



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

RESISTENCIAS, PUGNAS DE SABERES Y PODERES EN LA  
INSTITUCIONALIDAD DEL PARTO

ESTHER PATRICIA POLO PAYARES

Código 489113

Trabajo de grado presentado para optar al título de Magister en Estudios de  
Género Área Mujer y Desarrollo

DIRECTORA

GLORIA ESTELA BONILLA VÉLEZ

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONVENIO DE COOPERACIÓN

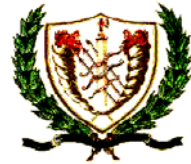
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

ESCUELA DE ESTUDIOS DE GÉNERO

CARTAGENA D.T. Y C, 2008



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

RESISTENCIAS, PUGNAS DE SABERES Y PODERES EN LA  
INSTITUCIONALIDAD DEL PARTO

ESTHER POLO PAYARES

Código 489113

Trabajo de tesis de grado presentado como requisito para optar al título de  
Magíster en Estudios de Género.

DIRECTORA

GLORIA ESTELA BONILLA VÉLEZ

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONVENIO DE COOPERACIÓN

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

ESCUELA DE ESTUDIOS DE GÉNERO

CARTAGENA D.T. Y C, 2008

## CONTENIDO

Prologo de la autora	6
Dedicatoria	8
Agradecimientos	9
Resumen	10
Summary	11
Introducción	12
Objetivos	18
Aspectos Metodológicos	19
<b>PARTE I. AUTORAS Y AUTORIDADES PROTAGONISMOS INVISIBILIZADOS.</b>	<b>22</b>
1. Cuidar: Un Asunto de Mujeres	23
1.1 El Cuidado en la Perspectiva Feminista	31
2. Mujeres Las Otriedades de la Ciencia.	35
3. Parteras: Mujeres reales, hechos excepcionales	45
3.1. Una Labor entre Dolores y Sangres, en la Dilatación Borramiento de Nombres e Historias	51
3.2. Conflictos de Poderes. Entre la conciencia moral, la racionalidad científica, la tradición cultural y la lógica de los afectos.	56
3.3. La Partería en Colombia, la extinción como profesión, una mirada desde la legitimación	63
<b>PARTE II. CARTAGENA DE INDIAS, Y DE PARTERAS HEROICAS. VISIBILIZANDO PROTAGONISMOS</b>	<b>73</b>
4. La Partería Tradicional, Legado Femenino, un Oficio de Genealogías.	74

4.1. Heroínas en lo Extraordinario	76
4.2. Costos, o valoración de la atención y cuidados de las parteras	99
5. Poderes en Pugna.	110
5.1. Poder de las relaciones afectivas vs el poder de las relaciones terapéuticas	114
5.1.1. Seguridad y Afecto	114
5.1.2. El Poder de las Relaciones Terapéuticas	119
5.2. El Poder de la oxitocina Endógena vs el Poder de la oxitocina Exógena	123
5.3. El Poder del Conocimiento Empírico vs el Poder del Conocimiento desde los Protocolos	125
5.4. El Poder de la Tradición vs el Poder de la Institución	131
5.5. El Poder de la Conciencia y el Poder de la Legitimación: El Aborto entre la culpa y la necesidad	138
6. Saberes en Pugna	147
La Ginecología y Obstetricia: Nuevas Ciencias de la Mujer, o los paradigmas Femeninos hechos Ciencias	147
Conclusiones y Recomendaciones	167
Fuentes primarias	174
Bibliografía	174
Anexos	180

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1	Entrevista a profundidad	181
ANEXO 2	FOTOGRAFIA OLEO Aspasia, World Noted Women. New York: D. Appleton and Company, 1883	183
ANEXO 3	Resolución 477 de 1929	184
ANEXO 4	Decreto 2311 de 1938.	185
ANEXO 5	Decreto 1232 de 1942	189
ANEXO 6	Decreto 3558 de 1948.	191
ANEXO 7	Testimonio escrito de Mirian Navarro Bellido Jefe estrategia de complementacion de parteras tradicionales años 80	195

## PRÓLOGO

Las parteras, son actoras sociales con historia y cultura propias, cuyo patrimonio natural de inteligencia se ha afinado con la construcción de un aprendizaje basado en el valor y dignidad de la vida de las mujeres, en una óptica de integralidad, que per. se, no cabe ni es compatible, dentro de la concepción de un sistema de salud contaminado con la virulencia del mercantilismo, florido con signos y síntomas que se traducen en la exclusión de la alteridad y la asfixia de su propio tejido humano.

