (2002), se encuentra entre los grupos afrocolombianos de las zonas rurales del Pacífico colombiano.

⁹² Considero importante señalar que la poliginia no es universal en las sociedades africanas.

_ La tercera teoría corresponde a los estudios de Smith (1956), y cuyo argumento es que la familia matrifocal no es un rasgo exclusivo de los grupos negros en el nuevo mundo. Sino que ésta modalidad de familia es un momento del ciclo doméstico, una adaptación funcional al medio, y no una cualidad de un determinado grupo. Según Smith, la matrifocalidad tiene su equivalente europeo (madres solteras, niños educados por la abuela). La familia negra urbana aparece según esta teoría, como el producto de un doble proceso: de disgregación de los modelos africanos suscitados tanto por la promiscuidad sexual bajo la esclavitud, como por la desbandada que se produjo después de la emancipación en dirección a las ciudades donde los grupos negros vivían fuera de todo control del grupo hegemónico.

El planteamiento de Bastide sobre la familia de las poblaciones descendientes de población africana en América, es que esta puede aparecer en nuestra perspectiva, cristiana occidental, carente de lo que con nuestros parámetros consideramos una, ‘verdadera’ familia y verla como una familia en estado ‘natural’. A este planteamiento, el autor de ‘Las américas negras’ señala que es erróneo dado que la familia entre estos grupos no puede considerarse en modo alguno disgregada sino todo lo contrario, allí donde la esclavitud y luego las nuevas condiciones de vida urbanas han destruido los modelos familiares africanos, estos grupos han reaccionado reestructurando su comunidad.

Igualmente, el autor es crítico con los diversos estudios que se han realizado sobre la evolución de la familia entre los grupos negros en el continente Latinoamericano, señalando que este proceso por lo general es idealizado dado que, “lo real” es que faltan algunos eslabones del proceso puesto que si bien la esclavitud o la pobreza han podido desempeñar algún

papel en la formación de las familias negras del nuevo mundo, este papel no fue creador, y que ciertos rasgos originales de África simplemente se han visto reforzados por las nuevas condiciones de vida en el continente americano. Por lo que no se debe confundir, afirma el autor “(...), una causa de continuación con una causa de creación” (*Ibíd.*, 1969: 5-6).

3.2. EL PROTAGONISMO DE LOS AFROCOLOMBIANOS EN LA ACTUAL SOCIEDAD COLOMBIANA.

3.2.1. La discusión en torno a etnia, raza y racismo.

“Somos un depósito de incalculables riquezas, que no hemos podido disfrutar porque la raza no está condicionada para hacerlo.”

Laureano Gómez⁹³ (Citado en Arocha, 1999: 65)

3.2.1.1. Etnia y raza

En el actual debate social hay planteamientos en la dirección de mostrar las diferencias que subyacen en las categorías, raza y etnia. Autores como Wade (1997: 16) definen raza como, “una construcción social, cuya forma está determinada por otros procesos sociales más profundos, (...) aunque desconocerle el estatus analítico es una posición reduccionista que niega su impacto autónomo en la vida social”. El autor señala además, que el racismo puede continuar a pesar de admitirse que la raza es una construcción social dado que los ‘negros’ y los ‘blancos’

⁹³ Laureano Gómez fue presidente de Colombia por el partido conservador, del 7 de agosto al 5 noviembre del año 1951, fecha en la que tuvo que renunciar a la presidencia por problemas de salud.

pueden ser vistos en virtud de su crianza y no de su herencia. Mientras que Stolcke (1992) señala que si la raza es una construcción social, el racismo no puede ser deducido de ella como fenómeno natural. La autora advierte del peligro que subyace al sustituir el término raza por el de etnicidad, dado que con ello se tiende a minimizar el racismo realmente existente. Según la autora, el concepto etnicidad es adoptado para subrayar el carácter ideológico y político de las doctrinas y discriminaciones racistas, pero no necesariamente este giro terminológico transforma la realidad ni la manera de percibirla.

3.2.1.2. Aproximaciones al concepto de raza

La categoría raza nace durante la formación de América y el capitalismo⁹⁴. Según Quijano (1992: 202), “América se constituyó como el primer espacio / tiempo de un nuevo patrón de poder con vocación mundial”. Igualmente, el autor señala dos procesos históricos convergentes que se asociaron en la producción de dicho espacio/tiempo establecidos como ejes fundamentales del nuevo patrón de poder: uno fue la codificación de las diferencias entre conquistadores y conquistados en la idea de raza, o sea la, supuesta, diferente estructura biológica que ubicaba a los unos en situación natural de inferioridad respecto de los otros. Idea asumida por los conquistadores como el principal elemento constitutivo de las relaciones de dominación impuesto por la conquista y, “sobre esa base, en consecuencia fue clasificada la población de América y del mundo después, en dicho nuevo patrón de poder”. El otro patrón fue, “la

⁹⁴ Es importante no perder de vista las polémicas, ‘universales’, respecto de raza y racismo. Tal es el caso del aporte de Levi-Strauss en la década del 50, cuando introdujo, también, en el debate sobre raza, la noción de progreso y relativismo cultural. Igualmente en este mismo orden de aportes estaría uno más reciente como es el introducido por Bartra (1996) sobre el ‘salvaje’ europeo que según Bartra, se remonta a tiempos anteriores a la expansión colonial, donde la noción de el ‘otro’ como salvaje e inferior, si bien posteriormente fue aplicado a pueblos no europeos, “fue modelado en forma independiente del contacto con grupos humanos extraños de otros continentes”(op.cit. 16).

articulación de todas las formas históricas de control del trabajo, de sus recursos y de sus productos, en torno del capital y mercado mundial”. En el continente americano la inclusión de la categoría raza en el proceso colonizador “redefinió y produjo (...) identidades sociales históricamente nuevas: indios, negros y mestizos, y redefinió otras” (*op.cit.* 202).

Quijano señala además, que la categoría raza fue impuesta sobre la población mundial como parte de la gesta colonizadora europea. Así, si bien la raza aparece en el discurso en un momento histórico y en obediencia a unas necesidades sociopolíticas concretas _el periodo de la colonia_ ha demostrado ser el más estable y duradero instrumento de clasificación de las poblaciones desbordando el período mismo en que fue concebida. Ésta, como instrumento de dominación altamente eficaz, ha estado al servicio de sistemas sociales hegemónicos siendo el racismo uno de los principales campos de conflicto entre las poblaciones.

La resistencia al racismo avanza en algunas regiones mientras que en otras encuentra explícitos intentos de relegitimación. Una discontinuidad, aceptación/rechazo que confirma el cuestionamiento a posicionamientos basados en la clasificación de las poblaciones de acuerdo a determinados rasgos físicos, convertidos en señales de identidad tanto de individuos como de grupos. Siendo entonces la raza y ciertas características étnicas de los individuos, construcciones simbólicas utilizadas como criterio de definición, delimitación y subordinación para algunos grupos de población. La discriminación racial en el orden social vigente tiene en común la ‘naturalización’ de las desigualdades sociales, gestionadas como un elemento clasificatorio de los distintos grupos de población junto con la clase y la condición socioeconómica. (Quijano, 1988, 1999; Stolcke, 1992, 1993)

Quijano (1992, 1997), propone la analogía de la categoría raza respecto de género, donde raza estaría fundada en la diferencia del color de la piel y el género lo estaría en la diferencia sexual⁹⁵; estas dos categorías establecerían las ecuaciones: sexo es a género como color a raza. El autor concluye esta reflexión afirmando que si bien el sexo tiene una base real, en tanto biológica dado que ocurre en el cuerpo, la ecuación color-raza carece de fundamento. O como afirma Mignolo (2003: 75), la mezcla de la sangre y el color de piel no llevan inscrito un código genético que se traduzca en uno cultural”.

Si bien la población colombiana conforma un mosaico en términos étnicos, ideológicos, políticos, sociales y económicos, los negros dentro de la escala jerárquica están ubicados en la base inferior⁹⁶. Las regiones negras son vistas en este país, como primitivas y atrasadas; los grupos negros, especialmente los hombres, poseen el estereotipo de perezosos y no progresistas, ignorantes y con una rústica manera de hablar, así como poseedores de un excesivo amor por la música el baile y la fiesta. Del mismo modo, se han construido imágenes estereotipadas de estas poblaciones acerca de una estructura familiar ‘anormal’ con un padre irresponsable y una madre magnificada que puede con todo. Existe una abundante retórica rica en tópicos sobre la victimización de las mujeres y la criminalización de los hombres. La discriminación contra los/as afrocolombianos/as en este país está presente en los distintos escenarios de la vida social, aunque ésta no se manifiesta de modo sistemático. La ambigüedad de los límites en categorías como “negro” y “cultura negra”

⁹⁵ Estoy de acuerdo con Quijano (1997), cuando señala, respecto del género, que esta es una categoría cuya explicación en modo alguno puede agotarse ni legitimarse en el estrecho marco de la diferencia sexual.

⁹⁶ Uno de los primeros autores que hizo referencia a esta base o pirámide de jerarquización étnica fue Whitten (1974), para referirse a las poblaciones negras del sur de Colombia y el norte de Ecuador

coexisten, igual que están presentes la exclusión y la inclusión, el mestizaje y la discriminación.

3. 2. 2. Diversidad interétnica y la Constitución colombiana

Si los afrodescendientes retienen los territorios de sus antepasados, los esteros, selvas y ríos del Afropacífico se llenarán de legiones de arañas autosuficientes que tejerán redes de astucia, hasta formar la trama que le enredará las patas a la bestia neoliberal.

(JAIME AROCHA, Ombligados de Ananse)

Los cambios institucionales y legislativos llevados a cabo en Colombia entre 1991 y 1993, han producido transformaciones significativas entre las poblaciones negras e indígenas que habitan en el país. En el año 1991 se cambió la constitución nacional que venía desde 1886, este cambio de normativa significó el reconocimiento legal de la diversidad étnica entre los distintos grupos de población así como el carácter multicultural de la sociedad colombiana. Quebrándose entonces aquel modelo de país unitario y homogéneo. En 1993, como parte de estos nuevos aires que llegaban desde el ámbito legal, se aprobó la ley 70 _conocida como Ley de negritudes_ mediante la cual se concretaron los mecanismos para la titulación colectiva de territorios y se definió la obtención de nuevos espacios de participación y representación política

para los grupos de minorías étnicas, tal es el caso de los grupos negros e indígenas que habitan el territorio nacional (Agudelo, 2002; Castillo, 2006).

Según Castillo (2006: 357), mediante la Ley 70 de 1993, por primera vez en el país se formula una Ley para estos grupos. El autor señala como objetivos principales de esta Ley, el derecho a la propiedad colectiva de las tierras que tradicionalmente han ocupado estos grupos, tal es el caso de las tierras costeras de, “la cuenca del Pacífico”, habitada principalmente por grupos negros o afrocolombianos. Respecto del anterior objetivo, autoras como Hoffmann (2004: 195) señalan que si bien con la ley 70 los afrocolombianos de las áreas rurales ganaron derechos sobre “sus territorios ancestrales”, ello también significa una restricción dado que dicha titulación fue tan sólo para las “poblaciones rurales ribereñas”, dejando por fuera un alto porcentaje de afrocolombianos/as que viven en áreas diferentes a las señaladas por dicha ley.⁹⁷

Un segundo objetivo de la Ley 70, señalado por Castillo (2006), está el de proteger la identidad cultural y los derechos de estos grupos; y en tercer lugar, está la potenciación de actividades que propicien el desarrollo económico y social que llevaría a garantizar a estos grupos una situación menos jerarquizada de oportunidades respecto de los demás grupos, no negros, de población.

Con la constitución del 1991, mediante la Ley 70, los grupos negros o afrocolombianos lograron el reconocimiento como grupo étnico con derechos territoriales y culturales específicos en relación con el territorio que tradicionalmente han ocupado en las diferentes regiones del territorio nacional. Estos cambios no son exclusivos de países como Colombia sino

⁹⁷ Hoffmann (2004) señala que esta ley tiene, además de una dimensión territorial, una dimensión étnica en el sentido que otorga unos derechos de pertenencia a territorios, específicamente, habitados por poblaciones afrocolombianas y no para otros grupos étnicos.

que también vienen ocurriendo en otros lugares de la región, tal es el caso de Brasil.

Como vengo señalando, con la constitución política colombiana de 1991 se intenta reconstruir una nación acorde con lo que hoy es en la práctica social y, además, definir el primer espacio de expresión organizativa de las comunidades negras. Objetivos que requerían de una propuesta nacional centrada tanto en lo cultural como en la búsqueda de reconocimiento de los afrocolombianos como grupo étnico. Estas reformas legales intentan modificar la percepción de invisibilidad que hay en el país respecto de las minorías étnicas (Friedemann, 1992; Agudelo 2002; Hoffmann 2004).

Un argumento discrepante acerca de estos procesos es el de Arocha (1999: 129) cuando señala que ante las reformas propuestas en la constitución, los afrocolombianos han quedado en situación de desventaja en relación con los grupos indígenas debido a que, “al ligar la inclusión nacional con el ejercicio de la diversidad cultural, la carta constitucional exaltó un modo de comunicación política ajeno para los afrocolombianos como es el discurso basado en el esencialismo étnico”⁹⁸.

Del mismo modo, Arocha afirma que los afrocolombianos no han tenido los apoyos a la hora de presentar las propuestas que redundarían en las decisiones frente a la reforma de la constitución y donde éstos, contrario a los grupos indígenas, históricamente han carecido de los apoyos para enfrentar la exclusión, primero en la etapa colonial y posteriormente en la

⁹⁸ Según Restrepo (2004) existen dos grandes formas de entender el esencialismo étnico. Por una parte, estaría la que superpone este concepto con posiciones ontológicas donde la etnicidad sería immanente a la condición humana, como manifestación de su ser biológico y de su ser cultural; la etnicidad y la conciencia de la identidad étnica estarían entonces en esta forma de esencialismo, constituidos por una serie de rasgos característicos desde lo somático, cultural, lingüístico e histórico. Mientras que la otra forma de esencialismo sería aquella que lo identifica con posiciones reduccionistas mediante la asunción de una necesaria y directa correspondencia entre un sujeto trascendental y unas identidades sociales y expresiones políticas.

republicana. Aunque el autor reconoce que los movimientos sociales de los grupos afrocolombianos e indígenas encarnan ya una politización y muestran un panorama diferente del tradicional, incidiendo en la cultura política nacional⁹⁹.

Si bien el cambio de la constitución en 1991 abrió el debate hacia el reconocimiento de un país heterogéneo, multiétnico y multicultural, aunque también conlleva el peligro de potenciar una categoría definitiva y única de lo que son los grupos negros, como sería aquella que tiende a homogeneizar la variedad de intereses que tienen las distintas comunidades negras que hay a lo largo y ancho del país (Escobar 1998; Arocha 1999).

El reconocimiento y legitimación de las minorías étnicas dentro del territorio nacional propició que los movimientos sociales de negros e indígenas pudieran construir propuestas desde la diferencia en relación con la identidad y el territorio. Según Castillo (2006: 310), el moderno movimiento de los grupos negros o afrocolombianos en el país y la reinención de la identidad de estos grupos, está en relación con, “la crisis del proyecto nación mestiza y el posterior reconocimiento de la diversidad étnica y cultural como fundamento de una nación diversa”.

Estos movimientos constituyen hoy un desafío al pro europeísmo predominante en la sociedad colombiana. Las culturas negra e indígena están desafiando definiciones convencionales de cultura política vigente en los partidos tradicionales y comienzan a ser contestatarios a antiguas concepciones _ estáticas, que en modo alguno son el reflejo de las prácticas sociales de la sociedad en la actualidad _ que aún siguen vigentes en el país. De todos modos, y a pesar del gran paso dado con la constitución

⁹² Escobar (1999) define Cultura política, como la aparición de hechos políticos a partir de contenidos culturales diferentes de los dominantes. Es decir, el proceso por el cual prácticas culturales devienen en hechos políticos.

hacia el reconocimiento de las minorías étnicas en Colombia, la exclusión de estas poblaciones es un hecho que persiste no obstante estos grupos habitar prácticamente todo el territorio nacional, teniendo cada vez más una presencia importante en algunos centros urbanos y desarrollando una multiplicidad de formas de mestizaje y participación en la sociedad colombiana (Agudelo, 2002, 2004; Escobar, 1999).

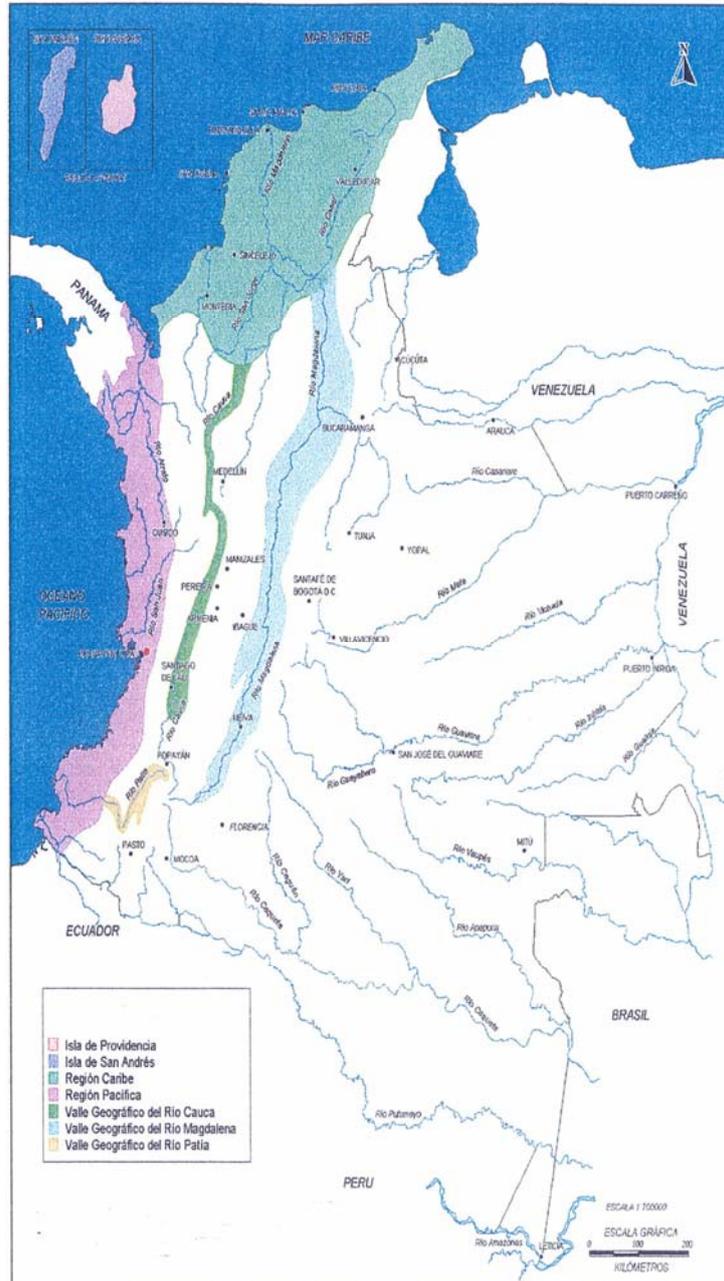
La construcción de la identidad de las poblaciones afrocolombianas en las áreas urbanas desborda los argumentos expuestos en la ley 70. Esto es así en la medida que se tenga en cuenta la tesis de las diferencias al planteamiento de la identidad territorial en la región y en relación con el espacio urbano; dado que en las áreas rurales las lógicas que entran a jugar en el proceso de construcción de las identidades son diferentes. Las poblaciones rurales tienen un referente comunitario de pertenencia con un fuerte sentido de adscripción local y una fuerte relación con el medio natural (Agudelo, 2002, 2004). O lo que Oslender (1999), define como espacio acuático para referirse a la influencia que sobre las poblaciones rurales afrocolombianas del Pacífico ejercen factores naturales como los ríos, la alta pluviosidad en la zona y el ritmo de las mareas. Mientras que en las áreas urbanas estos grupos, además de precariedad económica, son proclives a altos niveles de racismo convertido en soporte de la construcción de identidades racializadas a través del contexto de las clases sociales (Agudelo, 2002, 2004).

La ley 70 ha abierto una vía de acceso para que los gremios, ONGs y líderes de organizaciones étnico territoriales, se acojan a nuevos instrumentos legales, abriéndose nuevas vías de inserción para estas poblaciones. Una situación halagüeña en tanto que posibilitaría y visualizaría problemáticas de estos grupos significando, entre sus mayores logros, el que los afrocolombianos de la costa Pacífica den un paso adelante

en, “el empoderamiento y que algunos/as de sus líderes _con sus evidentes limitaciones_ lleguen incluso a fomentar una institucionalidad local (...)” (Hoffmann, 2004: 216).

Otra perspectiva sobre la situación de los afrocolombianos y su lugar en la sociedad colombiana es el de Maya (2003: 26) cuando señala que si bien la constitución de 1991, especialmente la Ley 70 de 1993, sacó de la invisibilidad a los afrocolombianos, ello no es suficiente. La autora señala que se requieren, aún, cambios en la mentalidad de los colombianos que llevarían a modificar la manera, “como nos percibimos los unos a los otros”.

Las regiones negras en Colombia



3. 2. 3. Aproximación a las dinámicas socioeconómicas de los grupos afrocolombianos de la región Pacífica

La integración de los grupos afrocolombianos de la costa Pacífica a la economía nacional e internacional ha estado precedida por ciclos de bonanza y colapso. Esta intermitencia ha sido un factor relevante para que las mejoras en la región no sean significativas y de largo aliento. Así, estos grupos están abocados a adaptarse a esta dinámica, inestable, sin mostrar apenas cambios positivos sino más bien un deterioro cada vez mayor, tanto de su calidad de vida como de su entorno medioambiental.

Castillo (2006: 310-311) señala que a finales de los 80 se produjo en Colombia un giro desde un modelo con características “mercadointernas”, a otro que el autor llama “mercadoexternista” materializado este último en la apertura económica, las privatizaciones y el recorte de competencias del Estado. Para el autor es desde este marco que el Estado colombiano mira hacia la región del Pacífico, como una zona de interés a nivel mundial – promovido además por un discurso que habla, dentro de las teorías de la globalización, de la cuenca del Pacífico como el Océano del siglo XXI– optima para rentabilizar.

Desde que el gobierno de Belisario Betancourt¹⁰⁰ “puso de moda el Pacífico” (Arocha 1999: 65), –en referencia a las políticas neoliberales llevadas a la región en la búsqueda del establecimiento de nuevas dinámicas socioeconómicas– la afluencia de programas y proyectos, nacionales e internacionales, en esta área del país se ha incrementado.

En cuanto a los proyectos nacionales, en el año 1983 el Estado, a través de la CVC, diseñó un plan conocido como “Plan de Desarrollo

¹⁰⁰ Belisario Betancourt fue presidente de Colombia por el partido conservador durante el período, 1982_1986.

Integral para la Costa Pacífica (PLADEICOP)” Este plan estaba formado por tres componentes básicos: dotación de infraestructura en la zona como carreteras, luz eléctrica, y suministro de agua; dotación de servicios sociales como educación y programas para la generación de ingresos a la población en general; y por último, el desarrollo de proyectos en las áreas rurales, incluida esta última iniciativa como una salida económica para los campesinos de la zona.

En el último programa señalado anteriormente, el de proyectos de desarrollo en el área rural del municipio, estuve vinculada laboralmente durante los años 1987–1991. Con base en mi experiencia profesional, puedo afirmar que estos proyectos de desarrollo, muchas veces, contrario a sus propuestas iniciales, terminan trayendo mayor pobreza a las poblaciones. Ello en la medida que, por lo general, tienden a adoptar un esquema de intervención asistencialista, conllevando la subvaloración y secundarización de los grupos de población receptores de dichos programas o proyectos.

Durante los años que trabajé en el municipio de Buenaventura, parte de mi trabajo consistía en intentar sacar adelante ‘Proyectos de desarrollo’ para las veredas de San Cipriano y Zaragoza, dos poblaciones del área rural del municipio de Buenaventura. Estos ‘Proyectos de desarrollo’ eran diseñados desde la administración central, en la capital de la provincia, y por funcionarios/as de alto rango dentro de la institución; lo que quiero decir es que los proyectos hacían el camino inverso al que sería metodológicamente correcto o adecuado. Por lo general, no se sustentaban en una etnografía previa y muchos de ellos estaban lejos de las actividades económicas que tradicionalmente han sido propias de la población de la región como es la de agricultores, recolectores, mineros y madereros (West 1957).

Recuerdo que entre los proyectos propuestos desde la institución estaba, por ejemplo, el de reconvertir a la población en granjeros, dando a cada familia pollos de pocos días de nacidos. No está de más decir, que la mayoría de estas aves morían enseguida dado el cambio y el ajetreo del traslado, y los que sobrevivían al poco tiempo formaban parte del menú de alguna fiesta de fin de semana. Lo cual no significa que la institución no manejara un discurso relacionado con la importancia del trabajo etnográfico aludiendo en sus propuestas inicial interés en conocer las actividades propias de estas poblaciones. Inclusive se invertían ingentes cantidades de dinero en ello, pero a la hora de gestionar y ejecutar los proyectos la situación era distinta. Actualmente, en los sucesivos viajes que he realizado a Buenaventura he podido confirmar que la situación continúa sin apenas cambios.

Como ejemplo de lo que vengo señalando, o sea el divorcio que hay entre las actitudes, intenciones y el discurso acerca de lo que se puede hacer para mejorar las condiciones de vida de los grupos de población que lo requieran frente a lo que, por lo general, en términos reales se hace, propongo el testimonio de una informante, Martha (31 años), con el fin de mostrar la percepción que tienen los grupos receptores de este tipo de proyectos que vengo señalando. Martha durante la entrevista hacía la siguiente reflexión acerca de los cursos que llegan a su barrio:

“[...] si yo soy una entidad (institución), y lo mío es que voy a ayudar a un grupo de personas para que salgan adelante entonces vengo al grupo de personas que lo necesiten y eso ya tiene su mérito, pero luego que se capacita la gente vamos a ver lo de conseguir el trabajo, que es lo que debería de pensar quien nos viene a capacitar. Entonces ya estaría el enlace, ¿diga? Supongamos que lo aprendido lo podemos sacar de aquí

y ahí ya habría un encadenamiento, así las cosas no van a morir. Pero, ¿qué me gano yo si sé hacer zapatos, busco diez personas para enseñarles a hacer zapatos y al final somos once pero nos quedamos cruzadas de brazos viéndonos las caras después de haber aprendido porque no tenemos cómo trabajar esto que hemos aprendido? Aquí a veces vienen a dar capacitaciones de modistería en un barrio donde ni siquiera contamos con una máquina de coser y nadie nos pregunta antes si queremos ser modistas, ni si se cuenta con los implementos adecuados para que una mujer salga capacitada en alta costura. En la comunidad hay grandes sastres y modistas, pero no porque los hayan capacitado éstos que vienen por aquí, sino porque los que han querido, y han encontrado la forma, han ido a capacitarse por fuera. Con lo que nos han querido enseñar nadie ha ido a ninguna parte. Nos enseñan a cortar en la tela y hasta ahí llegó el curso y, luego, ¿dónde vamos a confeccionar? Y si lo logramos, ¿con quién vamos a competir? [...]"

He observado que en el municipio una vez llegan las instituciones a las comunidades, si bien son necesarias muchas veces realizan las intervenciones de forma maniquea siendo sus proyectos y programas instrumentalizados hacia cuotas políticas primando en ellas la prisa por la búsqueda de resultados a corto plazo y enfocando los posibles resultados de lo invertido, más en la dirección de criterios e intereses de quienes los gestionan y financian que en los grupos receptores de dichas intervenciones. Esta situación es aún más compleja cuando las demandas, si bien muchas veces parten de los mismos grupos, son procesadas de forma ininteligible por las instituciones y desde criterios alejados de las necesidades sentidas por la población.

Lo que vengo señalando estaría relacionado con las desigualdades en la participación e influencia que tienen las comunidades a la hora de moldear las políticas resolutorias y su efectiva implementación. Siendo las

interacciones entre las políticas públicas y las instituciones que las gestionan determinantes a la hora de enfrentar las desigualdades socioeconómicas en las comunidades (Banco Mundial, 2006).

Finalmente señalaría, teniendo en cuenta el punto de vista de Escobar (1999), que una manera de lograr que las comunidades lleguen a tener una influencia significativa en las políticas estatales que llevarían a modificar las relaciones sociales de producción en la población, pasaría por concebir a las comunidades no en términos de carencias sino de posibilidades. Esta nueva mirada exigiría un respeto legítimo expresado en el establecimiento de nuevas reglas de juego para satisfacer sus demandas. Para llegar a la situación anteriormente señalada, habría que partir de la construcción de canales de comunicación donde estuvieran involucrados tanto la comunidad como los funcionarios y, también, los investigadores. La conjunción de estos tres actores llevaría por una parte a la, “producción, circulación y utilización del conocimiento y por la otra, a la constitución creciente de la comunidad local como sujeto de su propia acción colectiva” (*op.cit.*292).

3. 2. 4. La Salud como factor asociado al proyecto multicultural y pluriétnico colombiano

En América Latina el discurso sobre los factores culturales asociados a la salud adquirió especial relevancia a partir de la década del 90; formó parte de los cambios globales en la esfera política y sociocultural relacionados con el interés, nacional e internacional, en la situación de precariedad socioeconómica que viven algunos grupos de población. Así como por la relevancia progresiva del concepto salud-enfermedad en el que comienza a verse la cultura como un determinante central.

En Colombia el discurso sobre la importancia de los factores culturales en las prácticas de salud fue reconocido de forma legítima a partir de la reforma sanitaria que siguió a la reforma de la constitución política de 1991 que legitimó al país como multicultural y multirracial. Acorde con esta situación legal, la normativa sanitaria Ley 100 de 1993, conocida como Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, pretendió en un principio hacer compatible las prácticas de salud con esta condición de los colombianos. No obstante, la modernización del sistema sanitario ha generado interrogantes y, también, expectativas relacionadas con la adaptabilidad real a los distintos contextos socioculturales, en los que estarían las minorías étnicas (Domínguez, 2006).

Domínguez, señala que el nuevo discurso de la salud en Colombia plantea una tendencia universalista sobre estos grupos de minorías, “con base en la articulación del derecho a la diferencia y el concepto de la seguridad social universal, difícilmente se preocupa por conciliar la experiencia de la salud propuesta oficialmente y la experiencia vivida localmente” (Suárez, 2001; citado por el autor). Domínguez señala que si bien la reforma del modelo sanitario vigente tiene ese espíritu, el de llegar a los distintos grupos de población incluyendo las minorías étnicas, la forma como estos grupos podrían ser tenidos en cuenta, tal y como está estructurado el sistema, no acaba de encajar o de ser explicado con claridad.

Entre las razones que llevan a pensar en las dificultades a la hora de articular el concepto de diversidad cultural con las políticas públicas en salud estarían:

- a) Porque la “diferencia cultural se justifica o se confunde en función de la clase y la precariedad, más que de la cultura¹⁰¹ .

¹⁰¹ Domínguez señala que los grupos de minorías étnicas bajo condiciones de desigualdad, se han visto abocados, “a reducir su origen cultural al sinónimo de pobreza y precariedad” (...) y por esta vía

- b) Porque las relaciones entre el Estado y las minorías, y de las minorías entre sí, son limitadas.
- c) Porque la opción para la coexistencia de la biomedicina y la medicina tradicional bajo el sistema de salud del país es lejana, puesto que éstas, “no son categorías asimilables desde la ‘idoneidad’ de las prácticas que exige el modelo” (op.cit. 66).

Otra situación señalada por Domínguez (2006), respecto de los problemas que presenta el actual Sistema General de Seguridad social en Salud, SSGSS, es que la discusión que se sostiene en el país acerca de los derechos de las minorías étnicas se dan en los espacios de representación política de dichas minorías, o en medios académicos sin que haya logrado trascender más allá de estos ámbitos.

Respecto de la pertinencia del debate sobre la salud pública en Latinoamérica y la vinculación de los grupos de minorías étnicas, Viveros y Gil (2006: 94), señalan que se pueden “rastrear” tres situaciones: _la primera es la referida a las condiciones de salud de los grupos de minorías étnicas, y tiene que ver con, “las notables desigualdades que se pueden identificar en indicadores de calidad de vida de estas poblaciones respecto del resto de la población nacional”. _Una segunda situación señalada por la autora, está relacionada con las prácticas de salud provenientes del ámbito europeo frente a las provenientes de los distintos grupos étnicos y enmarcados dentro de lo que se define como medicina tradicional. Y como tercera situación Viveros señala, _“la relación que sostiene la institución médica con los grupos objeto de categorización étnica”. Según la autora, estos tres aspectos tendrían como argumento que, “la raza incorpora elementos como el capital social, la ubicación geográfica, las creencias y

reivindicar los derechos que otorga la institución, los cuales de otro manera perderían. Pero además, hipotéticamente esta situación plantea la posibilidad de la construcción de culturas a conveniencia” (op.cit.59).

tradiciones y el ejercicio de los derechos ciudadanos”, que pueden incidir en la salud o la enfermedad entre los distintos grupos de población.

IV. CARACTERÍSTICAS BIOGRÁFICAS DE LAS MUJERES

“(…) en la vida real la experiencia de una sola vida (…) es decisiva para tomar partido en las relaciones humanas, más decisiva que la adhesión ideológica o la justificación ética”.

(IGNASI TERRADAS, Eliza Kendal. Reflexiones sobre una autobiografía)

Presentación

En este capítulo he construido las biografías de las mujeres que participaron en el estudio. La forma de exposición, respecto del orden en que aparecen, tiene que ver tan sólo con el orden alfabético de los nombres con que finalmente aparecen en el texto. Que en modo alguno son sus verdaderos nombres, a excepción de Rosmilda y Marta que conservan sus nombres reales.

Las biografías presentadas a continuación, obedecen a un perfil ajustado de cada una de las mujeres. Incluyo lo que considero más relevante y de interés respecto de la problemática del estudio y, también, las situaciones a las que las mujeres aludieron de forma reiterativa. Tal es el caso de la vivencia de situaciones de racismo a que se ven enfrentadas cotidianamente en su ciudad.

4.1. Las biografías

Ana

48 años. Vive en unión libre con un hombre divorciado del que tiene un hijo de 14 años.

Cursó estudios superiores en trabajo social en una universidad del interior del país. Desde hace doce años trabaja como administrativa en una institución oficial de la ciudad. Antes de este trabajo estuvo vinculada laboralmente a un colegio público aquí mismo en Buenaventura.

Vive en casa propia. Su marido trabaja en una empresa de pescado y los dos aportan a partes iguales para el sostenimiento de la familia.

Sus padres están separados desde que ella era niña, el apoyo económico y afectivo sólo le ha llegado de la madre, el padre desapareció de su vida tras el divorcio.

Tuvo su hijo en el Hospital del que cree que es la mejor opción que deben tomar las mujeres cuando van a dar a luz. Opina además que si surge una enfermedad lo mejor es asistir al médico que considera capacitado para tratar los problemas de salud.

Le hubiera gustado tener más hijos pero los problemas de salud y de dinero no ayudaron. Afirma al respecto que, [...] *contrario a mi gente yo pensé mucho en el factor económico* [...]. Opina que no soportaría la infidelidad, la que considera una razón de peso para romper una relación.

Considera que hay racismo en su ciudad pero en menor proporción si se compara con otras áreas del país. Describe situaciones de racismo hacia su grupo vividos cuando estudio fuera. Aunque reconoce haber tenido opciones fuera de su grupo [...] *si se lo hubiese planteado seriamente* [...]. Para ella el racismo en Buenaventura se produce no de forma generalizada sino en ciertos sectores. Pero cree que, en su ciudad, más grave que el racismo es el machismo y opina que, '[...] *es horrible y nosotras las mujeres lo reforzamos*[...].

Aurora

53 años. Viuda. Vive en casa propia. Tiene una socia con la que lleva la cafetería de un colegio, negocio heredado de su marido fallecido hace cinco años.

Estudió hasta segundo curso de la secundaria en un colegio del interior y en régimen interno, con la perspectiva de hacerse monja. Pero, posteriormente, tras conocer al hombre que fue su marido renunció a este proyecto y se casó.

Tuvo un aborto involuntario y luego dos hijas. La primera nació cuando ella tenía 23 años y la segunda diez años después. Cuando la entrevisté, (2001), tenía dos nietas, una de cada hija. Los novios, una vez estas han salido embarazadas, han roto las relaciones. Ahora está pasando por una crisis debido al embarazo y reciente parto de su hija menor, de 18 años.

Opina que, [...] *el ambiente de la ciudad* [...] es poco adecuado para que sus hijas puedan tener relaciones estables. No considera que una mujer logre realizarse como persona por el hecho de ser madre, sino a través de su preparación académica, reconoce que de no haber sido por las exigencias que su suegra le hacía en el sentido que, *se dedicara a su hogar* ella habría terminado los estudios de secundaria y hasta habría ido a la universidad entonces su vida, [...] *habría sido otra*.

Tuvo los partos de sus hijas en casa, asistida por una enfermera retirada. Se detiene en comentarios negativos sobre lo que le han dicho de la atención en el Hospital, pero luego concluye que allí le hicieron hace pocos años una operación y le fue bien.

Desde la primera regla comenzó a hacerse revisiones ginecológicas. Le hubiera gustado tener, [...] *por lo menos 8 hijos/as* [...] pero los problemas de salud no se lo permitieron.

Dice no sentirse a gusto con su color de piel, considera que, [...] *los blancos son una mejor raza*'. Además cree que en su ciudad hay discriminación hacia las personas *más oscuras* [...]. Concluye afirmando que, [...] *los negros siempre estamos en desventaja*' y que si sus hijas hubiesen sido blancas, [...] *el futuro hubiera sido diferente para ellas* [...]. Ve los blancos [...] *más solidarios con su raza ya que el negro solo tira pa' su canasta* [...].¹⁰²

¹⁰² Es un dicho popular que alude a la insolidaridad, al egoísmo, expresa literalmente, la forma como los pescadores artesanales realizan su labor diaria: "Cada cual pesca para su canasto".

Cleotilde

49 años. Tiene 2 hijos y 2 hijas. Ha tenido varias relaciones estables, pero nunca se ha casado. En el momento de la entrevista vivía con su último marido, una hija y un hijo adolescentes, de los 4 hijos/as 2 son de padre diferente. Está pensionada desde hace cuatro años pero aún no ha cobrado el primer salario como tal. Los gastos de sostenimiento los cubren: el marido, que trabaja en ‘oficios varios’, su hijo mayor y una hija casada que, aunque ésta es ama de casa, el marido ayuda económicamente a su suegra. Desde niña trabaja y ha desempeñado oficios, como vendedora ambulante de frutas y confetis en una parada de autobuses, labores domésticas por horas, tareas de limpieza en las calles de la ciudad y vendedora de petróleo en pequeñas cantidades.

Entró a la política local por un tiempo, afirma de aquella experiencia que, [...] *hasta me dieron un trabajo que por cierto no me gustó* [...]. Paralelo a estas actividades ejerce de partera. Es partidaria de que las embarazadas se hagan ver tanto de las parteras como de, [...] *los médicos del Hospital*'. Su familia procede del área rural del municipio pero ella vive en la ciudad desde hace 45 años. Estudió hasta cuarto curso de primaria y cree que lo más importante en la vida, por encima del color de la piel y del dinero, es tener estudios.

Considera además, que para una mujer lo principal es que pueda formar una familia y una vez la tiene entonces, [...] *sus hijos son*

*lo primero [...] puestos a escoger, los hijos están por encima del hombre*¹⁰³, [...] *para mí lo único fijo en esta vida son mis hijos y la tierra donde me van a enterrar [...]*'. Cree que la vida pudo darle más, aunque acepta y trata de sacarle partido a lo que tiene. Cuando necesita algún favor se lo pide a sus vecinas/os de toda la vida, antes que a su familia. Cree que éstos le han ayudado a sacar adelante a sus hijas/os y, en general, su vida¹⁰⁴.

Darly

16 años. Vive con los padres, con la pareja de 18 años y con su hijo de 9 meses. Abandonó los estudios a raíz del embarazo pero le gustaría retomarlos cuando el niño tenga 1 año, que será hasta cuando le quiere dar el pecho.

Tenía dos hermanos pero hace pocos meses uno de ellos murió de forma violenta, aún no se ha aclarado la razón de su muerte.

Considera que es igual ser negra que blanca, pero le hubiera gustado que su pareja hubiese sido blanca, opina que, [...] *nunca es lo mismo un hombre negro a un hombre blanco [...] los blancos son más suaves y tratan mejor a las mujeres*'.

Recibe maltratos físicos del marido, aunque considera que ésta no es razón para abandonarlo ya que cuando él lo hace ella también le responde [...] *si me da (pega), yo le doy y si me dice groserías yo también se las digo [...]*. Le gustaría casarse porque

¹⁰³ En referencia al marido.

¹⁰⁴ Cleotilde es la única, dentro del colectivo de mujeres que participaron en el estudio, que no hizo énfasis en el apoyo recibido por parte de la familia en los momentos difíciles de su vida. Sino que por el contrario, siempre tenía muy presente al hablar de sus afanes cotidianos, la ayuda de sus vecinas/os con los que no tiene nexos familiares.

creo que así estarían más unidos y ‘*se respetarían más*’ como pareja.

No toma ninguna medida para evitar nuevos embarazos, lo piensa hacer ‘*más adelante*’. En el período del embarazo se vio muy enferma, al principio asistía a un puesto de salud donde habían unas enfermeras ‘*muy amables*’, pero una vez estas enfermeras fueron trasladadas no volvió más, ni al Hospital ni a ningún puesto o centro de salud, en adelante asistió a una farmacia donde un vendedor, amigo suyo, le recomendaba medicamentos que le ayudaron a recuperar la salud. De embarazada no cambió su ritmo de vida: bebía y pasaba muchas noches [...] *en la calle de rumba* [...].