La reivindicación de la partería como profesión en Colombia, derivará de procesos profundos de confrontación de los esquemas ideológicos del saber salud y de quienes se acrediten como sus únicos dueños, connotará además una resignificación del papel de las mujeres en sus procesos procreativos, devolviendo su autonomía y protagonismo, inducirá a incorporar en el Sistema, las nuevas políticas y estrategias de Organismos Internacionales de Salud en pro de aumentar la oferta del talento cualificado, incluyendo los contenidos culturales propios de cada región y fomentando la participación en las instancias del poder a las mujeres profesionales que representan el 60% de la oferta en salud; repensar la partería en el país, como profesión independiente de las otras ramas de la salud, es a su vez contemporizar en el desarrollo de esta ciencia con otros países con mayor nivel de desarrollo social y político como Holanda.

Esta investigación parte de la revisión y análisis de un contexto histórico y legal de este saber genealógico femenino para confluir en una puesta en escena de las huellas de las mujeres que ejercieron durante décadas este arte, que fue condenado a existir en la clandestinidad, pero que se resiste a desaparecer, en tanto persista el abandono o poca intervención e indiferencia estatal en las zonas de marginación y poco desarrollo, que constituye el segundo cordón más grande de miseria en el mundo, y es donde vive el mayor porcentaje de la población en Cartagena.

Pensar la partería como profesión, se convierte para mí en una utopía, acaso ¿No fueron las utopías las que validaron las luchas feministas? por tanto ello se ha convertido en más que un interés *académico*, así se me ha iniciado la ensoñación, de concebir y gestar un proyecto para tal fin, desde mi postura como docente universitaria, motivada por la resistencia a extinguirse, de este ejercicio femenino, visible en el hecho de continuar apareciendo en las estadísticas oficiales e incluso en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud que realiza Profamilia en coordinación con el Ministerio de Protección Social, esta ilusión ojala convertida en opción académica en el país, será respuesta potenciadora al cubrimiento de las crecientes necesidades de salud procreativa y sexual, incentivadas por los problemas sociales de pobreza y desplazamiento.

Visibilizar a las parteras tradicionales, es una estrategia en el llamado de atención, a redescubrir su existencia, interpretando sentires y necesidades de las mujeres que demandan su presencia, además se constituye en una forma de protesta, por el decaimiento de la estrategia de capacitación y complementación de las parteras, la cual fue víctima en el departamento de Bolívar, de los procesos de descentralización del sistema de salud.

## **DEDICATORIA**

*A mi Padre, el mejor feminista que conozco,*

*A mi Madre, mujer de empuje y de lucha,*

*A mis hijas, a quienes espero, crezcan empoderadas con la fuerza de su  
género*

*A las parteras tradicionales, inspiración para este trabajo.*



## **AGRADECIMIENTOS**

***A la Universidad de Cartagena, Por el respaldo y la beca otorgada en los últimos semestres, a la Decana de la Facultad de Enfermería, quien a creído en los resultados de nuestro esfuerzo.***

***A la Universidad Nacional de Colombia, a la Escuela de Estudios de Género, y a las y los docentes que en ejercicios de sus funciones, nos dejaron las huellas de sus saberes, desafiando las incomodidades de nuestro clima tropical.***

***A DORA MUNEVAR Y GLORIA BONILLA, Lectoras incansables, que dieron luces y asesorías que estimularon la culminación de esta tesis.***

## RESUMEN

La investigación RESISTENCIAS, PUGNAS DE SABERES Y PODERES EN LA INSTITUCIONALIDAD DEL PARTO, de enfoque cualitativo, realizada en Cartagena, Colombia, transversaliza la perspectiva de género en procesos de exclusión y segregación de una actividad que pasó de protagonismo femenino a una profesión de protagonismo masculino; transición acontecida en el concierto de dinámicas que revelan sesgos en el acceso a la educación y legitimación de las mujeres; observa connotaciones genéricas en la construcción de ideales sociales y demarcaciones en los escenarios de actuación público y privado. Analiza mecanismos de poder, descritos como oposición de estrategias, las cuales, no son dicotomías, pues no son mutuamente excluyentes, toda vez que unas están subsumidas, complementadas o en franca diferencia con la otra.

Esta investigación, demuestra la presencia activa de parteras tradicionales en las comunidades marginadas de la ciudad, las cuales son desconocidas por el sector oficial de salud, al tiempo que hace un reconocimiento de la actuación de las pioneras de este oficio y la relevancia que tuvieron en su época, lo cual deja una huella significativa, que motiva a la recomendación de abrirse a la posibilidad de revivir esta profesión, con las garantías del ejercicio autónomo, fundamentándose en el hecho de mantenerse altas las tasas de morbilidad y mortalidad materna, ser insuficiente el personal calificado y la falta de cobertura del sistema de salud en muchas zonas rurales y marginales del país, teniéndose además como motivadores referentes internacionales.

**PALABRAS CLAVES.** Género, relaciones de poder, sororidad, legitimación, exclusión.

## SUMMARY

The investigation RESISTANCE, STRUGGLES OF SABERES AND POWERS IN the INSTITUCIONALIDAD OF the CHILDBIRTH, of qualitative approach, made in Cartagena, Colombia, analyzes the perspective of gender in exclusion processes and segregation of an activity that happened of feminine protagonist to a profession of masculine protagonist; transition occurred in the concert of dynamic that reveals slants in the access to the education and legitimating of the women; it observes generic connotations in the construction of social ideals and demarcations in the scenes of public and deprived performance. It analyzes mechanisms of being able, described like opposition of strategies, which, are not dichotomies, because they are not mutually excluding, every time they are subsume, complemented or in frank difference with the other.

This investigation, demonstrates the active presence of traditional midwives in the marginalized communities of the city, which are not known by the official sector of health, to the time that a recognition does of the performance of the pioneers of this office and the relevance which they had at his time, which leaves to a track significant, that it motivates to the recommendation to open itself to the possibility of revive this profession, with the guarantees of the independent exercise, being based on the fact to stay the rates of morbidity and maternal mortality high, to be insufficient the personnel described and the lack as cover of the system of health in many countryside and marginal of country, having itself in addition like international referring motivators.

**Gender, Relations of power, sororidad, legitimization, exclusion**

---

## INTRODUCCION

La investigación RESISTENCIAS, PUGNAS DE SABERES Y PODERES EN LA INSTITUCIONALIDAD DEL PARTO, es una investigación académica dentro del estudio de Maestría, en Estudios de Género, que da cuenta de un proceso de desplazamiento, invisibilización y desacreditación de las parteras y la entronización del saber médico en la opción para la atención del parto.

Es una investigación de enfoque cualitativo, con revisión y análisis documental, entrevistas estructuradas y relatos orales a fin de hacer visibles desde ello, el protagonismo de unos saberes y prácticas femeninas, de alto valor para la vida y salud de las mujeres.

Consta de dos partes la primera se titula AUTORAS Y AUTORIDADES. PROTAGONISMOS INVISIBILIZADOS, cuyo propósito, es fundamentar teóricamente las concepciones ligadas al acto de cuidar y curar desde la perspectiva feminista, teniendo como base de discusión, aspectos históricos de la participación de las mujeres en el cuidado de la salud, que dan cuenta de la autoridad como descubridoras, creadoras e impulsoras de los conocimientos científicos que mantuvieron la humanidad durante siglos; presenta, una revisión documental, que evidencia hechos y sesgos genéricos en la concepción de lo femenino, lo que muestra una continuidad e intencionalidad en el no reconocimiento de la gestación y producción de las mujeres en la construcción del conocimiento científico, basados muchos de ellos en la experiencia e interiorización de los procesos fisiológicos propios, originando un conocimiento desde sí mismas; denuncia y protesta por el femicidio, de las mujeres sanadoras, las que impregnaron de rojo la historia de las ciencias de la salud, víctimas de la oscuridad de las visiones e ideologías que persisten en múltiples y sutiles formas, y que continúan destruyendo y resistiendo la expresión plena de las capacidades de las mujeres en los ámbitos de la ciencia; contiene además, un seguimiento al marco legal que secundó la degradación del status profesional de las parteras en Colombia.