Su embarazo le causó una gran sorpresa, pues no esperaba que le pasara a ella, además no había pensado en los anticonceptivos. Lo que más le molesta de la maternidad es que ahora no puede salir como antes.

Entre tener sexo y bailar, prefiere bailar, sobre todo, [...] *tener un parejo que sepa llevar bien el paso* [...] (el ritmo) afirma que, [...] *si pudiera ir a bailar cada día sería feliz* [...].

Ni ella ni su marido trabajan, los padres, tanto de ella como de él, les aportan el dinero para vivir mientras él encuentra un empleo.

Deisy

21 años. Casada. Estudió técnico administrativo y ahora trabaja en una oficina por contrato temporal. Reconoce que este empleo lo obtuvo como un favor de los políticos de su barrio por el apoyo que ella ha demostrado hacia un partido político concreto.

Sus padres se separaron siendo ella niña, así que hasta que se casó vivió con la abuela materna.

La primera relación sexual la tuvo a los diez años con su novio de 14; de esta misma pareja con la que duró siete años, tuvo un aborto voluntario cuando tenía 16, practicado por una comadrona con la que le unen lazos familiares, la relación con esta pareja finalmente se terminó. Más tarde, a los 19 años, después de un noviazgo de dos años se casó y tiene un hijo de corta edad. Aunque su hijo nació en el Hospital considera que es mejor tener los hijos en casa, [...] *con una comadrona bien experimentada [...] pero sin dejar de hacerse los exámenes en el Hospital [...]*. De hecho ella durante el embarazo se hizo, de forma simultánea, controles desde el sistema biomédico y los baños que le recomendaba la comadrona.

El marido es técnico electricista y tiene un pequeño taller. Viven de alquiler y los dos llevan el sostenimiento de la familia que han conformado.

Le gustaría tener otro hijo, pero tiene claro que no dejará el empleo por lo que proyecta buscarse, cuando llegue el momento, una empleada de hogar para así ella poder continuar con su trabajo

Elvira

33 años. Terminó los estudios de secundaria. Tiene un hijo de seis años. Es madre soltera. No tiene un sitio para vivir de forma estable, pasa unas temporadas con el padre _ la madre murió cuando ella era niña _ y otras donde un amigo, le ayuda a éste en una pequeña tienda de venta de madera; a cambio del trabajo recibe alimentación y vivienda para ella y su hijo; antes de venir a vivir aquí vivía en casa de una tía hasta que ésta murió. El padre del niño emigró a los Estados Unidos y no tiene ninguna relación con él, por lo que ella sola asume los gastos de sostenimiento y crianza del hijo.

Tuvo su primer control ginecológico en la adolescencia, [...] *para saber porqué no le venía la regla* [...], ésta le llegó a los 16 años; volvió al ginecólogo cuando tenía tres meses de embarazo a los 27 años; los seis meses restantes de gestación hizo todos los controles y tuvo su hijo en el Hospital, aunque durante el embarazo y el posparto, de forma simultánea, tomaba los “bebedizos”¹⁰⁵ que le preparaba su padre, y que ella aceptaba aunque afirma que prefiere los medicamentos del Hospital pero que, [...] *la gente de la Costa tiene sus creencias y por lo menos mi papá sabe mucho de esas cosas*[...] . Estas afirmaciones las hace en referencia a los cuidados que le dio el padre durante el embarazo. Desde hace cinco años no ha vuelto a hacerse controles ginecológicos ni de ningún tipo.

Aunque tiene muchas amigas que han tenido sus hijos/as en casa ella fue a tener el suyo al Hospital porque le daba miedo de que se complicara el parto y, [...] *las cosas salieran mal* [...].

¹⁰⁵ Calificativo utilizado a los preparados a base de hierbas, para beber a modo de infusión.

Las primeras personas que le hablaron de la sexualidad y la maternidad fueron la abuela y, sobre todo, el padre.

Se siente realizada con su hijo por lo que afirma que, [...] *siempre soñé con tener un hijo varón* [...]. Está en contra del aborto al que considera un pecado, aunque no utiliza ningún método anticonceptivo.

Pertenece a una congregación religiosa, se acogió a ella para dejar de ser '*parrandera*'¹⁰⁶

Esperanza

45 años. Realizó estudios de enfermería en una universidad del interior del país. El padre se marchó con otra pareja cuando ella era niña, de modo que se crió sólo con la madre, guarda malos recuerdos del padre en relación con la precariedad económica que vivieron, dado que éste nunca ayudó en el sostenimiento de la familia, que en total son 7. Actualmente trabaja como enfermera en un centro de planificación familiar y atención a la mujer y al infante; antes de encontrar este empleo trabajó durante dos años con una ONG, dedicada a potenciar el desarrollo de las comunidades negras en el área rural del municipio, del que opina que le dio una perspectiva diferente de las necesidades de su grupo.

Está casada y tiene tres hijos, dos chicos y una chica. Vive en casa propia con su familia y una empleada de hogar. El marido es maestro de escuela.

¹⁰⁶ Palabra utilizada para referirse a aquellas personas que frecuentan discotecas o son asiduas/os a las fiestas.

Estuvo separada de su marido un tiempo porque no soportaba que fuera con otras mujeres, finalmente él aceptó la monogamia y la relación siguió adelante. Fue por primera vez al ginecólogo cuando tuvo su primera relación sexual a los 23 años, desde entonces se sigue haciendo controles. Tuvo sus hijos e hija en el Hospital. Durante la adolescencia nunca su madre u otras personas de su familia le hablaron sobre la sexualidad, ahora lo ve como un error que no quisiera cometer con su hija.

Considera que haber salido de su pueblo para hacer una carrera le cambió positivamente la forma de ver la vida, aunque la concienció de la desventaja que significa ser negra ya que se sintió discriminada en muchas ocasiones.

Atiende con yerbas las enfermedades que considera leves. Se siente a gusto con su vida y sobre todo con la posibilidad que tiene de ayudar a las personas de su 'raza' que lo necesitan.

Francisca

35 años. Estudió hasta el segundo curso de la primaria. Trabaja, por temporadas, limpiando en un hotel de la ciudad; cuando no tiene este trabajo hace limpieza de ropa a familias de su entorno que lo requieran. Desde los 15 años comenzó a trabajar como empleada de hogar; estuvo interna en Cali, capital de la provincia, varios años, tiempo en el que no perdió los nexos con su ciudad.

Nunca se ha casado, en el período de la entrevista no tenía pareja. Ha tenido dos relaciones estables durante las que tuvo seis hijos/as,

dos mujeres y cuatro hombres. Las dos hijas murieron: una con dos años y la otra nació muerta, este parto tuvo lugar en el hospital y ella en ese momento tenía 18 años. Para este primer embarazo realizó todos los controles pero el hecho de haberla perdido hizo que nunca más se planteara ir al Hospital o los puestos y centros de salud a hacerse controles en los posteriores embarazos desde el sector biomédico público de la ciudad. El padre de esta primera hija murió de forma violenta, los otros cinco hijos son de una relación estable que sostuvo durante 9 años. Relación en la que recibió maltratos físicos,¹⁰⁷ finalmente él encontró una nueva pareja y formó otra familia. Desde entonces vive sola con sus hijos, afirma que [...] *es mejor vivir solito que tener que recibir golpes de un fulano* [...].

El menor de sus cuatro hijos vive de forma permanente con la abuela paterna, quien se hace cargo de los gastos de sostenimiento incluida la educación. Los otros tres chicos viven con ella y no van al colegio.

Cuando se siente muy ‘*apurada*’, económicamente, acude a casa del exmarido a dejarle los hijos a la nueva mujer de éste, pues la considera con obligaciones para con sus hijos.

Vive en una pequeña casa a la que no le llega agua por lo que obtiene este servicio cargándola en cubos desde un lugar cercano.

Siente que su salud se ha deteriorado mucho y está en lista de espera para una cirugía; de hecho considera que para los [...] *casos graves* [...] sí utiliza los servicios del Hospital pero [...] *cuando*

¹⁰⁷ En la explicación de los maltratos físicos señala varias marcas que lleva en la cara y el cuello como consecuencia de éstos.

aparecen enfermedades que no sean tan duras, pues uno mismo se hace su remedio [...].

Gloria

43 años. Vive en unión libre desde hace 11 años. Realizó estudios superiores de enfermería e informática sin salir de su ciudad. Tiene un hijo de 9 años y ha tenido dos embarazos más que terminaron en abortos involuntarios. Quisiera tener otro hijo pero no se decide porque le afecta lo que puedan pensar sus compañeras/os de trabajo y la familia que, ‘(...) *me verían vieja ya para estar embarazada [...].*

Trabaja como auxiliar de enfermería en un centro médico privado de la ciudad. Tiene casa propia y vive con su hijo y el marido, éste es licenciado en matemáticas y trabaja como profesor en un colegio público de la ciudad. Con él comparte los gastos de sostenimiento pero aparte, ella por su cuenta, ayuda a su familia: a la madre y a cinco hermanos de los que tres tienen padre diferente al suyo. No tolera la infidelidad en su pareja, afirma que, ‘[...] *si me enterara pensaría enseguida en separarme [...].*

Siente que en su ciudad hay discriminación, tanto dentro de su mismo grupo como por parte de las mismas mujeres; cree que en ello influye ‘[...] *el hecho de ser mujer [...] si fuera chico a lo mejor mis jefas no me pondrían tantas trabas cuando he querido seguir mis estudios en horario nocturno [...].*

Se siente a gusto con su imagen y le gusta cómo se proyecta a los demás. Considera a su marido muy atractivo, [...] *a pesar de ser*

negro [...]. Cree que en Colombia hay mucho racismo. En algunos momentos, al inicio de la relación con su marido, se sintió rechazada por la familia de éste, situación de la que afirma, ‘[...] estoy segura de que era por ser negra a pesar de que ellos son tan negros como yo [...]’ . Opina que es común que los jóvenes que se van a estudiar al interior del país terminen casándose con una mujer blanca [...] ya se sienten como aceptados cuando se casan con una mujer blanca [...].¹⁰⁸

Ha tenido conflictos con el marido y la familia de éste en relación con los criterios de atención a la salud de su hijo pues, contrarios a ella, éstos son propensos a resolver los problemas de salud exclusivamente desde las prácticas de salud tradicionales Finalmente el niño es atendido preferentemente por médicos del hospital y eventualmente desde el sistema de salud privada. Aunque reconoce que también en casos leves se le ha tratado con remedios ‘*caseros*’.

¹⁰⁸ Entre los grupos afrocolombianos hay varias direcciones que conducen a lo que se conoce como ‘Blanqueamiento’: desde la adquisición de estudios, desde la adaptación cultural al compartir unas prácticas sociales dentro de un colectivo no negro, y a través de un matrimonio interracial. Siendo esta última, clásica de blanqueamiento en este país (Wade, 1993,1999). Las mujeres afrocolombianas de Buenaventura son proclives al blanqueamiento mediante el matrimonio mixto o interracial, especialmente cuando se trata de los hijos varones. No obstante, esta situación es contraria a posiciones de algunos sectores afrocolombianos, como intelectuales o miembros de movimientos reivindicativos que propenden por la abolición de la situación de invisibilidad que sobre las minorías étnicas hay en el país. Estos sectores muestran una abierta resistencia al proceso de blanqueamiento, señalando que éste va más allá de eliminar rasgos físicos y de factores materiales o económicos. Señalan que en el blanqueamiento están comprometidos factores como la identidad étnica y las lealtades hacia el grupo de pertenencia considerada entonces como, “una traición a la ética de igualdad a la comunidad negra” (Wade 1993: 37)

Herminda

22 años. Vive en unión libre y tiene una hija recién nacida. Antes de quedar embarazada estudiaba la carrera de Turismo al nivel de formación técnica. De nuevo quiere retomar los estudios para intentar encontrarse un empleo. El marido trabaja en un negocio familiar y tiene 25 años.

Aunque vive con su pareja de forma independiente, en el período de la entrevista vivía con la madre, decidió mudarse a vivir con ella porque ésta le ayuda con la niña y también porque quiere evitar encuentros sexuales con el marido, no quiere quedar embarazada nuevamente. Así que cuando tenga la decisión de cómo planificar regresará con su pareja. Además de vivir con la madre también viven en la misma casa: la abuela, una prima, dos sobrinos y una hermana con su hijo. La madre trabaja en una cafetería.

No acostumbra hacerse controles ginecológicos, ni siquiera cuando estaba embarazada, afirma, además, desconocer cómo hacerlo. Durante el embarazo se hizo baños de yerbas que le recomendaba la abuela materna que ejerce el oficio de partera. El parto fue por cesárea en el Hospital y se vio muy grave, enumera como causa principal de su complicación del parto y posparto, la mala alimentación que tuvo durante el embarazo; ahora, recuperada ya la salud después del tratamiento seguido con un médico del sector privado, piensa que los remedios y consejos de su abuela, no le valieron de mucho ya que ello no impidió la gravedad en que se vio.

Opina que la salud está íntimamente relacionada con la situación económica.

Ha vivido la infidelidad de su marido y en un principio la pasó mal, ya que sufrió el asedio de *'la otra'* en su casa, pero ahora no le importa, afirma tener *'ya suficiente'* con la hija y la madre, aunque piensa [...] *regresar a su hogar lo más pronto que pueda [...]*. Considera que en una relación lo más importante es la amistad y confianza que haya, ve estas cualidades por encima de la sexualidad. Siente que lo más grande que ha vivido en la vida ha sido la maternidad aunque no quisiera tener más hijos.

Lucía

26 años. Ama de casa. Estudió hasta el cuarto curso de la secundaria. Suspendió los estudios cuando salió embarazada, reconoce haber tenido *'[...] un embarazo inesperado [...], con el embarazo sentí que se me cerraban todas las puertas'*. Tiene un hijo de 12 años y es madre soltera.

Se gana la vida limpiando en casas, el suyo es un trabajo inestable e intermitente del que afirma: *[...] trabajo un día si y otro a lo mejor no pero eso si, por lejos que esté de donde me llamen voy [...]*.

Ha vivido la mayor parte de su vida con la abuela materna pero dado que ésta murió recientemente, ahora vive con su hijo, su madre y otros parientes cercanos: dos hermanas, un tío, la mujer de éste y dos sobrinos.

De un tiempo para acá siente que su salud se ha ido deteriorando pero no ha hecho nada porque no le queda tiempo ni tiene dinero.

Ha tenido [...] *varias relaciones*' _encuentros sexuales_ a lo largo de su vida, [...] *cuando me daban ganas de estar con ellos lo hacía pero cada uno seguía en su casa [...], pero le confieso que ya la sangre como que se me ha ido enfriando [...]*.

Comenzó a hacerse revisiones ginecológicas a partir del embarazo; durante éste también se hizo baños recomendados por el padre, considera que éstos le ayudaron, sobre todo para superar las secuelas que se le manifestaron durante el posparto, en el que estuvo a punto de morir. El hijo es fruto de la relación con un hombre '*ajeno*'.¹⁰⁹ Aunque es conciente de su situación reconoce que, [...] *es duro levantar un hijo hombre uno solo [...]*. Describe, extensamente, las dificultades económicas por las que pasa al no contar con el apoyo del padre para sacar adelante el niño.

Tuvo el hijo en el Hospital, considera que los partos en casa [...] *son peligrosos [...]*. Llevó el niño a realizarse controles y a ponerse las vacunas pero sólo hasta los 3 meses.

Le hubiera gustado que su hijo hubiese sido mujer, opina que a los hombres los pueden matar fácilmente y que éstos por lo general, en su ciudad, mueren jóvenes; ahora que ya lo tiene quisiera que se preparara para que en el futuro fuera policía.

Considera que lo más importante que le ha pasado en la vida ha sido el haber sido madre, aunque así como está [...] *enferma y pobre [...]*, no quisiera tener más hijos. Toma pastillas anticonceptivas recomendadas por una amiga.

¹⁰⁹ Es el nombre que dan a los hombres cuando están casados con otra mujer.

Mariana

36 años. Desempleada. Vive en unión libre. Tiene 7 hijos, 6 con la actual pareja y una hija de una relación anterior que duró un año. Ha tenido un aborto involuntario y alude como causa de éste un eclipse de luna. Cuando la contacté para el estudio (2001), estaba terminando los estudios de secundaria en horario de sábado. El marido anteriormente trabajaba como funcionario de la empresa del agua de la ciudad, pero desde hace seis meses hubo recorte de plantilla y quedó desempleado; ahora ha montado un pequeño taller de reparación de electrodomésticos. Cuando el negocio va muy mal los padres y hermanos de ella ayudan para llegar a fin de mes, la madre trabaja haciendo limpieza en casas y el padre es conductor de una lancha que realiza viajes turísticos a playas cercanas a la ciudad.

Dos de sus hijos nacieron en la casa atendida por una enfermera jubilada y los otros cinco en el hospital. Opina sentir [...] *desconfianza* [...] de las parteras de las que opina que, [...] *manipulan mucho la vagina y entonces como que se quedan con problemas* [...], *ellas no tienen la cédula de higiene que se debe tener* [...]. Aunque no tiene ‘*queja*’ del Hospital, decidió tener los dos últimos partos en la casa porque quería vivir todo aquello positivo de que le hablaban sus amigas.

Para ella es más difícil criar hijos hombres que hijas mujeres ya que los hombres, [...] *como es lógico tiran más p'la calle que la mujer, ellos siempre quieren su independencia* [...].

Trabajó, hasta hace dos años, en una guardería comunitaria financiada por el Estado, a la que estuvo vinculada durante cinco. Desde que se le terminó aquel trabajo se dedica a atender a sus hijos y, *'cuando resulta'*, aplica inyecciones a personas de su entorno, igualmente gestiona documentos en oficinas a personas que no saben cómo hacerlo o que no tienen tiempo.

Vive en casa de alquiler. Considera que la buena salud está estrechamente relacionada con la economía.

Martha

31 años. Ama de casa. Vive en unión libre. Estudió la primaria completa. Tiene cuatro hijos; cuando tenía sólo un hijo trabajó como cocinera en una guardería, desde entonces no ha vuelto a trabajar. Depende de su actual pareja que es obrero de la construcción, tiene 45 años y estudió toda la secundaria.

El primer hijo lo tuvo a los 13 años, el novio cortó la relación una vez ella salió embarazada haciéndose cargo de los gastos, y del apoyo en general, el padre de ella. Ahora el chico, ya adolescente, vive y es sostenido por la abuela paterna. Los dos hijos siguientes son de una pareja anterior con la que vivió seis años pero se separó hace dos porque recibía maltratos físicos.

Con el actual marido, vive hace un año y tiene un bebé de meses. Esta última pareja vive simultáneamente con otra mujer que no sabe

de la relación, a Martha esta situación no le afecta, opina que [...] *mientras no desampare a los dos hogares* [...] y que además [...*la otra* [...] estaba antes que ella. Considera además que aquella es una persona enferma de la que siente [...] *a veces mucho pesar* *_pena_* [...], *también porque comprendo que yo soy la intrusa y no le exijo más de lo que me puede dar* [...]. Ve su relación como única, afirmando además que lo ‘*común*’ es que este tipo de relaciones se vivan pero por corto tiempo, no con ‘*la profundidad*’ que ella la está viviendo.

Vive en casa de alquiler con los hijos y el marido que va y viene entre las dos familias que ha conformado. Considera que el aborto es pecado. Ha tenido tres de sus hijos en casa con una partera y uno en el Hospital, del que hace un extenso recuento de malos recuerdos de esta experiencia. Durante los cuatro embarazos se hizo controles médicos, y los bebés tan pronto nacieron los llevó al Hospital para iniciar el proceso de las vacunas, pero tan sólo durante los primeros meses de vida de éstos; afirma estar a gusto con el servicio ofrecido a sus hijos/as.

Sus padres se separaron siendo ella muy pequeña, quedándose al lado de su padre y hermanos. La madre formó otra familia y aunque vivía en la misma región la volvió a ver sólo veinte años después.

Opina que en su ciudad, Buenaventura, hay racismo y que por lo tanto los blancos reciben mejor trato, aunque también reconoce sentirse “*orgullosa de su raza.*”

Miriam

32 años. Casada. Tiene una hija de 15 años y un hijo de 17. La hija tiene un bebé de meses. Este hijo es fruto de una relación en que el novio, una vez se produce el embarazo, rompió y desapareció del entorno de la novia. Los padres han asumido todos los gastos y dado apoyo afectivo a la chica para sacar adelante su maternidad. Aunque reconoce haber tenido una gran crisis cuando su hija salió embarazada, situación que se presentó cuando ésta todavía tenía 14 años. Respecto de esta situación opina que [...] *fue condenada a repetir mi historia* [...] en alusión a que ella también se embarazó [...] *antes de los quince* [...].

Estuvo separada de su marido durante tres años, tiempo en el que tuvo otra pareja, de la que quedó embarazada en una ocasión y se practicó dos abortos, finalmente regresó con el padre de sus hijos y decidieron casarse por el ritual católico.

Tuvo sus hijos/as en el Hospital, recuerda que durante los embarazos acostumbró hacerse baños, [...] *para sacarse el frío* [...] y masajes recomendados por su madre que era partera. De todos modos a la hora de los partos acudió al hospital, aunque no se había hecho ningún tipo de control aparte del que le llevaba su partera.

Le gustaría que su hija [...] *aunque ya cayó*¹¹⁰ [...] se casara. Le hubiera gustado tener sólo hombres, considera que la mujer ‘(...) *cae fácil y el hombre cuando cae, cae parado _de pie_* [...].

¹¹⁰ Es común esta expresión entre las mujeres y quiere decir que la joven ya perdió la virginidad, por lo general es madre soltera, y el novio ha cortado la relación.

Los cinco miembros que componen la familia viven en casa propia. Ella trabaja en una fábrica de alimentos precocidos desde hace 3 años y el marido tiene una parada de verduras cerca de su casa. Ninguno de los hijos estudiaba en el período de la entrevista. Afirma no estar ‘*acomplejada*’ por ser negra, aunque hace afirmaciones en la dirección de que [...] *soy conciente que el blanco tiene más posibilidades en este mundo que el negro* [...].

Nelsy

34 años. Hizo hasta el tercer curso de la primaria. Está viuda y tiene 4 hijos/as dos hombres y dos mujeres. Vive con sus hijos/as en la casa materna. Tuvo el primer hijo a los 19 años, de este embarazo opina que si hubiese estado informada en ese momento de cómo evitarlo lo habría hecho. De su infancia recuerda largas temporadas sin la madre, ya que ésta trabajaba fuera de la ciudad, por lo que permanecía sólo con una hermana un año mayor que ella.

Ha planificado durante algunos períodos con pastillas, recomendadas por una amiga; en el último parto se hizo ligadura de trompas. Considera que la maternidad la ha realizado, de la que opina que, [...] *me ha llenado un gran vacío* [...].

Trabaja por días limpiando en casas; también, ‘*cuando sale*’ trabaja vendiendo productos de limpieza a domicilio. Sus padres corren con buena parte de los gastos tanto de ella como de sus hijos.

Durante los embarazos se ha hecho todos los controles en el Hospital; los partos en casa le dan *miedo*, de los que afirma haber

escuchado, [...] *historias de toda clase* [...]. Ahora asiste a un centro de planificación y asistencia social sanitaria de la ciudad, donde imparten charlas sobre prevención de enfermedades, además afirma ir haciéndose controles ginecológicos en el Hospital.

De sus 4 hijos los dos primeros son de una relación estable que tuvo, él ahora está preso en los Estados Unidos; el tercer hijo llegó de una relación que finalmente “*no funcionó*”, el padre de éste aún no lo ha reconocido legalmente ni responde económicamente por el sostenimiento del niño. Por lo que ella piensa, “*más adelante,*” ponerle una denuncia; el cuarto hijo es de una pareja que tuvo hasta que éste murió de forma violenta, estando ella aún embarazada. Este último marido era blanco, por lo que encontró objeciones por parte de su familia para aceptar esta relación. Opina que los hombres blancos son mejores que los hombres negros ya que los negros dan malos tratos a sus mujeres, en cambio los blancos, [...] *respetan más y son más tiernos* [...].

Aunque se siente a gusto siendo negra está feliz de tener una hija con la piel más clara que la suya.

Su pasatiempo favorito es, [...] *cuando la tele funciona* [...] ver telenovelas, de las que opina que, “[...] *son más bonitas que la vida de las personas* [...].

Considera que lo que más la ha realizado en la vida es el haber podido tener sus hijos/as.

Nora

50 años. Cursó estudios superiores de nutrición y dietética fuera de la ciudad. Dentro de su campo profesional tiene un empleo estable. Es hija única. Tiene dos hijas que hacen carrera universitaria. Está separada y argumenta como razón para tomar esta decisión el que, [...] *me sentía humillada de que no me buscara como mujer* [...]. Vive con sus hijas y la madre en una casa propia. Algunas temporadas las hijas van a vivir con el padre con quien tienen buena relación, éste es profesor en dos colegios de la ciudad. Comparten los gastos de educación y mantenimiento de las hijas. Además de las obligaciones económicas para con las hijas y la madre, ayuda al padre que, aunque ausente durante muchos años, ahora ha vuelto y ella lo sostiene, pero no vive con él.

Tuvo las hijas en el Hospital y regularmente se realiza controles tanto ginecológicos como de la salud en general.

Le hubiera gustado tener hijos en lugar de hijas, por el apellido y por darle gusto a su marido; de todos modos, cree que éste cumplió su deseo de un hijo varón ya que ella conoce un niño que se le parece mucho y, aunque él lo niega, ella esta segura que es hijo suyo.

Siente nostalgia por no haber tenido una familia numerosa. Le da temor la soledad y siempre trata de rodearse de gente.

No está de acuerdo con la infidelidad pero reconoce que ésta puede tolerarse siempre y cuando [...] *no se esté muy enterada del asunto* [...]. Desde que se separó se ha unido a una congregación religiosa y

considera que esta alternativa le ha dado fortaleza para encarar la vida. Opina que el mayor valor que tienen las mujeres de su “*raza*” es la maternidad ya que se reafirman en su papel como mujeres.

No quisiera que sus hijas se casaran con hombres blancos ya que sus nietos podrían salir ‘*lavados*’ *_más claros de piel_* y entonces serían [...] *prepotentes con su raza* [...]. Se ha sentido muchas veces discriminada por su color de piel sobre todo cuando realizaba estudios fuera de su ciudad; ella contrarrestó esta presión juntándose cada vez más con [...] *su gente de la costa* [...], pero también afirma que como fue buena estudiante hizo algunos amigos blancos.

Pastora

71 años. Estuvo casada por la iglesia durante 48 años, el marido fue secretario de un juzgado durante 25 y murió hace 5 años. Estudió la primaria completa. Tiene 8 hijos, todos con la misma pareja. Vive en casa propia con dos hijos que le quedan solteros y un nieto, éste es de un hijo que tiene problemas con el licor. Cobra una pequeña pensión que le dejó el marido y trabaja como ayudante de cocina en una guardería pública, además ejerce como partera; aún teniendo este oficio opina que las mujeres deben ir al Hospital porque, [...] *allí hay todos los recursos* [...].

De todos modos, ella tuvo sus hijos en casa, [...] *no ha tenido por costumbre* [...] hacerse controles ginecológicos y mamografías; al final de su edad fértil tomó pastillas anticonceptivas recomendadas por una hermana, lo hacía a escondidas del marido. Opina que en el

pasado era más “*propicio*” tener muchos hijos, argumenta que [...] *ahora la vida está muy cara y esto por aquí todo esta muy feo*[...].

El hombre con quien estuvo casada, y que ha sido su única pareja estable, era blanco. Situación que le produce satisfacción, afirma que [...] *si hubiera sido negro las cosas habrían sido muy distintas* [...] aunque afirma que [...] *por aquí hay de todo* [...]. Se siente satisfecha con ser negra y con la vida que ha llevado.

Recuerda que el marido tuvo otras relaciones esporádicas simultáneas con la suya, pero ella nunca se planteó que aquello fuera razón suficiente para acabar la relación; ha tenido claro que, [...] *el hombre es de la calle y la que guarda el hogar es la mujer* [...].

Polonia

21 años. Ama de casa. En el período de la entrevista (2001) realizaba un curso de modistería por las tardes.

Hizo hasta el tercer curso de la primaria. Vive en unión libre. Comparte vivienda de alquiler con otra familia con la que no les une ningún lazo familiar. El marido se gana la vida como fotógrafo de fin de semana. Tiene dos hijos y una hija y en el momento de la entrevista estaba embarazada, de su estado afirma que, “*no tiene claro*” de cuántos meses está.

Le gusta ir al Hospital a hacerse controles en los embarazos pero sólo al final de ellos. No tiene por costumbre hacerse controles sobre su salud en general. Considera además que las ecografías,

“*hacen daño al bebé*”. Durante el embarazo se hace baños recomendados por su suegra. Considera este embarazo accidental ya que “*su sueño*”, era tener tan solo dos hijos/as, de todos modos ya se hizo a la idea de que tendrá más de dos y dice llevarlo con ‘*resignación*’. Tuvo dos de sus hijos en el Hospital y el tercero en una clínica privada. Siente temor tenerlos en casa.

Prefiere las hijas mujeres y opina que los chicos hoy en día [...] *a cada ratito los están matando por ahí* [...].

Cree en los métodos anticonceptivos caseros que practica no le ha dado resultado¹¹¹. Cuando hace referencia a las opiniones de los médicos sobre sus problemas de salud demuestra haber entendido poco las recomendaciones que éstos le hacen. De todas maneras considera que lo mejor es [...] *ponerse en manos de ellos* [...], en referencia al personal sanitario biomédico.

Alude a períodos de su vida en pareja en que su marido, ha tenido otra pareja simultáneamente a la suya, [...] *me ha engañado con otras* [...] pero no por ello ha roto la relación, aunque hace afirmaciones en el sentido de que [...] *me han hecho sufrir mucho* [...].

Ve como problema ser afrocolombiana, opina que hay mucho racismo en su ciudad tanto de parte de la población blanca como desde su mismo grupo. Aunque enumera desventajas por el hecho de ser negra, al mismo tiempo, considera que no le hubiera gustado tener sus hijos con otro color de piel.

Desde hace algún tiempo pertenece a una congregación religiosa evangélica y desde entonces no va a bailar ni sale con sus amigas como antes.

¹¹¹ Método de planificación tratado en el capítulo cinco.

Rosmilda

49 años. Casada. Terminó los estudios de secundaria ya mayor, en cursos especiales ofrecidos los días sábados en algunos colegios de la ciudad.

Vive en casa propia cuyo salón está acondicionado en una pequeña tienda de colchones. El grupo familiar completa su presupuesto con lo que ella cobra como partera.

Tiene tres hijos/as adolescentes, un hombre y dos mujeres; antes de tener los hijos/as tuvo cuatro abortos involuntarios. Todos sus hijos/as nacieron en el Hospital; su primer hijo nació cuando tenía 29 años.

Los recuerdos que conserva de sus partos en el Hospital aluden a horas de mucha tensión y sufrimiento, pero al mismo tiempo la llevan a admitir que si no hubiera estado allí, sus hijos, sobre todo su última hija, habría muerto. Ahora, pasados los años, cree que tal vez en aquel momento no vio la importancia ni el porqué de los cuidados y también las incomodidades que pasó en el Hospital.

Le hubiera gustado que todos sus hijos hubiesen sido hombres, aunque luego concluye que ahora se siente a gusto con sus hijas. Considera que las relaciones sexuales se deben tener sólo después de haberse casado; mientras tanto deben de tenerse amigas y sobre todo amigos, pues opina que los hombres son mejores personas que las mujeres. Con los hombres se siente [...] *protegida* [...], considera en cambio que las mujeres suelen ser [...] *envidiosas* [...].

Se inició como partera viendo a su madre. En los últimos años ha asistido a cursos sobre técnicas para ejercer el oficio, ofrecidos por instituciones sanitarias de ámbito público y privado.

La experiencia de muchos años como partera la ha llevado a concluir que no debe perder de vista la posibilidad de llevar ‘sus’ embarazadas al Hospital, [...] *cuando las cosas se complican* [...]. Afirma además, que las anima a hacerse los controles cada mes. Quiere que se le reconozca su oficio aunque no aspira, [...] *ser como los médicos, pero podemos escalar hasta que ellos tengan que mirarnos como personas que sí podemos hacer las cosas bien y sin que haya ese rechazo*’.

Ve con buenos ojos el estarse capacitando a través de la institución sanitaria biomédica, por lo que considera que su aprendizaje como partera ha ido en aumento; opina, haciendo alusión a la capacitación que ha recibido, que [...] *afortunadamente ya me he salido de mucho cuento* [...]. Describe con entusiasmo su experiencia en cuanto a cursillos y prácticas realizadas en la sala de partos del Hospital, ofrecidos por la Secretaría de Salud¹¹².

Es la presidenta de la Asociación de Parteras Unidas del Pacífico (ASOPARUPA), dentro de la organización tiene gran liderazgo, es además una persona dinámica que sabe desenvolverse entre las instituciones cuando se requiere. Sin ninguna duda Rosmilda está entre las personas que hacen de puente entre la comunidad y las entidades oficiales y privadas que hay en la ciudad. En el período del trabajo de campo (2000 y 2001), estaba gestionando con el

¹¹² Este tipo de experiencias o aprendizajes los ha tenido tanto ella –que es la presidenta de la asociación– como algunas afiliadas a ASOPARUPA. Aunque la idea de Rosmilda es que una vez capacitado un grupo de parteras, éstas repitan los cursillos dentro de la comunidad a otras mujeres que no hayan tenido acceso a ellos.

municipio la obtención de un terreno para sacar adelante el proyecto de construcción de lo que sería, “*La casa de la partera*”, un lugar adonde pudieran realizarse partos y a la vez estas mujeres, especialmente de las áreas rurales del municipio puedan alojarse cuando decidan venir a la ciudad a tener sus hijos.

Rosmilda es una partera que combina el tratamiento a partir de masajes y baños con medicamentos de farmacia.

Sara

21 años. Vive en unión libre. Cuando tenía 14 años y hacía el segundo curso de la secundaria quedó embarazada por lo que dejó los estudios.

Tiene dos hijos y un embarazo de tres meses. El primer hijo es de un novio cuya relación una vez nació el niño se rompió, y el segundo es de su anterior pareja de la que se separó debido a los maltratos físicos que recibía de éste. Tuvo los dos hijos en el Hospital. En las dos ocasiones que salió embarazada sus parejas fueron partidarias de que abortara pero ella decidió seguir adelante con los embarazos a pesar de lo incierta de estas relaciones. Lamenta no haberse enterado de los métodos de planificación cuando tuvo su primera relación; más adelante comenzó a tomar pastillas anticonceptivas, recomendadas por su hermana.

Acostumbra hacerse controles de embarazo a partir del cuarto mes.

Uno de sus hijos nació en el Hospital y el otro en casa. Durante los embarazos acostumbra hacerse los baños que le enseñó la abuela y, a la vez, asiste al Hospital a hacerse los controles de embarazo. Le hace mucha ilusión el hijo que va a nacer ya que es el primer hijo de su actual pareja, y sobre todo el hecho de que sea un varón, esto lo considera muy importante para él.

Su marido, “*por ahora*”, está desempleado. Viven en casa de la madre, que es vendedora de pescado en pequeñas cantidades en una parada que tiene en la plaza de mercado de la ciudad.

La vivienda la comparten: la madre, su actual pareja, sus dos hijos, el padrastro, un tío y dos primos.

Dos semanas antes de contactarla para este estudio, en julio del 2001, había dejado el trabajo que tenía como empleada de hogar.

No tiene claro si le gustaría tener más hijos/as, pero cree que para conservar a su marido tendrá que plantearse el tener [...] *por lo menos otros cinco o sino el se los buscará en otra parte* [...].

Considera sus hijos como lo primero en la vida y de la maternidad dice que, [...] *pensaba que muchas cosas eran diferentes* [...].

Quisiera que sus hijos tan pronto crecieran abandonaran la ciudad a la que considera [...] muy peligrosa para vivir [...] matan mucho a la gente [...] usted no se imagina todo lo que pasa por aquí [...].

Afrocolombianas en sus lugares de trabajo





V. PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN Y FORMAS DE UNIÓN ENTRE LAS AFROCOLOMBIANAS DE LA CIUDAD DE BUENAVENTURA

Presentación

En este capítulo me aproximo a las distintas formas de unión por las que han optado las mujeres del estudio durante su ciclo vital. Bajo el crisol de los hallazgos logrados en la investigación se discutirán asuntos, tanto desde la perspectiva de la salud como problemáticas sociales y culturales que son de primer orden en la vida de las mujeres, además tema de debate en la sociedad colombiana; por ejemplo, el aborto, cuya normativa legal recientemente fue modificada gracias a movilizaciones desde los distintos sectores de la sociedad. Igualmente abordo aquí las relaciones extraconyugales, la maternidad, la anticoncepción y el embarazo de adolescentes.

Con este capítulo pretendo aproximarme a algunos de los procesos que moldean y construye la subjetividad de estas mujeres así como su lugar en la sociedad colombiana

5.1 Procesos de socialización y alianzas en las mujeres afrocolombianas

Entre las afrocolombianas se da importancia relevante a las relaciones con los parientes tales como tíos/as, y primos/as, estos últimos en los distintos grados. En ellos se tiene depositada gran confianza generando sentimientos de seguridad y protección entre sus miembros. Como consecuencia de la centralidad de las relaciones hay un elevado control social intragrupo, tanto en las relaciones domésticas como con las demás personas de su entorno, produciéndose como resultado una serie importante de intercambios materiales y, sobre todo, emocionales. Hecho que lleva a que las opiniones y valoraciones de los demás miembros del grupo tengan gran importancia, no sólo por los afectos que puedan mediar en las relaciones interpersonales sino también por compartir las mismas normas.¹¹³ De ahí que las relaciones de pareja, en alguna medida, tienden a regirse más por un comportamiento esperado. Por ejemplo, una informante, Esperanza, explica cómo vivió las presiones de su grupo en un momento específico de la relación con su pareja:

[...] Yo aquí con mi esposo lo viví un tiempo. Nosotros nos casamos y como a los tres años él consiguió una moza (amante). [...] Él quiso como imponerla, y yo le dije que no, que no, que con la historia de mi papá y mi abuelo ya era suficiente. Un día cogí y le dije: 'Si usted cambia, yo le voy a dar una oportunidad, que no debería dársela, pero se la voy a dar'. Y yo le digo una de las cosas, ya que como nativa de aquí sé la problemática y qué

¹¹³ Hago alusión aquí a normas en el sentido que lo define Bott (1993: 238-239), como "(...) ideas que tiene la gente sobre qué conducta es la acostumbrada y qué conducta es la correcta y propia de su círculo social". La autora señala que en estas normas, bien sea en sociedades reducidas o amplias, lo común es que sean incongruentes llegando a menudo a ser contradictorias entre sí, lo que hace que los grupos, muchas veces, elijan unas u otras de acuerdo a conveniencias personales o del grupo.

pensamos. [...] todo esto tiene que ver con el machismo, los amigos, la rumba y todo eso. Los hombres de por aquí se alimentan mucho de lo que puedan decir las otras personas, sobre todo sus amigos, no se actúa con lo que uno quiere [...]. Entonces, yo pienso que también es eso. Él (el marido) no quería que sus amigos le dijeran, 'Vos le tenés miedo a tu mujer, eres esto y lo otro [...] (Esperanza, 42 años).

Mauss, en su clásico ensayo sobre la noción de persona y del yo, publicado por primera vez en 1938, señala que la categoría de persona, a pesar de haberse estudiado y desarrollado, es ambigua. Para el autor esta categoría no puede percibirse sin la vinculación a una organización social con connotaciones morales, jurídicas y psicológicas sujetas al contexto sociocultural al que pertenecen los individuos (Mauss, 1979).

Berger y Luckman (1991), por su parte, señalan que la dependencia entre los miembros de algunos grupos sociales, puede llegar a ser mayor que la que se produce entre éstos y las instituciones. Respecto de esta situación, Lomnitz (1975) refiriéndose a México, señala este hecho como parte de un mecanismo de adaptación a la marginalidad económica y social desarrollada por los grupos de población que viven estas situaciones. La autora señala que dichos grupos acuden a sus redes sociales basadas en la reciprocidad, convertidas en elementos de supervivencia del grupo familiar.

Sluzky (1996), al hablar de las relaciones sociales establece cuatro categorías como son las relacionadas con la familia, la que tiene como base la amistad, las relaciones por intereses laborales y finalmente las relaciones comunitarias.

Para Bourdieu (1991, 1996), la construcción de la realidad no se produce en un vacío social sino que está sometida a coacciones estructurales. Para el autor la realidad social es una construcción no sólo

individual sino también colectiva por lo que los objetos del mundo social pueden ser percibidos y expresados de diversas maneras comportando un nivel de indeterminación. El autor introduce claves para entender la dinámica de la sociedad cuando plantea la noción de *habitus*, que define como estructuras mentales a través de las cuales las personas aprehenden el mundo social e interiorizan esquemas de producción, apreciación de las prácticas sociales, así como percepción de un mundo de sentido común,¹¹⁴ un mundo social que parece evidente. Para el autor francés el mundo social es el producto de una doble estructuración: por una parte estaría el lado subjetivo estructurado por esquemas de percepción y apreciación inscritos en el lenguaje, expresando relaciones de poder simbólico; y, por otra parte, estaría el lado estructurado por las propiedades atribuidas a las instituciones presentadas en combinaciones y con probabilidades desiguales y, como último eslabón de esta cadena, estaría la posibilidad que tienen las personas para reconocer un significante generador de sentido.

Por otra parte, considero que entre las familias consideradas en este estudio ocurre lo que Bott (1993) llamó “rol relacional conyugal separado”, es decir, que el marido y la mujer mantienen una diferenciación y separación de tareas, femeninas y masculinas, en cuanto a aficiones y actividades. Cada cónyuge tiene su propia manera de pasar el tiempo; las mujeres tienden a asociarse con las mujeres y los hombres con los hombres.

He observado que entre las afrocolombianas de Buenaventura, éstas se refieren con frecuencia a sus amigas exaltando sus cualidades. En el estudio tan sólo hubo una informante (Rosmilda),¹¹⁵ que hizo explícita su preferencia por los hombres a la hora de iniciar una relación de amistad.

¹¹⁴ Castro (2002: 146) define sentido común como, “el inventario básico del conocimiento con el que cuentan los individuos para interpretar y dar significado a sus experiencias” (*Op.cit.*).

¹¹⁵ Ver biografía, capítulo 4.

Las mujeres acuden a sus amigas y parientas ante situaciones como la necesidad de hacer una confidencia, pedir ayuda, o como compañía a la hora de realizar algún trámite frente a una institución, o simplemente para visitarse entre sí.

Aunque también algunas actividades y decisiones sobre algo considerado para ellas importante, por ejemplo un gasto donde se vea comprometida buena parte del presupuesto familiar se realiza de forma compartida con el marido. De todos modos, la tendencia en las mujeres es a no mencionar la importancia del carácter conjunto de las decisiones.

Si bien, en el grupo, se considera legítima la relación de amistad entre hombres y mujeres, no obstante la valoración es positiva siempre y cuando haya algún nivel de parentesco, entrando en el ámbito de la sospecha la amistad entre un hombre y una mujer que no tengan este nexo.

La situación que vengo señalando es descrita por Nora cuando asegura que su marido tiene relaciones extraconyugales, teniendo como única evidencia el hecho de haber sido visto con otras mujeres paseando por una calle.

[...] Yo sé que él tiene otra mujer, de que la tiene la tiene, conozco los nombres, no de una sino de varias. Muchas de mis amigas lo han visto muy bien acompañado. Yo no he tenido la oportunidad de verlos, pero tengo la seguridad de que sí, que es así [...]. Cuando hablamos de ese tema, me dice que yo me lo imagino [...]. Él siempre piensa que yo soy muy cansona, muy celosa, o que estoy muy enferma, pero yo sé que es verdad [...]
(Nora, 50 años).

De todos modos, por lo general, si esta sospecha a la que alude Nora llega a confirmarse, la tendencia es que, ello, no es una razón suficiente

para una ruptura de la pareja, entrando, entonces, estas situaciones en el plano de la normalidad.

5.1.1 El matrimonio

El matrimonio es un acto jurídico con consecuencias legales específicas. Según la constitución colombiana, tanto al matrimonio civil como al católico tienen derecho todas las personas conforme a sus creencias. En Colombia no pueden contraer matrimonio los menores de 18 años, aunque a partir de los 14 lo pueden hacer bajo permiso expreso de los padres biológicos o adoptivos. Si bien, antes la edad mínima para las mujeres era de 12 años, la Corte Constitucional, en el año 2004, cambió esta disposición e igualó la edad de las mujeres con la de los hombres, o sea a 14 años (Profamilia, 2005).

Entre las mujeres que participaron en el estudio el matrimonio católico como institución legitimada sigue vigente aunque, también, la especificidad del grupo de pertenencia permite sugerir que si bien esto es así, el matrimonio entre ellas puede no tener la trascendencia que sí presentarían otros grupos socioculturales, respecto de esta forma de unión. La antropóloga Virginia Gutiérrez de Pineda realizó una extensa investigación en los años setenta,¹¹⁶ cuyos resultados finales sobre la familia han sido un referente para posteriores estudios tanto de familias afrocolombianas como de la familia colombiana en general. Gutiérrez en el estudio *Estructura, función y cambio de la familia en Colombia* (1999) establece tipologías y dinámicas de las distintas clases de familias que hay en el país.

¹¹⁶ Reeditados a finales de los noventa por la Universidad de Antioquia.

El estudio tiene un apartado dedicado a las poblaciones negras que la autora llamó “Complejo cultural negroide”.¹¹⁷ En este apartado, Gutiérrez señala que

[...] en el complejo cultural negroide la familia se constituye a través del matrimonio civil y católico donde la población negra que llega al matrimonio es solamente el diez por ciento dentro de la clase baja [...], la norma dominante en los grupos negros es la absoluta preferencia por las formas de facto,¹¹⁸ variable que se cumple dentro de la misma clase, [...] en los grupos populares la descendencia ilegítima no fuerza al matrimonio [...] pero sí crea obligaciones para la mujer (*Op. cit.* 210–211).

Las afirmaciones de la autora, producto de sus investigaciones, abrieron una vía de estudio necesaria en el país, pero treinta años después la familia colombiana muestra otras realidades acordes con los cambios que se han producido y que traen consecuencias tales como la forma en que se producen actualmente las alianzas entre hombres y mujeres.¹¹⁹

Entre las mujeres de Buenaventura el matrimonio ocupa un lugar preferente. De las veinte mujeres que participaron en el estudio, ocho estaban o habían estado casadas, y lo habían hecho por el rito católico. Y del total de las informantes, doce mujeres tienen hijas y todas –a excepción

¹¹⁷ Gutiérrez encerró dentro de este concepto a las poblaciones de la región Pacífica, Atlántica y las riberas de los ríos Cauca y Magdalena, en el interior del país.

¹¹⁸ Unión de facto, de hecho o unión libre, es según Profamilia (2005: 42), la conformada por un hombre y una mujer, que sin estar casados hacen “una comunidad de vida permanente y regular”. A las parejas unidas mediante esta forma la Constitución Nacional les otorga la misma protección que a las unidas mediante el rito católico. Profamilia señala, además, que esta unión produce efectos legales y es requisito que ninguno de los cónyuges “pueda tener más de una unión marital de hecho de forma simultánea”. Cuando se conforma una unión en estos términos, de hecho o unión libre, la consecuencia jurídica es similar a la sociedad conyugal que se forma entre dos personas mediante el rito del matrimonio.

¹¹⁹ Entre los cambios más relevantes están la migración campo/ciudad, la fuerte penetración de los medios de comunicación en las áreas tanto rurales como urbanas, y por la violencia generalizada que en las últimas décadas se ha instalado en la región, provocando el desplazamiento forzado de población hacia el interior del país.

de Cleotilde– manifestaron que sí les gustaría, “*algún día*”, ver a sus hijas formar una familia mediante el matrimonio.

[...] No le voy a negar que aquí tiene su importancia el casarse [...] hay muchas mujeres que quieren ser la esposa, decir, ‘Yo soy la casada’, o ‘yo soy la propia’. Y piensan que por estar casadas están por encima de las demás. Y hay otras que no. Eso depende de la zona de donde uno sea. Cuando aparece la niña embarazada, se alegra de casarse porque eso es una forma de retener un poquito al hombre ya que si se va, está la ley que lo hace venir por abandono del hogar. O sea que si se casa se piensa en que le pueda responder con todas las de la ley a la muchacha. Eso cuando son así jovencitos los dos. Cuando tienen entre veinte o veinticinco años ya están casi todos los hombres de por aquí casados [...] (Esperanza, 42 años).

Aunque también hay mujeres que discrepan abiertamente sobre la importancia de esta forma de unión, tal es el caso de Cleotilde (49 años).

[...] hasta ahora no me ha pasado por la cabeza casarme y ya tengo tres hijos; él a veces piensa en casarse, pero yo no [...], a veces los hombres cuando se casan se vuelven más irresponsables, piensan que como están casados la mujer tiene que aguantarse todo. Ellos dicen que la que se casó es la mujer, pero ellos no. A muchos les he escuchado decir eso [...]. Si no están casados piensan que la mujer en cualquier momento se puede ir y entonces tienen que estar más allí, cuidándola o tratándola bien [...], mejor así, arrejuntaditos no más [...], yo llevo veintidós años de vivir así con el marido que tengo. Si uno va a una iglesia hay que respetarla, y a veces uno se casa y es como para que se desbarate todo. El matrimonio no me gusta. Si uno

no se quiere, pues se separa y no hay tanto problema [...] (Cleotilde, 49 años).

Si bien otras informantes, tal es el caso de Esperanza, expuesto anteriormente, hicieron afirmaciones similares en relación con la importancia del matrimonio, instrumentalizado muchas veces en el intento de conservar la relación de pareja, considero que las relaciones conformadas mediante la unión libre o de hecho entre las afrocolombianas ocupa un lugar destacado. Respecto a esta forma de unión, autoras como Gutiérrez (1997) argumentan sobre el peligro que subyace al atribuir a esta forma de unión una herencia africana ya que ésta es, también, una forma de unión compartida por otras regiones habitadas por grupos mestizos.

Entre los afrocolombianos de Buenaventura, hay situaciones en que una vez la joven sale embarazada la expectativa de los padres es que se case, es decir, que el novio responda contrayendo matrimonio. No obstante, para ello se tienen en cuenta dos situaciones: la edad de la joven y que el novio la haya encontrado virgen. La virginidad goza de prestigio dentro del grupo. Si la joven cumple el requisito de haber llegado virgen, esta situación es utilizada como argumento favorecedor a la hora de ejercer presiones, tanto al novio como a la familia de éste, para la realización del matrimonio.

[...] Al hombre le interesa que la mujer sea virgen y también que se quede embarazada, las dos cosas. Eso como que prima mucho por aquí. Yo he visto a muchachas que las han embarazado y que no han sido vírgenes, y que de pronto los padres dicen, 'Bueno, se tienen que casar', y el tipo alega que él no ha sido el primero. Aunque la haya embarazado dice, 'Yo no fui el primero' [...] y así se quedan las cosas. Aunque el embarazo

y la virginidad son dos cosas diferentes, claro, hay un abismo, pero los padres no hacen mucha fuerza cuando alguien dice que no ha sido el primero en tener relaciones con la muchacha. Si el novio la encuentra virgen, ahí si los padres, mejor dicho, lo buscan donde sea para que cumpla y se case, aunque mañana se divorcien, pero lo principal es que salga de su casa casada (Esperanza, 42 años).

En cuanto a las formas de unión entre las mujeres que participaron en el estudio no hay un modelo de familia que pueda definirse como ‘distinto’ o como ‘propio’ de los grupos afrocolombianos. Encontré una amplia gama de formas de unión; tantas como las que pueda haber entre otros grupos de otras regiones del país en similares situaciones socioeconómicas.¹²⁰

Las mujeres que participaron en el estudio hablaron respecto de sus uniones, propias y ajenas (de parientes, amigas y vecinas), en los que pude identificar familias extensas y nucleares, estables e inestables; de madres que desean y esperan ver a sus hijas casadas por la iglesia o, lo contrario, viviendo en unión libre; uniones o parejas que se mantienen aunque el hombre sea pródigo en malos tratos, pero a cambio de la tolerancia por parte de la mujer hay techo y comida para ella y sus hijos/as; familias monoparentales donde el que saca adelante a los hijos es el hombre y, aunque esta última situación a veces se presenta, es más común que los hogares sean llevados por mujeres. En esta última situación las mujeres, por lo general, reciben ayuda económica de los familiares más cercanos o, también, compartiendo vivienda con éstos como parte de esta ayuda.¹²¹

¹²⁰ Situación diferente a la señalada por otras autoras, tal es el caso de Motta (2002) y Posso (2004:108), acerca de la estructura familiar entre los grupos afrocolombianos de la Costa Pacífica, basados en “la poligamia del hombre y la matrifocalidad de las mujeres”.

¹²¹ En el capítulo cuatro señalo, de forma específica, la situación familiar de cada una de las mujeres del estudio.

De todos modos, he observado que si bien en el imaginario de las afrocolombianas hay un claro modelo de familia sólidamente perfilado –el nuclear– en la práctica social cotidiana este modelo no es gestionado con la misma transparencia dentro de las familias que han formado, o sea que los hogares son espacios dinámicos y trasgresores en la medida que desbordan el modelo al que las mujeres se refieren de forma racional o que consideran como el “correcto” y “normal”.¹²²

¹²² Esta situación, de distancia entre el discurso y la práctica social la retomo más adelante, en el siguiente apartado, caso de Martha.

5.2 Aproximaciones corporales¹²³

5.2.1 “Aquí cada cual carga su cruz”¹²⁴

Si bien entre las mujeres afrocolombianas de Buenaventura las formas generalizadas de unión se concretan en el matrimonio católico, la unión libre o de hecho y la sexualidad extraconyugal están presentes de forma relevante tanto en hombres como en mujeres.

Una informante, funcionaria del Hospital de Buenaventura, hacía la siguiente reflexión acerca de esta situación en la ciudad:

[...] Aquí en Buenaventura las mujeres se dividen en dos clases: las que son propias y las que son amantes. También está la competencia entre la mujer propia y las otras, porque al hombre, aquel ‘de pelo en pecho’, quiere tener, más que hijos, mujeres. El que tiene dos mujeres es menos macho que el que tiene tres o cuatro [...]. Antes se manejaba ese concepto. Ahora empieza a verse un cambio a raíz del problema del SIDA, que lo hemos manejado mucho en los medios de comunicación y de algo ha servido. De todos modos, en esta ciudad la promiscuidad entre hombres y mujeres es altísima. Porque no nos podemos engañar diciendo que solamente viene del lado de los hombres. A mí a veces me dicen, ¡Ay, esta muchacha teniendo hijos a los doce años! Y lo que la gente no ve es que nuestras abuelas también

¹²³ La decisión de agrupar el capítulo, de aquí en adelante, bajo este título obedece al deseo de mostrar que los asuntos que engloba tienen que ver con las opciones, decisiones y, también, las consecuencias de esas decisiones tomadas por las mujeres y que, en últimas, son lo que configuran la subjetividad de éstas y, sobre todo, donde el cuerpo es el eje en una etapa específica durante el periodo reproductivo. Ello no significa que esté afirmando que en otras etapas del ciclo vital de las mujeres el cuerpo no sea central, sólo que este estudio tiene como marco de análisis el ciclo reproductivo de las mujeres.

¹²⁴ Nora, 50 años (2001).

los tenían a los doce años; pero ellas tenían seis o siete hijos del mismo hombre. Ahora no estamos viviendo eso mismo [...].

Es interesante cómo esta funcionaria refuta la tradicional tendencia de la población colombiana, no negra, a identificar a las mujeres negras o afrocolombianas de, además de multíparas, que sus hijos procedan de distintos padres.

Las relaciones extraconyugales por parte de los hombres son toleradas tanto por las mismas mujeres como por el grupo social de pertenencia, sobre todo cuando se trata de períodos cortos.

[...] Aquí las que estamos así como yo, estables con su marido, o las que el marido de pronto no anda con otras es porque ya hemos pasado por esas, pero la infidelidad de nuestros hombres aquí se vive mucho. Muchas de las que seguimos estables es porque ya desafortunadamente hemos vivido esa experiencia y la pudimos sortear sin perder el hogar. Yo, por ejemplo, del grupo de amigas que tengo no conozco la primera que el esposo no haya tenido una aventura, y que ella no se haya dado cuenta. Y también que haya sido muchas veces hasta por seis meses [...]. (Emperatriz, 42 años).

[...] He vivido la infidelidad, sí y muchísimo. Sufrí porque yo me considero toda una mujer. Yo sé que él lo hizo con una muchacha que conozco. No sé cuántas veces hicieron el amor o si no lo hicieron, porque eso es la vida de ellos. Yo hago como que no me interesa. Pero no le puedo negar que me afectó mucho, aquello fue cuando estuve en embarazo. Por eso digo que los problemas influyen mucho en que uno se enferme, porque bien mala que si estuve [...]. (Herminda, 22 años).

[...] Oiga, usted, con esto de la infidelidad aquí cada cual carga su cruz. Yo creo que si uno no está muy enterado lo mejor es hacerse como el loco, ¿sabe? Porque de pronto ellos piensan más en el sexo y uno piensa más en su familia [...] (Nora, 50 años).

Si bien, como afirmo anteriormente, la sexualidad extraconyugal en los hombres se presenta de forma más abierta que la de las mujeres, siendo tolerada, incluso, cuando se trata de períodos cortos. Aunque entre las veinte mujeres que participaron en el estudio hubo una, Martha, que afirmó estar conforme con su actual situación, donde el marido sostenía otra relación conyugal, de forma simultánea y por un período largo, desde el inicio mismo de la relación que ya lleva varios años. En este caso ella se siente ‘la otra’ y lo tiene plenamente asumido aunque se debate entre la ambivalencia al percibir su situación como anormal y la eficacia con que la gestiona o saca adelante. No obstante la segunda mujer que compone el triángulo, ignora la situación que vive el marido.

Gutiérrez de Pineda, en los años sesenta, planteó las relaciones poligínicas como parte de la estructuración social de los grupos indígenas. Según la autora, esta forma de unión estaba supeditada a la ubicación social y la mujer aparecía, según su análisis, como sujeto y objeto de poder, donde a mayor poder del indígena mayor capacidad para realizar matrimonios plurales (*Ibíd.*, 1999).

En aquel momento ya la autora señalaba que situaciones tales como relaciones esporádicas, unión libre y poliginia son valores compartidos también por poblaciones en otras zonas del país con poca presencia de grupos negros e indígenas.

Whitten (1974-1992), en su conocida etnografía realizada en el norte de Ecuador y el sur de Colombia, se refirió a la forma de unión entre los grupos negros y planteó como forma de unión entre éstos las relaciones poligínicas o lo que el autor llamó poliginia seriada, definiéndola como un ajuste social en una sociedad de consumo que permite ordenar los asuntos domésticos y acomodar las fluctuaciones de los recursos económicos disponibles. Hizo referencia a los hombres del Pacífico como sujetos itinerantes que adquirirían o repudiaban mujeres, mientras éstas permanecían como receptoras pasivas a la espera de retener un marido el mayor tiempo posible. Según Whitten, las relaciones poligínicas se producían muchas veces dentro de un mismo espacio o vivienda.

Apoyada en la etnografía realizada en la ciudad de Buenaventura para realizar esta tesis, y teniendo en cuenta además los años que por motivos profesionales he podido estar en contacto con las afrocolombianas de la ciudad, considero que este “etiquetaje” donde aún se continua incluyendo formas específicas, en la conformación de las uniones y las relaciones familiares de las y los afrocolombianos como diferenciadas o mediadas, en tanto una especificidad racial, merece una revisión acorde con lo que hoy son estas uniones y con la crítica necesaria a la propia teoría que sustentaba y, aún, en muchos casos, se continúa sustentando.

Podría, incluso, afirmar que la poliginia de la que hablo Whitten en su momento para los grupos negros, hoy no pasa de ser un hecho eventual – para el caso de los afrocolombianos de Buenaventura específicamente–, y que factores como los cambios en las estructuras económicas y socioculturales propiciadas por la apertura de la región a prácticas sociales hegemónicas están modificando de forma sensible las relaciones de género en estos grupos. Plantearía además que la existencia de relaciones extraconyugales, más que poliginia, se produce no sólo por parte de los

hombres sino también por parte de las mujeres. Contrario a lo planteado por el autor norteamericano en relación con las actitudes, pasiva en las mujeres y activa en los hombres, encontré que en Buenaventura no sólo los hombres, sino también las mujeres, cambian de pareja con relativa frecuencia.¹²⁵ Aunque también he visto, respecto de esta situación, que la pauta es a focalizar como culpable tan sólo a las mujeres. Estas aparecen, ante las mismas mujeres y el grupo en general, como las que [...] se han buscado su problema [...]. (Rosmilda), o las que “[...] van por ahí buscando calentar a los hombres” (Pastora); o también las que “[...] han dañado un hogar [...] (Nora).

Quiero presentar aquí, en forma de crónica, la situación de Martha, mujer que manifestó estar conforme, ella y su familia, con la relación extraconyugal que sostiene su marido. Considero pertinente señalar que Martha no provee ningún recurso para el sostenimiento del grupo familiar,¹²⁶ sino que es sostenida por el marido que trabaja en la construcción. Mientras que la otra mujer sí trabaja y, como se afirma anteriormente, ignora la otra relación que sostiene su marido.

[...] Después de aquellas experiencias tan malas conocí al señor que tengo actualmente [...]. Yo conocía sus primos y me empezaron a decir que era buena gente, me lo recomendaron muy bien. Luego supe que no tenía hijos y eso me gustó. Entonces me dijo que él quería organizarse conmigo, pero sin dejar la mujer que tenía: desde un principio me dijo la verdad de su vida. Me di cuenta pronto que no me mentía. Ya después me

¹²⁵ Estas situaciones son descritas en el capítulo cuatro, en los testimonios de las mujeres. Por otra parte, encuentro arriesgado afirmar con rotundidad, que algunas de estas relaciones podrían ser instrumentales, mediadas por una situación económica concreta de las mujeres y, también, de los hombres. Si bien en algunos casos estas relaciones puedan tener esta base, ello no significa que se agota en ella. Este planteamiento lo hago partiendo de la premisa que las relaciones de pareja son mucho más complejas y cualquier intento de reduccionismo unidireccional queda fuera de lugar.

¹²⁶ Que sería lo acorde con el planteamiento de Whitten.

presentó a la familia, a los hermanos y a sus papás. [...] Comenzamos a tratarnos y luego yo le dije que lo único malo es que yo no podía planificar, pero él me dijo que sólo quería tener uno o dos hijos y que después si le tocaba cuidarse a él ya lo haría. Él es una persona muy comprensiva y dedicada a mí. A mí me da pesar con la 'otra' porque siempre está enferma, tiene algo que ni los médicos saben. [...] Realmente él no está casado con ella, pero yo comprendo que allí está su hogar oficial y yo siempre lo aceptaré. [...] A veces me hace falta que viva aquí de forma permanente, pero el viene todos los días. A veces se queda. Ella (la otra mujer) piensa que está trabajando, cuidando las casas en las que trabaja. Yo vivo pendiente de cómo está ella, que la lleve a su médico y todo. [...] Claro que ella no sabe nada de mí, él le dice que sale, pero no le cuenta nada de adonde va, ella si que no acepta esta situación, le ha dicho que si sabe que tiene otra mujer lo deja. Pero como él siempre ha tenido una tía que visita, y va a donde otros familiares, entonces ella no sospecha nada [...] entre ellos hay poco diálogo, él me dice que no duermen juntos [...], aunque ya llevan diez años. Y fíjese que es más clara que yo. [...] Ella nunca pudo tener hijos, los abortaba. Es enfermera, pero no puede trabajar fuera de casa y allá la buscan, aplica inyecciones a la gente del barrio. Desde que él se metió con ella vive enferma, [...] yo así como vivo estoy bien. El trata de no desamparar ninguno de los dos hogares. Si yo me enfermo viene a dormir acá y está pendiente de mí. Yo no le exijo que se venga a vivir aquí, porque él nunca me mintió. ¿Por qué le voy a exigir más de lo que me puede dar? [...] Ella también es su mujer y no siento celos. La familia de él vive pendiente de mí y de su señora también [...]. Hemos mujeres de mujeres. En mi caso yo soy consciente de que soy la intrusa en un hogar y no tengo por qué hacerle reclamos a ella. No tengo por qué ir a amargarle la vida a la señora con llamadas o insultos.

Es normal que uno quiera su marido para uno solo, ¿no? Pero en mi caso me tocó ser, por primera vez, la segunda en un hombre, y tengo que aceptar las cosas como son y respetar siempre ese hogar, eso está claro. Por lo menos, eso de exigirle que tenga que venirse a vivir conmigo no, porque cuando yo lo conocí, él ya la tenía a ella [...]. Aquí se presentan casos parecidos pero en realidad no lo soportan, o lo soportan al principio, porque cuando llevan un año o así, se alborotan y empiezan a molestar y la esposa se da cuenta y ya viene el escándalo [...]. Aunque el hombre de estos lados por lo general es infiel, ¿sabe?, claro que las mujeres de por aquí aguantan las infidelidades pero cuando es por corto tiempo. Casi nunca se llega a la profundidad a la que yo he llegado; pasa que la segunda mujer empieza a exigirles que, 'yo te quiero es para mí, yo quiero que usted sea sólo mío', y eso ya se daña. Algunos hombres dañan su hogar y se van con la otra, otros en cambio sí valoran la esposa y prefieren quedarse con ella. Pero siempre que los hombres se consiguen otra, la otra les complica el matrimonio. Algunos terminan (rompen) con la segunda porque comprenden a tiempo que no deben dañar su hogar [...]. Yo en cambio soy consciente de mi situación y la veo como normal. Aunque a veces no me parece bien, a pesar de que lo estoy viviendo. Creo que no es correcto. Las cosas deben ser como son, si la mujer le es fiel, ¿por qué el hombre no puede serle fiel a la mujer? [...]. (Martha, 31 años).

Encuentro que lo relatado por Martha, si bien representa un cuestionamiento al modelo de familia impulsado por la iglesia católica basado en la monogamia, permite igualmente entrever que ella, aunque vive una relación de pareja por fuera de este marco, no logra romper con el esquema. Martha en su imaginario, aún no logra un sustituto para la relación monogámica que ha superado ya que evalúa su situación actual, de

pareja, con los mismos patrones propuestos por el modelo de pareja hegemónico. Martha durante la entrevista enfatiza reiteradamente, la ‘anormalidad’ de su forma de unión. Aunque de todos modos, en la práctica social cotidiana, vive una relación que podría considerarse alternativa a la convencional y la gestiona de forma eficaz.

Dentro del contexto colombiano la situación que vive esta informante en su relación de pareja, puede verse por la población no negra como una confirmación del estereotipo que tienen las mujeres afrocolombianas, de inestables y con tendencia a llevar una vida desordenada así como de tener muchos hijos/as y de distinto padre, temática de la que ya han hablado diversos autores/as tanto para Colombia como para otros países de la región que contienen población afrodescendiente, tal es el caso de Wade (1993, 1999); Fernández (1998); Stolcke (1992,1993); Friedemann (1992) y Álvarez (2000). Considero además, que la tendencia a considerar ‘anormal’ esta situación, inclusive por las mismas mujeres, obedece por una parte a la falta de referencias o modelos alternativos y por la otra, a una situación de racismo donde estas situaciones son vistas como una confirmación de estereotipos, y no como el producto de posibles cambios en las construcciones de género suscitados por algunos colectivos más allá de las etiquetas que como tales están al margen de lo que en la práctica social está sucediendo, respecto de situaciones como las formas de unión entre hombres y mujeres.

De acuerdo con Del Valle (1989: 49), una de las maneras de lograr avances cualitativos en la vida de las mujeres estaría en la atención que se preste a sus sistemas de valores o contravalores donde sea posible detectar “gérmenes de protesta”. Según la autora, los cambios culturales surgen de situaciones problemáticas e inciertas, “suelen surgir de la marginalidad más que de situaciones consideradas normales”. Del Valle señala la necesidad

de fijarse en aquellos colectivos de mujeres que se están saliendo de situaciones ordinarias, “y que se aventuran en la búsqueda de nuevas soluciones”. La autora señala además, que estas mujeres muchas veces “experimentan una distorsión por la falta de referencias y modelos” de las sociedades que forman parte

5.2.2 La maternidad entre las afrocolombianas de Buenaventura

Si bien la maternidad tiene un destacado papel entre las mujeres afrocolombianas éste no es el único. El trabajo de campo mostró que éstas tienen otros proyectos y aspiraciones tanto para ellas como para sus hijas; otras realizaciones que darían a sus vidas un sentido, más allá de su papel como madres.

Comienzan a surgir para las afrocolombianas expectativas de tipo laboral y educativo aparte de vivir por y para los hijos. Aunque si bien entre las mujeres más jóvenes hay una actitud de confusión y pasividad frente a sus tempranas maternidades, sus madres tienen claro que quieren para sus hijas un futuro distinto al suyo, o sea que éstas no se vean abocadas a repetir sus múltiples maternidades y a llevar una vida cargada de resignación y precariedad.

[...] La maternidad ya no es lo más importante que puede vivir una mujer. Mi mamá en la crianza nos enseñó que la mujer debía casarse, tener sus hijos y nada más. Pero yo le digo una de las cosas, para mí es más importante que se prepare. Una mujer preparada puede ir a cualquier parte con su cabeza en alto [...]
(Aurora, 53 años).

Elvira, de 33 años, afirma que “un hijo es importante, muy importante, pero para mí, aparte ya de realizarse como mujer, uno debe también pensar en ser alguien, esforzarse y ser alguien en la vida...”.

Como lo señalan estas informantes, las afrocolombianas comienzan a tener expectativas en desempeñar otros roles diferentes al de madres; no obstante, las mujeres una vez son madres no se piensan sin sus hijos/as, vislumbrando, incluso, algunas de ellas, una vida sin pareja como una opción positiva. Por eso Lucía (26 años) afirma que “[...] en cuanto a que mi hijo no tenga padre a veces me parece malo y a veces hasta mejor. Yo tengo a mi hijo y es sólo mío”. Y Ana (48 años) dice que “[...] por aquí muchas mujeres tienen los hijos porque consideran que es lo único que pueden considerar como verdaderamente suyo, a sus hijos”. Y Cleotilde (49 años) ratifica esta visión de vida sin pareja:

[...] Los hijos son todo, el marido importa, pero son más importantes los hijos [...]. Porque si él sale y se va, después que uno sepa trabajar prefiero que se vaya, pero que no me le dé mal ejemplo a mis hijos. Ellos se preguntan uno porqué pelea, y ahí se debe pensar antes de hacer las cosas, porque hasta para pelear hay que pensar antes. Los hijos se pegan (agarran) de esas cosas, no crea, eso de vivir uno peleándose con el hombre se les vuelve a ellos un lío en la cabeza [...], yo siempre digo que lo de uno son sus hijos, y una buena amiga que uno tenga al lado [...]. Lo único que uno tiene fijo en esta vida son sus hijos y la tierra donde lo van a enterrar. Yo a veces creo que las mujeres aquí en Buenaventura aguantan las infidelidades y los maltratos de sus hombres por los hijos [...].

Lucía, Ana y Cleotilde mostraron preferencia por vivir la maternidad sin la participación del padre, manifestando satisfacción en el desempeño de su rol de madres solteras. Respecto de esta preferencia, autoras como Izquierdo (1998: 371) argumentan que en situaciones donde se privilegia e insiste acerca de las virtudes intrínsecas de la mujer, en este caso de la maternidad, “suena a demanda de amor, a petición de merecer un lugar en el mundo”. La autora sostiene que “el elogio a la diferencia alimenta y sostiene ideológicamente lo que caracteriza la subjetividad femenina bajo condiciones patriarcales”. Izquierdo plantea además, que la insistencia en el silenciamiento o marginación de la importancia del padre y la consiguiente relevancia de la madre lleva implícita, por parte de las mujeres, la negación de la sexualidad al negar el origen de la pareja.

He observado diversidad de situaciones entre las mujeres afrocolombianas de Buenaventura, tal es el caso del deseo por parte en algunas mujeres de vivir la maternidad sin el padre de la criatura y la consiguiente reafirmación por parte del grupo y, muchas veces, desde los mismos investigadores que tienden en sus estudios sobre estas poblaciones, a relacionar los hijos exclusivamente con la madre. Si bien en el trabajo de campo encontré casos donde la madre era relevante y exclusiva, en detrimento de la figura del padre, también las mujeres mostraron situaciones donde éstas fueron criadas y recibieron la primera información sobre aspectos fundamentales de sus vidas como es la sexualidad, desde el padre. Por ejemplo en los casos de Elvira y Martha, informantes que manifestaron tener sus más vivos recuerdos de formación, información e influencia del padre.

Esta situación encontrada plantea la necesidad de investigaciones acordes, no sólo con el papel que tienen hoy las mujeres afrocolombianas dentro de la estructura familiar sino también, con el que tienen los hombres afrocolombianos. Elvira (33 años) recuerda que,

“[...] la primera persona que me habló de temas de la maternidad o de que había que cuidarse y todo eso, fue mi papá. El era el que me estaba criando, mi papito me hablaba de sexo [...], ya me empezó a decir los hombres, tal y cual [...]”. Y Martha (31 años) nos dice que

[...] al principio del embarazo uno se siente como frustrado, decepcionado de las personas, del novio, de todo. Pero al mismo tiempo, gracias a Dios, tuve un papá comprensivo, yo esperaba que me pegara, que me regañara, que me echara de la casa, algo muy distinto de lo que hizo. Él me apoyó, me dijo que no era la primera ni la última, que tuviera a mi hijo y que contara con su apoyo. Nunca me dijo una mala frase. Mis hermanos, algunos, no estuvieron de acuerdo. Le decían a mi papá que me echara, porque todos esperaban algo más de mí. [...] el papá de mi primer hijo volvió, pero mi papá no aceptaba la relación; decía que si desde el comienzo se hubiera hecho cargo del bebé, entonces lo aceptaría. Pero si ya se había ido una vez seguro que me volvería a embarazar y se volvería a ir. Yo lo quería, pero no quería más hijos. [...], siempre confié en mi papá, cualquier paso que daba se lo contaba. Yo aquel niño se lo dejé a mi suegra y voy a verlo cada que puedo porque ellos viven en la Costa¹²⁷. Mi papá me aconsejó que lo tuviera y que cuando naciera se lo dejara, pero que no corriera riesgos abortándolo, me decía que si mi suegra no se quedaba con el niño él se lo quedaría [...].

¹²⁷ Esta alusión es común para referirse a los parientes que viven en los pueblos o en las áreas rurales sobre las riberas de los diversos ríos de la región.

Entre las mujeres de Buenaventura la decisión de asumir la maternidad es importante la demanda social para que asuman este rol. Esta es una situación privilegiada para observar cómo estas dos categorías, mujer y madre, se superponen en la práctica social. Con frecuencia en las sociedades, el imaginario acerca de la mujer está unido a los conceptos de matrimonio, familia, hogar, niños y trabajo doméstico; al final, la definición de mujer es operacionalizada a partir del concepto de madre, señalada como una función deseable y cuyo valor está preestablecido socialmente. Esta situación no se manifiesta exclusivamente en procesos como embarazo, parto, lactancia y crianza de los/as hijos/as sino también, como una construcción cultural más amplia, donde cada sociedad gestiona el ser mujer desde unas condiciones socioculturales específicas. Por esa razón la reflexión en torno al control del cuerpo femenino, es una constante presente en los debates sobre la condición femenina y los derechos de las mujeres en concordancia con el momento histórico que estén atravesando las sociedades¹²⁸ (González, 1995; Moore, 1999; Diez, 2000).

Palma (1992), argumenta que en algunas zonas de Colombia hay elaboraciones mitificadas acerca de la maternidad y expresadas a través de leyendas y cuentos populares que hablan de mujeres dotadas de grandes poderes: vulvas dentadas, madres que devoran a sus hijos al parirlos, menstruaciones que llegan como castigo, viudas que no dejan descansar en paz a sus difuntos maridos por no llorarlos lo suficiente, y donde finalmente los hombres acuden a la violencia como elemento de defensa para acabar con los conjuros de estas mujeres.

La autora señala que esta situación mitificada de los procesos corporales de las mujeres, en las sociedades aborígenes y posteriormente en

¹²⁸ Esteban (2000) distingue tres períodos en relación con la maternidad: el primero lo ubica a finales del siglo XIX; el segundo en el período de entreguerras y el último en la época actual. Períodos en que, según la autora, se da una continuidad en las ideas sobre los roles de hombres y mujeres.

las mestizas, en alguna medida, ha contribuido a sostener la perpetuación de unas relaciones desiguales entre hombres y mujeres, donde con frecuencia todo este mundo simbólico es desconocido tanto por las mujeres como por los hombres o, en el mejor de los casos, estos/as tienen una idea vaga de los mecanismos de opresión que en ellos va inserto. Según Harris y Young (1979: 24), la conceptualización de ‘mitificada’, estaría en relación con narrativas cuyo mensaje final se corresponde con un orden social determinado, con discrepancias mediatizadas y desplazadas al plano de la representación.

En Colombia, si bien la constitución de 1991 reconoce el derecho a las mujeres de elegir en libertad la opción de la maternidad, y en el caso de los hombres la paternidad, la maternidad para las mujeres sigue siendo, implícita o explícitamente, una demanda por parte del grupo familiar y el entorno más cercano que manifiesta una exigencia básica de la reproducción social.

Entre las afrocolombianas de Buenaventura he podido confirmar esta situación de control y demanda por parte del entorno familiar de las mujeres del estudio. Los testimonios de las informantes hablan de las presiones de miembros influyentes o determinantes, como el marido y la madre, a la hora de las mujeres asumir la maternidad como opción.

[...] nosotras somos cinco hermanas y ya todas estamos casadas, tenemos cuatro que ya tenemos hijos, sólo la menor que se casó ahora en diciembre aún no tiene. Ella dice que ya habrá tiempo para tener sus hijos. Aunque todavía no está embarazada cualquier día se apunta, porque ya mi mamá le va diciendo: ‘Vea que yo me voy a morir y no voy a ver mis nietos. Vos ya te casaste [...]’. Porque ya mi mamá quiere es que quede en

embarazo, sabe usted? Ella ve que ya es toda una mujer y ella quiere ver sus nietos, es normal, ¿ no? [...] (Esperanza, 42 años).

El planteamiento de Esperanza es interesante en la medida que muestra una situación presente en la sociedad respecto del papel de las mujeres como portadoras de un destino que quedaría incompleto si no asumiesen la maternidad. Aparece, entonces, la maternidad como una condición tanto para ser consideradas plenamente adultas como para vehicular una valoración social preestablecida. Algunas autoras (Del Valle, 1991; Moore, 1991; Diez, 2000) coinciden cuando señalan que la maternidad llega a constituirse, en las actuales sociedades, bien en el destino o en el eje organizador de la vida de muchas mujeres, constituida en elemento central de la construcción de la identidad femenina, siendo entonces una vía de legitimación social como mujeres adultas o bien, como afirma Lagarde (1990: 56) “dar vida para ser visibles”.

Sara (21 años) refleja las presiones del marido, cuando condiciona la estabilidad de la relación a su opción o no de la maternidad:

[...] él dice que quiere seis (hijos) más. Claro que tampoco son tantos, pero yo a veces no quisiera tantos niños. El lo que me dice es que los hijos son lo primero y que si yo no se los tengo se los buscará en otra parte [...].

En el caso anterior puede verse como Sara es vulnerable frente al poder del marido, que utiliza el chantaje con la amenaza de una posible relación extraconyugal. Situación que tendría como marco la lógica patriarcal inserta, aún, en las relaciones entre hombres y mujeres. Una lógica que alienta la poligamia en los hombres, con las desventajas y

asimetrías sociales de género que llevan a las mujeres a intercambios desiguales en las relaciones de pareja, basadas en situaciones como la diferente percepción de necesidades eróticas entre hombres y mujeres, así como normas divergentes de moral sexual para cada género, unido al acceso desigual de los recursos. Para muchas mujeres el comportamiento sexual y reproductivo es un medio que les permite adquirir y, sobre todo, conservar relaciones familiares estables –en entornos violentos– donde esas relaciones son su principal recurso, dadas la escasas opciones o alternativas de que disponen (Szasz, 1995, 1998; Juliano, 1992).

Respecto de esta misma problemática, autoras como Sau (1999: 24) señalan que en la medida que las mujeres no toman decisiones en libertad en ámbitos donde está comprometido "su yo más profundo e individual", como sería el cuerpo, o en su efecto, la falta de libertad para elegir la opción de la maternidad, entonces las mujeres no pueden considerarse sociales. Según la autora, en la medida que las mujeres no han ganado esta libertad, no han superado su estado de naturaleza y "su conducta no es social ni ética, no tiene intención social que le dé sentido".

Otra perspectiva de esta situación es la de Szasz (1998) y Stolcke (2003) cuando señalan que en las prácticas sociales entre los géneros se presentan situaciones que propician el que las mujeres tengan más hijos de los que desearían, o de los que sus condiciones físicas podrían soportar sin poner en peligro su salud. Las autoras señalan que las mujeres se ven abocadas muchas veces a la multiparidad obedeciendo a un deseo más de los hombres, de quienes parte la necesidad de la paternidad como realización, que de ellas mismas llevando entonces muchas veces este deseo masculino a poner en riesgo la salud e inclusive la vida de dichas mujeres al afrontar varios partos en condiciones adversas. En situaciones

como estas la experiencia de la reproducción es un proceso donde el hombre es el protagonista, conviviendo este protagonismo con la realidad empírica donde las mujeres, lógicamente, juegan un papel central en la reproducción biológica, presentándose lo que de acuerdo con Castro (2002: 352) es “una realidad que puede ser expresada por un discurso que parece corresponder a otra realidad”.

No obstante, al presentarse en Buenaventura la situación señalada por las autoras, también, por otra parte, los afrocolombianos de la ciudad comienzan a asumir la paternidad de forma novedosa, en tanto crianza y cuidado de los hijos. Ana (48 años) afirma:

[...] afortunadamente la persona con la que vivo ya era casada, así no lo tuve a él encima (presionando) para que le tuviera varios hijos. Él quería criar sus hijos que ya estaban de otra relación [...].

Este es un panorama que podría considerarse nuevo y positivo tanto para las mujeres como para los hijos/as. Si bien esto es así, situaciones como la paternidad son indicadores de valor social para los hombres, aunque nunca son consideradas carreras alternativas para éstos, hecho que sí sucede en el caso de las mujeres (Saltman, 1992; Moore, 1991).

De todos modos lo destacable sería, también, que aún teniendo en cuenta que tradicionalmente se ha asumido que, por lo general, los hombres de la región Pacífica no participan de la crianza de los hijos porque es una tarea exclusiva de las mujeres, la situación señalada por la informante lleva a pensar que comienza a haber un cambio de actitud en los hombres en la forma de asumir la paternidad.