La segunda parte titulada CARTAGENA DE INDIAS Y PARTERAS HERÓICAS. VISIBILIZANDO PROTAGONISMOS, persigue demostrar la presencia y actuación de las parteras profesionales y empíricas o tradicionales en la ciudad de Cartagena, antes de iniciarse el proceso de institucionalización del parto, durante y después de él, lo cual confirma vestigios de resistencia de las parteras y de las mujeres que prefieren sus servicios; contiene testimonios de prensa, documentos y relatos orales, de las hazañas realizadas por estas mujeres, así mismo, un análisis de la visión de los narradores que conjugan categorizaciones del ideal femenino de la época en el que ejercieron estas mujeres. En este aparte se configuran los ejes centrales de distinción entre las parteras y sus opuestos así se materializan los elementos de pugna en los poderes y los saberes. Se evidencian los mecanismos de poder bajo los cuales actúan las parteras y los médicos en relación a la asistencia del parto; se expresan los sesgos genéricos, que incluyen la valoración social y económica de los servicios y cuidados de las parteras, su exclusión del mundo académico formal, entre otras; se ponen de manifiesto además, potencialidades ligadas al género femenino, aprendidas en una larga historia compartida de subordinación y desprestigio de género, que dieron lugar a la formación de una red de solidaridad y apoyo mutuo, sororidad y *affidamento* de género, estos sentimientos de confianza, amistad y hermandad que aún se corporalizan con la producción de sustancias químicas y hormonales, según evidencias de investigaciones actuales. Se concluye con una visibilización de las parteras de la Costa Pacífica Colombiana, como una vehemente muestra de resistencia de un oficio de que no desea desaparecer en Colombia.

Las fuentes primarias y secundarias las constituyeron las parteras tradicionales, una funcionaria de la Secretaría Departamental de Salud activa, la prensa local, y textos que se ocupan del tema.

Las parteras tradicionales, son mujeres del común, que se destacan por su espíritu de lucha, su capacidad para hacerle frente a problemas y situaciones de las vidas de las mujeres, las cuales todavía los sistemas y estrategias estatales, no alcanzan a dar cobertura. Estas mujeres concentran unos saberes y experticias que no deben ser ignoradas, por la categorización de empirismo, quedando excluidas de la formalidad científica, aunque muchos de sus resultados son refrendados por la disminución del intervencionismo de las tecnologías, en las mujeres que reciben su atención.

Se intenta atraer la atención hacia las parteras, actoras sociales, que no se resignan a desaparecer y se constituyen no solo en referentes de salud, sino en riqueza cultural de nuestros pueblos. La recomendación es abrir caminos de reivindicación femenina a este oficio, profesionalizándolo, como en países donde operan con relaciones horizontales y de cooperación con otros profesionales de la salud, y con un status y valoración social y económica digna.

Esta investigación plantea la perspectiva de Género desde las siguientes consideraciones:

La Perspectiva de Género, según Juanita Barreto “Es en primer lugar, una mirada que reconoce que el mundo es sexuado y que no es lo mismo nacer hombre que nacer mujer en cuanto a múltiples prácticas de vida y en cuanto a la producción, circulación, distribución y repartición de la riqueza y el poder. Es visibilizar las brechas, las inequidades, es hacer claridad sobre los sesgos culturales y desenmascarar el poder patriarcal. Es crear condiciones para la participación activa de mujeres en la construcción de proyectos vitales y sociales a partir de una voluntad política clara. Es reconocer la necesidad de empoderar a las mujeres en la construcción de sí mismas, desde la libertad y la autonomía.”<sup>1</sup>

La Categoría Género, connota en sí misma las relaciones de poder que se suscriben entre los géneros, así lo define Joan Scott: “Elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos, así como una forma primaria de relaciones significantes de poder”. Esta categoría de análisis induce al cuestionamiento no solo de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en espacios privados o públicos, sino que además denuncia el androcentrismo como eje en las ciencias, el arte y la política “<sup>2</sup>

El enfoque teórico de Joan Scott, es fundamental para el análisis de las relaciones de género, definidas en una interrelación de dos proposiciones: El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basada en las

---

<sup>1</sup> BARRETO, G. Juanita. Política Pública de Mujer y Género. *Documentos de trabajo Marzo 2004-Marzo 2005: Bases del proceso*. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá p 12

<sup>2</sup> SCOTT Joan. “El Género una Categoría útil para el análisis Histórico” En Amelang Nash en. *Historia y Género: las Mujeres en Europa Moderna y Contemporánea*. Editorial Alfons El Magnánimo. 1990 p 289

diferencias que distinguen los sexos y es una forma primaria de relaciones significantes de poder<sup>3</sup>.

Comprende además cuatro aspectos interrelacionados e interdependientes:

Un aspecto simbólico: Mitos y símbolos que evocan representaciones de diferencia sexual; un aspecto normativo: Que expresa las interpretaciones de los significados de estos símbolos, manifiestos en la religión, la educación, ciencia o política que define qué es – debe hacer y se espera socialmente del varón o la mujer; un aspecto institucional: Tocante las organizaciones sociales definidas por relaciones de parentescos, laboral, educación, política, entre otros; un aspecto subjetivo: Referido a las identidades de los hombres y las mujeres constituidos culturales históricamente.

En palabras de Florence Thomas, esto corresponde a que el sistema de representación que una cultura, se da de ella misma, a través del lenguaje, símbolos, discursos pedagógicos, jurídicos, médicos, psiquiátricos, no puede existir fuera de contextos históricos, sociológicos e ideológicos<sup>4</sup>, se puede entonces inferir, que estas representaciones sociales definen también lo masculino y femenino en estereotipos que idealizan el deber ser, constituyendo procesos identitarios inconscientes, manifiestos en la incorporación de normas, roles y comportamientos, los cuales limitan o potencian las capacidades de desarrollo personal y a su vez inciden en la división sexual del trabajo y las posibilidades de ascenso en la escala social.

La Categoría Género juega pues, un importante papel, debido a que es expresión de la realidad social y cultural manifiesta en los procesos de reproducción y conducta, y atraviesa el resto de los procesos determinantes que conforman las condiciones de vida.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> COBO Rosa. "Género" en AMOROS, Celia, *Diez Palabras Claves sobre Mujer*, Pamplona Editorial el Verbo Divino. 1995 p 55

<sup>4</sup> THOMAS, Florence. "Saber y Género" conferencia. Bogotá Universidad Nacional. Grupo Mujer y Sociedad. P 2.

<sup>5</sup> ARTILES Visbal, Leticia. "Marco de Análisis para la Introducción de la Perspectiva de Género en los Procesos de Salud". **Desigualdades de género en Salud**. Manuscrito Pública Alls – L Loret C. Caps. Barcelona – España 1999 p. 3

Transversalizar esta perspectiva en procesos de salud significa utilizar un lente que permita enfocar y problematizar la medicalización de la sociedad basada en la idea de universalidad, que sustenta un modelo médico hegemónico; medicalización que se halla legitimada, en el imaginario colectivo por la supuesta veracidad, neutralidad y científicidad de la biomedicina. Esta medicalización se constituye en un forma de control social del cual el cuerpo y salud de las mujeres no ha escapado, al erigirse la ginecología en ciencia de la naturaleza femenina, nace una nueva mujer, la enferma natural, conceptos aunque han recibido fuertes críticas, aún se permea en el pensamiento médico.

La Categoría Género permite distinguir y visibilizar diferencias en los modos de percibir, cuidar y valorar los estados de salud y enfermedad de hombres y mujeres y las formas como accedan a los sistemas de salud y como este reconoce, o ignora o traduce en desigualdad tales diferencias, según lo plantea Artiles: “El diseño de políticas con enfoque de género exige información desagregada por sexos con el fin de dirigir sus proyecciones normativas a lograr la disminución de las inequidades de género en términos de prioridad, coberturas, beneficios y financiamiento a programas de salud de diversos tipos. La organización y calidad de los servicios de salud constituye una importante indicador del bienestar y el ejercicio de derechos, y la calidad de atención son elementos indisolubles en la potenciación de derechos, dignidad, autonomía y poder de mujeres y hombres”<sup>6</sup>

Esta categoría resulta además útil para valorar las condiciones de equidad en la competitividad en las que pueden ejercer los y las ofertores de salud, desde los espacios en el ejercicio terapéutico hasta la posibilidad de ocupar posiciones de control y mando, así pues se pueden evidenciar sesgos genéricos en la selección y ubicación del personal en las determinadas áreas, prefiriéndose por ejemplo los hombres en el servicio de urgencias y las mujeres en servicios como pediatría.