5.2.3 La anticoncepción

En la década del sesenta, en Colombia y en América Latina en general, dado el acelerado crecimiento de la población, el control demográfico comenzó a ser una preocupación de los diferentes países americanos, así como de organismos internacionales; tal es el caso de la CEPAL y la OEA, instituciones que mostraron interés en la búsqueda de salidas a esta problemática.

La demografía, entonces, pasó a ser un campo relevante en ámbitos políticos y sociales, y a tenerse en cuenta entre el conjunto de metas y estrategias de desarrollo en estos países. La reproducción dejó de ser un asunto privado “y los Estados se convirtieron en administradores del potencial reproductivo de la población” (Viveros, 1999: 166). Esta estrategia, dirigida a controlar el crecimiento demográfico, pronto mostró sus limitaciones y efectos tanto en Colombia como en los demás países del área; entre los que estuvieron la insatisfacción por parte de los/as usuarias/os, especialmente mujeres, dado que estas intervenciones fueron, y son, dirigidas mayoritariamente hacia la población femenina. Pronto quedó en evidencia que estas prácticas anticonceptivas biomédicas exageraban las ventajas y subestimaban las desventajas (Hardy, 1997, citado por Viveros, 1999).

En relación con el campo explicativo, “la mayoría de los programas de planificación familiar brindó información impregnada de fuertes sesgos ideológicos y normativos” (Viveros, 1999: 167), entre los que estuvo la asignación del papel reproductivo exclusivamente a las mujeres perdiéndose de vista que esta es una situación que compete a la pareja.

Según Viveros (2006: 105), y para el caso colombiano, actualmente la inclusión de los hombres en programas de planificación familiar no es en sí mismo un indicador de cambio desde la perspectiva de género, dado que de

algún modo los hombres, por lo general, siempre han asistido a las consultas con sus parejas “en calidad de acompañantes. Presencia que no ha sido significativa en la medida que no ha contribuido al logro de la equidad” entre los géneros y en relación con la planificación.

En esta misma dirección fue enfocada la investigación en sexualidad, donde también están presentes los sesgos de género dado que dichas investigaciones tienden a solucionar disfunciones como la impotencia, así como la búsqueda de agentes hormonales encargados del erotismo y placer sexual de forma unidireccional favoreciendo al sexo masculino, hecho que viene a confirmar la persistencia de disparidades en el ámbito de la salud sexual y reproductiva (Szasz, 1998; Viveros, 2006).

En esta misma dirección estaría el desarrollo desigual de tecnología aplicada a aspectos relacionados con la anticoncepción, tanto para hombres como para mujeres, donde “las tecnologías reproductivas han intervenido de forma preferencial y lesiva el cuerpo de las mujeres” (Viveros, 2006: 92). Una intervención que viene a confirmar la problemática relación que sostiene la ciencia y la tecnología biomédicas con la manera de abordar la salud sexual y reproductiva femenina reflejando sobre el cuerpo “las ideas culturales que se tienen sobre la mujer” (Tovar, 2006: 58).

En cuanto al conocimiento sobre los distintos métodos de planificación que hay en el mercado colombiano, según los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia del año (2005: 112), entre las mujeres colombianas el conocimiento de métodos de planificación familiar es universal “independiente del estado de exposición de las mujeres”. El informe señala que un 96% de las mujeres conoce algún método de planificación, incluidas aquellas que poseen menores niveles educativos.

De acuerdo al informe que vengo señalando, los métodos más usados por las mujeres son la píldora, el condón, la inyección y la esterilización femenina. Igualmente, estos métodos propuestos por la biomedicina, son más utilizados que los tradicionales. No obstante, si bien las mujeres conocen o han oído hablar de la existencia de los distintos métodos de planificación propuestos desde el ámbito biomédico, la encuesta señala que

[...], es alarmante la falta de información a las usuarias por parte de los servicios o programas de planificación familiar del país sobre los efectos que puede traerles la mala utilización de dichos métodos. Solamente el 33% de las encuestadas manifestó haber recibido información acerca de los posibles efectos secundarios del método prescrito [...], y el 26% recibió instrucciones sobre qué hacer si experimentaba un efecto secundario [...] (*Op. cit.*, 127).

La situación anteriormente señalada me lleva a señalar que la planificación familiar en Colombia es irregular, poco clara para las usuarias y muchas veces inadecuada y lenta. Autoras como González Vélez (2005: 12, 13) señalan que “la proporción de relaciones sexuales no consentidas que suceden por cuenta de la violencia intrafamiliar, el abuso y la violencia sexual en contra de las mujeres, hacen muy difícil para algunas de ellas prever un encuentro sexual y por lo tanto protegerse contra el embarazo”. La autora señala además que “es difícil para muchas mujeres negociar el uso de métodos tanto de protección a embarazos como de cuidado a la salud, tal es el caso del condón”. Así, en sociedades como la colombiana, por un lado se sobrevalora la maternidad y se estimula la sexualidad pero, a la vez, se condena y estigmatiza el embarazo ocurrido por fuera de relaciones consideradas socialmente aceptables, situación que fuerza o propicia la ocurrencia de abortos voluntarios.

Respecto de la situación anteriormente señalada, he encontrado que entre las afrocolombianas de Buenaventura hay un alto nivel de desconocimiento acerca de cómo utilizar los diversos métodos de anticoncepción disponibles en el mercado y que, además, el conocimiento que puedan tener, tanto de los anticonceptivos desde el sistema sanitario oficial como desde el ámbito tradicional, en muchas ocasiones es errático. Si bien las mujeres sabían, o habían oído, de la existencia de distintos métodos de planificación biomédicos o formales, eran en cambio pocos los casos en que éstas hacían explícito sus conocimientos acerca de dichos métodos.¹²⁹ Si bien las mujeres hablaban con fluidez de éstos, no ocurría lo mismo a la hora de indagar acerca de su uso y posibles contraindicaciones. Es frecuente además, entre las mujeres que participaron en el estudio, la automedicación de anticonceptivos o sea planificar con pastillas recomendadas por una amiga o familiar, dada la mayor confianza depositada por las mujeres hacia su entorno más cercano.

Como se viene afirmando, entre el colectivo de mujeres que participó en el estudio –a excepción de las cinco mujeres que tenían estudios superiores– manifestaron un marcado desconocimiento respecto a cómo regular su fecundidad. Del mismo modo, hubo unanimidad en las veinte mujeres cuando señalaron que la información desde los servicios biomédicos y públicos era deficiente. Es frecuente, además, que el primer embarazo sea el que marca la pauta de entrada para contactar con las instituciones sanitarias de la ciudad. Pauta que deja por fuera cualquier opción a la prevención, tanto de embarazos como de enfermedades de transmisión sexual como el Sida y la sífilis en periodos diferentes a una situación de embarazo. Una informante (Polonia, 21 años), relataba cómo

¹²⁹ Esta afirmación la hago teniendo en cuenta la información recogida tanto en las entrevistas a profundidad como a partir de notas de campo recogidas en conversaciones informales con otras mujeres afrocolombianas de la ciudad.

ella tenía “sus propios métodos para no quedar en estado”. Este método consistía en beber un vaso de agua antes y otro después de cada encuentro sexual. Ante la pregunta sobre cómo se explicaba el que siguiera teniendo embarazos no deseados, afirmaba como razón el que muchas veces no se tomaba el segundo vaso con la prontitud que debiera y entonces ya no le hacía el efecto esperado.

Esta forma de regular la fecundidad me suscitó muchas preguntas y, posterior al trabajo de campo, buscando más información sobre esta situación, encontré que esta misma práctica fue encontrada por Vásquez (1999), en un estudio realizado en la ciudad de Cali entre adolescentes de un sector de la ciudad habitado por población en su mayoría afrocolombiana y en situación de precariedad económica, el Distrito de Aguablanca.

Algunas de las adolescentes que participaron en el estudio de Vásquez, utilizaban el método señalado por Polonia o sea el del vaso de agua como regulador de la fecundidad. La finalidad de este método igual que, por ejemplo, el condón es evitar que el semen alcance el óvulo y lo fertilice, según la autora. Esta práctica se fundamenta en dos explicaciones: “15 minutos después de la eyaculación, el charco seminal comienza a disolverse, haciéndose más líquido en la vagina, entonces mediante una serie de contracciones, imperceptibles e inconscientes, éste sería expulsado hacia el vestíbulo vaginal” (*Op. cit.*:108). La otra explicación estaría fundada, más que con aspectos fisiológicos, desde una dimensión simbólica ritual al establecer una relación entre el aparato urinario y el reproductor propiciando la conversión del semen en orina por la que los espermatozoides serían expulsados fuera del organismo de la mujer.

En esta situación lo central sería que si bien esta práctica puede cumplir un papel dentro del grupo desde el ámbito de lo simbólico, en la

salud de las mujeres no produce la respuesta esperada ya que éstas continúan embarazándose sin tener, muchas veces, las condiciones físicas para afrontar la multiparidad.

[...] Yo cuando quedé embarazada no sabía nada de cómo evitar los hijos. Era muy ingenua, no conocía ni las pastillas. Y nadie me dijo nada. Mi mamá vivía fuera y cuando venía yo tampoco tenía la confianza para preguntarle. Cuando lo del embarazo yo fui la última en enterarme. Tenía un retraso y por eso fueron a hacerme examinar. Cuando mi papá y mi mamá se dieron cuenta me hablaron pero ya era tarde. A mi mamá le dio más duro. Lloramos mucho, pero más ella [...] (Darly, 16 años).

[...] Yo no lo programé (el embarazo), eso fue un accidente, a pesar de que ya tenía 19 años. En ese tiempo las cosas eran distintas a como son ahora, yo no tenía esa experiencia que ahorita sí tienen las pelaitas (mujeres muy jóvenes), porque pues a mí nunca nadie me había dicho de qué me tenía que cuidar. Ni cómo hacerlo. Y de repente, ya cuando las cosas se dieron, me vi embarazada. ¿Qué iba hacer?, tener mi hijo, ¿no? [...] (Nelsy, 34 años).

De acuerdo a lo planteado por Nelsy, podría pensarse que las cosas ahora son diferentes para las adolescentes afrocolombianas de la ciudad, respecto a las mujeres de mayor edad, que vivieron situaciones similares. En las generaciones de mujeres jóvenes y adolescentes, debido a cambios socioculturales. entre ellos la mayor circulación de información en comparación con épocas anteriores, operaría como factor positivo a la hora de planificar los embarazos. Pero el testimonio de Darly (16 años), permite pensar que no es así, y que la situación de desinformación sobre la

anticoncepción entre las mujeres, incluidas las adolescentes, es aún un problema latente en la ciudad.

En el estudio de Vásquez (1999), anteriormente señalado, realizado en la ciudad de Cali sobre sexualidad y salud reproductiva entre adolescentes, ellos y ellas manifestaron no tener espacios en el hogar ni fuera de él para hablar acerca de las implicaciones y riesgos del embarazo. El estudio mostró, además, que las adolescentes veían los servicios de salud lejanos a sus necesidades y echaban en falta servicios de atención a la salud dirigidos de forma específica para ellas/os, donde pudieran plantear sus problemas relacionados con sexualidad y salud reproductiva, al tiempo que manifestaron tener una imagen negativa de la institución sanitaria y desconocer los programas que ofrecen dichas instituciones.

Por otra parte, en la ciudad de Buenaventura, la desinformación lleva muchas veces a confundir a las mujeres propiciando el que haya preferencia por la esterilización definitiva mediante métodos quirúrgicos, siendo los más utilizados la ligadura de trompas y la extracción del útero, situaciones que finalmente pueden conllevar un mayor peligro para la salud de las mujeres.

[...] Yo tengo la sospecha de que estoy embarazada pero no estoy muy segura, por eso tampoco puedo asegurar cuantos meses tengo. [...], cuando tenía dos (hijos) no pensé en operarme, pero cuando tuve los tres sí, pero como tenía problemas de salud no me operaron. Claro que nunca pude entender bien qué problema era el que tenía. Y ahora, pues alegrarme por este embarazo que fue por accidente, tampoco, pero lo llevo con resignación [...] (Polonia 21 años).

Polonia en su testimonio muestra un panorama, respecto de su vida sexual y reproductiva, fuera de control. Atrapada en incertidumbres y desconocimiento, sus embarazos llegan como producto del azar. Esta situación deja entrever otras determinaciones más amplias que estarían en el orden estructural de la sociedad colombiana que propicia unas relaciones de género opresivas, sobre todo para las mujeres, que sumado a unas condiciones de precariedad económica extremas y a una deficiente calidad en la atención de los servicios sanitarios públicos biomédicos de la ciudad, desencadenan situaciones como la señalada por Polonia y por otras informantes del estudio, tal es el caso de Darly y Nelsy, cuyos testimonios están incluido también en este apartado.

Por otra parte, autores como Menéndez (2003) afirman que las propuestas desde el modelo biomédico de los años cuarenta, cincuenta y sesenta han vuelto a estar vigentes en los programas de planificación familiar en relación con la protección a embarazos. Según el autor, lo que en aquellas décadas se veía como una vía que produciría soluciones, en el sentido de reducir el número de hijos por familia mediante el trabajo de modificación de pautas de comportamiento, ahora se piensa en la solución del problema, pero en términos de mecanismos administrativos y médicos basados en incentivos, por ejemplo de tipo económico, cuyo objetivo final sería elevar el número de mujeres dispuestas a realizarse la esterilización definitiva. Estos incentivos tienen que ver con rebajas u ofertas temporales encaminadas a animar a las mujeres a someterse de forma “voluntaria” a dicha esterilización. En este punto, la dimensión clínica es utilizada de forma progresiva en detrimento de la cultural.

Siguiendo con Menéndez (2003: 178), el autor indica, respecto de la situación anteriormente señalada, que hay unas variables destacadas por las

que el sistema sanitario biomédico no utiliza o secundariza los factores culturales, a pesar de reconocer su importancia. El autor señala los siguientes: a) Porque los considera de escasa eficacia; b) no los utiliza, “entre otras razones porque la mayoría de los profesionales y técnicos que conforman el sistema carecen de formación profesional para ello; c) porque resulta más fácil y eficaz modificar la situación en términos técnicos y biomédicos ya que le es difícil modificar sus propias estructuras; d) “porque la aplicación de técnicas antropológicas o de otro tipo sólo tendrían efectos a largo plazo, no aseguran la erradicación del problema o, incluso, pueden suponer la convalidación de la situación”; e) no los utiliza porque está demostrado que los colectivos modifican sus comportamientos con el tiempo, llegando a reconvertir concepciones biomédicas en parte de sus saberes culturales; f) y, finalmente, el autor afirma que el sistema sanitario biomédico no utiliza los factores culturales pero cuando llega a hacerlo opera de forma selectiva, en función de las características y funciones que cumple la biomedicina.

En Buenaventura el mecanismo o estrategia de la estimulación económica es aplicado a las usuarias del sector sanitario público, produciéndose el apresurado reclutamiento de mujeres, reconvertidas en pacientes de los programas de anticoncepción propuestos por la institución biomédica pública. Aunque el logro de este objetivo conlleve obviar el período en el que se daría una información reposada a las mujeres acerca de éstos. Ocurre, entonces, que muchas veces un considerable número de mujeres participa de los programas y métodos de anticoncepción propuestos desde la institución desconociendo aspectos como su uso, funcionamiento y, sobre todo, los riesgos que estos puedan conllevar a su salud.

Las mujeres afrocolombianas que participaron en el estudio aludieron a las ofertas económicas como incentivo para acudir de forma “voluntaria” a realizarse la esterilización definitiva, tal es el caso de Nelsy cuando señala:

[...] me operé así a la carrera, porque sino se pasaba la promoción, estaban cobrando apenas diez mil pesos por sacarlo todo,¹³⁰ lo hice a la carrera sin pensármelo mucho porque después, ¿dónde iba a conseguirlo otra vez por diez mil pesos? [...]. Entonces fui y me hicieron eso. Después oí decir que la promoción duraba hasta diciembre, pero lo escuché cuando ya salí de allá [...] (Nelsy, 34 años).

La situación de Nelsy muestra confusión, incertidumbre y acoso económico que la llevaron a tomar una decisión apresurada que, finalmente, según relató en la entrevista, le dejó secuelas físicas.¹³¹

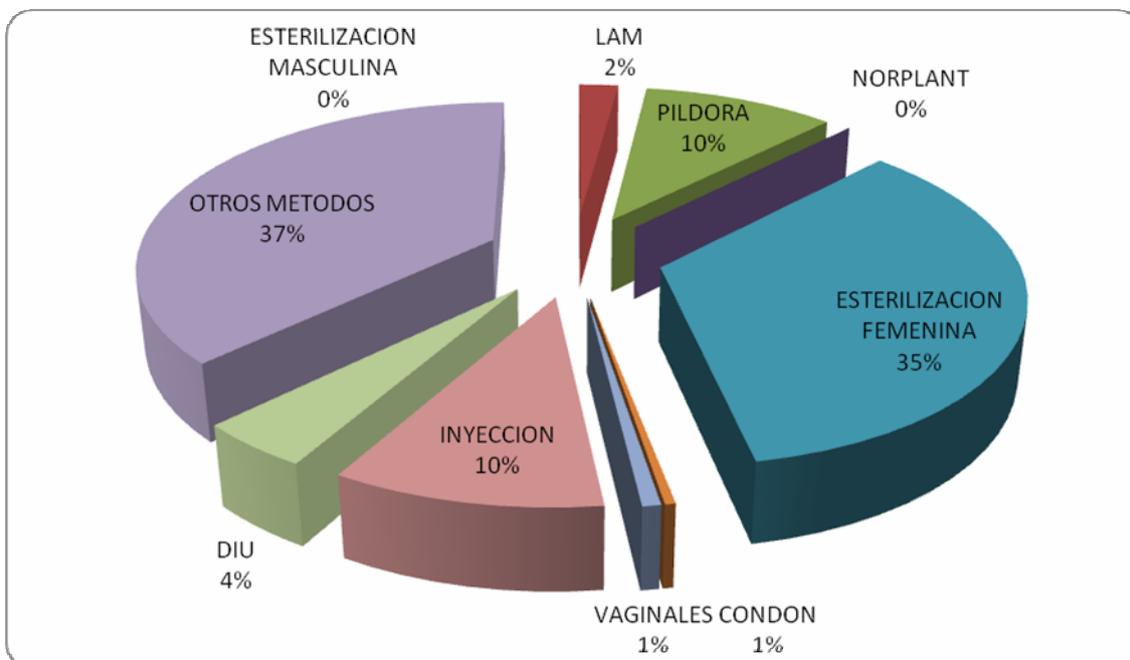
Szasz (1995) señala como un caso de discriminación extrema la anticoncepción quirúrgica practicada, por excelencia, a las mujeres a pesar de ser un procedimiento más costoso y peligroso que en los hombres. Situación que responde a una estrategia mundial de los países ricos, tal es el caso de los Estados Unidos donde se promueve esta práctica dentro y fuera de sus fronteras a través de campañas masivas de esterilización de las mujeres pobres (Juliano,1998). Igualmente la autora señala que en los últimos años las políticas de control de las poblaciones se han ido desplazando hacia organismos internacionales como el Banco Mundial y la Comunidad Europea.

¹³⁰ En referencia a la esterilización definitiva o la extracción del útero mediante métodos quirúrgicos.

¹³¹ En el estudio no se recogió información sobre las secuelas psicológico-afectivas que también pueden presentarse entre las mujeres que se practican abortos provocados bajo presión.

Si bien en Colombia la esterilización masculina comenzó a realizarse desde 1971 en Profamilia, fue sólo hasta 1985 cuando se abrieron las clínicas para los hombres en las principales ciudades del país, hecho que vino a propiciar el aumento de la esterilización en los hombres. No obstante, este método de planificación masculino cuenta aún con el rechazo social. Entre las razones para este rechazo, tal es el caso de la vasectomía, está el poco conocimiento que los hombres poseen de esta práctica; pero sobre todo juegan un papel central, la carencia de una cultura anticonceptiva masculina en un sentido más amplio, conllevando esta situación a temores relacionados con la construcción social de la masculinidad en torno a significantes de poder relacionados con la virilidad. Según Viveros (1999: 181) “no basta ser varón, es necesario parecerlo y demostrarlo públicamente en cada terreno y en cada momento. De esta manera, la vasectomía, equiparada con la castración o la impotencia, resulta ser un elemento amenazador y cuestionador de la identidad masculina centrada en la capacidad para engendrar hijos”.

Uso de métodos anticonceptivos en la costa Pacífica



Fuente, Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2000)

Según el gráfico anterior, la asimetría que vengo señalando entre la realización de la esterilización definitiva masculina y la femenina, para el año 2000, en las mujeres fue del 34.6% frente a ningún caso, 0%, en los hombres de la región. Cinco años después, y teniendo como fuente los datos que arrojó la encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2005, la situación presentó un ligero cambio, siendo relevante el hecho de que la esterilización masculina se movió, del 0% al 1,8%. Las mujeres presentaron un ligero descenso, del 34.6% al 31.6%, o sea que estuvo 3 puntos por debajo respecto del año 2000. A escala nacional para el año 2005, la esterilización femenina fue del 31.1% en la zona urbana y 31.6% en la rural, mientras que para los hombres fue del 2.3%, entre los hombres de las zonas urbanas y 0.6% entre los hombres de las áreas rurales.

En cuanto a la percepción que tiene la institución sanitaria pública de la ciudad de Buenaventura acerca de la anticoncepción de las mujeres, ésta se puede observar desde la argumentación de una enfermera del Hospital Departamental de la ciudad cuando hace la siguiente reflexión:

[...] el que las mujeres no planifiquen influye mucho el machismo, pues el hombre no quiere que su mujer planifique ya que el planificar significa que lo traicionará. Y también hay mucha ignorancia por parte de las mujeres, creen que si toman pastillas anticonceptivas éstas se les acumularán en la barriga, o que se engordan o les salen várices. Y que si se colocan una T se les va a encarnar, o que les va a perforar la matriz y les va a producir muchas infecciones. Existe muy mala información que se genera de casa en casa, por la dificultad de acceder a un médico especializado, o porque el médico especializado atiende muy rápido y no le da el tiempo necesario a su paciente [...].

La argumentación de la enfermera permite entrever situaciones similares a las referidas por las mujeres que participaron en el estudio, como es la percepción de incomunicación entre la institución y la población, situación que lleva, además de desinformación, a confusión en las mujeres acerca de los distintos métodos de anticoncepción, así como las carencias en la relación médico paciente planteado tanto por la enfermera como por las mujeres.¹³²

Por otra parte, he observado que la situación de confusión que viven las mujeres de Buenaventura sobre su sexualidad, sus capacidades reproductivas y, también, su autoestima, las hace vulnerables en la medida que las lleva a encrucijadas como las planteadas a continuación por

¹³² Esta problemática, la relación médico/paciente, es abordada en el capítulo siguiente.

Esperanza y Rosmilda, donde la capacidad reproductiva de las mujeres pretende equipararse con su valía personal y además a verse como un elemento susceptible de establecer competiciones entre unas y otras:

[...] Hay mujeres a las que les gustan los donjuanes, los tipos que son buenas pintas (guapos) y todo ese cuento, les atrae el sólo hecho de que se sepa que tuvieron algo con ese hombre, y entonces ellas se hacen a esos hijos. Aquí se conocen muchos casos en que solamente por capricho se meten con esos hombres ajenos, para que las vean. Pero cuando les tienen sus hijos, ella sola es la que tiene que correr con su sostenimiento. Me ha tocado escuchar cuando los hombres les dicen, ‘Ah, no, usted fue la que se metió’. O sea, que él les dio libertad de quedar embarazadas o no, y ellas se metieron en el problema [...]. Porque mire usted, el hombre tiene su hogar formado, y por discordias o rabia, o no sé qué, de otras mujeres con la mujer de él, se meten con ese hombre, a escondidas, sin que la mujer propia se de cuenta. Después empieza, supuestamente, lo que llaman darle pique, o sea hacer que las mujeres de esos señores sepan que están embarazadas de sus maridos. Y así demostrar que ellas también les pueden tener hijos. Yo lo que creo es que eso hace parte de que ellas no se quieren como personas. Uno a veces ve por aquí unos casos que dan hasta tristeza [...]” (Rosmilda, 49 años).¹³³

Aunque también ocurre que las mujeres de Buenaventura, por otra parte, comienzan a tener claridad y control sobre las decisiones respecto de su cuerpo y de su sexualidad.

¹³³ Más adelante, en el apartado “Niñas y madres”, haré referencia a esta situación, anteriormente planteada por Rosmilda.

[...] la relación fue muy buena, pero el problema comenzó porque yo no puedo planificar, y el médico lo mandó a planificar a él. Entonces le mandó unas cápsulas, pero él nunca se las tomó. El me decía que se las tomaba, pero una vez fui al médico por unos mareos y me dijeron que estaba embarazada, me fui para la casa a mirar en el armario para ver si él se estaba tomando las pastas (pastillas), y allí estaban. Cuando él llegó, esperé a que se relajara y le pregunté por qué me había mentido, y le mostré las pastas; y él me dijo que la mamá le había dicho que no se las tomara porque le harían daño. Ya entonces yo no quería estar con él, dormía en otra cama. Yo quería tener el niño y no vivir más con él. Me sentía muy mal pensando que iba a tener otro hijo y con la niña todavía pequeña. No hacía sino llorar todos los días. Me sentía peor que con el primero, porque yo en esos momentos no esperaba más hijos. Mucha gente me dijo que abortara, pero siempre me acordaba de mi papá, que decía que eso era malo, que era pecado, que no debía hacerse. Y yo nunca traicionaré la confianza que él me dio. Y al fin, yo pensé que Dios no desampara a nadie. Seguí adelante pero siempre con la meta de dejarlo a él [...]. El estaba feliz porque era un niño. Pero el mismo día que salí del Hospital lo dejé [...] (Martha, 31 años).

La situación de Martha es la otra cara de lo que comienza a perfilarse entre algunas mujeres de Buenaventura. Ella, en los últimos años, ha tomado decisiones desde la certeza de lo que quiere hacer con su vida. Así, varios años después de haber cedido su primer hijo a la suegra, presionada por el padre, como lo señala en la entrevista –testimonio anterior– y ante la decisión arbitraria del marido de no planificar una vez ocurrió el embarazo que quería evitar, cortó la relación y en el momento de la entrevista, como

ya señalé, tenía otra pareja, un hombre polígamo con cuya relación manifestaba sentirse cómoda.

5.2.4. El aborto

Hasta mayo del año pasado, el aborto en Colombia había sido completamente ilegal. Situación que convertía a las mujeres colombianas en parte del 0,4% de población en el ámbito mundial, junto con Chile y El Salvador, que viven en países donde abortar es considerado un delito sin paliativos. En Colombia el argumento en el que se han apoyado actores sociales del país como la iglesia y los sectores más conservadores de la sociedad a la hora de defender su ilegalidad es, paradójicamente, el derecho del “no nacido”. La afirmación “paradójicamente”, la hago por el hecho de que llama la atención que en un país donde se violan los derechos más fundamentales de las personas, se penalice el ejercicio de la autonomía de las mujeres en decisiones que son, o deberían ser, de ámbito estrictamente personal, como es la decisión de ejercer, o no, la maternidad y, sobre todo, que dicha sustentación esté argumentada desde el derecho a la vida, no de las mujeres sino del feto.

En cuanto a los problemas de salud para las mujeres, derivados de una situación de aborto, estos pueden verse desde dos situaciones: la primera está relacionada con el hecho de que su ilegalidad propicia que éstos se practiquen de forma clandestina, bien por las mismas mujeres o por personas sin una formación técnica y además, en muchos casos, en condiciones poco adecuadas; la otra situación, unida a la anterior, sería la relacionada con situaciones de pobreza que hace que las mujeres de los sectores con precariedad económica, no cuenten con los recursos para

acudir y pagarse la práctica de un aborto en un centro sanitario privado donde, de forma ilegal y clandestina, son practicados, convirtiéndose entonces el aborto además de un problema de salud pública en un generador de inequidad social. La interrelación de factores como los anteriormente señalados hace que los problemas de salud entre las mujeres derivados de la práctica de un aborto sea una de las causas más frecuentes de morbi–mortalidad materna.

Una investigación realizada por Zamudio, Rubiano y Wartenberg (1994) demostró, entre otras cosas, que el aborto inducido va en aumento en Colombia. Según este estudio, en las mujeres nacidas entre 1968 y 1972, esta clase de aborto aumentó de 2,22% a 4,28%, con relación a la generación anterior; y para el grupo de mujeres nacidas entre 1973 y 1977 esta cifra se ha multiplicado por cuatro. Actualmente, según González Vélez, (2005), la muerte por causas relacionadas con el aborto ocupa el tercer puesto en el país; la autora señala que este índice es propio del siglo XXI, ya que en el siglo XX el aborto ocupaba el primer lugar en mortalidad entre las mujeres colombianas.

En Colombia como en otros países de la región, tal es el caso de Argentina, existe una cultura del aborto y un mercado clandestino del mismo, arropado por un contexto de silencio tanto por parte de las instituciones sanitarias como de la sociedad en general, mientras que un abrumador número de mujeres muere cada año acosadas por unas condiciones en nada propicias para, dado el caso, sacar adelante una situación de aborto en condiciones adecuadas (González, 1995; González Vélez, 2005).

En cuanto a la posición de los grupos feministas colombianos frente al aborto, éstos han propiciado un espacio de discusión de alguna importancia

en torno a la situación que viven las mujeres en los distintos ámbitos de la sociedad. No obstante, Viveros señalaba, en 1999, que este debate ha sido poco representativo en el sentido de no ser una fuerza opositora suficientemente destacada como para ser percibida y tenida en cuenta tanto por la Iglesia como por los grupos políticos a la hora de introducir reformas en el enfoque de esta problemática en el país. Sin embargo, la situación señalada por Viveros ha comenzado a mostrar cambios que pueden considerarse históricos: tal es el caso de lo ocurrido en mayo del 2006, cuando finalmente la Corte Constitucional decidió que el aborto debe permitirse en tres circunstancias concretas: 1) Cuando la continuación del embarazo constituye peligro para la vida o la salud de la mujer, situación confirmada mediante certificación médica. Aquí la Corte no se refiere sólo a la salud física, sino que también despenalizó el aborto cuando la salud psicológica o emocional de la mujer corre peligro. 2) Cuando existe una grave malformación del feto que haga inviable su vida. Aquí la Corte también exige que esta situación que presenta el feto debe estar también legitimada por un médico, aunque no se especificó que deba tratarse necesariamente de una malformación genética. 3) Cuando el embarazo haya ocurrido a partir de una violación, inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentida por la mujer o como resultado de una relación incestuosa, hechos que deben ser denunciados ante la Fiscalía. En el caso de la violación, la Corte Constitucional no exige a la mujer someterse a una inspección forense, basta con que el delito haya sido debidamente denunciado ante la justicia (Gómez, 2006).

El cambio en la legislación producido en mayo del 2006, ha sido una consecuencia de vivos debates desde distintos sectores de la sociedad, liderados especialmente por grupos feministas. Aunque, de todos modos, la despenalización total del aborto es una asignatura pendiente en el país.

Las mujeres de Buenaventura que participaron en este estudio aludieron a situaciones donde en muchas ocasiones a causa de practicarse un aborto sus vidas corrieron peligro. Como se viene afirmando, la condición de ilegalidad del aborto hace que las mujeres interrumpen sus embarazos en la clandestinidad y de forma insegura. Igualmente, esta situación de ilegalidad hace que las mujeres dada una complicación, sientan ambivalencia a la hora de acudir a un centro sanitario cuando se presentan dichas situaciones resultando, muchas veces, esta espera, trágica para ellas.

[...] yo tuve dos abortos provocados, mire usted, me tomé mis aguas y fuera, eso fue después de que tuve mis dos hijos con este hombre, cuando aún no estaba casada. Luego me separé y entonces me metí con otro y quedé embarazada de él. Una amiga me recomendó unas hierbas con unas pastillas y me dio una hemorragia tremenda, me llevaron al hospital, yo creía que me moría, [...]. Estuve muy mala. Me dio miedo hablar de estos abortos a los médicos, ¿sabe?, que de pronto el médico me dijera algo, yo le dije a él (al médico) pero sólo de uno, ya de dos no pude. Y le hable del tiempo que tenía cuando me lo hice ¹³⁴ pero él me dijo que no importaba. Gracias a Dios ya me recuperé. Me separé de aquel hombre y volví con el anterior y me casé, es con el que ahora estoy [...] (Miriam, 32 años).

El relato de Miriam muestra ambigüedad y silencio, de parte de los médicos, a la hora de explicar y brindar confianza a las mujeres que acuden a consulta por problemas derivados de una situación de aborto.

¹³⁴ Miriam tenía tres meses de embarazo cuando se practicó este aborto, y dos meses cuando se realizó el anterior que no informó al médico. Esta situación es un claro ejemplo de los problemas de incomunicación y desconfianza en la relación médico-paciente, asunto tratado en el capítulo seis.

Las afrocolombianas de Buenaventura, si bien consideran la práctica del aborto un pecado, en situaciones de máxima presión optan por hacerlo. He visto, igualmente, situaciones desencadenantes de un aborto como producto de los conflictos en la pareja donde, a veces, es el hombre quien presiona a la mujer buscando cortar los nexos que se crearan con ésta, a partir de tener un hijo en común. Tal es el caso de Nelsy (34 años): “[...] cuando yo estaba embarazada él me dijo que abortara ese niño [...], que cuando cogiera la quincena de vigilancia me daba la plata para que yo fuera y lo botara. Pues primero él sí quería que lo tuviera, y los dos estábamos de acuerdo, pero después ya se echó p’atrás [...]”.

En relación con la toma de decisiones de las mujeres a la hora de decidir asumir, o no, la anticoncepción, Del Valle (1991: 47) argumenta que si bien hay áreas conectadas con la experiencia biológica de las mujeres como la menstruación, el embarazo, el aborto, el parto, el control de la natalidad, la vivencia de la sexualidad y la menopausia, es en el control de la natalidad donde las mujeres se ven forzadas a asumir una mayor responsabilidad, no obstante ser ésta también una experiencia masculina ya que es a las mujeres a quienes afecta directamente, bien de forma negativa o positiva. La autora señala además, que es en dichas áreas o procesos donde “se da la imposición de modelos acerca de las mujeres basándose en que a la sociedad le interesa delimitar las formas de cómo se reproduce la especie”.

Del Valle (1991: 42, 43), define modelo como “un conjunto de ideas que representan una realidad, lugar, personas en la mente de los que lo generan”, en relación con la salud y la sexualidad. El modelo abarcaría “desde la ciencia hasta la práctica médica, la iglesia y la justicia”. Del mismo modo, la autora señala que ciertos aspectos de la vida de las

mujeres, responden más a modelos acerca de éstas que a modelos que las mismas mujeres hayan generado.

Otra situación encontrada en las mujeres afrocolombianas de Buenaventura fue aquella en que las mujeres, no obstante vivir situaciones como un embarazo no deseado o el acoso económico en que se encuentren, de todos modos deciden seguir adelante con sus embarazos una vez ocurren –me refiero a embarazos en plural dado que encontré mujeres que no sólo un embarazo fue considerado un accidente sino varios– porque ven la llegada de esos hijos como una opción de progreso. Elvira (33 años) dice que “[...] un hijo siempre es como una compañía, como alguien que está allí, al ladito de uno, claro que uno pasa mucho trabajo para criarlo, pero no se sabe si el día de mañana, su hijo le sale bueno para algo, el Señor lo dirá [...]”.

Esta situación cobra mayor sentido si se tiene en cuenta que en los sectores con precariedad económica de las áreas rurales y urbanas de Colombia, el trabajo infantil y juvenil es una práctica extendida entre las familias que viven estas condiciones, hecho que obedece, entre otros, a la búsqueda de maximizar recursos *_mano de obra_*, para garantizar la supervivencia del grupo familiar; no es gratuito oír decir a las mujeres el dicho popular de que, “cada hijo trae su pan bajo el brazo”.

5.2.5 Niñas y madres

Los recién nacidos hijos de mujeres que aún están en la adolescencia presentan mayores riesgos de morir dada la inmadurez física y psicológica de estas madres. La situación es aún más compleja si en la niña coinciden circunstancias como ausencia de pareja, precariedad económica y el hijo/a

no es deseado. Según la OMS, en países en desarrollo, el riesgo de que los niños, hijos de adolescentes mueran durante el primer año de vida es de un 30% superior al riesgo que corren cuando las madres son mujeres adultas, y cuando estos menores sobreviven tienen mayores probabilidades a ser prematuros y presentar bajo peso al nacer. A estos factores habría que sumar la situación del sistema sanitario en estos países, así como también el hecho de que las adolescentes una vez salen embarazadas por lo general suspenden la etapa de escolarización (OMS, 2000, 2003, 2004).

La problemática anteriormente señalada está presente de forma significativa entre las afrocolombianas de Buenaventura. La etnografía realizada entre el colectivo de mujeres del estudio mostró que este es un comportamiento plenamente asimilado entre la población.

Autores como Lewis (1980) y Lomnitz (1975) señalan que los embarazos durante la adolescencia son considerados socialmente una pauta cultural propia de grupos que viven en condiciones de precariedad económica. Considero que esta situación, para el caso de Buenaventura deja entrever, además, problemáticas como la poca información que tienen las jóvenes sobre sexualidad segura, o sea en relación con embarazos, así como por cuestiones relacionadas con el cuidado de la salud como sería el peligro al contagio de enfermedades. A este hecho habría que añadir la falta de comunicación entre padres e hijos y la carencia en los colegios de metodologías efectivas acerca de cómo informar a las niñas sobre los procesos vitales y el cómo encararlos de manera efectiva. Esto conlleva a que el colectivo de las mujeres adolescentes sea uno de los más vulnerables por las condiciones emocionales y por la desinformación acerca de una conducta sexual sin riesgos.

Una enfermera, informante, del Hospital de Buenaventura afirmó sobre esta problemática lo siguiente:

[...] esto de las niñas embarazadas sucede por muchas cosas; por la cultura, por no querer pelear con los novios, por la desinformación y por el factor económico. Aquí hay una sumatoria de factores, pero aún hay más: si estas niñas hubieran recibido una educación, ni siquiera habrían llegado a relaciones sexuales tan pronto. Tendría que hacerse la prevención con educación. Son cosas de sentido común, ¿sabe? Acercarse a la gente, vender la idea. Ni siquiera al común de la gente sino a las empresas prestadoras de servicios y a la Secretaría de Educación, para trabajar en los colegios. Porque esta responsabilidad no es solamente del sector salud, aquí tienen que ver también los que llevan el tema de la educación y otros entes gubernamentales. Se necesita involucrar a más gente en un problema que es de todos [...]. (Enfermera, 2001).

Si bien la educación sexual en Colombia forma parte del currículo escolar desde 1993, según González y Martínez (1998), el 45% de los/as adolescentes colombianos se encuentra por fuera del sistema formal de educación, lo que significa que casi la mitad de los/as jóvenes en este país están desescolarizados.

Además, respecto de ese 55% de adolescentes escolarizado, hay críticas respecto de la educación sexual que se imparte en los colegios. Autoras como Vásquez (1999), señalan que la información sobre sexualidad y reproducción es ofrecida en el país de forma sesgada, dando prioridad a aspectos biológicos más que socioculturales, perdiéndose de vista la sexualidad como una experiencia relacionada, además de con el cuerpo, con el contexto social en que viven los/as adolescentes.

Algunos estudios, volviendo al realizado por Vásquez (1999) para Colombia y para México, y al realizado por Bronfman y Gómez (1998), señalan la falta de expectativas en las jóvenes a la hora de realizar estudios a mediano y largo plazo. Los dos estudios coinciden cuando señalan que esta situación repercute en la firmeza que estas adolescentes puedan tener en situaciones tales como la regulación o planificación de la fecundidad. Caso contrario al de aquellas que poseen opciones y motivaciones para sacar adelante estudios formales y posteriormente, como consecuencia, contar con posibilidades de encontrar un empleo cualificado. Por esta razón la asociación: bajo nivel educativo/precariedad, en el empleo, es un desencadenante que favorece, en el futuro, que estas mujeres desarrollen dinámicas familiares específicas relacionadas con situaciones entre las que estarían el cuidado de los hijos, así como hábitos alimenticios y de higiene.

Las mujeres de Buenaventura señalaron entre las causas del embarazo de las adolescentes en su ciudad el bajo nivel educativo. Gloria (42 años) dice que “[...] yo lo relaciono con el nivel educativo porque si una persona va a la universidad por muy temprano va a terminar a los 24 o los 25 años [...]”.

Mientras que, por otro lado, hubo situaciones donde se contradice la apreciación de Gloria y es cuando las mujeres precisamente por quedar embarazadas dejan los estudios, bien para atender al hijo, o bien porque los padres se niegan a seguir ayudando económicamente a la joven. También sucede, en el mejor de los casos, que la actitud del entorno familiar de la adolescente es de apoyo, independiente de que el novio asuma o no la paternidad. Lucía (26 años) cuenta que “[...] quedé en embarazo y me estancué. Sentí que con el embarazo se me cerraban ya todas las puertas. El embarazo no fue planeado, fue por accidente [...]”. Y Ana (50 años) dice que “[...] hay niñas que después de un embarazo no quieren saber nada de

nada [...], el papá y la mamá se ocupan del niño pero ellas no vuelven a estudiar, no vuelven a tener ningún tipo de compañero y ya no salen como antes, sólo viven por vivir. Yo diría que se quedan como neutras [...]”. Y Mariana (36 años) narra lo siguiente:

[...] el que mi marido no me respondiera en ese momento pues la verdad es que no me importaba mucho, pensaba que lo podía tener sola. Aunque tampoco él lo negó. Inclusive no hizo lo que hacen muchos hombres, decir ‘no es mío’, nunca dijo eso. Pero de todas maneras me dejó (abandonó), claro que la mamá me llevó a vivir a su casa y allí estaba él. Ella respondía por todo, me compraba hasta la ropa materna, y él no decía nada. En esa casa me trataban bien, no tengo queja de ellos y nunca voy a decir que mi suegra era una arpía; al contrario, me han querido mucho [...], claro que yo luego me fui de allí para donde mi familia[...].