La inclusión del análisis de la categoría de género en los procesos de salud, es imprescindible para develar procesos sesgados en el diseño y planteamientos de

---

<sup>6</sup> Ibíd. 1



políticas tanto de oferta de los servicios de salud, como las que regulan la participación y control del talento humano operante en el sistema. "Las políticas que desconocen las desigualdades de género terminarán produciendo, perpetuando o exacerbando esas desigualdades"<sup>7</sup>. Las políticas de exclusión de las mujeres de determinados espacios sanitarios han estado asociadas históricamente a su segregación en otros campos, lo que sugiere una exclusión genérica, una jerarquización de los géneros, con la inferiorización de la mujer.

Los lentes de género no sólo encuentran en la medicalización un campo visual, sino que además se pueden enfocar en inquirir sobre la valoración de los aportes femeninos a la construcción de las ciencias médicas y su reconocimiento. Valorar el legado femenino incluye el rescate y la legitimación de sus aportes, como creadoras de ciencia, es permitirse escuchar las distintas versiones en femenino de sus "signos y síntomas", las distintas interpretaciones del dolor y el placer, la construcción desde sí mismas de la maternidad, es brindar espacio a sus mecanismos de existencias, a sus conceptos de realización, es explorar todas las posibilidades que se adquirieron en su reclusión en el ámbito privado, lugar de paradojas, de aprendizajes, de prisiones.

Investigar en temas de la salud, la participación de las mujeres develará un campo con mucho por explorar en el que se podrán descubrir, desde estas ciencias, visiones androcéntricas de que o quienes son ellas, así como fundamentaciones "científicas" de la naturaleza de las mujeres muchas de las cuales se caracterizan por determinismo biológico e ignoran los procesos y entornos históricos, políticos y culturales desde donde se define, idealiza y construye lo femenino.

---

<sup>7</sup> GÓMEZ, Elsa. "Género Equidad y Reforma de las Políticas de Salud en América Latina". Programa, *Mujer, Salud y Desarrollo*. División de Salud y Desarrollo Humano OPS/OMS Chile 29 y 30 de abril 2002"Presentación en el Taller Internacional de Género y Salud Sexual Reproductiva.

## OBJETIVOS

### GENERAL

Develar en el desarrollo de la institucionalidad de la atención del parto, procesos de resistencias -permanencias-, pugnas de saberes y poderes, mediante el análisis histórico y la revisión del marco normativo e institucional que legitima el quehacer médico, a fin de detectar inequidades desde la perspectiva de género.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Demostrar el aporte de las mujeres en la construcción de los saberes científicos en las antiguas culturas, mediante los aportes de la historiografía, a fin de ratificar su presencia en la creación de la ciencia obstétrica.
2. Determinar condiciones, posiciones y situaciones de las parteras y de los médicos, identificando exclusiones, inclusiones y jerarquización de géneros.
3. Analizar el marco legal (políticas, normas, protocolos) en los que se desarrolló la partería, para comprender, su desjerarquización como ejercicio femenino.
4. Visibilizar el protagonismo femenino en el desarrollo de la práctica Obstétrica en Cartagena.
5. Valorar la partería como una red de apoyo y un saber de genealogías femeninas, que operan con lógicas de sororidad y reciprocidad, con las mujeres que aún utilizan sus servicios.
6. Analizar la pugna de los poderes y saberes en las características de la práctica en la asistencia del parto de médicos y parteras.

## ASPECTOS METODOLÓGICOS

Esta investigación es de enfoque cualitativo, analiza los poderes y saberes en pugna en la institucionalización del parto. Se realizó en Cartagena, desde Marzo del 2006 a Diciembre del 2007. Fue producto de la revisión y análisis de fuentes primarias: 10 parteras tradicionales, y 5 usuarias cuyos *relatos orales* y *entrevistas estructuradas*, una entrevista y un testimonio escrito de una funcionaria de la secretaria de salud, que luego de grabarse en audio y videos se transcribieron y procesaron mediante la fragmentación y ubicación en las categorías empíricas previamente determinadas y las que emergieron en el proceso de investigación. Se utilizaron como fuentes secundarias documentos, textos y registros de prensa local, material bibliográfico y revisión en páginas webs.