También encontré situaciones en que las niñas se quedan totalmente desprotegidas de las dos familias, como lo plantean Rosmilda y Nora:

[...] las adolescentes por lo general se embarazan por desconocimiento. Y los chicos nunca responden. Lo dos lo ven como un juego. [...], con las niñas que se embarazan yo pienso que influye mucho de donde es el hogar [...]. Hay hogares donde las niñas se quedan en embarazo a los quince o dieciséis años, y las mamás las echan de la casa. Y las pobres tienen que vivir a veces en la calle o donde amigas. A algunas las llevan a Fundemujer,¹³⁵ donde las tienen hasta los nueve meses que

¹³⁵ Fundemujer es una ONG nacional y existe en la ciudad desde 1998. Se dedica a dar apoyo económico y psicológico a adolescentes embarazadas que no tienen recursos económicos ni apoyo afectivo durante el tiempo de gestación. Una vez nace la criatura tratan de encontrar a los padres de la joven o a un familiar que la acoja tanto a ella como a su hijo y, una vez logrado este objetivo, son dadas de alta de la Fundación.

tienen el bebé, y ellos mismos se encargan de hacerle venir la mamá y prepararla psicológicamente, intentando que se reconcilie con su hija. Otras niñas se quedan hasta que encuentra un familiar que las acoja. Hay quienes piensan que la fundación es una alcahuetería, pero yo no lo veo así. [...], aunque allí las tratan bien se las ve tristes. No asimilan eso que les está pasando. Algunas hasta rechazan el bebé cuando nace [...].

En estos momentos hay un caso muy particular en esta cuadra (calle). Hay una niña que tiene sólo quince años, y el novio creo que también es menor de edad. El joven tiene tres niñas embarazadas, una de ellas es una niña que se crió por aquí y siempre estuvo enamorada de él, la mamá del muchacho le daba consejos y no la dejaba entrar a su casa; inclusive la mamá de ella se la llevó para Popayán de donde se regresó y se pasó a vivir donde una amiga al frente de donde vivía el novio, todo sólo por el hecho de ver al muchacho, y ahora ya está embarazada. La mamá y la familia del joven no la quieren ni ver, no quieren saber nada del asunto y, también, a las otras dos las tiene embarazadas en barrios diferentes [...]. Ella como vio las otras dos niñas embarazadas pues también quiso estarlo, entre las tres parece que hay una apuesta para ver a cual toma como novia oficial. Y también porque la muchacha de la que le hablo, quiere estar a la altura de las otras y ahora está afrontando las consecuencias porque ni en su casa ni en la de él la aceptan. [...] ahora vive donde las amigas, no se si ellas le ayudan para comer o cómo vivirá [...]. Su mamá es analfabeta, es una señora que trabaja interna en una casa de familia en Cali y veía a la niña una vez por semana [...]; trataba de compensar el tiempo que no estaba con ella dándole lujos; era de las niñas que mejor vestían de por aquí, siempre iba vestida a la última moda. Su fiesta de los quince fue una de las mejores fiestas que se han visto por aquí. Ella tampoco quiso estudiar y la mamá la dejó que se quedara sin

estudios. Creo que si hizo hasta un tercero de primaria fue mucho
[...] (Rosmilda, 49 años).

En el caso señalado arriba considero que es clave el papel sustitutivo, pero central, que juega el consumo en la construcción de la identidad tanto de las adolescentes como de las mujeres que participaron en el estudio; algunos de sus relatos, acerca de esta misma situación, fueron presentados en este mismo capítulo y muestran casos en que la maternidad no se vive como un fin en sí mismo sino como un evento por el que llegarán a obtener algún protagonismo dentro del grupo de pertenencia, a través de “dar hijos” a sus novios o maridos.

Otra lectura, de este claro ejemplo de dominación masculina, puede observarse desde la perspectiva de lo que Bourdieu (2000) define como violencia simbólica. Es decir, aquella violencia mediada por una relación que se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador cuando aquel no dispone para imaginar dicha relación o para imaginarse, a sí mismo de otro instrumento de conocimiento que el que comparte con el dominador, y que al tratarse de una forma asimilada de la relación de dominación, hace que esa relación parezca natural.

Algunas autoras, como Izquierdo (1998b) y Juliano (2004), ven la violencia simbólica como un fenómeno donde se produce la deconstrucción de las ideas que se tienen sobre las relaciones hombre/mujer, produciéndose una lectura de la realidad atravesada por el tamiz de una situación específica, siendo las vivencias de marginación y opresión traducidas en la experiencia como sentimientos de humillación, buscados o no, pero que en todo caso son resultado de la construcción desvalorizada

que condiciona el modo en que se construye la subjetividad y la imagen de la otra persona, que en este caso sería de las mujeres afrocolombianas.

Las situaciones relatadas por las mujeres afrocolombianas son susceptibles de verse como la consecuencia de la subordinación de género que propicia unas relaciones jerarquizadas entre hombres y mujeres, así como el papel y lugar que ocupan, socialmente, algunos grupos de mujeres colombianas en la actual sociedad. Los relatos de las afrocolombianas que participaron en este estudio, respecto de estas situaciones, no vienen más que a rubricar la persistencia, aún, de un destino originario, aquel en que la visibilización de las mujeres sólo es posible en tanto madres o, como lo señala Thomas (2006: 457) siguiendo “un ideario que marca los imaginarios colectivos de la feminidad”. Ellas, al fin y al cabo, responden con lo que una sociedad, la colombiana, con fuertes sesgos patriarcales, las continúa validando socialmente como es, por excelencia, en el papel reproductivo.

Para los hombres de la costa Pacífica embarazar, muchas veces y a muchas mujeres, es un valor en la medida que reafirma el ego de macho, y las mujeres obedeciendo, o entendiendo el código, en los términos que señala Bourdieu, se embarazan de estos hombres que están buscando dicha reafirmación. Teniendo en cuenta la perspectiva del autor francés, las mujeres afrocolombianas están aplicando a las relaciones de poder, en que están atrapadas, unos esquemas mentales producto de la asimilación de situaciones no verbalizadas pertenecientes al orden de lo simbólico.

VI. BIOMEDICINA Y MEDICINA TRADICIONAL DESDE LOS SUJETOS DEL ESTUDIO

Presentación

En este capítulo abordo a todos los sujetos sociales implicados en el estudio: las mujeres, las parteras y los profesionales del sector sanitario público de la ciudad. Desde los relatos o testimonios de éstos, describo y analizo tanto los factores que llevan a las mujeres a atenderse tanto desde la biomedicina como desde la medicina tradicional. Describo y analizo la forma como las afrocolombianas gestionan las prácticas de atención a la salud durante los embarazos, partos y pospartos a partir, como vengo señalando, de los dos, principales, sistemas de atención que hay en la ciudad.

En cuanto a las parteras trato aspectos como el desempeño del oficio y algunos de los cambios introducidos a partir de las capacitaciones recibidas desde el sector biomédico. Igualmente planteo, con base en los relatos de parteras, médicos y enfermeras, las convergencias y discrepancias señaladas por unos y otras respecto de las prácticas de salud que la forma como cada gremio las gestiona.

Asimismo, describo y analizo la problemática que vive el sector de la salud pública en la ciudad a partir del punto de vista de los profesionales sanitarios entrevistados. Igualmente, me aproximo a la forma como se resuelven, en el Hospital Departamental de la ciudad, las relaciones

médico/paciente. Del mismo modo abordo en este capítulo la percepción que tiene el personal médico sobre el trabajo que realizan las parteras.

6. 1. FORMAS DE ATENCIÓN A LA SALUD ENTRE LAS MUJERES DEL ESTUDIO

Según Menéndez (2003: 189) la atención a la salud entre los distintos grupos de población se produce de forma heterogénea, relacional y dinámica, siendo el funcionamiento de estas distintas formas de atención no siempre aisladas ni excluyentes, sino que el uso que hacen de ellas grupos e individuos, se establece a través de “relaciones entre dos o más formas de atención”. Para el autor, entre los conjuntos sociales estratificados y diferenciados, tal es el caso de los distintos grupos poblacionales de América Latina, estarían las siguientes formas de atención a la salud: _de tipo biomédico; _de tipo popular y tradicional; _desde las llamadas alternativas; _las devenidas de otras tradiciones médicas académicas; y, _las centradas en la autoayuda.

Según Menéndez (2002: 22), las propuestas de describir y pensar la realidad social como sistema de transacciones sociales nunca antes como en la actualidad se había “teorizado y hablado tanto de relaciones sociales, en términos de redes sociales de procesos de autoayuda o de análisis procesal (...), y sin embargo, lo relacional no aparece, o es referido a espacios virtuales, o sólo es incluido secundariamente”. El autor señala que las actividades impulsadas por los mismos sujetos o grupos sociales son las que generan la mayoría de las articulaciones entre las diversas formas de atención a la salud. Articulaciones que se generan a través de los distintos usos que los grupos sociales hacen de éstas, siendo entonces las distintas formas de atención a la salud muchas veces relegadas a un segundo plano primando “la búsqueda de una solución pragmática” a los problemas de

salud (Menéndez, 2003: 189). El autor afirma además que en las sociedades latinoamericanas actualmente se suelen utilizar diversas técnicas, diagnósticos e indicadores en los diferentes sistemas de atención a la salud en el intento de detectar las enfermedades entre las poblaciones; asimismo variadas formas de tratamiento e inclusive distintos criterios de lo que es la curación en sí.

Como se viene señalando, entre la población de la ciudad de Buenaventura existen dos discursos dominantes en torno a las prácticas de atención a la salud: el biomédico y el tradicional. He observado que las afrocolombianas fácilmente pasan de la utilización de un sistema de atención a otro, o inclusive en muchas ocasiones, a utilizar los dos de forma simultánea, secuencial o paralela. Utilizando entonces los dos sistemas de atención, biomédico y el tradicional, no sólo para diferentes síntomas sino para una misma enfermedad. De acuerdo con Mallart (1995), el hecho de que un sistema médico aparezca, en algunos casos, con más fuerza que otro no significa que los dos no formen parte del sistema médico que configura la sociedad. Estas variadas formas que presenta la población a la hora de intentar resolver los problemas relacionados con la recuperación o conservación de la salud se encuadrarían dentro de lo que se conoce como pluralismo médico.

Según Mallart (1996) el pluralismo médico es aquel conjunto de respuestas disponibles que en un momento dado una sociedad puede ofrecer a sus miembros. Mientras que para Menéndez (2005: 35), el término hace referencia a que “en nuestras sociedades la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud”.

Pendersen (1988) por su parte, propone el pluralismo médico como un conjunto de estrategias de sobrevivencia que desbordan las propuestas de integración que parten del sector oficial. El autor ve los distintos sistemas médicos como estructuras pluralistas que cumplen un papel de representación social, hecho propiciatorio de que su práctica mantenga una relación unas veces complementaria y otras competitiva en el tratamiento de las enfermedades en contextos sociales culturalmente diversos y estratificados.

Entre las mujeres que participaron en el estudio, éstas se acogen inicialmente a uno u otro modelo de atención en función de la gravedad o empeoramiento que perciban del problema de salud. Igualmente, en la elección que hacen de una u otra forma de atención a la salud reproductiva entran a jugar factores como el nivel de educación formal que hayan alcanzado. Siendo también relevantes la socialización, el conocimiento y acercamiento, que hayan logrado con algunos medicamentos así como las experiencias que haya vivido, u observado de parientas o vecinas respecto de uno u otro sistema de atención. Todas las mujeres que participaron en el estudio señalaron que en algún momento, en mayor o menor medida, han seguido distintas formas de atención o tratamientos ante complicaciones de la salud.

Si bien los factores señalados anteriormente son válidos en la práctica cotidiana a la hora de elegir una u otra forma de atender los problemas de salud, también es cierto que existe una multiplicidad de factores por los que las mujeres eligen una u otra opción, por ejemplo, la percepción que en un momento dado tengan del problema de salud que consideren que les está afectando. Ello en tanto la enfermedad no necesariamente, o exactamente, es un problema físico sino que también remite a la subjetividad de las mujeres, a como responden e identifican los problemas relacionados con su

salud. En esta dirección autores como Kleinman, (1980), señalan el dualismo mente/cuerpo, disfunción orgánica disfunción mental, para referirse desde una dimensión culturalista, a las experiencias que sobre los padeceres tienen los individuos. Aunque también el autor señala, que las enfermedades y los padecimientos no pueden considerarse entidades en sí mismas dado que se trata de una construcción cultural.

Para Kleinman (1980), el padecimiento, *Illness*, hace referencia a una experiencia psicosocial en la percepción de la enfermedad, en la que estarían incluidos los procesos de atención, respuesta afectiva, cognición y evaluación dirigida a la enfermedad y sus manifestaciones por parte tanto del enfermo como de su familia y sus redes sociales más cercanas. Según el autor, la enfermedad y el padecimiento se pueden presentar en un individuo de forma simultánea, así como retroalimentarse y superponerse aunque también pueden presentarse, una y otro, de forma independiente.

En esta misma dirección autores como Taussig (1995: 110) argumentan que las distintas acciones que grupos e individuos realizan para conservar la salud y atender las enfermedades no compete, en exclusiva, al ámbito biológico y físico sino que éstos son también “signos de relaciones sociales disfrazadas como cosas naturales, ocultando sus orígenes en la reciprocidad humana”. Para Taussig (1995), en las sociedades contemporáneas hay la tendencia a negar en las relaciones humanas –en el caso concreto de la atención a la salud– síntomas, signos y terapias produciéndose además de la mitificación de estos procesos la cosificación biológica y física de ellos. Quedándose entonces al margen lo que realmente sucede en la práctica social como es el hecho de que las manifestaciones físicas y biológicas no están por fuera del contexto social e histórico de los individuos. Por lo que el autor señala la necesidad de, “leer

las relaciones sociales dentro de los acontecimientos materiales” (*op.cit.* 113).

Volviendo a la situación de la atención sanitaria entre las mujeres afrocolombianas de Buenaventura, y sobre la trayectoria que hacen a la hora de atender la salud reproductiva, he observado que primero se atienden en casa desde las prácticas de salud tradicionales con yerbas, masajes o baños, o bien acuden a la automedicación, y si el problema de salud persiste acuden al Hospital o alguno de los Centros o Puestos de Salud que hay en la ciudad. Inclusive algunas mujeres cuando consideran que no hay mejoría, a corto o mediano plazo una vez han acudido a la biomedicina, vuelven al tratamiento desde la medicina tradicional.

Lucía (26 años), muestra cómo pasa al modelo tradicional una vez las prácticas de salud biomédicas no le resultaron eficaces, produciéndose entonces la sustitución de un sistema de salud por el otro. Mientras que Elvira y Francisca, señalan la utilización de uno u otro modelo de forma secuencial y sustitutiva, en función de la percepción de mayor o menor gravedad del problema de salud.

“Las yerbas no cuestan tanto como ir al Hospital, la mayoría de los de por aquí como somos de bajos recursos, no vamos para allá, uno si sabe sus cosas se queda en casa y si se agrava ahí si va al Hospital” (Elvira, 33 años).

“Cuando yo di a luz a mi hija (...), me dio algo muy feo, porque lo que uno bota con el parto yo no lo boté. Entonces tenía un dolor de cabeza tan fuerte que tuvieron que hacerme remedios para el sabe? Casi me muero. Las pastillas que me mandaron del Hospital, me las tomé pero no me hicieron ningún efecto, yo pienso que lo que de verdad me sirvió

fueron las yerbas. Me dieron agua de nacedera¹³⁶ con viche para bajar el pasmo (...)" (Polonia, 21 años).

Para Polonia el Pasmo es, "(...) como si el frío se te metiera por dentro del cuerpo, no es doloroso que se diga, sólo que no es bueno tenerlo". Si bien esta informante relaciona el pasmo como un malestar que llega como consecuencia de una situación de parto o posparto, autoras como Sheper Hughes (1997: 185), enmarcan este malestar como parte de una amplia gama de molestias que denomina como un estado nervioso 'nervoso'; y lo define como, "un concepto folk polisémico y comunicativo". La autora señala que difícilmente podría decirse que este malestar es culturalmente específico. Siendo frecuente explicar este estado 'nervoso' como, "una somatización de la presión emocional originada en las relaciones domésticas o laborales (...), las tensiones maritales y la rabia reprimida", pero también con la persona que "está enferma y débil carente de fuerza y resistencia" (op. cit. 173).

6. 1. 1. La automedicación

La automedicación forma parte de las actividades de la autoatención, constituida en la forma más extendida y utilizada, pero no la única (Menéndez, 2003). La automedicación consiste en la ingesta de fármacos desarrollados por la industria farmacéutica biomédica así como de otros tipos de sustancias sin prescripción a un problema de salud específico. La atención a la salud no se produce entre las poblaciones de forma homogénea sino como un proceso donde convergen una multiplicidad de niveles facetas y formas, que van desde las prácticas más elementales de

¹³⁶ Esta es una planta utilizada con mucha frecuencia entre las mujeres dentro de las prácticas de salud tradicionales; según un médico del Hospital, la planta tiene propiedades oxióticas y provoca contracciones uterinas que ayuda a expulsar restos de placenta o sangre que hayan quedado en el útero después de un parto. (Ginecólogo del Hospital, 2001)

autocuidado practicadas por las personas y los grupos, en el intento de conservar y cuidar la salud (Haro, 2000).

Según Haro (2000), el autocuidado hace referencia al individuo y a sus prácticas domésticas cotidianas de promoción a la salud; mientras que la autoatención implica las conductas o actividades en caso de ruptura del bienestar. Para el autor, aunque las dos prácticas de salud ocurren en el ámbito doméstico están mediadas por el influjo sociocultural y generan el consumo de redes sociales informales.

Mientras que la automedicación tiene entre sus objetivos abatir, limitar, o dar solución de forma provisional, transitoria o definitiva a los padecimientos o daños en la salud. Para Osorio (2001: 39) la automedicación, “no se limita a la atención que cada uno se dé a sí mismo en términos individuales, sino que se refiere a la atención que el grupo familiar o bien sus redes parentales y vecinales se den entre sí, sin que en ésta se incluya de manera directa a los curadores especialistas”.

Menéndez (1984), ve la automedicación, la autoayuda y la autogestión, como procesos sociales y orientaciones ideológicas que no pueden considerarse sólo como productos manipulables de la biomedicina sino que la tendencia privatizadora, propia del sistema capitalista tiene su “principal cuestionamiento en estas tendencias” (*op.cit.* 39).

Según el autor, en un principio podría verse la automedicación como una forma de resistencia de los sectores con precariedad económica, pero ello no es así en la medida que su práctica no se basa en formas diferentes a las propuestas por el modelo biomédico hegemónico, sino que son formas híbridas de atención médica profesional. No obstante, Menéndez señala que si bien estos procesos no implican, en modo alguno, restitución de las prácticas de salud tradicionales, sí permiten percibir la emergencia de conflictos que pueden restablecer alternativas.

He observado que entre las mujeres de Buenaventura hay la tendencia a utilizar antibióticos, entre otros medicamentos, obtenidos en las farmacias y recomendados por los farmacéuticos que en muchas ocasiones no han realizado estudios formales sino que son personas que aprenden el oficio de forma autodidacta una vez han entrado en el medio. También es frecuente entre las mujeres afrocolombianas de la ciudad, la automedicación obedeciendo a la repetición de una situación anterior en otro miembro de la familia o amiga que haya sido recetada con el mismo medicamento.

[...] Nadie me recomendó a mí estas pastillas, una amiga me las dio y entonces empecé a tomarlas para así no tener más niños, las dos tomamos 'Microginol' (...), también tengo una amiga que entiende mucho de estas cosas y cuando me hago exámenes (análisis) se los muestro a ella para que me informe si están normales y para que me recomiende las cosas que tengo que tomar [...] (Lucía, 26 años).

Encontré que las mujeres están familiarizadas con algunos medicamentos, tal es el caso de Nelsy, señalado a continuación, cuando se refiere al Pitosín. Me llamó la atención el hecho que si bien esta informante menciona este medicamento, a la pregunta de cual era la diferencia que ella veía entre éste y los anteriores que habían sido recetados en el Hospital Departamental y que definía como 'antibióticos', no demostró ningún conocimiento que la hubiera llevado a hacer el cambio. Como justificación o valoración positiva de este cambio era que había resultado eficaz para una amiga que tenía un problema, según ella, similar.

[...] cuando me desperté ya estaba, rajada (operada) [...], después encima de la herida me salió un bulto que botaba agua con sangre, cuando fui al Hospital el médico me dijo que eso era un ganglio. Pero

yo creo que no lo era, allá (en el Hospital) me cogieron el muslo muy fuerte, me removieron mucho mi pierna y me la dejaron así para que se me fuera curando, pero me ha quedado una bola grande ahí dentro y sigo muy mala con esto. Ya me he tomado bastante antibiótico. Ahora por mi cuenta me pongo el pitosín y la herida me va secando [...] (Nelsy, 34 años).

Otra informante, Esperanza (45 años), señala entre las causas por las que las mujeres se automedican las condiciones de precariedad económica en que viven las mujeres.

“La gente se automedica porque no tiene los recursos para ir al médico, y también por ignorancia, porque la gente piensa que lo que sirve a uno puede no servirle a otros. No se puede decir que sea educativo, hay hasta profesionales que hacen lo mismo, o sólo porque son pobres. Yo lo que creo es que hay desconocimiento de qué es el propio organismo” (Esperanza 45 años).

De las veinte mujeres tenidas en cuenta en el estudio todas, incluida la informante abordada anteriormente, afirmaron haber ingerido medicamentos de patente, en mayor o menor medida, sin un diagnóstico previo, dependiendo su consumo de las circunstancias específicas de cada mujer. Situación que dificulta el establecimiento de causas de forma unívoca, respecto del menor o mayor consumo de fármacos sin prescripción médica.

6. 2. LAS COMADRONAS

El oficio de comadrona es uno de los más antiguos que ha tenido la humanidad. Sus antecedentes se pueden considerar bien como un arte o bien como una ciencia: arte por cuanto se requiere habilidades o destreza para desempeñar el oficio, y ciencia por cuanto se precisa la adquisición de conocimientos formales que posteriormente se contrastan con la experiencia. Históricamente el estatus social y clínico de las comadronas ha sido ambiguo, oscilando entre el desprecio, satanización y reconocimiento. Si bien es cierto que en la edad media las comadronas tenían pocos conocimientos sobre su oficio, dado el elevado índice de analfabetismo de la época, más que por ese hecho, tenían un gran control desde la iglesia (Martín Burgos, 2000 Terré 1997; Towler y Bramall 1997).

En el siglo XIX, en el contexto europeo, la profesión médica exclusivamente masculina intentó hacerse cargo de la asistencia al parto convirtiendo en obsoleta la ya tradicional comadrona. Éstas conscientes de su posible extinción como gremio optaron, como parte de una estrategia de sobrevivencia, recibir educación formal como respuesta a un sistema sanitario que les negaba un papel en la sociedad. Según Ortiz (1996: 155) las comadronas en el trasiego de educarse terminaron convertidas en, “instrumento de subordinación y sumisión, más que de liberación”. La autora señala que los cirujanos reconvirtieron las reivindicaciones de las comadronas en instrumento de ascenso profesional, capitalizando para sí todo su legado en cuanto a conocimientos, lenguaje y poder social.

En el caso Latinoamericano, en la etapa post colonial, de acuerdo con autores como Zolla y Carrillo (1998), los médicos calificaron como hechicería las prácticas de salud de las parteras y en general las prácticas de atención de indígenas, negros y mestizos. La monopolización de la

profesión médica en este continente ha tenido fundamentos no sólo sexistas y clasistas sino racistas, a la hora de demostrar la supremacía de la medicina europea como un elemento que se sumó a la gesta colonizadora.

En el siglo XX, el sistema sanitario biomédico haciendo acopio de los avances técnicos y de diagnóstico, ha querido sustituir el papel de las comadronas logrando su objetivo tan sólo parcialmente, pues si bien el médico ha podido satisfacer, en alguna medida, las necesidades físicas respecto de la atención a la salud reproductiva de las mujeres, no ha logrado ser una alternativa a las necesidades psicológicas o emocionales de éstas. Menéndez (1981) plantea que las parteras en la sociedad cumplen una triple función que hasta hoy no ha reemplazado la biomedicina, funciones que están relacionadas con el control de la ansiedad, con factores de tipo económico y una función de seguridad constante en actividades y relaciones domésticas.

6.2.1. ¿Comadronas o Parteras?

Actualmente en América Latina se conoce como comadrona a quien habiendo seguido un programa de estudios formales ha obtenido un título académico que lo/a legitima para desempeñar el oficio de atención al parto y dar cuidados al recién nacido en centros de atención a la salud biomédicos. En tanto que reciben el nombre de parteras aquellas personas, hombres y mujeres, que atienden partos sin haber realizado estudios formales, sino que sus conocimientos parten en buena medida de factores como la experiencia y la imitación.

Dentro del gremio de las parteras hay dos categorías: las parteras empíricas tradicionales y las empíricas adiestradas (Mosquera, 2000). Las parteras empíricas tradicionales son aquellas que han adquirido los

conocimientos por tradición oral y a través de la práctica, sin ningún tipo de intervención externa o del sector biomédico. Mientras que las parteras empíricas adiestradas si bien reúnen las condiciones de las anteriores, sí han recibido capacitación en algún momento, bien desde el ámbito sanitario público o a través de cursillos puntuales desde el sector privado biomédico. En Buenaventura los cursillos son ofrecidos principalmente por la Secretaría de Salud Departamental.

En la ciudad se encuentran las dos categorías de parteras señaladas anteriormente. No obstante, en este estudio hago referencia, específicamente, a las parteras empíricas adiestradas dado que fue con esta clase de partera que entre en contacto¹³⁷. Sin embargo, este hecho no lo considero una limitación fundamental para que los testimonios de las parteras contactadas puedan mostrar un panorama general y válido respecto de la situación, para unas y otras, en cuanto a prácticas de salud y situación del gremio en la ciudad.

Las parteras que participaron en el estudio forman parte del colectivo de las 20 mujeres tenidas en cuenta en esta tesis y ellas son: Cleotilde, Rosmilda y Pastora. La entrevista a estas mujeres-parteras, fue realizada teniendo en cuenta las dos perspectivas, como mujeres usuarias de los dos sistemas de atención tenidos en cuenta en el estudio, y como parteras.

¹³⁷ Aunque es difícil asegurar de forma rotunda que las mujeres que no han recibido capacitación o 'adiestramiento' desde el sector sanitario biomédico, no presenten, también, cambios influidos por factores como los medios de comunicación o por la información que circula de forma informal dentro del gremio.

6.2.2. Las parteras empíricas tradicionales

Al hilo de la afirmación de Canals (1998: 194)¹³⁸ cuando señala que la atención al parto, para el caso de España, ha sido tarea de, “casi cualquier mujer con experiencia” afirmarí­a que para el caso de algunas áreas de países como Colombia muchas veces careciendo de ella. Tal es el caso de la región del Pacífico colombiano, donde más que una experiencia previa y posible capacitación que haya podido recibir una mujer para entrar en el oficio de partera, muchas veces cuenta tan sólo la situación por la que esté pasando una pariente o amiga en un momento dado. Aunque en principio, la dinámica es que las mujeres vayan adquiriendo experiencia ayudando a otras parteras antes de entrar de lleno en el oficio, o de ser reconocidas por el grupo como tal.

“Yo empecé ayudando a coger a las mujeres cuando estaban naciendo los muchachitos. Y ahora aunque voy a los cursos sigo haciendo mucho de lo que he visto, casi todo lo he aprendido viendo” (Cleotilde, 49 años).

[...] me atendí los partos con una partera y luego la partera me enseñó a mí [...] (Pastora, 71 años).

Como vengo señalando, el entrecruzamiento de distintos factores hace que haya en la región una larga tradición de parteras empíricas tradicionales. Estas características están relacionadas con factores culturales, sociales, económicos y geográficos así como las condiciones del sector de la salud pública biomédica en la zona.

¹³⁸ Cuando el autor hace esta afirmación, alude a la experiencia obtenida estando presente en partos con otras parteras y luego en su propia práctica.

Según Kroeger (1997), en América Latina hay la tendencia a ubicar la proliferación de las parteras en las áreas rurales. El autor refuta esta tendencia cuando señala que esta situación no se cumple de forma estricta dado que en algunas regiones, de estos países, las parteras empíricas son uno de los gremios de atención a la salud que desde el modelo tradicional tienen mayor visibilidad no sólo en las áreas rurales sino también en las urbanas. Considero que la situación planteada por Kroeger se cumple en la región del Pacífico colombiano.

Específicamente en el caso de Buenaventura, principal núcleo urbano de la región, la ciudad aglutina una alta proporción parteras. Ciudad donde tienen gran consideración entre la población ejerciendo un fuerte liderazgo en su comunidad e influyendo, además de en las prácticas de salud de la población femenina, específicamente en las relaciones sociales de su grupo de pertenencia.

Es difícil tener un registro exacto del número de parteras que hay en la ciudad dado que no se cuenta con estudios específicos acerca de este gremio, sino tan sólo de registros puntuales, tales como el que lleva la asociación de parteras del Pacífico (ASOPARUPA)¹³⁹. De las tres parteras tenidas en cuenta en este estudio dos de ellas pertenecen a esta asociación, Rosmilda y Pastora.

La destacada función que cumplen las parteras empíricas tradicionales entre la población femenina de la ciudad no pasa desapercibida por la institución biomédica pública que no puede negar el papel de éstas dentro de la comunidad.

¹³⁹ Asociación fundada en 1991. En el año 2002 tenía 250 parteras afiliadas. Entre los objetivos de la asociación está el lograr el agrupamiento del mayor número posible de éstas, tanto del área rural como urbana de la región. Con este objetivo su directora, Rosmilda Quiñónez, busca además de unir criterios en cuanto a desempeño del oficio y tener un control de su trabajo unir criterios respecto del oficio. Esta asociación es uno de los principales canales de comunicación, sino el único, que existe entre las mujeres parteras y la institución sanitaria biomédica de la ciudad.

“Yo, como Secretario de Salud y como ginecólogo, me preocupo porque muchos médicos ven a la partera como un enemigo de la práctica médica, y la han tenido un poco en el ostracismo, a pesar del alto índice de mortalidad prenatal que tenemos aquí en Buenaventura. Tenemos el triste record de ser uno de los más altos de todo el país. Pienso que no hay porqué estar separados de las parteras. Todos estamos haciendo salud y nuestro problema aquí es muy especial en relación con otras partes. Debemos trabajar “en llavería” (en equipo) y no disociados. Yo creo que esto está dando resultado¹⁴⁰, a pesar de que recibo mucha crítica de los colegas”.

La afirmación del entonces Secretario de Salud de la ciudad, muestra dos aspectos destacables: por una parte permite ver que situaciones locales como bajos índices de cobertura por parte del sector sanitario público así como los graves problemas de mortalidad materna en la región, hacen que las parteras sean un recurso a tener en cuenta.

La otra situación es que si bien la capacitación a las parteras, en un principio, es de interés del ministerio de salud colombiano, no todos los profesionales del sector comparten el criterio en cuanto a la necesidad de unirse con el gremio de las parteras para paliar de forma conjunta las problemáticas relacionadas con la atención a la salud.

6.2.3. Las parteras empíricas capacitadas

El ministerio de Salud colombiano en 1984 puso en funcionamiento un programa de capacitación formal para las parteras buscando paliar el déficit de cobertura sanitaria en las distintas áreas del país, especialmente

¹⁴⁰ Esta alusión la hacía en referencia al trabajo de acercamiento, a través de capacitaciones, que venía haciendo con las parteras en el Hospital Departamental.

en la zonas rurales (Hincapié y Valencia, 2000). Esta iniciativa estatal acerca de capacitar a las parteras hace que en Buenaventura algunas hayan recibido cursillos desde el sector biomédico, realizados principalmente por la Secretaría de Salud departamental. Dichos cursillos están relacionados específicamente con prácticas de higiene tales como esterilización, cuidados al recién nacido como forma de cortar y curar el ombligo, y conocimientos que lleven a prever los partos complicados. Si bien estas capacitaciones han supuesto un cambio en el oficio de las parteras, habría que preguntarse, hasta dónde estos cambios son producto tan sólo de estas intervenciones ‘educativas’ desde el sector hegemónico de salud. Esta pregunta surge ante la convicción de que la población de la ciudad no es ajena a los cambios que viene presentando la región en general en relación con factores tales como los procesos migratorios e inmigratorios, desde y hacia la ciudad, donde la población que ha migrado a su regreso ha incorporado nuevas experiencias a las prácticas sociales locales.

Otro factor propiciatorio de cambio tendría relación con la apertura que está teniendo en la zona los medios de comunicación como la televisión y la radio. En definitiva, los cambios producidos a raíz de, valga de nuevo la afirmación de Arocha (1999), ‘ponerse de moda la costa Pacífica’, y que permite pensar en un proceso de resocialización y nuevas elaboraciones en el imaginario de la población, donde las prácticas de salud tradicionales no son ajenas.

Otra lectura a la inclusión de las capacitaciones dirigidas a las parteras desde la biomedicina, sería que éstas son parte del proceso homogeneizante desde la biomedicina a través de la medicalización de eventos, que en este caso sería la atención al parto. Mediante la consolidación del gremio de las parteras como de una subdisciplina que cada vez más depende de las prácticas de salud oficiales o formales. Logrando entonces la subordinación

progresiva de la significación cultural que el oficio de partera pueda tener para el grupo al que pertenecen las mujeres.

Las parteras de Buenaventura si bien combinan en la práctica de atención al parto y a la criatura elementos de atención provenientes tanto de la medicina tradicional como de la biomedicina, el uso de una y otra práctica de salud queda subordinado a los niveles de eficacia reconocidos por las parteras y por las mismas mujeres. O sea produciéndose lo que Menéndez, (2003: 190) llama, “proceso de apropiación” por parte de los curadores tradicionales al utilizar una síntesis de elementos tradicionales y biomédicos en la atención a la salud. Obedeciendo a dinámicas tales como la búsqueda de mayor eficacia en los tratamientos (Módena, 1990; Menéndez, 2003).

En cuanto a los fármacos más usados por las parteras son los analgésicos, antihistamínicos y antibióticos, así como el alcohol y la gasa. También es común el uso de técnicas durante los controles en el período de gestación aprendidos en los cursillos, tal es el caso de los registros del ritmo cardiaco al feto o la ultrasonografía.

En relación con la percepción de las parteras respecto de los cambios introducidos en su oficio, posterior a las capacitaciones desde el sector biomédico, éstas evalúan positivamente dichos cambios como por ejemplo la posición de la mujer a la hora del parto, en la fase de expulsión, mostrando ahora preferencia por que la mujer esté de forma horizontal y no de pie ni en cuclillas, posiciones que hasta tiempos recientes eran comunes entre las mujeres afrocolombianas de la ciudad. Inclusive las parteras afirmaron ser estas posiciones descartadas después de los cursillos recibidos. Aunque, de todos modos, según las mujeres del estudio esta es

aún una práctica frecuente entre las mujeres de las áreas rurales de la región.

De acuerdo con Zolla y Carrillo (1998: 191), la posición horizontal si bien es considerada, desde las prácticas de salud biomédicas, como la más adecuada para realizar el monitoreo del parto, “no es natural”. Los autores argumentan que esta posición puede propiciar desgarramientos y tener además otros efectos como, “inefectividad de contracciones y palpitations por hipertensión, debidos a la opresión de la vena cava inferior, lo que también puede ocasionar hipoxia fetal” (Husson y Yanotti, 1980, citados por los autores).

Otras prácticas de salud tradicionales y vigentes entre las parteras es el caso de recomendar a las mujeres determinado tipo de comida, tal es el caso del cocido de gallina; baños diarios –mañana y tarde– con el producto de cocimiento de ciertas hierbas, señaladas anteriormente; la costumbre de cubrirse la cabeza con un pañuelo blando durante los cuarenta días siguientes de haber ocurrido el parto; así como también los masajes o manipulaciones a la mujer y que tienen como fin, cuando el feto está en mala posición, llevarlo a la postura correcta.

6.2.4. Cambios señalados por las parteras a partir de las capacitaciones¹⁴¹

Si bien las capacitaciones son un paso necesario dado que podrían significar mejoras en las condiciones de salud de las mujeres dados los avances de la biomedicina, también estarían marcando el camino hacia la homogeneización en las prácticas de salud de las parteras conllevando, de

¹⁴¹ Es importante recordar que tan sólo una parte de las mujeres han tenido acceso a los cursos. Pues no todas las parteras de la ciudad están asociadas a ASOPARUPA, organización que en buena medida vehicula estos eventos.

forma simultánea, al empobrecimiento de prácticas de salud locales y específicas.

Rosmilda, señala una serie de cambios en su oficio y los identifica como el resultado de las capacitaciones recibidas. Entre ellos está el cambio en la forma de cuidar el ombligo así como pautas de higiene a la criatura, y cambios en hábitos relacionados con la posición del cuerpo de la mujer en el momento del parto¹⁴², aspectos señalados anteriormente.

[...] Otro de los cambios importantes que se están viendo es la posición de la mujer, o sea el trabajo de parto mismo. Porque antes la partera llegaba y se sentaba a esperar que el niño saliera. En cambio ahora las que nos hemos capacitado y hacemos un parto, nos estamos dando cuenta qué tanto está dilatando el cuello, por ejemplo. Cuando ya el cuello ha dilatado vamos mirando que hay una graduación y cómo va aumentando la dilatación. Porque también todo eso nos lo han explicado ya los médicos, Entonces hay un momento en el parto donde ya uno dice, 'Bueno, se va a venir el bebé, ya dilató, ya está completa'. Todo eso son cambios, ¿no? Y todas son cosas que hemos aprendido porque anteriormente no las sabíamos.

Otra cosa es que anteriormente las mujeres, más que todo de los ríos, (área rural), tenían los niños colgadas. Se agarraban de una guasca (soga), que es como una cabuya, o algo así, que ataban a un poste en la casa y allí tenían el niño, arrodilladas. Eso ahora ya no se usa. De pronto es más fácil parir así; pero yo lo veo más complicado y peligroso. A mi modo de pensar, yo creo que puede haber riesgos para la matriz. Y puede haber una gravedad. Sin embargo eso es algo muy personal de cada mujer porque, ¿si a la que lo hacía no le pasó nada y

¹⁴² Módena (1990: 176) en alusión a las parteras en México, plantea que los cambios de posición llegado el momento del parto, introducidos por las prácticas biomédicas, así como el título formal exigido a las mujeres para desempeñar el oficio de parteras -o lo que en Colombia sería el carné que cada vez más deben acreditar estas mujeres-, "(...) nos hablan de que las parteras dirigen su mirada a la exterioridad de algunas manifestaciones de la práctica biomédica buscando en la adopción de las mismas una legitimidad que sienten dudosa".

quiere seguirlo haciendo? [...] como le digo, eso se ve más en los ríos porque aquí lo que nosotras vemos es que la gente va aceptando tener su niño en su cama, normal. Y creo que siempre les va mejor. Lo otro es que alguna mujer salga con que quiere seguir pariendo así, al modo de antes [...]. De pronto antes tampoco se nos morían tantos niños pero había, quizá, más dudas. O también que uno no estaba como bien consciente de lo que estaba haciendo. Aunque hay parteras que son buenísimas de por sí. Hay una situación que la gente dice: 'Bueno, pero eso, ¿cómo se dio? ¿Cómo puede ser? Eso del hueso bajo, ¿en qué consiste?' Y sí, existe. Si llega una mujer de esta forma al Hospital, con hueso bajo, de una, va para cesárea. En cambio en la casa hay parteras que sí levantamos hueso [...], y así se da cabida al niño para que pueda nacer. Luego vuelve y le queda su cuerpo normal a la mujer. Pues esos trucos, como dice uno, no se los dicen allá. Porque ellos a lo primero que miran es ha frenarlo a uno, y segundo, que no lo aceptan [...] (Rosmilda, 49 años).

Si bien hubo parteras como Rosmilda que en algunos momentos de la entrevista señalan los cambios como consecuencia de las capacitaciones, al mismo tiempo demuestran una actitud de ambivalencia o de confrontación con las prácticas endógenas que ellas gestionan con eficacia.

En el relato anterior Rosmilda señala prácticas tradicionales que califica de peligrosas pero al mismo tiempo vuelve sobre otras señalando las bondades, por ejemplo cuando hace referencia al conocimiento que tienen de llevar a buen término partos donde las mujeres presentan lo que ellas llaman 'hueso bajo'. Si bien el conocimiento biomédico aparece unívoco e irrefutable, también ellas muestran como contrapartida, la eficacia de las prácticas de salud endógenas que continúan realizando en la atención a las mujeres durante el parto. Siendo posible ver, volviendo de

nuevo a Modena (1990: 156) “la lucha entre lo hegemónico y lo subalterno”.

Otra situación es que no obstante percibirse una situación de tensión en las relaciones entre el personal sanitario y las parteras, también es posible percibir disposición de algunos profesionales del sector biomédico para afrontar las problemáticas de salud que viven las mujeres así como también, por parte de las mismas parteras en el sentido de ver como positivo o ser proclives a este dialogo.

En cuanto a la situación de las parteras frente a las prácticas de salud que vienen desde la biomedicina, o sea cuando recetan a las mujeres durante el embarazo o el post parto medicamentos del ámbito biomédico o de patente mi percepción es que lo hacen desde la convicción que produce recomendar algo respetado o veraz, ya en sí mismo. Hubo casos en que las parteras no sabían explicar porqué determinado medicamento iba bien a la mujer que habría de utilizarlo. En estas situaciones la respuesta que daban era que aquello lo habían aprendido en los cursillos. Hecho acorde con la representación que se arrojan las prácticas biomédicas, consideradas legítimas en sí mismas e incuestionables, y la consecuente subalternidad de las demás prácticas de salud que puedan utilizar los distintos grupos de población. Esta situación muestra además las relaciones entre los distintos sistemas médicos expresados en diferentes niveles de continuidad, permanencia o desaparición que en última instancia lleva a procesos de homogenización o subordinación entre éstos.

6.2.5. La atención al parto por la partera

En Buenaventura las parteras no se instalan en la casa de la embarazada sino que la visitan cotidianamente, en el único caso que comparten vivienda con ésta es cuando procede del área rural, ésta llega

días antes del parto y permanece algún tiempo después de producirse el nacimiento dando asistencia a la madre y a la criatura. La partera por lo general, pertenece al círculo de amistades o tiene algún nivel de parentesco con la mujer que dará a luz.

Por lo general durante el parto la mujer está acompañada por la partera y por otras mujeres vecinas o familiares que ayudan a ésta, algunas mujeres en el proceso de echar una mano adquieren conocimientos constituyéndose la ayuda y acompañamiento en parte del recorrido que las llevará –además del conocimiento del oficio– al reconocimiento por parte del grupo como parteras.

En cuanto a los controles que realizan las parteras a las embarazadas, éstas por lo general no buscan a la partera desde el inicio del embarazo sino que lo hacen una vez el embarazo ha superado el primer trimestre y en muchas ocasiones el segundo. La tendencia es a que la embarazada, sólo si percibe un quebranto específico de su salud, acude antes a la partera y la pone al tanto de su embarazo y su problema.

Un nacimiento desde la medicina tradicional es un acontecimiento familiar cargado de significados y acciones en el que se involucran sentimientos y apoyos afectivos y materiales como por ejemplo, pequeños créditos de dinero o comestibles, aplazamiento del pago por los servicios de la partera, ofrecimiento de comida preparada para la mujer, cuidado de los hijos e hijas por las vecinas.

“Nosotras hacemos también los controles. Se la va mirando (a la embarazada) durante los nueve meses. El control consiste en ver si el niño está en buena posición o si está bien colocado. También ver cómo va creciendo, más o menos se le va calculando el crecimiento:

cuando el niño llega al ombligo ya va para cinco meses y cuando lo pasa va para seis meses y así” (Pastora, 71 años).

Cuando la partera señala que, “se la va mirando”; esta situación se contextualiza en el sentido que a partir de la relación que se establece entre partera y embarazada, independiente de que hayan o no visitas de control pactadas, bien en casa de la embarazada o de la partera, si por ejemplo dada una casualidad éstas se encuentran en lugares públicos es común que sostengan conversaciones acerca del embarazo y su evolución.

“Yo para la preparación al parto acostumbro darles de beber agua de la ‘hojita de la virgen’ y la del ‘carpintero morado’, las pongo a hervir un rato y cuando está tibia se las doy [...]. Esto más que todo lo que hace es facilitar el parto, alejar los dolores y que dilate más; les hace botar el agua acumulada en el cuerpo. Esto los médicos no nos lo creen. Pero nosotras si lo seguimos haciendo. Por las tardes uno las baña con las yerbas. Y como bebida, tanto antes de parir como también después, en cualquier momento, les voy dando la agüita de ‘nacedera’ con panela que va muy bien. Porque con esta planta lo que hacemos es limpiarle, ayudarle a botar coágulos que hayan quedado. La idea es que esos remedios se los tomen los cuarenta días. Pero como ahorita ya las niñas no se cuidan la dieta¹⁴³ porque dicen que no es necesario” (Rosmilda, 49 años).

Rosmilda señala las infusiones recomendadas a las mujeres como parte del tratamiento durante el embarazo y posparto, así como los baños con el producto del cocimiento de plantas consideradas por éstas y por las

¹⁴³ “Cuidarse la dieta” significa los cuidados a seguir durante los cuarenta días siguientes al nacimiento de la criatura.

mismas mujeres de eficacia terapéutica. Siendo las más utilizadas las hojas de ruda y de chilca.

Según las parteras las yerbas utilizadas para los baños y para las infusiones si bien son de distinta clase, su significado es similar en el sentido que sirven, según las mujeres, para limpiar el cuerpo –o como lo dice Rosmilda para ‘sacar del cuerpo las impurezas’–, de forma externa mediante los baños, e interna, con las infusiones. Estas ‘impurezas’ según las parteras, son restos de placenta o coágulos que puedan quedar después de un parto. Igualmente las parteras ven en estas infusiones, preparadas con hojas de carpintero morado, de borraja, de brevo, calambombo y caléndula, (Rosmilda, Cleotilde y Pastora) una forma de sacar el frío que pueda estar cogiendo la mujer durante el período de embarazo y posparto.

[...] la atención al niño una vez nace, corre por cuenta de nosotras hasta que el ombligo cae, nosotras siempre estamos pendientes de ese ombligo para evitar que nos lo vayan a infectar. Entonces, una vez el ombligo cae, recién le vamos a entregar el niño a la mamá y le decimos, ‘Aquí le queda su niño, ya está bien’ [...] en el Hospital no sucede eso. Allá el niño nace y cuando lo mandad a uno a casa, hasta ahí llegó la atención [...] (Cleotilde, 49 años).

Las parteras afirman hacer el seguimiento o cuidado de la criatura hasta que el ombligo cae. Ésta es una actividad propia del gremio, el dar asistencia a las madres no sólo durante el parto sino algunas semanas después de producido éste. Situación que contrasta con la que presentan las mujeres que tienen los hijos en el Hospital como es la de perder el contacto con la institución una vez nace la criatura¹⁴⁴.

¹⁴⁴ Considero importante señalar que ninguna mujer manifestó, una vez tenido el parto, haber ido a hacerse revisiones posparto al Hospital o a algún Centro o Puesto de salud, ni siquiera las que van a

Por otra parte, parto y nacimiento son momentos culminantes de la vida reproductiva de hombres y mujeres (Castro, 2002). El autor señala además que en torno a este evento se producen los grandes ordenamientos sociales, tales como las asimetrías de género, la medicalización y la tradición. El nacimiento históricamente ha estado relacionado con lo imprevisible y misterioso. Alrededor de este evento los grupos sociales, en los distintos periodos históricos, han tejido mitos o leyendas atribuyéndole a algunos de los órganos como placenta, membranas o cordón umbilical, propiedades mágicas y poderes (Tibón, 1981; Towler y Bramall, 1997).

Esta situación está presente entre los grupos afrocolombianos de la región Pacífica. Las parteras describieron la forma como el cordón umbilical ha jugado un papel protagónico, depositando en él una carga de simbolismo cuyos poderes atribuidos lleva a depositar en éste expectativas, entre las que está la prosperidad económica.

Respecto de la situación que vengo señalando, Rosmilda afirma lo siguiente:

[...] Antes, para ombligar se le ponían muchas cosas, dependiendo de cada familia. Además de los pringues con yerbas se le ponía: que guayaba para que sea fuerte para pelear; que oro para que nunca le falte el dinero; y así. Todo dependiendo de cada cual y de sus creencias. Y la partera lo hacía porque era una orden de la familia, pues te decían, 'Yo voy a ombligar mi hijo con esto porque mi papá y mi abuelo fueron ombligados con eso mismo, así que yo voy a ombligar también a mi niño así. Y claro, había que hacerlo, ¿no? Ahora muchas mujeres han cogido

tener el parto en el Hospital. Tan sólo, en algunos casos, enviaban la criatura con una familiar o amiga a ponerle las primeras vacunas. No obstante, la forma en que las mujeres hagan uso de uno u otro sistema de salud. Hubo unanimidad en las 20 mujeres que participaron en el estudio de utilizar, en algún momento, las prácticas tradicionales de salud.

miedo y ponen menos cosas porque el 'tétano natal' ya está por toda la zona de la Costa y ya la mayoría de las parteras lo saben. Eso si, lo que se les dice ahora es que pongan siempre el alcohol [...] (Partera).



Partera en un control de embarazo

6.3. UTILIZACIÓN Y GESTIÓN POR PARTE DE LAS MUJERES DE LOS SISTEMAS DE SALUD BIOMÉDICO Y TRADICIONAL

Entre las mujeres afrocolombianas que participaron en el estudio existen diversas percepciones en torno a los beneficios o desventajas que trae la utilización de uno u otro sistema de atención a la salud. Algunas valoran de forma positiva los servicios públicos de atención a la salud representados aquí, en el Hospital Departamental de la ciudad, los Puestos y Centros de salud que hay en la ciudad, mientras que otras mujeres coinciden cuando afirman que la utilización de las prácticas biomédicas no les ha traído grandes mejoras a sus problemas de salud sino que, por el contrario, ha servido para complicarles aún más sus vidas.

Si bien hay situaciones enfrentadas, unas y otras reconocen que muchas veces han utilizado parcialmente los dos sistemas de atención tenidos en cuenta en el estudio a la hora de atender las complicaciones durante procesos relacionados con la salud reproductiva.

Considero que en la decisión o elección de una determinada forma tanto de percibir como de atender, en la vida cotidiana, las necesidades de atención sanitaria en estas mujeres influyen multiplicidad de factores que condicionan en mayor o menor medida dicha opción. Así, variables como la edad, el nivel educativo, la situación socioeconómica son factores que unidos al aprendizaje directo, visual y experiencial, desde su cultura y contexto local, van unidos también a la continuidad de las parteras en la ciudad, y en general en la región.

6.3.1. Factores que llevan a las mujeres a preferir un parto en el Hospital desde el modelo biomédico

Por lo general, las mujeres que deciden seguir prácticas de salud desde la biomedicina, realizan algunos controles exigidos y, por lo general, tienen el parto en el Hospital. En esta decisión de las mujeres juega un papel relevante la percepción de mayor seguridad, tanto para ellas como para la criatura a la hora de una, posible, complicación.

Considero que las mujeres afrocolombianas de la ciudad que finalmente se decantan por las prácticas de salud desde el modelo biomédico podrían considerarse las pioneras de un proceso de homogeneización mediante la medicalización creciente como forma cada vez más utilizada para atender los problemas relacionados con al atención, prevención y cuidado de la salud reproductiva.

“Me da mucho miedo tener mis hijos en casa. Yo he tenido dos amigas que se han muerto pariendo en su casa” (Polonia, 21 años).

“Aunque yo he estado en partos ayudando, me dio miedo tener mi hijo en la casa. No se, yo digo que a uno le da una hemorragia o algo así (...), si ya no se sabe qué le puede pasar en el Hospital ahora imagínese en la casa” (Elvira, 33 años).

“Pues qué quiere que le diga, a mí me entra como desconfianza la partera, muchas de mis amigas han pasado sus trabajos (dificultades) con ellas porque, cómo le dijera, les manipulan mucho la vagina, y a veces quedan con problemas. Es por eso que lo mejor es ir para el Hospital. Y ellas (las parteras) además no tienen la cédula que se debe tener para atender un parto¹⁴⁵. Hace muchos años hicimos un barrido, por la zona donde yo vivo, con la Secretaría de Salud del municipio;

¹⁴⁵ Esta afirmación la hace en referencia a los posibles títulos académicos y/o formales.

nos tocaba localizar todas las parteras que había y le digo que de todas las que localizamos, ninguna reunía las condiciones necesarias para atender partos. Actualmente algunas se preparan porque a ellas les hicieron un llamado, y les hicieron capacitación. Tienen su carnet de parteras y todo. Pero de eso hace menos de diez años. Antes no tenían ninguna preparación. Ahora sí se puede decir que algunas están capacitadas para recibir un bebé. Pero muchas abuelas siguen sacado a sus hijas, a sus nueras, sin tener mucho conocimiento de cómo son las cosas” (Mariana, 36 años).

La medicina hegemónica cumple entre las mujeres que utilizan los servicios sanitarios del Hospital Departamental, Puestos y Centros de salud de Buenaventura, una función de eficacia técnica (Módena, 1990). Tanto las mujeres que declararon abiertamente no asistir al Hospital como las que sí lo hacen, al tiempo, unas y otras, si bien manifiestan reservas hacia el centro hospitalario también reconocen que les produce tranquilidad saber que pueden acudir al Hospital en situaciones que consideren de riesgo extremo. Planteándose entonces entre las mujeres afrocolombianas, eficacia simbólica ambivalente o sea, de acuerdo con (Modena, 1990), distancia y poder/ sometimiento por parte de éstas hacia los servicios médicos hegemónicos.

6.3.2. Factores que llevan a las mujeres a preferir un parto en casa desde las prácticas de salud tradicionales

Las mujeres afrocolombianas ante la decisión de a quién acudir en la búsqueda de atención a su salud reproductiva, por ejemplo cuando están en el proceso de embarazo, esta decisión estaría condicionada por diversos factores tales como el económico, de accesibilidad a los centros. Sumado a ello está la desconfianza y percepción de aislamiento e incomunicación

respecto del personal sanitario que las atiende. Estas fueron las principales situaciones señaladas por las mujeres como determinantes para seguir recurriendo a las parteras ante una complicación de su salud reproductiva.

Como afirmó anteriormente, las mujeres señalaron como un factor clave las **dificultades de acceso** a los centros sanitarios, siendo en estos casos la partera un recurso y, en muchas ocasiones, el único posible en casos de urgencia extrema.

Si bien el acceso podría verse como un obstáculo tan sólo para el caso de las poblaciones de las áreas rurales, no obstante las mujeres que participaron en el estudio, habitantes del área urbana, también manifestaron el factor de la accesibilidad como un factor que propicia el quedarse en casa y optar por atenderse desde las prácticas de salud tradicionales si la situación, según las mujeres, no reviste gravedad. En ello tiene que ver, de forma relevante, que la ciudad de Buenaventura no posee una infraestructura vial y de acceso en condiciones adecuadas.

“Las parteras son necesarias para atender un embarazo, pues así estemos allí nomás (cerca) del Hospital uno se puede demorar sus dos horas, para venir desde Aguacalara a Buenaventura, por una carretera destapada, y no crea, se corren riesgos. Hay señoras que han tenido su hijo en una flota (autobús). Una comadrona le brinda los auxilios, al menos cuando son partos normales. No hay enfermeras en muchos pueblitos de la Costa. Y a veces mueren las madres y los niños” (Cleotilde, 49 años).

“Aquí en Buenaventura si te coge el parón (atasco) que a veces se forma en El Piñal¹⁴⁶, ya me dirá Usté cuándo vamos a llegar hasta el

¹⁴⁶ El piñal es el puente que une las dos partes que conforman la ciudad: una ubicada en el continente y la otra parte situada en una isla llamada, Cascajal. El puente, El Piñal, la única vía de acceso que tiene la ciudad desde el interior.

Hospital [...] si te arriesgas a irte por allá,¹⁴⁷ con la de camiones que siempre hay, ya puedes hacerte a la idea de que tu muchachito nacerá en el taxi” (Francisca, 35 años).

La situación de acceso a los centros sanitarios es un problema latente que como afirman las mujeres, afecta no sólo a la población del área rural del municipio sino también urbana, llegando incluso a costar vidas tanto de las mujeres como de las criaturas. Situación que además permite plantear que en el municipio los servicios de atención a la salud de la población se ofrecen de forma diferencial, no sólo teniendo en cuenta la situación socioeconómica sino las posibilidades de acceso, por condiciones geográficas, a los centros públicos de salud.

Otro factor señalado por las mujeres fue **la situación económica** o los recursos económicos disponibles. En el Hospital Departamental los partos representan un mayor costo que el señalado por la partera, dado que estas no solo cobran una cantidad inferior sino que su costo varía dependiendo de la situación de la embarazada y, también, del nexos familiar que les una.

“Nosotras cobramos por ser parteras. Partear es un trabajo y el trabajo uno lo cobra, ¿no? Pero claro, dependiendo de a quien así mismo se cobra. [...], tenemos una tarifa y de esa tarifa ya cada una mira dónde la sube o dónde la baja. Nosotras no cobramos dependiendo de la dificultad sino de la situación económica de la persona. Pues de todas formas el riesgo en un parto yo pienso que es el mismo. Además si yo voy a atender un parto debo saber que me puede salir en una o dos horas, o se me puede demorar las 24.. Y eso mismo se lo he inculcado a las compañeras. Así como hay personas que sin necesidad de que uno les diga cuánto es, ellos nos dicen, ‘No, vea, este parto estuvo tan bueno y usted se portó tan bien y todo eso.

¹⁴⁷En referencia a ir al Hospital.

Entonces, tenga'.Y hasta llegan a darnos más de lo que cobramos"
(Rosmilda, 49 años).

En muchas ocasiones, si la mujer o la familia no tienen el dinero cuando se presenta el parto se hacen acuerdos verbales y se paga posteriormente. Esta situación también forma parte de una estrategia propia del grupo como es la reciprocidad, cooperación de sus miembros entre sí; en definitiva, lazos sociales y acciones que aseguran la reciprocidad en la prestación de un servicio que ayude a reducir o solucionar un problema a uno de sus miembros en un momento dado. Cuando falla el Estado, representado en las instituciones públicas, los grupos que viven situaciones de desventaja social y económica, desarrollan mecanismos de supervivencia, para de esta forma gestionar alternativas en la construcción de respuestas a los problemas teniendo como sustrato la experiencia, organización y los recursos de que dispongan —en su dimensión material y simbólica— en un momento dado (Lomnitz, 1975, Mannheim (1987).

En cuanto a las situaciones que deben afrontar y resolver las parteras de Buenaventura relacionada con la situación de precariedad económica que viven las mujeres o pacientes, esta por ejemplo la relacionada con las condiciones de la vivienda. Rosmilda relata algunas de las estrategias seguidas por las parteras en estos casos:

[...] Hay situaciones que a cada rato (con frecuencia) se presentan cuando la casa solamente tiene una habitación y viven allí muchas personas. Entonces uno lo que hace es buscar la forma. Lo que más hacemos es sacar a todos los que estén en la casa; se mandan a la calle o adonde los vecinos, otras veces también se ponen cortinas. ¿Que no es un sitio adecuado? Seguro que no, eso está claro y lo

hemos discutido mucho; pero si se llega el caso hay que hacerlo y en la mayoría de los casos se da. Entonces, contando con esto hacemos lo que podemos [...]

La situación planteada por la partera muestra como el espacio por sí mismo no representa un factor de mayor bienestar. Si bien el Hospital puede, en términos objetivos, reunir mejores condiciones que llevarían a pensar en que las mujeres puedan preferirlo, ello no es así dado que éste no posee la carga de confianza y afectividad que sí encuentran las mujeres en su casa, aún cuando ésta no reúna las condiciones mínimas de bienestar e intimidad a la hora de afrontar un parto. De todos modos, tanto las mujeres como las parteras hablaron de **una mayor confianza**¹⁴⁸ depositada en los partos en casa y desde las prácticas de salud tradicionales. Las mujeres manifestaron de forma reiterativa percibir un mayor, y mejor, acompañamiento durante un parto en casa con la partera y rodeadas de familia y amigas.

Otra de las razones argumentadas por las mujeres a la hora de tomar la decisión respecto de adonde tener los partos fue **el trato recibido en uno y otro lugar** o sea, en la casa y en el Hospital, así como la percepción de una mayor confianza y cercanía hacia las parteras.

Un elemento que refuerza la decisión de quedarse en casa, tiene que ver con la normativa común entre los centros hospitalarios públicos en el sentido de que las mujeres no pueden ser acompañadas por ningún miembro de la familia, ni siquiera por su pareja que deberá ceñirse al horario establecido por la institución, esta prohibición está vigente,

¹⁴⁸ El término confianza aquí no está referido en tanto seguridad o eficacia sino en tanto lugar conocido.

también, en el momento del alumbramiento, independiente de que el parto presente o no complicaciones.

[...]Cuando mi hija tuvo el niño, ella se hizo todos los controles. Cuando se le llegó la hora de parir la llevamos al Hospital y, pobrecita mi niña, allí tuvo su hijo solita, no nos dejaron entrar. Cuando fuimos por la mañana a llevarle su desayuno ya había tenido su hijo. La hicimos llamar y salió a la puerta caminando y todo [...] (Miriam, 32 años).

Según Cortés (1997), entre las características que presenta la relación médico / paciente está la diferencia entre unos y otros de definir los elementos que están en juego durante esta relación, siendo la confianza un elemento fundamental donde, “el paciente tiene que confiar en la capacidad técnica y en la postura ética del médico”. La autora señala que esta propuesta de confianza es referida tan sólo al paciente respecto del médico, “y no a la inversa, y a través de proponer que la confianza del enfermo no debe cuestionar al saber médico” (op.cit. 93).

Autores como Uribe (1996: 94), señalan que la legitimación social de los médicos se produce en tanto la comunidad delega autoridad sanitaria en éstos, posibilitando la, “toma e imposición de decisiones y acciones ininteligibles para los profanos”. Según el autor, es este mismo reconocimiento social, de su conocimiento, el que permite a los médicos opinar y hacer juicios tanto de las organizaciones colectivas como de las distintas actuaciones de los individuos. Quedando en evidencia, que en el aprendizaje del médico hay, “la exclusión de contactos con los otros”, así como la “especificación individualizada de acciones y conductas sobre la persona calificada como enferma”.

En la consulta el médico, implícita o explícitamente éste modifica hábitos y creencias, anula u obvia las explicaciones que de un problema de salud pueda dar el paciente, es decir, se excluye la dimensión emic que el sujeto pueda tener respecto de su enfermedad (Nájera et, al. 1998).

En Buenaventura entre los factores que condicionan la asistencia de las mujeres a los controles preventivos y a utilizar en general los servicios que pueda ofrecerles el sistema de atención biomédica de la ciudad, he observado un clima de desconocimiento, tanto por parte de las mujeres como de los profesionales de la salud de los códigos que maneja uno y otro gremio, situación que conlleva a malentendidos a la hora de identificar el problema de salud.

Respecto a esta situación, Kroeger (1997) señala dos confusiones comunes: cuando el paciente y el médico utilizan las mismas palabras pero éste (el médico) no se da cuenta de las definiciones conceptuales que hace el paciente; y el otro, cuando el paciente hace una descripción similar a la del médico pero utiliza para referirse a ella, un término popular. Estos malentendidos se hacen más críticos cuando se trata de enfermedades que revisten gravedad.

Algunos autores, tal es el caso de Boltanski (1977: 89) señalan, respecto de la situación de incomunicación en la relación médico/paciente, que el hecho de que los médicos nieguen un mínimo de información al paciente sobre sus procesos corporales y enfermedades, tiene como principal función la de impedir que el paciente mantenga una relación, “científica y reflexiva con su sufrimiento, colocándolo en la obligación de construir por sus propios medios, con elementos fragmentarios y heteróclitos, el discurso sobre la enfermedad” no transmitida por el médico. Boltanski señala que esta situación lleva a deducir que el efecto de

legitimidad de la biomedicina no es tan fuerte como para impedir el que los sujetos generen algún discurso sobre sus enfermedades.

Por otra parte, también es significativo entre las afrocolombianas de Buenaventura el desconocimiento que demuestran hacia los tratamientos que se siguen desde las prácticas de salud biomédicas. Tal es el caso de Polonia cuando señala:

“La gente por ahí dice dizque las ecografías le afectan un poquito a los niños, y esto me da miedo. Yo con mi niño pequeñito me hice una ecografía y se me vino a los ocho meses” (Polonia, 21 años).

Las mujeres señalaron igualmente, que perciben desatención y descortesía en el trato recibido en el Hospital. No obstante, ellas reconocen que acudir a la biomedicina en busca de salud puede resultarles más eficaz en determinadas situaciones.

“ uno a veces llega a tocar la puerta y el médico está durmiendo, o está hablando, y sale como a la media hora. Cuando al niño le da diarrea, en la casa se le prestan los primeros auxilios pero si uno ya va donde el médico debería atenderlo inmediatamente, ¿no? Pero si se demoran media hora se puede morir el niño, entonces es mejor que se muera en la casa, porque si se muere allá para traerlo hay que hacer muchas vueltas” (trámites) (Polonia, 21 años).

“(…) yo considero que es más seguro ir al Hospital a que lo atiendan a uno, así sea que le digan malas cosas, o lo reciban mal, pero usted sabe que está por delante la vida de uno y la de su hijo, más que todo” (Nelsy 34 años).

La situación descrita anteriormente por Nelsy, así como el testimonio de Martha que va a continuación, es ilustrativa en el sentido de que muestra cómo las afrocolombianas aunque no perciban buen trato por alguna parte del personal sanitario del sector público, prefieren, de todos modos, acudir al Hospital. Reconociendo con esta actitud que allí tienen un mayor margen de seguridad ante una, posible, complicación.

“A mí, sinceramente, no me gusta ir por allí (al Hospital), es mil veces mejor tener su hijo en la casa. Hay algunas enfermeras y algunos doctores que creen que uno es un animal, que lo pueden ultrajar. Uno no les puede decir que se siente incómodo o que necesita caminar, porque ahí mismo le están gritando: ‘Claro, ¿y por qué cuando lo estabas haciendo no te molestaba nada?’ Hay gente que cree que por el hecho de que son doctores tienen derecho de ultrajar a la gente, de decir frases ofensivas, o de ignorarlo a uno cuando está delicado” (Martha, 31 años).

La situación de desatención y descortesía hacia los pacientes por parte del personal médico se deriva, según autores como Castro (2002: 387), del entrecruzamiento de unas relaciones sociales jerarquizadas como son: las relaciones de género, del saber y de la práctica biomédica; atravesadas además por, “un complejo de significados en torno a la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción”. Para el autor, más allá del aparente caos que el conjunto de significados sugiere está inscrito en, “un orden con reacomodos permanentes”, donde el ser hombre o ser mujer están en vías de tener nuevos significados.

Volviendo a los testimonios de las mujeres del estudio, cuando éstas reconocen que la institución sanitaria puede ayudarles a solucionar sus problemas, tanto de una enfermedad como a la hora de hacer frente a un parto, ello no significa que tengan depositada su confianza en dicha institución, ni siquiera en su entorno¹⁴⁹. Sugiero que descreen de lo que el sistema sanitario puede hacer por sus problemas de salud en la medida que han tenido experiencias negativas de forma directa, tal es el caso de Francisca (35 años) o indirecta, en alguna amiga, vecina o parienta. En el caso de Francisca, ésta acudió al Hospital a realizarse todos los controles durante el período de gestación, hecho que para ella revestía algún nivel de seguridad por lo que decidió tener el parto en casa con una partera, no obstante, de todos modos, su hija murió a las pocas horas de haber nacido. Francisca no atribuye este desenlace a problemas de última hora, durante el parto, sino a una falta de previsión por parte del personal del Hospital Departamental donde realizó el seguimiento de su embarazo.

“Cuando mi primera hija me hicieron exámenes de todo, hice todos los controles que me pidieron. Después nunca más volví por allí y todos mis hijos han nacido en la casa, a mí nunca me gustó el Hospital. Yo ni siquiera volví a hacer control. ¿Para qué? Estuve nueve meses haciendo control y mira que venírseme a morir mi niña” (Francisca, 35 años).

¹⁴⁹ Considero pertinente explicar aquí lo sucedido un día en el Hospital durante el trabajo de campo. Había conversado largo rato con una mujer que le habían dado el alta, por lo que esa tarde marchaba a casa. El parto de esta paciente presentó complicaciones y la criatura murió nada más nacer. No obstante esta triste situación, habíamos entrado en un diálogo y con optimismo veía en ella otra, posible, informante puesto que la percibía dispuesta y con fluidez verbal. Finalmente las cosas no sucedieron así. Cuando ya estaban hechos los planes para un próximo encuentro, entró a la habitación una enfermera con la que ya había establecido contacto y algún nivel de amistad, esta situación cambió totalmente el panorama respecto a la percepción que pudiera tener de mí la mujer. Mi cercanía a la enfermera fue el detonante en la mujer para abandonar el deseo, o la confianza, de participar en el estudio. Quedando clasificada en su imaginario, como parte de aquellos ‘otros’ distintos a ella y de los que no se podía fiar. La mujer no asistió a la cita y yo comprendí que no tenía sentido buscarla.

He encontrado también como factores propiciatorios de que las mujeres decidan quedarse en casa, el relacionado con situaciones como las dificultades que representa para ellas el deficiente funcionamiento que en los últimos años está presentando el Hospital, tal es el caso de los continuos paros de los funcionarios que han llegado inclusive a cerrar de forma intermitente por períodos dicho centro hospitalario.

Si bien las razones señaladas anteriormente fueron las que sustentaron las mujeres para no atenderse desde la biomedicina, también esta situación puede verse, de acuerdo con autores como Zolla y Carrillo (1998), como una forma de resistencia al progresivo proceso de medicalización que lleva a expropiar y a redefinir, entre sus consecuencias, la pérdida del carácter natural y familiar de un nacimiento

6.3.3. Convergencias y discrepancias entre médicos y parteras

Como vengo afirmando, entre las situaciones poco propiciatorias para establecer una relación fluida que lleve a posibles acercamientos entre las parteras y la institución, estaría la poca comprensión por parte de los profesionales de la salud a la hora de afrontar la situación real de las mujeres afrocolombianas como la ambivalencia o la forma mixta, parcial o fragmentaria de acogerse a las dos formas de atención, entre las que están las tenidas en cuenta en este estudio.

Las mujeres manifestaron retraimiento y temor de ir al Hospital cuando no han realizado los controles o bien cuando presentan alguna de las situaciones antes señaladas, respecto de las formas de atención. Aludieron igualmente, a actitudes de hostilidad y recriminación por parte del personal sanitario, que las lleva a situaciones de indecisión o titubeo a la hora de acudir a dicho centro, estos hechos muchas veces pueden ser trágicos para las mujeres que se niegan a asistir en el momento adecuado.

Las mujeres que participaron en el estudio, explicaron casos de otras mujeres que fueron reticentes a acudir al Hospital en un primer momento y cuando reunieron el valor para asistir, las consecuencias de algunas de ellas fueron trágicas. Igual situación presentan las parteras que no han recibido ningún cursillo o que no tienen el carnet que acredite su actividad ante el sector biomédico. Por lo general, los casos en que las parteras tienen esta situación esperan hasta el último momento aunque la paciente, dada la gravedad que pueda presentar, requiera de un ingreso urgente¹⁵⁰.

“Si se me pone mala una mujer cuando está pariendo, yo me lo pienso mucho para llevarla al Hospital porque como no tengo carné entonces me echan mucho regaño (le riñen). Yo sé que todo esto lo hacen para controlarnos” (Pastora, 71 años).

Como vengo señalando, las mujeres también aludieron a esta situación, tal es el caso de Martha cuando afirmaba al respecto:

“Si las cosas van mal y entonces uno decide ir al Hospital pero es que allí a uno le echan mucho regaño ir ya malo. Yo lo he vivido cuando estoy teniendo mis hijos. A uno lo dejan de último porque no vino al Hospital a controles, entonces a mí me da miedo también esto, [...] muchas veces las mujeres ya no van para allá ni aunque se estén muriendo”.

Si bien los dos modelos de atención a la salud que hay en la ciudad demuestran en la práctica cotidiana profundas discrepancias, también es cierto que las parteras y algunos médicos ven la necesidad de un

¹⁵⁰ He observado que este requisito, del carnet, es un elemento indispensable y elocuente sólo para el personal biomédico, no para las mujeres que reconocen o legitiman a las parteras desde otros parámetros, señalados anteriormente. Podría afirmarse de acuerdo con Módena (1990: 171) que este documento representa, “la legitimación de una práctica por el poder político”.

acercamiento y de hecho hay por parte de unos y otras la percepción de ruptura pero también la certeza de que la consolidación de puentes entre los dos sistemas de salud será una de las salidas que redundarían en una mejora de los graves problemas que vive la población en el ámbito de la atención a la salud.

“Una realidad es que las parteras no se van a acabar. Y las instituciones deben recogerlas para aprovechar ese recurso. Aquí ha habido gente que ha hecho esfuerzos por acercarlas. Pero a veces ellas son refractarias al cambio, pues difícilmente una veterana cambia sus modos de hacer las cosas. Yo creo que las parteras no deberían acabarse porque ellas son un recurso importante. Los médicos deben contar con las parteras que saben dar consejos para que las mujeres se cuiden” (Médico general de un Centro de Salud).

No obstante los médicos reconocer la necesidad de las parteras, aunque desde una situación de subalternidad, como bien afirma este médico cuando les niega a las parteras el papel de agentes definidoras y ejecutoras de salud, y las ubica tan sólo como las *‘que saben dar consejos para que las mujeres se cuiden’*. Del mismo modo, el médico en su testimonio identifica a las parteras como poseedoras de una manera de hacer las cosas que es necesario cambiar, cuando alude a que, *‘ha habido gente que ha hecho esfuerzos por acercarlas pero (...) son refractarias al cambio’*. Según este profesional sanitario, el acercamiento de las parteras al ámbito biomédico conllevaría en ellas la renuncia a las prácticas de salud endógenas y entrar sin paliativos en la medicalización. Si bien esta situación es la más generalizada, no obstante, hay casos en que algunos funcionarios muestran algún nivel de compromiso en el sentido de

reconocer la importancia de las parteras en su comunidad, tal es el caso del, entonces, secretario de salud municipal:

[...] Yo estoy preparando a estas señoras y hay gente absurda que teme que si yo les enseño otro va a perder clientela. Pero es que hay doscientas cincuenta mujeres que están atendiendo partos. Esto es mucho, yo no puedo cerrar los ojos ni les puedo impedir que lo hagan cuando no tengo como cubrir la población total con servicios eficientes. Ahora les estoy enseñando a estas mujeres también a que hagan vacunación, a que tomen presión arterial, porque así aunque estén por allá ellas me ayudan. Pienso que hay además, un gran porcentaje de parteras que se margina de esta capacitación, hay abuelas, madres, que han atendido a sus propias hijas sin tener el curso de capacitación. Muchas no están declaradas en la comunidad como parteras pero aún así, se le se apuntan a cuidar a su familia, la maternidad aquí entra en el ámbito íntimo y privado, no como un caso externo sino que es algo que se queda dentro de la familia [...] (Secretario de salud).

Respecto de este funcionario, en el segundo período del trabajo de campo (2001) y después de realizar varias visitas a éste en su despacho pensaba con optimismo que sí, que se vislumbraba el comienzo de un cambio favorable donde los dos sistemas de salud –el hegemónico biomédico y el tradicional representado en las parteras– entraban por fin en una etapa de diálogo. Pero este optimismo duro poco dado que en esta última entrevista el funcionario me explicó su situación personal, afirmando que estaba amenazado de muerte por uno de los grupos alzados en armas que hay en la zona, por lo que estaba pidiendo exilio en España. Me mostró su carta de renuncia al cargo donde explicaba las razones que lo habían llevado a tomar esta decisión.

Poco tiempo después de mi regreso, recibí una llamada suya desde Alicante donde se encontraba trabajando en un hospital de la ciudad como médico general, haciendo reemplazos y en calidad de exiliado. Aunque afirmó estar a gusto, por otra parte, no perdía la esperanza de poder regresar a Buenaventura.

El caso del secretario de salud no es un hecho aislado en Colombia. Tras el asesinato o, en el mejor de los casos, una amenaza de muerte, se quedan además de muchas familias rotas, proyectos en fase de realización o simplemente acabada cualquier iniciativa o proyecto encaminado a buscar salidas a las problemáticas de las comunidades, frustrándose cualquier intento de lograr unas mejores condiciones de vida para los grupos de población que vivan estas situaciones.

6.4. EL PERSONAL SANITARIO

6.4.1. El encuentro médico / paciente: condicionantes y obstáculos

Algunos autores, tal es el caso de Laín (1983), Taussig (1995), Uribe, (1996), Illick,(1981), señalan que es una utopía pretender quitar a la profesión médica el carácter inmediato en su relación con los pacientes, o considerar que el encuentro personal no es condición necesaria a la hora de diagnosticar un problema de salud. Siendo la relación médico/paciente cuasi-diádica en la medida que el diagnóstico del médico no es desde el conocimiento de un objeto, pasivo, realizado por un sujeto, activo, o sea el médico, sino el resultado de un encuentro entre la percepción del médico y una realidad, la del enfermo, fundamental y dotada de intencionalidad.

Contrario a lo que los médicos creen, el reconocimiento que hacen a sus pacientes mediante la consulta no es sólo un diagnóstico sino, sobre todo, una actividad terapéutica condicionada por la confianza en su destreza y otras sensaciones positivas —terapéuticas— que el médico logre despertar en el paciente una vez ha terminado la visita, así como la motivación que lo ha llevado a asistir a ella. Así, el tratamiento empieza antes y termina después de que médico y paciente se encuentren, por lo que el tratamiento es un acto social por excelencia.

El paciente como objeto de la acción médica ha sido tomado como un receptor obligado de las pautas y normas del conocimiento médico. Voluntario o forzoso al paciente se le impone una condición pasiva que se le transfiere en el uso mismo del término ‘paciente’. Desde el momento en que se concede el monopolio legal a un determinado especialista se anula e ignora el punto de vista profano, y se excluye su iniciativa en la determinación tanto de decisiones como en su capacidad personal de

enjuiciar la situación y el tránsito de sano a enfermo y viceversa. Donde acudir al médico no es sólo el comienzo de un proceso sino, “la continuación de un sistema de búsqueda de ayuda también profana” (Uribe, 1996: 94),

6.4.1.1. El tiempo destinado a la consulta

Si bien el tiempo es el resultado de un consenso arbitrario en que todos estamos de acuerdo en asumir como real, su ‘realidad’ la da el carácter social de las actividades de los individuos. En el proceso salud/enfermedad el tiempo es un elemento posibilitador de la actividad de los médicos y, en alguna medida, inductor de las decisiones que estos adopten. Según Uribe (1996: 239), en la asistencia sanitaria actualmente hay dos formas, paralelas y unilaterales, de tratar el tiempo: el tiempo circular, o sea aquel caracterizado por la recurrencia de los síntomas y tenido en cuenta tan sólo por el usuario; y el tiempo lineal, aquel que construye el médico, “como connotación lógica de fases en la evolución prevista de la enfermedad. En el tiempo lineal, en tanto producto de la ciencia médica, hay una sobrevaloración que, “puede llevar a la significativa situación de que estar enfermo se traduzca en esperar/aguantar a que la enfermedad se desarrolle”.

Menéndez (2000: 183) señala, respecto del tiempo destinado a la consulta, que más allá de la existencia de situaciones que puedan operar, bien sea de forma negativa o positiva, “si realmente queremos que el sujeto exprese a través de su padecer/punto de visto (illness) su problemática, ello supone reconocer la necesidad de disponer de un intervalo de tiempo que no siempre guarda relación no sólo con las disposiciones institucionales o con las urgencias personales, familiares y grupales”. El auto señala que dar la palabra al sujeto en términos de su padecimiento supone una,

“determinada dimensión del tiempo, que en la medida que incluyan factores culturales hacen más complejo el manejo de dicha temporalidad”.

En Buenaventura, el poco tiempo destinado a los pacientes en el Hospital, es reconocido inclusive por el mismo personal sanitario de dicho centro. Un ginecólogo entrevistado hizo la siguiente descripción al respecto:

[...] Aquí en el Hospital se tiene estipulado por paciente aproximadamente entre cinco y diez minutos. Ahora con la ley 100 se tiene muy en cuenta la productividad o sea, entre más pacientes atiende cada ginecólogo mejor. En una hora hay que ver aproximadamente diez o doce pacientes. La visita de cinco minutos implica un interrogatorio: ¿Señora, qué le duele? ¿Por qué viene? Y ella puede contestar que tiene un flujo, entonces se le hace una inspección ginecológica muy rápida, una especulocopia, para ver en qué estado está el cuello. Luego se le dice que se vista, que se sospecha qué tiene, se le da un medicamento, y fuera. Si está embarazada se hace un tacto vaginal, se calcula la edad gestacional y se le recomiendan exámenes, que se los haga y que vuelva. Y si ya viene con los exámenes, pues se facilita más el trabajo rápido; se miran los exámenes y se da una prescripción y algunas recomendaciones, todo muy rápido porque no hay tiempo para más [...] (Ginecólogo del Hospital).

El control del tiempo por el médico se aplica como un elemento de legitimación donde tanto el paso del tiempo o duración de la consulta, como la agrupación o dispersión de las visitas, sintetizan y conforman el discurso del médico, “hasta dar con la versión médica abordable, magnificando o minimizando los hallazgos sobre la biografía del usuario” Uribe (1996: 240).

En el caso de las mujeres afrocolombianas de Buenaventura, es relevante el contraste entre las expectativas que puedan tener éstas cuando deciden, no con facilidad, entrar en el proceso de controlar su embarazo y el tiempo que dedican los médicos, enfermeras y tocólogas para responder las demandas de las mujeres que acuden a la consulta. Siendo la situación aún más compleja si partimos de la tesis de que la relación médico / paciente es, “disimétrica” Cortes (1997: 91); o sea, el médico escucha y por lo general realiza otras actividades de rutina como solicitar analíticas, ecografías, etc. Mientras que el, o la, paciente, además de acudir a éste para querer curarse espera información y, además, que sea escuchado/a e interpretado su padecimiento de forma inteligible. Siendo entonces desde esta expectativa que se ubica como paciente.

El paciente en su demanda no manifiesta, se dirige al profesional de la salud que no sólo desconoce sino que disocia la enfermedad con el sujeto mismo profundizando como consecuencia, “en la separación de éste con su cuerpo, en el que se reconoce sólo fragmentariamente” (Cortés 1997: 94). Al hilo de la argumentación de Cortés, considero que para las afrocolombianas de Buenaventura en la medida que sus expectativas, como pacientes, no se cumplen éste es un factor relevante para que las mujeres pierdan el interés y decidan retraerse de los servicios sanitarios públicos de la ciudad.