El grupo de parteras tradicionales está conformado por 10 parteras: En relación descendente de edades se configuran así: VICTORIA LORDUY 93 años, ROSA MANJARRES, 88 años VICENTA ORTEGA, 86 años, OLGA DE MAZA 74 AÑOS, OLGA PINTO 74, años, ISIDORA DE ARCO, 63 años, FRANCISCA RODRIGUEZ 59 años, ESTHER PEÑA 45 años, OSIRIS VILLEGA, 32 años, LIDIS CARO, 32 años.

Estas parteras tienen un nivel de formación escolar que va desde 1º a 5º de primaria, con excepción de una que recibió formación práctica en área hospitalaria, una experiencia en la atención de partos que va desde 10 años a 50 años de servicios, y un record de partos atendidos que va desde 28 partos a más de 2000 según testimonios de las mismas parteras.

En relación a su condición socioeconómica pertenecen a los estratos 1 y 2, del SISBEN, (Sistema de identificación de Beneficiarios, que mide el nivel de pobreza), en general, a parte del respeto que se observa por ellas en las comunidades, su oficio no les reportó enriquecimiento, por lo que sus casas muestran deterioros y poca inversión económica.

En el desarrollo de las entrevistas, se mostraron amables y abiertas, reflejando satisfacción en la realización de su labor, son mujeres cuyas anécdotas lograron rodear en torno así a sus familias y vecinos que observaban curiosos y asentían corroborando las versiones, que ellas contaban. A las parteras mayores, les asiste una fortaleza y vigor físico, a excepción de una quien se considera en sus últimos días. Su memoria evidencia el ejercicio y entrenamiento de la misma, pues responden y narran sin dificultad. En el contenido de los siguientes apartes, se incluyen sus puntos de vista en relación a las prácticas de su ejercicio, y de su visión de la maternidad y de las mujeres, las que se anotan, seguidos de sus nombres.

La revisión de prensa contempla los períodos de 1940 hasta 1996 y tuvo lugar en el Archivo Histórico de la ciudad de Cartagena y el archivo del periódico el Universal.

Se revisó el área del recuerdo de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, por ser esta la pionera de la profesión de partería que se desarrolló a partir de 1903 y que funcionó como Escuela de Enfermeras y Parteras, hasta 1942, de ahí se obtuvieron registro de diplomas y actas de grado de parteras.

Se consultó y se contó con la participación de la Enfermera a cargo del programa de parteras tradicionales que funcionó a partir de la década de los 80, hasta la descentralización del sistema de Salud y la implantación de la ley 100. Se anexa testimonio digitado y firmado por ella.

En la información recolectada de fuentes primarias, se obtuvieron descripciones, experiencias, creencias y pensamientos de las parteras en relación a la atención conveniente del parto desde su saber, las cuales se organizaron y distribuyeron según correspondía de acuerdo a la categorización deductiva, establecidas por el marco conceptual previo del estudio, sin embargo, apareció una categoría emergente, como es el costo y la valoración de la atención de las parteras, hecho significativo en el actual estado del oficio.

Para dar respuesta al objetivo de investigación, se plantean dos categorías fundamentales: los poderes y saberes en pugna; estos se subdividieron en categorías axiales que se contrastaron mutuamente. La categoría poderes en pugnas, contrasta lo afectivo con lo terapéutico, el conocimiento empírico con el protocolo, la tradición con la institución, la conciencia con la legitimación. La categoría saberes en pugna, contrasta el saber médico de la ginecología y obstetricia, con el saber empírico de las parteras; se finaliza visibilizando el grupo de parteras de la costa del Pacífico Colombiano que se ha caracterizado por constituir la reserva de resistencia de la partería tradicional en Colombia.