6.4.1.2. De accesibilidad y económicos

Otro factor unido al tiempo destinado a cada consulta es el costo, en términos económicos, que estas visitas representan para las mujeres que participaron en este estudio. Hallé coincidencias entre el personal sanitario y las mujeres en algunos de los factores que condicionan, de forma

negativa, la decisión de atenderse desde el modelo biomédico. Tanto los profesionales del ámbito sanitario como las mujeres, reconocieron la accesibilidad y el alto costo de los servicios médicos como problemas relevantes en la utilización de los servicios de atención sanitaria del Hospital. La enfermera del centro de salud afirmaba al respecto lo siguiente:

“Son muchas las razones por las que las mujeres no vienen (al Hospital o centros y puestos de salud) o vienen parcialmente: Un problema es la accesibilidad geográfica [...]. Otro gran factor es el económico, porque los gastos en salud a raíz de la Ley 100, deben garantizar la auto-rentabilidad del Hospital. Entonces esto hace que se disparen las tarifas, que a veces son inmanejables. [...], en cierta época se hacía un control completo y la mujer no pagaba, o pagaba unas tarifas ínfimas, pero ahora no. Ahora hay que pagar por el parto. Para usted poder comenzar con el control (de embarazo), tiene que hacerse unos exámenes. Y más o menos los exámenes te suman más de 50 mil pesos¹⁵¹. Entonces hay mujeres que se llevan los nueve meses recogiendo para pagar estos exámenes (Enfermera Centro de salud).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud consta de un plan llamado, Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), a la que deberían estar vinculadas todas las personas en condiciones de precariedad, previo estudio de su situación económica y condiciones de vida en general. La población susceptible de ser amparada por el SISBEN, y de vincularse al Plan Obligatorio de Salud (POS) subsidiado por el Estado, recibiría asistencia sanitaria desde las Empresas Prestadoras de Servicios (EPS), públicas y privadas. Estas empresas mediante el Plan Obligatorio de Salud

¹⁵¹ Lo que representa aproximadamente 25 euros.

(POS), como afirmo en el capítulo uno, serían las encargadas de brindar atención a la salud reproductiva de las mujeres mediante programas relacionados con la atención a procesos de embarazo parto y post parto, atención y prevención del cáncer de mama y cuello uterino así como atención y prevención de enfermedades de transmisión sexual como el SIDA y la sífilis.

No obstante encontrarse la situación anterior contemplada en la normativa, en este estudio se pudo constatar que entre las mujeres afrocolombianas de Buenaventura, por lo general, no hay un conocimiento adecuado ni suficiente, tan sólo fragmentario y confuso, acerca de los beneficios que pudiera traerles el sistema sanitario público actual. Inclusive esta desinformación es compartida con parte del mismo personal sanitario.

6.4.1.3. Dificultades en la Comunicación

Para Taussig (1995), hay dos realidades diferentes en las personas, la enfermedad y el malestar, este último es lo que según Kleinman (1980) es el padecimiento. El autor argumenta que si bien la enfermedad es una disfunción orgánica que puede ser medida y diagnosticada a través de técnicas biomédicas, el malestar es aquello que la disfunción orgánica significa para la persona, o lo que sería el significado cultural de la enfermedad que, “necesariamente difiere del punto de vista del médico sobre la enfermedad”. Según Taussig, estas dos realidades –malestar y enfermedad– son de gran importancia y el personal sanitario biomédico no está preparado, “entrenado”, para identificar y, consecuentemente, actuar en la búsqueda de un replanteamiento en la relación médico / paciente, y por lo tanto avanzar en el mejoramiento de la eficacia terapéutica.

“Yo pienso que una razón para que las mujeres no vengan por el Hospital es el trato que a veces se les ha dado, porque como dice el dicho en todas partes se cuecen habas, y no voy a decir que nosotros somos perfectos, a veces las mujeres están muy angustiadas y no se tiene ese sentir de que la señora está estresada, que está asustada, que hay que relajarla (...), o están pasando las contracciones y las auxiliares van, le miran los líquidos, (...) pero no se las acompaña en el proceso (...). Y así va todo, no solamente aquí, sino en casi todas partes se limitan a pesar, medir, tallar, mirar si tienen un signo de alarma y hasta ahí se llega. La educación que se da es muy poquita, todo es muy general. En parte porque no hay tiempo y en parte porque no se quiere. (...), lo que si le digo es que a la gente le gusta que uno la eduque, hay que trabajar mucho en eso. Y yo creo que si se hace funciona, porque ya cuando uno les habla muy claramente, y les explica las cosas y se les dice las consecuencias positivas que pueden tener al hacerse los controles, entonces sí vienen. Creo que la desinformación también es importante para que no vengan por aquí”. (Enfermera puesto de salud, 2001).

Esta enfermera, de forma explícita, señala algunas de las razones por las que las mujeres son renuentes a asistir a la consulta médica señalando, además, cual debería ser el trato para las mujeres usuarias de los servicios biomédicos, aspecto que, según ella señala, ha incorporado en su propia consulta. Lo relatado por la enfermera deja entrever una situación de diferenciación al interior de la institución sanitaria, entre la actitud del personal médico y el mostrado por el personal de enfermería, donde las enfermeras, por lo general, muestran una actitud de mayor cercanía hacia el sufrimiento de los pacientes. Aquí es importante recordar que en la formación de los médicos el trato hacia los pacientes no es una variable a tener en cuenta en el desempeño de su trabajo o en la consulta.

Convirtiéndose este hecho en un factor negativo que contribuye a aumentar el vacío creado en los pacientes por el dolor (Ponce de León 1997).

6.4.1.4. Percepción del personal sanitario del estado de la salud pública en la ciudad

La salud pública de Buenaventura es un reflejo de la complicada situación, económica y administrativa, que atraviesa el sector sanitario público del país. Entre los factores señalados por las y los funcionarios fue unánime la alusión de este factor. La crisis se manifiesta en aplazamientos del pago de salarios al personal, recortes de plantilla y cierres del Hospital. Problema que a su vez redunda entre los funcionarios en actitudes de apatía o desinterés hacia los pacientes a la hora de desempeñar sus funciones.

Buena parte de los médicos que trabajan con el sector sanitario público de Buenaventura le salen al paso a las dificultades económicas, propiciadas por el incumplimiento de salarios por parte de la institución, alternando con consultas privadas fuera del horario de trabajo. En los consultorios privados hay diferencias importantes tales como un mayor tiempo dedicado a cada consulta.¹⁵² Así mismo, según las mujeres que participaron en el estudio, el trato es más cercano; aunque bien es cierto que a este tipo de consulta, muy rara vez acceden las mujeres que viven en condiciones de pobreza económica, tal es el caso de las incluidas en este estudio. De todos modos las mujeres, muchas veces, ante una enfermedad que perciban grave, optan por acudir al sector privado de atención, bien de la ciudad o se desplazan hasta Cali (capital de la provincia), aunque sus costos vayan más allá de sus posibilidades económicas.

¹⁵² El Ginecólogo del Hospital señaló un mínimo de 15 minutos por consulta, comparada con los 5 minutos que deben dedicar a cada consulta en el Hospital.

Del mismo modo, la situación económica fue uno de los factores considerados por los funcionarios como claves a la hora de señalar los inconvenientes que afronta la institución. Éstos mostraron desesperanza y a veces, inclusive, apatía, dado que no ven reconocida su labor, respondiendo de forma inadecuada con el pago de salarios y prestaciones pactadas.

“Nuestra salud en Buenaventura hace cuatro años viene congelada. En este momento la ciudad no cuenta con la cobertura necesaria, para una población que sumándole las áreas rurales podría estar rondando más o menos las seiscientas mil personas, y tenemos tan sólo 6 ginecólogos para toda esa población. La Ley 100 ¹⁵³ le dio muy fuerte al Hospital, porque casi se acabaron los subsidios. Y se comenzó a hablar de autosuficiencia. El lema es producir, y si no se logra se van privatizando los servicios. Así el Estado evade sus responsabilidades. Es un problema sobre todo de presupuestos, ya que éstos, los más grandes, se están yendo para financiar la guerra, se sacan partidas de la salud, de la educación, todo esto para cubrir los faltantes [...]. En Buenaventura la gente es muy pobre. Los maridos traen a las señoras y vienen sólo con lo del pasaje (billete de autobús) y acá tenemos que resolver las cosas” (Secretario de Salud).

“La crisis financiera hace que la gente baje la guardia. No hay un estímulo para el funcionario, [...]. La gente a veces tiene que vivir de prestar dinero aquí y allí; el municipio ha llegado a deberle a los trabajadores salarios hasta por quince meses. Este es un problema en el que no se puede exigir que cumplan; hay funcionarios que se limitan a hacer lo estrictamente necesario. Como salida a esto que estamos viviendo yo lo que veo es que primero que todo hay que solucionar el problema financiero. Pero, a la par con eso, hay que empezar el trabajo

¹⁵³ En el capítulo uno fue tratada en detalle esta ley.

con la gente que está aquí trabajando pero desmotivada. A mí me dicen: ‘oiga, usted siempre vive sonriendo, vive animada’. Pero es que a mí si no me han pagado ya me pagaran, algún día me van a pagar, claro que también tiene correspondencia de qué tanto nos guste lo que hacemos y el que habemos unos profesionales que estamos más casados con nuestro trabajo que otros” (Epidemióloga del Hospital).

Los puntos de vista de los funcionarios del Hospital respecto de la crisis económica y organizativa que vive la institución, puede verse como la materialización de los efectos de la aplicación de la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Ley 100. Entre sus efectos estaría la ruptura o desequilibrio entre las viejas y las nuevas concepciones acerca del sistema sanitario público en el país. Si bien ya han pasado más de diez años desde su puesta en marcha, el sector continúa aún en lo que podría llamarse una fase de adaptación o de reacomodo.

Del mismo modo, los pacientes del Hospital no son los únicos que deben enfrentar el malestar de unas instalaciones deterioradas y poco dotadas que en poco ayudan a dar una atención en condiciones adecuadas. El Ginecólogo del Hospital hacía énfasis en esta situación como parte desencadenante de complicaciones a la hora de ofrecer una atención más eficaz.

“Yo quisiera que esta área de trabajo contara con todos los elementos para hacer una buena atención, que tuviera todos los equipos que necesitamos, por ejemplo monitores donde uno pudiera darle una buena atención a los pacientes. Aquí tenemos muchas dificultades. El sólo hecho de que un paciente llegue a un lugar agradable es un factor para que se sienta bien, pero desafortunadamente no podemos contar

con eso. Yo hasta he pensado traer un galón de pintura y dedicarme a trabajar un fin de semana para dejar esto más presentable. Pero claro, todo correría de mi bolsillo y tampoco me pagarían el tiempo que invierta aquí. Si quiero cambiar este lugar de trabajo nos tocaría esforzarnos ya que faltan muchas cosas, trabajamos basados, más que todo, en la experiencia. Si nos llegara un sólo monitor. Muchas veces lo que se necesita para que las cosas funcionen no implica muchos recursos económicos sino que falta interés. Aquí llegan equipos y no tienen revisiones ni mantenimiento, hasta que se acaban por viejos. La gente (el personal sanitario) perdió interés y no colabora. Hay sitios en el Hospital donde falta una cortina y nadie la consigue; si llega una urgencia y la gente no trae de su casa su sábana, le toca dormir en un colchón pelado, así son las cosas aquí” (Ginecólogo del Hospital).

Paritorio del Hospital (Diciembre, 2005)



Como se viene señalando, el sistema biomédico público de Buenaventura está conformado por el Hospital Departamental, los Puestos y Centros de salud de la ciudad y en su funcionamiento están concentrados por una parte, el Estado como organizador y legitimador de las prácticas de salud públicas así como los grupos de poder económicos y políticos de la región; mientras que por otra parte están los médicos y demás personal sanitario y administrativo que si bien son parte de la institución, sus decisiones y criterios no son relevantes a la hora de los pactos y la consolidación de este poder en la ciudad.

La hegemonía de la biomedicina persiste y se fortalece no obstante el poco consenso que muchas veces puede encontrar desde la población, así como por parte de algunos sectores del personal que gestiona las prácticas de salud, tal es el caso señalado por el mismo personal sanitario que participó en este estudio.

“Yo siempre he sido un cuestionador del manejo que se ha dado a la salud, de la forma irresponsable en que tanto el gobierno central, como el departamental y el municipal han manejado la salud de Buenaventura y de la costa Pacífica. Es preocupante porque Buenaventura es la ciudad que recoge toda la población del Litoral Pacífico que son aproximadamente 1.200 kilómetros de costa. Y que aún así no tengamos, en los albores del siglo XXI, un Hospital del tercer milenio. Toda la gente del Pacífico confluye aquí en Buenaventura en busca de salud, por ser Buenaventura la ciudad supuestamente más desarrollada de la zona; y, que bien mirado, cuenta con una atención de urgencias en condiciones deplorables. Desde hace cuatro años es de nivel 2 pero por como está todo, correspondería más a un nivel 1. Con el agravante que estamos a más

o menos 3 horas de Cali (la capital). Cuando hay un deslizamiento, porque la carretera sufre muchos deslizamientos, nos quedamos aislados sin poder llegar hasta allí, donde sí hay centros de niveles 3 y 4, o muchas veces cuando llegamos ya es demasiado tarde” (Secretario de Salud).

Dentro del campo biomédico público de la ciudad se observa cómo la búsqueda de salidas o soluciones a la situación que atraviesa el sistema se produce, por lo general, de forma individual o sea desde algunos funcionarios del sector. Desde el ‘olfato’ que pueda darles, en un momento dado, factores como el pertenecer al grupo receptor de los servicios de salud, o por cualidades relacionadas con valores de tipo personal como solidaridad, sensibilidad ante situaciones de dolor y sufrimiento de los pacientes. Es en estos casos cuando el personal sanitario aparece como una figura comprometida que socorre y salva vidas (Ponce, 1997).

Es desde la situación anteriormente señalada, cuando estos funcionarios comprometidos intentan enfrentar y responder al sufrimiento aportando una actitud de humanidad hacia las problemáticas sanitarias de la población. Aunque igualmente encuentro que no es desde la buena voluntad de una parte del personal sanitario que, de forma aislada y eventual, va haciendo cambios dentro de sus respectivos ámbitos de competencia que esta problemática encontraría una solución, sino desde el compromiso e implicación por parte de las autoridades políticas correspondientes en la dirección de generar cambios en la estructura misma del sistema de la salud pública de la ciudad.

VII. CONCLUSIONES

1. ¿Qué pueden decir las dos, principales, formas de atención a la salud biomédicas y tradicionales, que hay en Buenaventura sobre las relaciones económicas y socioculturales de las mujeres de la ciudad?, pero también, ¿qué pueden decir las relaciones socioeconómicas y culturales, de las afrocolombianas de la ciudad de Buenaventura, acerca de las prácticas de salud?

En buena medida, el eje del estudio ha estado colocado en esta pregunta de ida y vuelta. He optado por acercarme a las problemáticas que dicha pregunta engloba desde un carácter interdisciplinario y de una forma relacional, a los factores socioeconómicos y culturales de las afrocolombianas, que de una u otra forma inciden en la forma como las mujeres realizan las prácticas de salud. He insistido en hacer hablar a los sujetos principales del estudio, el colectivo de mujeres afrocolombianas, buscando explorar, desde ellas mismas, procesos más generales que posibiliten ver elementos referidos a hechos concretos. Unas acciones y hechos sociales conectados con ámbitos cotidianos que muestran cómo las afrocolombianas de la ciudad si bien viven situaciones de marginación en el espacio, oficial, de la atención a la salud, ésta tiene una estrecha vinculación con otras formas de desventaja social desde ámbitos más amplios.

No obstante, estas mujeres comparten relaciones de solidaridad y reciprocidad propias del grupo de pertenencia y como parte de su estilo de vida. Unos lazos que en situaciones extremas proporcionan una respuesta

que no obtienen del Estado, siendo entonces estas relaciones, intragrupo, un mecanismo de supervivencia que viene a paliar situaciones desfavorables como las que viven las mujeres tenidas en cuenta en este estudio. Este dispositivo gestionado por las afrocolombianas cobra mayor importancia si se tiene en cuenta que valores como solidaridad, cooperación y reciprocidad están en una situación de clara subalternidad respecto de valores en alza, en las actuales sociedades, como son la competitividad y la supremacía del individualismo en detrimento de lo colectivo.

En la ciudad de Buenaventura, como puede suceder en otras ciudades del país y de la región, las diversas formas de alteridad que se concentran en ellas son producto de procesos históricos y sociales concretos que propician el encuentro, la confrontación o la mezcla de los diversos grupos sociales involucrados. Así como también, de sus respectivas formas de ordenar y conducirse en ámbitos de primer orden entre los que estarían las prácticas sociales a la hora de prevenir y atender los problemas relacionados con el cuidado de la salud. Siendo entonces estos distintos grupos sociales los que dan cuenta de cómo se gestionan procesos inscritos en la dinámica del comportamiento, social e individual, de la población frente a la enfermedad.

2. Las mujeres afrocolombianas de Buenaventura durante el proceso de atender los problemas de salud, negocian y se reapropian de prácticas biomédicas y tradicionales. Éstas utilizan de forma progresiva fármacos de patente, bien recetados a partir de una consulta o bien adquiridos desde distintas experiencias dentro de la dinámica social de la ciudad. El consumo de fármacos como antibióticos y analgésicos se produce entre las mujeres de forma combinada, alternativa, sustitutiva o secuencial con prácticas de salud tradicionales como bebidas o infusiones, masajes y baños.

Aunque también hay situaciones en que las afrocolombianas ven en las prácticas tradicionales el único recurso ante una enfermedad, son casos en que las mujeres tienden a idealizarla sin medir el alcance que esta supervaloración pueda llegar a tener ante una complicación de la salud cuyo tratamiento está circunscrito exclusivamente a las prácticas de salud endógenas, cuando en realidad requieren del uso de la tecnología alcanzada por la biomedicina y quedarse al margen de ésta, bien de forma voluntaria o involuntaria, puede llevar a consecuencias trágicas en estas mujeres.

En alguna medida, la biomedicina es positiva dados los avances ligados al desarrollo tecnológico y farmacológico a la hora de prevenir y atender algunas enfermedades en los distintos grupos sociales, al tiempo que puede significar una liberación de los determinantes biológicos. No obstante, dadas las condiciones del sistema sanitario público colombiano, señaladas en el capítulo uno y seis principalmente, cuando las mujeres que viven en condiciones de pobreza económica entran en la espiral de compromisos con la biomedicina, a través del creciente proceso de medicalización de la vida cotidiana, son éstas quienes presentan mayores niveles de vulnerabilidad.

La situación que vengo señalando está relacionada con la asimetría que se presenta en el bagaje y uso que hacen las mujeres de las prácticas de salud endógenas frente a la inmersión en el ámbito biomédico. Una inmersión que si bien es real, dada la dependencia progresiva de este sistema de salud, su situación, en términos terapéuticos para las mujeres, es de ficción dadas las precarias opciones de salud desde dicho sistema sanitario,

Así, por una parte las mujeres están atrapadas en unas prácticas sociales cada vez más medicalizadas y por lo tanto de dependencia creciente del sistema sanitario biomédico y, en su caso específico, del

sistema sanitario público que es al que tienen opción de acudir. Y por otra parte, dicho sistema sanitario no es una alternativa para estos colectivos de mujeres dado que carece de equidad, acceso y programas específicos para ellas.

La otra situación es que si bien las mujeres afrocolombianas utilizan un conjunto valioso y, muchas veces, eficaz de prácticas de salud tradicionales como por ejemplo, hierbas, masajes, distintos tipos de baños y determinada vestimenta en momentos específicos, la tendencia es a valorar estas prácticas como menos importantes respecto de las biomédicas; o bien ponerlas en cuestión, muchas veces con facilidad, frente a las que proceden de la biomedicina.

Esta situación vendría a confirmar la irrefutabilidad que se arroga la biomedicina y, a su vez, la consecuente estigmatización de las prácticas de salud que están al margen de las biomédicas o hegemónicas, siendo gestionadas muchas veces dentro de esta jerarquía por la misma población. Partiendo de este hecho, en el caso de las parteras de Buenaventura, éstas aún no están en un plano crítico que las podría llevar a plantear alternativas reales a la biomedicina, sino que continúan alienadas en la convocatoria que de ellas hace la biomedicina.

No obstante lo señalado anteriormente, considero que cuando las mujeres acuden a la medicina tradicional, si bien están aludiendo a la eficacia curativa, su referencia es también en términos socioculturales, o sea más allá de lo estrictamente biológico. Como una respuesta a comportamientos culturales distintos a los propuestos por la biomedicina y donde es posible encontrar continuidades históricas y sentidos ideológicos diferentes a los propuestos por las prácticas de salud hegemónicas.

3. Las afrocolombianas de la ciudad de Buenaventura frente a un quebranto de salud tienen una serie de nociones respecto de cómo deben actuar frente a estas situaciones, no obstante hay diferencias internas entre unas y otras a la hora de acudir bien a la biomedicina o a la medicina tradicional; he encontrado estas diferencias en relación con el nivel educativo formal alcanzado por las mujeres.

Entre las mujeres que conforman la muestra, cuatro de ellas tenían estudios superiores y una no llegó a culminar la carrera, mientras que las demás mujeres que participaron de forma intensiva en el estudio no presentaron esta constante. El estudio mostró que las cinco mujeres, incluida la que no llegó a conseguir el graduado, habían realizado totalmente los controles durante los embarazos. Así mismo, manifestaron asistir con alguna regularidad a controles durante su ciclo vital, independiente de que estén, o no, embarazadas. Aunque también estas mujeres manifestaron aceptar las recomendaciones de sus madres, amigas o parteras de su entorno, así como utilizar baños durante el embarazo de forma simultánea con los controles que llevan desde el sistema biomédico u oficial. Igualmente, estas cinco mujeres afirmaron acudir a la automedicación en los casos que ellas consideran sin mayor complicación para su salud reproductiva, como por ejemplo cólicos menstruales, siendo la tendencia en estos casos recurrir de forma rutinaria al mismo medicamento de patente.

Este estudio ha mostrado igualmente que aquellas mujeres que logran mayores niveles de educación formal, aunque continúan utilizando prácticas de salud tradicionales, el acercamiento a estas prácticas endógenas de salud varía en relación con aquellas que presentan escasos niveles educativos. Las más ‘educadas’ hacen mayores esfuerzos por

aprovechar de forma, quizá, más efectiva lo que pueden alcanzar del sistema sanitario público de la ciudad que –aunque no es el deseable ellas optimizan quizá desde una mirada más racional– utilizando lo que pueden aprovechar del sistema biomédico y que no pueden encontrar desde las prácticas de salud tradicionales.

Del mismo modo, el estudio permitió observar que las mujeres que logran acceder al ámbito educativo, éste es decisivo a la hora de tomar decisiones y, en general, contribuye a que éstas tengan una actitud activa, que las lleva a lograr niveles de autonomía, entre ellos las distintas opciones relacionadas con las prácticas de salud durante el ciclo reproductivo.

En cuanto a las mujeres con bajos niveles de escolaridad lo que prevalece en la toma de decisiones a la hora de la utilizar los servicios públicos biomédicos, o el abierto rechazo hacia éstos, es la experiencia, negativa o positiva, vivida por otras mujeres de su entorno más cercano como amigas, vecinas o familiares.

Asimismo, cuando las mujeres manifestaron retraerse de los servicios sanitarios biomédicos públicos, entre los argumentos dominantes fueron señaladas las condiciones socioeconómicas que viven, y como un segundo factor, unido al anterior, estuvo el desconocimiento e incertidumbre acerca de los derechos en salud desde el sector público, y estipulados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SSSGS, ley 100.

Si bien la normativa en salud, en lo referente a la salud reproductiva, artículo 43, hace referencia explícita al derecho de las mujeres que viven en desventaja socioeconómica, a ser amparadas por el Estado, para el caso de las afrocolombianas de la ciudad que viven las condiciones a las que alude dicha Ley –tal es el caso de las tenidas en cuenta en este estudio–, y si los postulados que esgrime dicha Ley se hicieran efectivos, éstas no se

beneficiarían ya que las mujeres desconocen cómo acceder a los beneficios legales; del mismo modo que la institución sanitaria de la ciudad carece de canales por los que las mujeres que viven estas situaciones puedan acceder a dichos beneficios legales.

4. En este estudio quedó reflejada la discrepancia entre un sector del personal sanitario y la institución. Considero que hay necesidad de estudios donde se aborde esta problemática del ámbito de la salud pública, dado que igual que sucede en Buenaventura, donde es clara la escisión entre la institución y alguna parte del personal sanitario, esta situación puede ser común en otros lugares del país.

La importancia de más estudios al respecto la veo en el sentido que hay, por lo general, la tendencia a establecer la analogía institución/personal sanitario o biomédico, y aplicar similares criterios para una y otro. Mientras que, no obstante, algunos sectores del gremio demuestran abierta discrepancia con la lógica biomédica. Aunque también es cierto que aún no se han encontrado los términos para gestionar este enfrentamiento de forma eficaz, en el sentido de producir cambios estructurales en la institución sanitaria hegemónica.

Otra situación presente en Buenaventura, es la relacionada con el hecho que si bien es cierto que el personal sanitario del sector público de la ciudad no es ajeno al malestar, tanto económico como de tipo burocrático/administrativo de la institución, desempeñando cotidianamente un trabajo cargado de incertidumbres acerca de su presente y su futuro laboral, sin embargo, ello no significa que la corporación biomédica esté en crisis sino todo lo contrario, su auge, control y extensión, son cada vez mayores. Pese al incremento de otras prácticas de atención a la salud, no legitimadas, y a su creciente presencia en comunidades como las de la costa Pacífica

colombiana, la biomedicina continúa operando como un vínculo privilegiado, expandiéndose con una alta legitimación social en procesos específicos tales como los relacionados con la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

5. La situación actual del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano podría sintetizarse en la argumentación de, De Sousa (2003: 158) cuando señala que una vez el Estado entra en crisis, la tendencia es a optar como solución, por la paralización de los servicios de salud y de seguridad social, o sea entregarlos a lo que el autor llama la “legislación mercantil”. Según De Sousa, es un mito intentar sustituir la ineficiencia del Estado por la eficiencia del mercado en la medida en que este último al no funcionar sino en conjunción con el Estado, absorbe la ineficiencia estatal, la suma a la suya y multiplica ambas con la corrupción y la especulación. Una posible salida a esta situación, compartiendo el argumento de De Sousa, sería el establecimiento de una nueva lógica de distribución en la gestión de la salud pública del país de forma conjunta, o sea desde las diferentes fuentes de regulación social propias como son el Estado, el mercado y las comunidades.

Las reformas introducidas por la Ley 100 a la salud pública colombiana, han servido para confirmar, entre otras cosas, que la salud es una mercancía que se compra y se vende, no diferente al mercado laboral u otros ámbitos en sociedades regidas por lógicas de acumulación y fuertemente estratificadas como es la del país donde se realiza este estudio. Un país donde, de acuerdo con Taussig (1995: 137, “el contexto clínico se convierte en un mercado de salud y uno firma contratos como un supuesto agente libre con los ‘proveedores de salud’, para concederles el derecho de

apropiarse del poder del valor de uso incorporado en el proceso de curación”.

Y finalmente, para las mujeres afrocolombianas que participaron en este estudio, el sistema de la salud pública colombiana opera como un factor no sólo de control social sino de discriminación y marginación al lado de otras formas de desventaja social como son la subordinación de género, racial y económica.

6. Las problemáticas que vive la población de Buenaventura y de la región Pacífica en general, relacionadas con situaciones de precariedad en ámbitos como el económico y de la salud, ocurren bajo el crisol del proceso de globalización neoliberal que viven actualmente algunos grupos sociales bajo este nuevo orden mundial. La globalización económica y cultural en que está atrapada la región Pacífica, repercute de forma negativa en dos sentidos: no sólo es incapaz de mejorar las condiciones de vida de los grupos de población afectados sino que, por el contrario, contribuye a que sus condiciones empeoren. Así, en buena medida, gracias a los patrones de desarrollo propuestos desde las políticas neoliberales y de globalización, la precariedad entre algunos grupos de población ha alcanzado una solidez como significados de subdesarrollo y desigualdad social que parecen imposibles de quebrantar, y donde tecnologías y políticas que intentan erradicarlas han terminado multiplicándolas hasta lo que parece ser el infinito.

Entre los factores que habría que sumar a la ocurrencia de esta situación es a que, por lo general, hay dificultades en los organismos, nacionales e internacionales, que dirigen programas y proyectos en la

región a la hora de abordar de forma eficaz, alternativas viables que lleven al mejoramiento de las condiciones de vida de estas poblaciones.

Sin perder de vista la situación que vengo señalando, considero que si bien la población de la región del Pacífico colombiano se ha caracterizado por tener una economía tradicional o a pequeña escala, agricultores/as, pescadores/as recolectores/as (West 1957; Escobar 1998, 1999) y donde muchos/as no son, o no eran, pobres –siempre y cuando nos salgamos del marco de la definición oficial de lo que es ser pobre– en cambio sí podría asegurarse que muchos de estos grupos se han empobrecido a partir de las políticas neoliberales destinadas, precisamente, a erradicar la pobreza de la región.

Respecto de esta situación, comparto de nuevo el planteamiento de De Sousa (2003), cuando señala como posible salida a situaciones como la anteriormente señalada, que dentro de una economía y una cultura específica fuertemente estratificada que tiende a la des-territorialización progresiva de sus poblaciones, una vía para demarcarse de esta situación sería la re-territorialización, el re-descubrimiento del sentido de lugar y de comunidad, la invención de actividades productivas de proximidad. Acciones que lleven a propuestas relacionadas con la localización y la búsqueda de iniciativas tendientes al mantenimiento de pautas de sociabilidad a pequeña escala. Con espacios comunitarios fundados en relaciones de distancias cortas, orientados hacia la sustentabilidad y regidos por lógicas cooperativas y participativas. Así como con la promoción de economías locales y comunitarias a pequeña escala, diversificadas y auto-sostenibles que si bien, de algún modo, podrían estar ligadas a fuerzas exteriores, fueran independientes de ellas. O lo que sería, de acuerdo con Mignolo (2003: 82), la construcción de “macronarrativas” que se alejen de forma radical de los proyectos globales donde no se repita el mismo

esquema de sociedad, de forma diferente, sino que estuvieran encaminadas a la búsqueda de una lógica diferente.

EPÍLOGO / AGRADECIMIENTOS

En buena medida, la culminación de esta tesis ha sido posible gracias al apoyo decidido y oportuno de una serie de personas que de una u otra forma han contribuido a que este estudio haya llegado a buen puerto.

En primer lugar quiero dar las gracias a Fernando, por ser mi soporte económico y afectivo infalible durante el tiempo que duró el proceso de sacar adelante este trabajo, sin el cual no hubiese podido dedicar el tiempo y las energías necesarias.

A las mujeres de la ciudad de Buenaventura. Tanto a las 20 que finalmente participaron de forma intensiva en el estudio como a todas aquellas que aunque no hayan participado del mismo modo, me han aportado aspectos de la ciudad y su gente mediante conversaciones informales¹⁵⁴.

Al personal sanitario del Hospital Departamental, sobre todo a Yadira Minota, epidemióloga, tanto por su amistad como por su buena disposición para darme apoyo en la búsqueda de material bibliográfico así como a la hora de contactar otros profesionales del gremio dentro de su ámbito de trabajo.

A mi director, José Fernández-Rufete, por haberme dado el beneficio de sus enormes cualidades personales y profesionales.

¹⁵⁴ Recuerdo con especial intensidad, por ejemplo, algunas cocineras de las paradas o pequeños restaurantes ubicados en el mercado de Pueblo Nuevo –lugar donde termine siendo una clienta asidua– y con el pretexto de comer algún plato típico de paso estas cocineras me contaban sus historias cotidianas.

Al personal de la biblioteca de la Universidad de Girona, sede Montilivi, a su directora Àngels Merino y su equipo por su generosa, amable y eficaz colaboración sin la cual este trabajo hubiese sido, aún, más complicado de realizar. Su estímulo fue clave al posibilitarme, durante casi tres años, un lugar dentro de la biblioteca, alejada de estudiantes y demás población de la ciudad que visita dicho centro. Mi percepción es que a partir del momento en que pude trabajar en este lugar, definitivamente, mi trabajo fue sustancialmente más eficaz. Sumado a ello estuvo el cariño y cercanía percibida por buena parte del personal de la biblioteca, tal es el caso de Isabel, Anna, Marga, Nuria, Dolors, entre otras. Del mismo modo, quiero agradecer de esta misma universidad a Silvia Oliveras, administradora, por encontrarme un lugar en la facultad de derecho, donde trabajé en la escritura del documento los últimos meses.

A, Mari Luz Esteban profesora de la universidad del País Vasco por sus sugerencias y por el tiempo dedicado a leer algunas partes del texto, en la primera etapa de éste. Igualmente a Monserrat Juan Jerez, tanto por su amistad como por sus certeras opiniones en algunas partes del estudio.

A Erika Duque por su colaboración en la búsqueda de bibliografía en Colombia.

De la universitat Rovira i Virgili, a Nuria Martorell secretaria del Departamento d'Antropologia Social i Filosofia, por su exquisito trato y su buena disposición para resolver los entuertos administrativos. Así mismo, y de la misma universidad, a los profesores Josep M^a Comelles, Joan Prat, Juanjo Pujadas, y a Lluís Mallart por el que –aunque perdí de vista hace ya mucho– conservo una enorme gratitud, pues él con la profesora Carole Browner (UCLA, EE.UU.), fueron las personas claves, aquí en España, a la hora de consolidar mi interés por continuar investigando sobre los grupos afrocolombianos. Un sitio aparte tienen también personas como Oriol

Romaní, Dolors Comas y Josep Canals, los dos primeros de la Universidad Rovira i Virgili y el último de la Universidad de Barcelona. Por la dulzura y afecto –producto de su enorme calidad humana– que he percibido de ella y de ellos a lo largo de estos, ya muchos, años desde que tuve la fortuna de conocerles y tratarles. Recuerdo especialmente cuando en aquellos años en que, enredada en mis múltiples maternidades, de tanto en tanto hablaba por teléfono o personalmente con alguno de ellos y tras la conversación mantenida me quedaba una sensación, remozada, de que aún habían personas, aparte de mí misma, que veían importante el que retomara mis proyectos académicos. Aquella percepción de confianza y, a la vez, de apoyo y cariño fue fundamental para mí. Muchas gracias.

A Gladys Franco, Nora Segura, Rodrigo Escobar, María Gertrudis Roa, Adriana Espinosa, María Eugenia Ibarra Melo y Luis Carlos Castillo Gómez, por su amistad e interés en que concluyera este estudio. Así como por su estímulo en algunos momentos bajos, y sus atinadas sugerencias académicas. Asimismo a Delfín Ignacio Grueso, colega también y, sobre todo, amigo donde los haya, por sus excelentes consejos metodológicos cuando este estudio era aún incipiente.

Hay un grupo de amigos y amigas, de distintas disciplinas y nacionalidades, que llegaron a convertirse, en algunos momentos durante el proceso de realización de este estudio, en un soporte afectivo o académico, o muchas veces las dos cosas a la vez. Personas que en algún momento me expresaron como mejor sabe, cada una y cada uno, que estaban ahí, acompañándome y regocijándose por mis avances en el desarrollo de esta tesis.

En orden alfabético son: Adielá Henao Martínez (†), Alfonso Cardona, Alma Ortiz, Ana Ester Leiva, Ana Claudia Yunda, Carmen Etxaniz, Chus Montes, Clara Juárez, Diego Echeverri, Edgar Muñoz, Fernando Puerto,

Fernando Urrea, Gaspar Maza, Gloria Inés Montoya, Ian y Jean Shearman, Jairo Morales, Jesús Lizama, Joan, Puigderrajols, Jorge Hernández, Harold Kremer, Luz Estela Valencia, María Dolores Torres, Montse Viñolas, Noralba Astudillo, Patricia Gómez, Pilar Camps, Roser Garganta y Walter Tello.

A mi familia: mis hermanas, cuñados, sobrinas y mis sobrinos Carlos Andrés y Diego Felipe. Por su cariño siempre constante a pesar de la distancia. No quiero dejar de agradecer aquí a mi hermana Leonor, a Marino y a Ximena por hacerse cargo y cuidar tan maravillosamente bien de mis hijos tanto en los períodos del trabajo de campo como en los posteriores viajes que he realizado a la ciudad de Buenaventura.

A mi hermano Luis Evelio Navarro Valencia (†), porque el proceso de sobrellevar su ausencia y, sobre todo, porque el intento cotidiano de encontrar sosiego ante las circunstancias de su partida, me ha hecho mejor persona. Y también, porque cuando ocurrió aquel suceso (agosto, 2004) la ilusión por sacar adelante este trabajo fue una ‘tabla salvadora’ a la que pude sujetarme siendo, en alguna medida, gracias a este interés, mi derrumbe menos estrepitoso.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUDELO, Carlos Efrén (2002): *Poblaciones negras y política en el Pacífico colombiano: paradojas de una inclusión ambigua*, París, Universidad de París III, Nueva Sorbona, Instituto de Altos Estudios de América Latina, Tesis Doctoral.
- AGUDELO, Carlos Efrén, (2004): “Guapi: sociedad local, influencias globales”, en O. BARBARY, y F. URREA, (eds.): *Gente negra en Colombia. Dinámicas sociopolíticas en Cali y el Pacífico*, Medellín, Lealon, CIDSE/Univalle-Colciencias, pp.283-322.
- AGUIRRE, Beltrán Gonzalo (1986): *Antropología médica*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- ALONSO, Luis Eduardo, (1998): *La mirada cualitativa en sociología: Una aproximación interpretativa*, Madrid, Editorial Fundamentos.
- ALCALDÍA DE BUENAVENTURA (2005). Empresa social del Estado en: <http://www.buenaventura.gov.co>
- ÁLVAREZ, Manuela (2000): “Capitalizando a las ‘mujeres negras’: La feminización del desarrollo en el Pacífico colombiano”, en M. V. URIBE, y E. RESTREPO (eds.) *Antropologías transeúntes*, Instituto Colombiano de Antropología e Historia, ICANH, pp. 265-287.
- AROCHA Jaime (1999): *Obligados de Ananse. Hilos ancestrales y modernos en el Pacífico colombiano*, Colombia, Facultad de Ciencias Humanas Universidad Nacional de Colombia-. Colección CES.
- AROCHA, Jaime (2000): “Homenaje póstumo a la antropóloga Nina S. de Friedemann”, Bogotá, Griot Año I, No 1, pp.1-2.
- AROCHA Jaime (2004): “Ley 70 de 1993: Utopía para afrodescendientes *excluidos*”, en J. AROCHA (comp.) *Utopía para los excluidos. El multiculturalismo en África y América Latina*, Colombia. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia, Colección CES, pp.159-178.
- AMORÓS, Celia (1991): *Hacia una crítica de la razón patriarcal*, Anthropos, Barcelona.
- AZA, Blanc Gonzalo (2004): “Las mujeres en la pobreza: Una perspectiva psicológica”, en F. GARCÍA, M. y J. M. CARRASCO (eds): *Genero y desigualdad: La feminización de la pobreza*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas, pp. 173-190.
- BANCO MUNDIAL 2006: Informe. Bogotá.
- BARBARY, Olivier *et al.* (2004): “Perfiles contemporáneos de la población afrocolombiana,” en O. BARBARY, y F. URREA (editores): *Gente negra en Colombia. Dinámicas sociopolíticas en Cali y el Pacífico*, Medellín, Lealon, CIDSE/Univalle-Colciencias, pp. 69-112.

- BARBARY, Olivier y HOFFMANN Odile (2004): “La costa Pacífica y Cali, sistema de lugares”, en O. BARBARY, y F. URREA, (editores): *Gente negra en Colombia. Dinámicas sociopolíticas en Cali y el Pacífico*, Medellín, Lealon, CIDSE/Univalle-Colciencias, pp. 113-156.
- BARONA, Guido (1995): “Ausencia y presencia del negro en la historia colombiana” en: *Memoria y sociedad, No 1*, Bogotá, Universidad Javeriana, pp.4-6
- BARRAL, M^a José (2001): “Genes género y cultura” en: C. MIQUEO, et al. (ed.): *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, Madrid, Minerva, pp.135-162.
- BARTOLI, Paolo (2005): “¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México” en, *Revista de Antropología social*, Madrid, N° 14, pp.71-100.
- BASTIDE, Roger, (1969): *Las Americas negras*, Madrid, Alianza editorial.
- BARTRA, Roger (1996): *El salvaje en el espejo*, Barcelona, Ediciones Destino.
- BECK Ulrich y BECK –GERNSHEIM Elizabeth (2003): *La individualización. El individuo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Barcelona, Paidós Estado y Sociedad.
- BERGER Peter y LUCKMAN Thomas, (1991): *La construcción social de la realidad*. Buenos aires, Amorrortu editores.
- BERNAND, Carmen y GRUZINSKI, Serge (1988): “Los hijos del Apocalipsis: La familia en Mesoamérica y en los Andes” en BURGUIÈRE, A. et, al (coord.): *Historia de la familia 2*, Madrid, Alianza editorial, pp. 163-216.
- BOLTANSKI, Luc (1977): *Descubrimiento de la enfermedad. Medicina popular y medicina científica. Relación médico paciente y distancia social*, Buenos Aires, Ciencia Nueva.
- BOTT, Elizabeth (1993): *Familia y red social*. Madrid, alianza.
- BOURDIEU, Pierre (1996): “Espacio y poder simbólico” en, P. Bourdieu, *Cosas dichas* .Barcelona Editorial Gedisa, pp.127-142.
- BOURDIEU, Pierre (2000): *La dominación masculina*, Barcelona, Anagrama.
- BRONFMAN, Mario y GÓMEZ, Héctor (1998): “La condición de la mujer y la salud infantil”, en J. FIGUEROA (comp.): *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El colegio de México, pp. 89-125.
- CABRERA Pedro José (2004): “Pobreza y exclusión desde la perspectiva de género”, en F. GARCÍA M. y M. J. CARRASCO (eds): *Genero y desigualdad: La feminización de la pobreza*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas, pp.11-49.
- CÁMARA DE COMERCIO (1999/2000): *Liderando el desarrollo de Buenaventura y su zona de influencia*, Cali, Quinto sol Ltda.
- CANALS, Joseph (1998): “Cuidar y Curar: funciones femeninas y saberes masculinos”, en *Trabajo social y salud* No 29 (660), pp.191-199.

- CANAVAL, Gladys (1996): “Salud de la mujer en el contexto de América Latina,” en *Avances en medicina social, volumen 6*, Bogotá, pp. 12-16.
- CASTILLO, G. Luis Carlos (2006): *El estado nación pluriétnico y multicultural colombiano: la lucha por el territorio en la reimaginación de la Nación y la reinención de la identidad étnica de negros e indígenas*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid- Doctorado de Estudios Iberoamericanos, Realidad Política y social, Tesis doctoral.
- CASTRO, Roberto y BRONFMAN, Mario (1995): “Salud, embarazo y anticoncepción en dos comunidades rurales de México: un estudio comparativo”, en S. GONZÁLEZ Montes (comp.): *La salud de las mujeres*, México, El colegio de México, pp.27-69.
- CASTRO, Roberto y BRONFMAN, Mario (1998): “Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión”, en J. G. FIGUEROA, (comp.): *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El colegio de México, pp.205–238.
- CASTRO, Roberto y BRONFMAN, Mario (1999): “Problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud” en, CASTRO y BRONFMAN (coords.): *Salud, Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina*. México, Edamex, pp. 49–64.
- CASTRO, Roberto (2000): “Formas de precariedad y autoritarismo presentes en la vivencia de la reproducción en el área rural de Morelos en, Stern Claudio y Echarri Carlos Javier (coords.): *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México, El Colegio de México, pp. 33–66.
- CASTRO, Roberto (2002): *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. México, Cuernavaca, Morelos, Universidad Autónoma de México y Centro Regional de investigaciones Multidisciplinarias (CRIM)*
- CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2000): *Potenciación del papel de la mujer y salud reproductiva: Vínculo a lo largo del ciclo de la vida*, Santiago de Chile.
- CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2003): *Síntesis del panorama social de América Latina, Índices de pobreza en la región*, Comunicado.
- CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2004): *La respuesta de la OPS: el observatorio de Recursos Humanos de Salud de las Americas*, Informe.
- CHODOROW, Nancy (1980): “Maternidad, dominio masculino y capitalismo”, en R. Z. EISENSTEIN (comp.): *Patriarcado capitalista y feminismo socialista*, México, Siglo XXI, pp.102-123.
- CLADEM, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (2003): *Informe alternativo de seguimiento al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de Naciones Unidas*, Colombia.
- COMELLES, Josep M. y MARTÍNEZ Ángel (1993): *Enfermedad Cultura y Sociedad*, Madrid, Eudema Antropología.
- COMELLES, Josep M.(1985): “Sociedad, Salud y enfermedad: los procesos asistenciales” en: *Jano 665H*, pp245-262.

- COMELLES, Josep M. (2003): “Cultura y Salud. De la negación al regreso de la cultura en medicina” en: *Quaderns. Serie monogràfics, No 19*, Barcelona, *Instituto Catalán de Antropología, ICA*, pp.111-131.
- CORTES, Beatriz (1997): “Experiencia de enfermedad y narración. El malentendido de la cura” en: *Nueva Antropología. Revista de ciencias sociales: Enfermedad y muerte: La parte negada de la cultura*, Volumen XVI, pp. 52-53
- DANE, Departamento Nacional de Estadística (2000): proyecciones del 2005, Dirección de censos y demografía, Bogotá.
- DE ROUX, Gustavo *et al.* (1991): “Participación social y sistemas locales de salud”, en PAGANINI, y R. Capote, (coord.): *Los sistemas locales de salud*, Washington, Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica No 519, pp.28-49.
- DE KEIJZER, Benno (1993): “Educación popular, medicina tradicional, cultura popular” en: Roersch, C. *et al.* (eds.): *Medicina tradicional 500 años después. Historia y consecuencias actuales. II seminario Latinoamericano sobre la teoría y la practica en la aplicación de la medicina tradicional en sistemas formales de salud*, Instituto de Medicina dominicana, IMD.
- DEL CURA Isabel y HUERTAS Rafael, (1997): “Estilos de vida y salud pública: análisis de una estrategia sanitaria”, en L. MONTIEL I. PORRAS (ORG.) *De la Responsabilidad Individual a la Culpabilización de la Víctima: El papel del paciente en la prevención de la enfermedad*, Madrid, Doce Calles, pp. 241-252.
- DEL VALLE, Teresa (1989): “El momento actual en la antropología de la mujer: modelos y paradigmas. El sexo se hereda, se cambia y el género se construye”, en V. MAQUIEIRA, (ed.): *Mujeres y hombres en la formación del pensamiento occidental*. Volumen II, Madrid, Instituto de Estudios de la Mujer, pp. 35-50.
- DEL VALLE, Teresa (1991): “Género y sexualidad. Aproximación antropológica”. Primera parte, en T. DEL VALLE, y C. SANZ, Rueda, *Género y Sexualidad*, Madrid, Fundación Universidad - Empresa / Universidad a distancia, pp.15-111.
- DE SOUSA, Santos Boaventura (2003): *La caída del Ángel Novus: Ensayos para una nueva teoría social y una nueva práctica política*, Bogotá, Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos, ILSA, y Universidad Nacional de Colombia- Facultad de Derecho y Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.
- DIEZ, M. Carmen (2000): “Maternidad y orden social. Vivencias del cambio” en, Teresa del Valle (editora). *Perspectivas feministas desde la Antropología Social*, Barcelona, Editorial Ariel, pp. 155 -185.
- DOMÍNGUEZ, Luis Carlos (2006): “Una aproximación al proyecto multicultural del sistema sanitario colombiano” en, *Revista Gerencia Política y Salud*, No 10, pp. 50-69.
- DURÁN, M. Ángeles (1983): *Desigualdad social y enfermedad*, Madrid, Editorial Tecnos.
- EHRENREICH, Barbara y ENGLISH, Deirdre (1973): *Complaints and Disorders. The Sexual Politics of Sickness*. The feminist Press at the city, New York, University of New York.
- EHRENREICH, Bárbara y ENGLISH, Deirdre (1988): *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras, dolencias y trastornos. Política sexual de la enfermedad*, Barcelona, La Sal.

- EISENSTEIN, Zillah (1980): “Hacia el desarrollo de una teoría del patriarcado *capitalista* y el feminismo socialista” en: R. E. SILLA, (comp.): *Patriarcado capitalista y feminismo socialista*, México, Siglo XXI, pp.48-60.
- ELIAS, Norbert (1993): *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*, Madrid, Fondo de Cultura Económica.
- ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD, (2000): *Región Pacífica*, Bogotá, Profamilia.
- ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD, 2005: Bogotá, Profamilia.
- ESCOBAR, Arturo (1998): *La invención del tercer mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo*, Bogotá, Norma.
- ESCOBAR, Arturo (1999): *El final del salvaje. Naturaleza, cultura y política en la Antropología contemporánea*, Bogotá, CEREC- Serie Antropología en la modernidad No 3.
- ESTEBAN, Mari Luz (2000): “La maternidad como cultura. Algunas cuestiones sobre lactancia materna y cuidado infantil”, en E. PERDIGUERO, y J. M. COMELLES, (eds.): *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Bellaterra, pp.207-226.
- FIGUEROA, Juan Guillermo *et al.*(1995): “Introducción”, en S. GONZÁLEZ, *Montes* (comp.): *La salud de las mujeres*, México, El colegio de México, pp. 9-29.
- FERRAROTI, Franco (1991): *La historia y lo cotidiano*, Barcelona, Península.
- FRANCO, AGUDELO, Saúl, (2003): “Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social en Colombia”, en Revista Gerencia, Política y Salud N° 4. Bogotá, pp. 58-69.
- FRIEDEMANN, Nina (1992): “Estudio de negros en la antropología colombiana”, en *América Negra*, n° 3, pp.25-35.
- FRIEDEMANN, Nina y AROCHA, Jaime (1986): *De sol a sol. Génesis, transformación y presencia de los negros en Colombia*, Bogotá, Planeta Colombia S.A.
- FOUCAULT, Michael (1978): *Historia de la sexualidad. Vol 1: La voluntad de saber*. Madrid, Siglo XXI.
- FOUCAULT, Michael(1986): *Historia de la sexualidad 2. El uso de los placeres*, México, siglo XXI.
- FOUCAULT, Michael (1990): *La vida de los hombres infames*, Madrid, La Piqueta.
- FUENTES, Lya Janeth (2001): “Representaciones de los cuerpos femenino y masculino, salud y enfermedad” en, Z. MORENO, y G. E. GONZÁLEZ, *Revista En otras palabras: Mujeres, cuerpos y prácticas de sí* No 9 agosto- diciembre, pp.62-85.
- GADAMER Hans-Georg, (1988): *Verdad y Método. Fundamentos de una hermenéutica filosófica*, Salamanca, Ediciones Sígueme.

- GARCÍA, Canclini, Néstor (2001): *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*, Barcelona, Paidós.
- GEERZ, Glifford (1990): *La interpretación de las culturas*, Barcelona, Gedisa.
- GIDDENS, Anthony (1998): *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*, Madrid, Cátedra.
- GIRALDO, 2004. Revista Semana, junio.
- GOFFMAN, Erving (1980): *Estigma: La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu.
- GONZÁLEZ, Ana Isabel (1995): “Crimen y castigo. El aborto en la Argentina” en: S. GONZÁLEZ, Montes (comp.): *Las mujeres y la salud*, México, El Colegio de México, pp.167-197.
- GONZALEZ, Lilian, (1998). *El pulso de la sobrevivencia. Estrategias de atención para la salud en un colectivo de mujeres del subproletariado urbano*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona.
- GONZALEZ, VELEZ, Ana Cristina, (2005): “La situación del aborto en Colombia: entre la legalidad y la ilegalidad”, en *Saúde Pública Vol.21 N° 2* Río de Janeiro marzo/abril.
- GONZÁLEZ, F. y MARTÍNEZ, Z (1998): *Lineamientos de la política de sexualidad con perspectiva de género*, Bogotá, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Informe.
- GONZÁLES, M. Soledad (1995): “Presentación”, en S. GONZÁLEZ, Montes (comp.): *Las mujeres y la salud*, México, El colegio de México.
- GOOD, Byron (1977): “The Herat Of What’s the Matter. The Semantics of *Illness* in Iran”, en *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1:25-58.
- GORDON, Linda (1980): “La lucha por la libertad reproductiva: tres etapas del feminismo”, en EISENSTEIN, Z. (comp.): *Patriarcado capitalista y feminismo socialista*, México, Siglo XXI, pp.124-149.
- GRUESO, M. y MARCILLO, A. (1996): *Municipalización de la salud en Buenaventura*, Cali, Universidad del Valle.
- GUASCH, Oscar y OSBORNE, Raquel (2003): “Avances en Sociología de la sexualidad” en: *Sociología de la sexualidad No 195*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, CIS, pp.1-24.
- GUTIÉRREZ, de Pineda Virginia (1997): *La familia en Colombia. Trasfondo histórico*. Ministerio de Cultura, Medellín, Universidad de Antioquia.
- GUTIÉRREZ, de Pineda Virginia (1999): *Estructura, función y cambio de la familia en Colombia*, Medellín, Editorial Universidad de Antioquia.
- GUTIÉRREZ, de Pineda Virginia (2003): “Familia ayer y hoy”, en TOVAR, Rojas Patricia (ed.): *Familia, Género y Antropología. Desafíos y transformaciones*, Bogotá, Instituto Colombiano de Antropología e Historia, ICANH, pp.274-298.

- GUZMÁN, Álvaro (1999): “Violencia urbana: Teorías y políticas de seguridad ciudadana”, en CAMACHO, Álvaro y LEAL, Francisco (comp.): *Armar la paz es desarmar la guerra*, Bogotá, Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales, IEPRI,- Universidad Nacional de Colombia, FESCOL y CEREC, pp. 163-203.
- HAMMERSLEY y ATKINSON (1994): *Etnografía*, Barcelona, Editorial Piados.
- HARO, Jesús Armando (2000): “Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud”, en PERDIGUERO, Enrique y COMELLES, Joseph M. (eds.): *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Bellaterra, pp. 101-161.
- HARRIS, Marvin (1990): *Antropología cultural*, Madrid, Alianza editorial.
- HARRIS, Olivia y YOUNG, Kate, (1979): Introducción. En, *Harris y Young (comp.) Antropología y feminismo*. Editorial Anagrama _ Barcelona, pp: 9_30
- HÉRITIER, Françoise (2002): Masculino/femenino. El pensamiento de la *diferencia*, Barcelona, Ariel.
- HERNÁNDEZ, Jorge (2002): “La resistencia civil en caliente: una contribución a la pacificación del conflicto en Colombia” en, *Sociedad y Economía* No 3, Cali, Universidad del Valle, 25-46.
- HERNÁNDEZ, Jone (1999): “Auto/biografía. Auto/etnografía. Auto/retrato” en, *Antropología feminista: Desafíos teóricos y metodológicos. Revista de Antropología social*, Ankulegi, pp. 53-62.
- HINCAPIÉ, Elizabeth y Valencia, Claudia Patricia (2000): “Capacitación de las *parteras* y su relación con la maternidad, en el municipio de Quinchía, Colombia” en, *Colombia médica* Vol. 31 , pp.8-12.
- HOFFMANN, Odile (2004): “Espacios y región en el Pacífico sur: ¿Hacia la construcción de una sociedad regional” en, BARBARY, O. y URREA, F. (eds.): *Gente negra en Colombia. Dinámicas sociopolíticas en Cali y el Pacífico*, Medellín, Lealon, CIDSE/Univalle-Colciencias, pp.195-224.
- ILLICH, Ivan *et al.* (1981): *Las profesiones inhabilitantes*, Madrid, Blume editores.
- ILLICH, Ivan (1999): *La obsesión por la salud perfecta. Un factor patógeno dominante*, en *Le Monde Diplomatique*, Marzo, pp.7.
- Informe *Epidemiológico*, 2004: HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE BUENAVENTURA, Buenaventura.
- IZQUIERDO, M. Jesús (1998a): *El malestar en la desigualdad*, Madrid, Cátedra.
- IZQUIERDO, M. Jesús (1998b): “Los ordenes de la violencia: Especie sexo y género” en, V. FISAS, (ed.): *El sexo de la violencia*, Barcelona, Icaria Antrazyt, pp.61-91.
- JARAMILLO, Iván (1999): *El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años después*, Bogotá, FESCOL, FES, F.R.B, Fundación Corona.
- JUAN, Montse (1991): “Crear el nacimiento: la medicalización de los conflictos en la reproducción” en *REIS* No 53 enero- marzo, Madrid, pp.29-51.

- JULIANO, Dolores (1992): *El juego de las astucias. Mujer y construcción de modelos sociales alternativos*, Madrid, Cuadernos inacabados.
- JULIANO, Dolores (1998): *Las que saben. Subculturas de mujeres*, Madrid, Horas y horas.
- JULIANO, Dolores (2003): “Cultura y exclusión” en: *Quaderns. Serie monogràfics No 19*, Barcelona, Instituto Catalán de Antropología, ICA, pp.55-67.
- JULIANO, Dolores (2004): *Excluidas y marginales. Una aproximación antropológica. Feminismos*, Madrid, Cátedra.
- KLEINMAN, Arthur (1978): “Concepts and a Model for the comparison of *Medical Systems* as Cultural Systems” en: *Social Science and Medicine, Vol. 12*, pp.85-93.
- KLEINMAN, Arthur (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, Berkeley, University of California Press.
- KROEGER, Axel y otros (1997) : *La atención primaria en salud y los procesos de reforma*, Ecuador, CEPAR–Proyecto–Análisis y promoción de la salud pública.
- LAIN ESTRALGO, Pedro (1983): *La relación médico–enfermo*. Madrid, Alianza.
- LAGARDE, Marcela (1990): *Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México, UNAM.
- LANGER, Ana y LOZANO, Rafael (1998): “La condición de la salud y la mujer”, en GONZÁLEZ, Montes S., (comp.): *La salud de las mujeres*, México, El Colegio de México, pp. 35-82
- LASTRA, Torres Jorge (1993): “Medicina Popular, participación y atención primaria” en: ROERSCH, C. et al. (Eds): *Medicina tradicional 500 años después. Historia y consecuencias actuales. II seminario Latinoamericano sobre la teoría y la practica en la aplicación de la medicina tradicional en sistemas formales de salud*, Instituto de Medicina dominicana, IMD.
- LEACOCK, Eleanor (1978): “Women’s Status in Egalitarian Society: Implications for Social Revolution” en: *Current Anthropology No 19*, pp.13-20.
- LEWIS, Oscar (1980): “La cultura de la pobreza” en: *Ensayos antropológicos*, Ensayo N° 4, México, Siglo XXI.
- LOMNITZ, Larissa (1975): *Cómo sobreviven los marginados*, México, Siglo XXI.
- LOSONCKZY, Anne Marie (1988): *Color, Rasgos y Gestos. Reflexiones sobre el automodelo corporal y la identidad en los afrocolombianos*. Bogotá, Instituto de antropología e historia, ICANH.
- LOSONCKZY, Anne Marie (1999): “Memorias e Identidad: los negro-colombianos del Chocó” en, J. CAMACHO, y E. RESTREPO, (eds.): *De montes ríos y ciudades. Territorios e identidades de la gente negra en Colombia*, Bogotá, Fundación Natura ECOFONDO, Instituto Colombiano de Antropología e Historia, ICANH, pp.13-24.

- LUCKMAN, Thomas y BERGER, Peter (1998): *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- MALLART, Lluís (1996): *Soy hijo de los Evuzok*, Barcelona, Ariel Antropología.
- MANNGHEIM, KARL (1987) *Ideología y Utopía* Madrid, Fondo de cultura económica.
- MAQUIEIRA, Virginia (2001): “Género, diferencia y desigualdad”, en MAQUIEIRA, Virginia y BELTRÁN (eds.) *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos*, Madrid, Alianza, pp.127-184.
- MARTÍNEZ, BUGOS, Palma (2000): “Experiencia religiosa y sensibilidad femenina en la España moderna” en, DUBI y PEROT, *Historia de las mujeres: del nacimiento a la edad media*, Madrid, Taurus, pp.598–613.
- MARTÍNEZ H. Ángel (1996): “Antropología de la salud. Una aproximación genealógica en, J. PRAT y A. MARTINEZ (editores): *Ensayos de Antropología Cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*, Barcelona, Editorial Ariel, S.A. pp.369–381.
- MARTÍNEZ, Luz María (1993): “La cultura africana: tercera raíz” en, G. BONFILL, Batalla (comp.): *Simbiosis de culturas. Los inmigrantes y su cultura en México*, México, Fondo de cultura económica, capítulo IV, pp.111–180.
- MAYA Adriana (2003): *Memoria del primer encuentro de profesionales afrocolombianos*, Cali, Editorial Universidad Santiago de Cali.
- MCDOWELL, Linda (2000): *Género, identidad y lugar. Un estudio de las geografías feministas*, Madrid, Cátedra.
- MAUSS, Marcel (1979): *Sociología y Antropología*, Madrid, Tecnos.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1981): *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, México, Ediciones de la Casa Chata No 13.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1984): *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, México, Cuadernos de la casa chata No 86.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1990): *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, México, Alianza editorial mexicana.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1992): “Modelo Hegemónico, Modelo Alternativo subordinado, Modelo de Autoatención” en, R. CAMPOS, (comp.): *La antropología médica en México*, México, Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, tomo I, pp. 97-115.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1993): “Autoatención y participación social: Estrategias o instrumentos en las políticas de atención primaria” en: ROERSCH, C. et al. (eds.) *Medicina tradicional 500 años después. Historia y consecuencias actuales. II seminario Latinoamericano sobre la teoría y la practica en la aplicación de la medicina tradicional en sistemas formales de salud*, Instituto de Medicina dominicana, IMD.
- MENÉNDEZ, Eduardo y DI PARDO, Renée (1996): *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*, México, CIESAS.

- MENÉNDEZ, Eduardo (1998): “Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes”, en *Estudios sociológicos No 46*, México, pp. 37-67.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2000):”Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos” en, E. PERDIGUERO y J. M. COMELLES (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, ediciones Bellaterra, pp.163–188.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2002): *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Barcelona, ediciones Bellaterra.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2003): “Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas” en, *Ciencia & Saúde Colectiva No 8 (1)*, Río de Janeiro, pp. 185-207.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2005):”Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos” en, *Revista de Antropología social*, Madrid, Nº 14, pp. 33-69.
- MIGNOLO, Walter (2003): *Historias locales /diseños globales. Colonialidad conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo*, Madrid, Akal.
- MINOTA, Yadira (2003): *Documentos de trabajo*. Informe. Buenaventura. Hospital Departamental de Buenaventura.
- MINOTA, Yadira (2005): *Perfil epidemiológico de la ciudad de Buenaventura*, Hospital Departamental de Buenaventura.
- MÓDENA, María Eugenia (1990): *Madres, médicos y curanderos. Diferencia cultural e identidad ideológica*, México, Ediciones de la Casa Chata No 37.
- MONREAL, Pilar (1996): *Antropología y pobreza urbana*, Madrid, Los libros de la Catarata.
- MOORE, Henrietta (1991): *Antropología y feminismo*, Madrid, Cátedra.
- MORENO, Fraguinals Manuel (1999): *La historia como arma, y otros estudios sobre esclavos ingenios y plantaciones*, Barcelona, Crítica, Biblioteca de bolsillo.
- MOSER, Caroline (1993): *Gender Planning and Development: Theory, practice*, London, Rutledge.
- MOSQUERA, MOSQUERA, Esneda (2000): Plan Local de Salud: Diagnostico de la *situación* de la salud en el municipio de Buenaventura.
- MOSQUERA, María Teresa (2000): *La articulación de saberes populares y bio-médicos entre las comadronas de Rabinal, Baja Verapaz*, Guatemala, Tesis doctoral, Tarragona.
- MOTTA, Nancy (2002): *Por el monte y los esteros*, Cali, Universidad Javeriana, Facultad de Humanidades.
- MUELA Joan y HAUSMANN Susanna (2002): “La medicina tradicional en los programas de la OMS” en, J. L. ECHEVARRÍA (coord..) *Abriendo surcos en la tierra. Investigación básica y aplicada en al UBA, homenaje a Ramón Valdés*, Universitat Autònoma, publicacions d’Antropología cultural, pp. 211-232.

- NÁJERA, Alma Gloria *et al.* (1998): “Maternidad, sexualidad y comportamiento reproductivo: apuntes sobre la identidad de las mujeres”, en FIGUEROA, Juan G.(comp.): *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El Colegio de México, pp. 275-305.
- NAROTZKI, Susana (1995): *Mujer, Mujeres, Género: Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las ciencias sociales*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- NAVARRO, Valencia Marta (1989): *Del mar a la tierra: Desplazamiento de una cultura lacustre en la ciudad de Buenaventura*, Cali, Universidad del Valle, *Monografía* de grado en Sociología.
- NIETO, José Antonio (1996): “Antropología de la sexualidad. Erotofobia y Erotofilia”, en J. PRAT y A. MARTINEZ (eds.), *Ensayos de Antropología Cultural*, Barcelona, editorial Ariel, pp.357-368.
- NIETO José Antonio (2003): “Sobre diversidad sexual: De Homos, Heteros, Transs, Queer, en R. Osborne y O. Guasch (comp.), *Sociología de la sexualidad*, Madrid, Centro de Investigaciones sociológicas (CIS), Monografías, Núm. 195, pp.99-125.
- NÚÑEZ, Jairo y RAMÍREZ, Juan Carlos (2002): *Determinantes de la pobreza en Colombia*, Bogotá, CEPAL, Serie Estudios y Perspectivas.
- OLIVEIRA Fátima (2003): “Políticas públicas, salud de la mujer y agenda feminista, en RED DE SALUD DE LAS MUJERES LATINOAMERICANAS Y DEL CARIBE, *Mujeres negras e indígenas alzan su voz*. Santiago de Chile, Cuadernos Mujer y Salud pp. 60-69.
- OMS, Organización Mundial de la salud (2000): *Prevención de la mortalidad materna en las Américas*, Informe, Washington
- OMS, Organización Mundial de la salud (2003): *Informe sobre la salud en el mundo: Forjemos futuro*, Informe, Suiza.
- OMS, Organización Mundial de la salud (2004): *Observatorio de recursos humanos de salud*, 134ª Sesión del comité ejecutivo. Washington D.C. Junio.
- OMS, Organización Mundial de la salud (2005): *Informe sobre la salud en el mundo: ¡Cada madre y cada niño contarán!*, Suiza.
- OMS y OPS, (2003): *La violencia contra las mujeres: Responde el sector de la salud*, publicación ocasional No 12. Washington.
- ONU, Naciones Unidas, (1994): *Programa de Acción de la III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, El Cairo.
- ONU, Naciones Unidas, (1995): *Plataforma de Acción de la IV Conferencia Internacional sobre la Mujer*, Beijing.
- ONU, Naciones Unidas, (1998): *Quién cuida a las madres*, Desarrollo humano, *Boletín*.
- ONU, Naciones Unidas, (2003): *Pacto alternativo de derechos civiles y políticos*, Washington.
- ONU, Naciones Unidas, (2005): *Objetivos del Milenio*, Informe,
- OPS, Organización Panamericana de a Salud (1998): *Documento del Comité directivo*

- ORTIZ, Gómez Teresa (1996): “La educación de las matronas en la Europa *moderna*. ¿Liberación o subordinación?”, en G. SEGURA, (ed.): Madrid, Cátedra. *De leer a escribir I*. Barcelona: Asociación cultural AL-Mundayna, pp. 155–170.
- ORTIZ, Gómez Teresa (2001): “El genero organizador de profesiones sanitarias”, en C. MIQUEO *et al.* (eds.) *Perspectivas de genero en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, Madrid, Minerva, pp. 26–52.
- ORTNER, Sherry (1979): “¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?” O. HARRIS, y K. YOUNG, (comp.): *Antropología y feminismo*, Barcelona, Anagrama, pp.109–131
- OSLENDER, Ulrich, (1999): “Espacio e identidad en el Pacífico Colombiano” en: CAMACHO, J. y RESTREPO, E (eds.): *De montes ríos y ciudades. Territorios e identidades de la gente negra en Colombia*, Bogotá, Fundación Natura ECOFONDO, Instituto Colombiano de Antropología e Historia, ICANH, pp. 25–48.
- OSLENDER, Ulrich, (2001): “Construyendo contrapoderes a las nuevas guerras Geo-económicas: Caminos hacia una globalización de la resistencia”, en *Tabula Rasa. Revista de Humanidades No 2*, Bogotá, Colegio Mayor de Cundinamarca, pp.59–78.
- OSORIO, Rosa María (2001): *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, México, Instituto Nacional indigenista; Instituto Nacional de Antropología e Historia, Centro de *investigaciones* y Estudios Superiores de Antropología Social.
- PAB, Plan de Atención Básica en Salud, 2004-2007- (2003) Alcaldía de Buenaventura, Buenaventura, Secretaría de Salud Pública Municipal.
- PALMA, Milagros (1992): *La mujer es puro cuento. Simbólica Mítica-religiosa de la feminidad aborigen y mestiza*, Quito, Abya-Yala.
- PAREDES, Joaquín (1998): *El Valle del Cauca. Historia y realidad*, Cali, Ediciones JPC.
- PAREJA, José Antonio (1981): *Características de la familia en las áreas mineras del Chocó, Ensayo interpretativo*, Tesis de Magíster, Santiago de Cali.
- PÉCAUT, Daniel (1999): “La violencia: una experiencia histórica fundadora” en: *Los desplazados: un problema social y político*, Cali, Revista Economía y Sociedad, pp.1–12.
- PEDRAZA, Sandra (2001): “Higiene y ordenes sociales en Colombia” en: SUÁREZ, Roberto (comp.): *Reflexiones en salud: Una aproximación desde la antropología*, Bogotá, Ediciones Uniandes.
- PINEDA, Javier (2003): *Masculinidades Género y Desarrollo. Sociedad civil, machismo y microempresa en Colombia*, Bogotá, Ediciones Uniandes.
- Perfil Epidemiológico, (2005): *Diagnóstico*, Hospital Departamental de Buenaventura. Buenaventura.
- PLUMER, Kent (1989): *Los documentos personales*, Madrid, Siglo XXI editores.
- PLUMER, Kent y MANCIONIS, John (2001): Cambio social: Sociedades tradicionales, modernas y posmodernas”, capítulo 24, en *Sociología*, Madrid, Prentice Hall.

- PONCE DE LEÓN, Omar (1997): *El médico enfermo. Análisis sociológico del conflicto de roles*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, CIS.
- POSSO Jenny (2004): *Trayectorias laborales entre las mujeres de la región Pacífica*, Tesis doctoral, Madrid, Universidad Carlos III.
- PROFAMILIA (2005): *Derechos Sexuales y Reproductivos*. Bogotá, Profamilia.
- PUJADAS, Juan José (1992): “El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales”, en *Cuadernos Metodológicos No 5*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, CIS.
- QUIJANO, Aníbal (1988): *Modernidad identidad y utopía en América Latina*, Lima, Sociedad y Política.
- QUIJANO, Aníbal (1992): *Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina*, Lima, Centro de Investigaciones y Estudios Sociales, CIES.
- QUIJANO, Aníbal (1997): Que tal raza. Debate N° 4. Ecuador.
- RABINOW, Paúl (1992): *Reflexiones sobre un trabajo de campo en Marruecos*, Madrid, Júcar Universidad.
- RAMIO, Carles y SALVADOR, Miquel (2005): *Instituciones y nueva gestión pública en América Latina*, Barcelona, Fundació CIDOB, Edicions Bellaterra, S. L.
- RESTREPO, Eduardo (2004): “Esencialismo étnico y movilización política: tensiones en las relaciones entre saber y poder” en, O. BARBARY, y F. URREA, (eds.): *Gente negra en Colombia. Dinámicas sociopolíticas en Cali y el Pacífico*, Medellín, Lealon, CIDSE/Univalle-Colciencias, pp. 227–244.
- REYES, Adriana (2001): “El enfoque de género como crítica a la conceptualización de la salud como sistema” en, R. SUÁREZ, (comp.): *Reflexiones en salud: Una aproximación desde la antropología*, Bogotá, Uniandes, pp. 41–56.
- RIBEIRO, Valeria (2002): “Género Raza y Mestizaje: las mujeres africanas en la construcción de la identidad nacional brasileña” en, A. MARTÍN, et al. (coord.): *Mujeres en el África subsahariana. Antropología literatura arte y medicina*, Madrid, Bronce, pp. 59–80
- ROMANÍ, Oriol, (1996): “Antropología de la marginación. Una cierta incertidumbre” en, J. PRAT y A. MARTINEZ (editores): *Ensayos de Antropología Cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*, Barcelona, Editorial Ariel, S.A. pp.303–315.
- ROMANÍ, Oriol (2004): *Las drogas. Sueños y razones*, Barcelona, Ariel.
- ROMANÍ, Oriol (2006): *La salut dels joves a Catalunya. Un estudi exploratori*. e-quaderns, 2 Universita Rovira i Virgili. Tarragona. Generalitat de Catalunya/Secretaria General de Joventut
- ROSALES, Nava Rosa María (2002): *Trabajo, salud y sexualidad. Las cargas de trabajo laborales y reproductivas en la salud de las mujeres*, Barcelona, Icaria.
- ROSEN, George (1985): *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*, Madrid, Siglo XXI.

- RUIZ, M. Teresa (2001): “Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la Comunidad” en: MIQUEO, C. et al. (eds): *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, Madrid, Minerva, pp.163–177.
- SÁEZ, Buenaventura Carmen (1999): “El hecho maternal: La mística, el mito y la realidad” en, M. A. GONZÁLEZ, (comp.): *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*, Madrid, Siglo XXI, pp. 1–21.
- SALTZMAN, Janet (1992): *Equidad y género. Una teoría integrada de estabilidad y cambio*, Madrid, Cátedra.
- SARMIENTO, Libardo (2002): *El trabajo de las mujeres en Colombia*, Bogotá, Corporación Viva la ciudadanía y Casa de la mujer- Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales Pontificia universidad Javeriana.
- SAU, Victoria (1999): “El vacío de la maternidad” en: GONZÁLEZ, (comp.): *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*, Madrid, Siglo XXI, pp. 23–31.
- SCHEPER- HUGHES, Nancy (1997): *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel Antropología
- SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL (2004): Plan de Atención Básica en Salud, PAB, 2004 – 2007, Buenaventura.
- SEGALEN, Martine (1988): “La revolución industrial: Del proletariado al burgués”, en BURGUIÈRE, André et al.(Coord.): *Historia de la familia 2*, Madrid, Alianza, pp. 387–424.
- SMITH. Raymon (1956): *The negro Family. Power, Pluralism, and Politics*. NY, Routledge.
- STOLCKE, Verena, (1992) *Racismo y sexualidad en la Cuba colonial*. Alianza editorial. Madrid.
- STOLCKE, Verena (1993) “Mujeres invadidas: La sangre de la conquista de América” en, Stolcke, et al. *Mujeres invadidas*, Cuadernos inacabados, pp. 29–45.
- STOLCKE, Verena (2003): “La mujer es puro cuento: La cultura del género” en: *Quaderns*. Serie monográficos No 19, Barcelona, Instituto Catalán de Antropología, ICA, pp.69–95.
- STRATHERN, Marilyn (1979): “Una perspectiva antropológica” en: O. HARRIS, y K. YOUNG, (comp.): *Antropología y feminismo*, Barcelona, Anagrama, pp.133–152.
- SUÁREZ, Roberto (2001a): “Introducción” en, R. SUÁREZ, (comp.): *Reflexiones en salud: Una aproximación desde la antropología*, Bogotá, Uniandes, pp. 11–22.
- SUÁREZ, Roberto (2001b): “Salud-Enfermedad: Una categoría a repensar desde la Antropología” en, R. SUÁREZ, (comp.): *Reflexiones en salud: Una aproximación desde la antropología*, Bogotá, Uniandes, pp. 193–217.
- SUÁREZ, Roberto (2001): “Estudio comparativo entre formación de médicos licenciados y curanderos urbanos en Colombia” en, R. SUÁREZ, (comp.): *Reflexiones en salud: Una aproximación desde la antropología*, Bogotá, Uniandes, pp.193–220.

- SZASZ, Ivonne (1995): “La condición social de la mujer y la salud. Introducción”, en GONZÁLEZ, Montes Soledad (comp.): *Las mujeres y la salud*, México, El Colegio de México, 13–26.
- SZASZ, Ivonne (1998): “Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno-infantil”, en FIGUEROA, Juan Guillermo (comp.): *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El colegio de México, pp.313–331.
- TASUSSIG, Michael (1995): “La reificación y la conciencia del paciente” en, M. TASUSSIG, *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*, Barcelona, Gedisa, pp.110–143.
- TERRE, Rull Carmen (1997): “La matrona en España. Historia de una profesión” en: TOWLER, Jean y BRAMALL, Joan (comp.): *Comadronas en la historia y en la sociedad*, Barcelona, Masson, pp.373–383.
- TIBON Gutierre (1981): *La tríade prenatal cordón, placenta, amnios supervivencia de la magia paleolítica*, México, Fondo de cultura económica.
- THOMAS, Florence, (2006): “Debates contemporáneos sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. Resignificando la maternidad a la luz de los derechos sexuales y reproductivos” en, M. VIVEROS (editora) *Saberes culturas y derechos sexuales en Colombia*, Bogotá, Tercer mundo editores, pp. 87–108.
- TORRES Cristina y MUJICA Oscar J. (2004): “Salud, equidad y los objetivos de desarrollo del Milenio”, en *Temas de actualidad /Current topics*, OPS, 15 (6):430–438.
- TOWLER, Jean y BRAMALL, Joan (1997): *Comadronas en la historia y en la sociedad*, Barcelona, Masson.
- TURNER, Bryan (1994): “Avances recientes en la teoría del cuerpo” en, C. Bañuelos Madera (coord.) , REIS- *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, Nº 68, octubre-diciembre, pp. 11–39.
- UNICEF (2003), (<http://www.unicef.org.co/08-malt.htm>)
- UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas (2005): Informe. Bogotá.
- UNIVERSIDAD NACIONAL *et al.* (1999): *Plan estratégico de igualdad de oportunidades para las mujeres*, Bogotá.
- URIBE, José María (1996): *Educación y curar. El diálogo cultural en atención primaria*, Madrid, Ministerio de Cultura.
- URREA, Fernando y Barbary, Olivier (2004): “Introducción” en O. BARBARY, y F. URREA, (eds.): *Gente negra en Colombia. Dinámicas sociopolíticas en Cali y el Pacífico*, Medellín, Lealon, CIDSE/Univalle-Colciencias, pp. 21-68.
- URRUTIA, Elena (1995): “La salud de las mujeres, Presentación” en GONZÁLEZ Montes Soledad (comp.): México, El colegio de México, pp. 9-10.
- VALENCIA, Jesús Alberto (2001): *Coloquio sobre la violencia en Colombia*, Cali, Boletín, Universidad del Valle.

- VALLS, Llovet Carmen (2001): “El estado de la investigación en salud y género”, en MIQUEO, C. *et al.*(eds): *Perspectivas de genero en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, Madrid, Minerva, pp.179-195.
- VALLS, Llovet Carmen (2003): “Pobreza, condiciones de trabajo, estereotipos de género y salud de las mujeres”, en SÁNCHEZ, López (dir.): *Mujer y Salud. Familia, trabajo y Sociedad*, Madrid, Díaz de Santos, 163-198.
- VASQUEZ, Marta Lucía (1999): *Significado de la regulación de la fecundidad de los y las adolescentes en una comunidad urbano marginal*, Tesis maestría, Florianópolis.
- VEGA ROMERO Román (2002: 2): “Dilemas éticos contemporáneos en Salud: el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social” en: *Revista Gerencia Política y Salud*, Nº 2 pp. 49-65.
- VIVEROS, VIGOYA, Mara (1999): “Orden corporal y esterilización masculina” en: VIVEROS, Mara y GARAY, (comp.): *Cuerpo, diferencias y desigualdades*, Bogotá, Centro de Estudios Sociales, CES, pp. 164-184.
- VIVEROS, VIGOYA, Mara (s/f): *El aborto en Colombia: debate público y dimensiones socioculturales* en: <http://www.inicia.es/de/cgarciam/fuller.html>
- VIVEROS, VIGOYA, Mara (2006): “Hacia una agenda sobre sexualidad y Derechos Humanos en Colombia” en: M. VIVEROS (editora): *Saberes culturas y derechos sexuales en Colombia*, Bogotá, Tercer mundo editores, pp15-25.
- VIVEROS, VIGOYA, Mara y GIL HERNÁNDEZ Franklin (2006): “De las desigualdades sociales a las diferencias culturales. Género raza y etnicidad en la salud sexual y reproductiva en Colombia” en: M. VIVEROS (editora): *Saberes culturas y derechos sexuales en Colombia*, Bogotá, Tercer mundo editores, pp. 87-108.
- WADE, Peter (1993): *Gente negra. Nación mestiza. Dinámicas de las identidades raciales en Colombia*, Bogotá, Editorial Universidad de Antioquia- Instituto Colombiano de Antropología- Siglo del hombre editores- Ediciones Uniandes.
- WADE, Peter (1999): “Trabajando con la cultura: Grupos de rap e identidad negra en Cali” en, J. CAMACHO, y E. RESTREPO, (eds.): *De montes, ríos y ciudades: Territorios e identidades de la gente negra en Colombia*, Bogotá, Fundación Natura, ECOFONDO, Instituto Colombiano de Antropología e Historia, ICANH, pp.263-286.
- WEST, Robert (1957): *Las tierras bajas del pacífico colombiano*, Bogotá, Instituto Colombiano de Antropología.
- WHITTEN, Norman (1974): *Black Frontiersmen. A Shouth American Case*, New York, Halsted Press Book.
- WHITTEN, Norman (1992): *La cultura afro-latinoamericana del Ecuador y de Colombia*, Quito, Centro Cultural Afro-Ecuatoriano.
- WHITTEN, Norman. y De FRIEDEMANN Nina (1974): “La cultura negra del Litoral ecuatoriano y colombiano: Un modelo de adaptación étnica” en: *Revista colombiana de Antropología* Vol. XVII 2do semestre, Bogotá, pp.146-180.
- WOOLF, Virginia (2003): *Un cuarto propio*, Madrid, Horas y horas.

- YOUNG, Kate (1991): “Reflexiones sobre cómo enfrentar las necesidades de las mujeres” en: GUZMÁN, *et al.* (comp.): *Una nueva lectura: Género en el desarrollo*, Lima, Flora Tristán, pp. 8-12.
- ZAMUDIO, Lucero et, alt. (1994) *El aborto inducido en Colombia, condiciones demográficas y socioculturales*, Bogotá, Norma.
- ZOLLA, Carlos y MELLADO, Virginia (1995): “Mujeres saberes médicos e institucionalización” en: FIGUEROA, J. G. (comp.): *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El Colegio de México, pp. 167-198.
- ZOLLA, Carlos y CARRILLO, Ana M. (1998): “La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano” en: GONZÁLEZ, Montes Soledad (comp.): *La salud de las mujeres*, México, El Colegio de México, pp.71-92.