**PARTE I**

**AUTORAS Y AUTORIDADES. PROTAGONISMOS  
INVISIBILIZADOS**

*La igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, es un principio jurídico que debe cumplirse ya en toda sociedad democrática; sin que se excluya a las mujeres de ningún ámbito, sin pretender una homologación de lo femenino con lo masculino. Reconocer y valorar la autoría y autoridad de las mujeres en aspectos fundamentales de la vida y del mundo en que vivimos, es imprescindible para que avances en el conocimiento, tengan una dimensión social y un sentido del límite del carácter humano.<sup>8</sup>*

---

<sup>8</sup> Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer. “La Otra mitad de la Ciencia” Universidad de Zaragoza. 2001

## 1. CUIDAR: UN ASUNTO DE MUJERES

*“En las civilizaciones tradicionales, la mujer al estar más cerca de la naturaleza y mas enterada de sus secretos, ha estado siempre acreditada no solo del poder de profetizar, sino también el de curar o perjudicar por medio de recetas misteriosas”<sup>9</sup>*

Cuidar se considera una actividad vital para el mantenimiento de la especie humana, determina condiciones, asignaciones y roles; en este aparte se busca entender la relación entre cuidar y Género.

El propósito de esta introducción conceptual es la identificación de una asignación genérica predeterminada, que junto con otras similares, se ha convertido en un sesgo genérico y que si bien a representado empoderamiento y dominio de algunos espacios, saberes y poderes también se ha convertido en un arma de doble filo, pues es un marcador de destino, soslayando el carácter electivo que representaría opciones de autonomía.

Retomando la cita, me permito profundizarla, en una óptica referida por los lentes de género, haciendo abstracciones de las ideologías encubiertas en sus diferentes apartes. Un primer asunto de discusión, será entorno a develar la creencia que el rol de cuidadora, sanadora, se debe a que *la mujer esta más cerca de la naturaleza*; proximidad esta que la envuelve y la confunde, le hace ser grande, bella, poderosa, sabia, como la naturaleza, pero al mismo tiempo, débil, pasiva, controlada, con el poder de dar vida y seleccionar para la muerte.

*“Si es evidente, dados los hechos, por el parto que las mujeres ocupan el principio de la vida dando a luz niños, parece que también están en el principio de la muerte, además como dueñas del destino, sólo se les ha atribuido un papel del pasante; asisten al nacimiento y tras*

---

<sup>9</sup> COLLIÉRE, Marie François”, “Identificación de los Cuidados de la Mujer”, en *Promover la Vida*. Madrid, Ed. Mc Graw Hill/ En España, S.A.:V. 1997 p 25

*proteger a los hombres durante su vida terrestre, les ayudan a pasar al otro lado del mundo*<sup>10</sup>

La proximidad con la naturaleza, ha sido tema de debate amplio por las feministas, quienes categóricamente se han pronunciado contra los esquemas ideológicos como los de Levi-Strauss: *“La mujer es por doquier naturaleza”*, a partir del cual Celia Amorós, inicia su análisis declarando, que “No existe una relación lineal entre el hecho que la mujer sea percibida como reproductora de la especie y el que sea conceptualizada como naturaleza, siempre tiene lugar una redefinición de este concepto, determinado por la propia sociedad y la propia cultura; la asociación conceptual de la mujer con la naturaleza, es siempre social e ideológicamente construido desde las definiciones que la cultura se da a sí misma, responde a la situación universal de marginación y de opresión y de explotación en que se encuentran las mujeres, opresión desde que se las define” .<sup>11</sup>

La idea de la naturaleza como paradigma legitimador servirá aquí para sancionar que el lugar de la mujer siga siendo la naturaleza, con las connotaciones que tiene en primer sentido, como aquello que debe ser dominado, controlado y domesticado.

En un sentido contrario de análisis, Moore,<sup>12</sup> cita los postulados de Ortner para explicar la proximidad de la mujer con la naturaleza, quien se basa en dos argumentos principales, el primero, es que dada la función reproductora y su fisiología, la mujer se encuentra más cerca de la naturaleza, y su posibilidad de crear se satisface a través de la experiencia de dar a luz, creando desde su interior de forma “natural”.

El segundo argumento es que el papel social de la mujer, ha estado limitado a funciones sociales que se perciben próximas a la naturaleza, refiriéndose al confinamiento de la mujer al círculo doméstico, dentro de la familia, asociándolo con el cuidado de niños y otros.

---

<sup>10</sup> VERDIER Facón de Faire, Paris. Citado por COLLIERE *Op. Cit* p 91

<sup>11</sup> AMOROS Celia, *Hacia una crítica de la razón patriarcal*. Anthropos, Editorial del Hombre. Barcelona. Segunda Edición. 1991 p 31,32

<sup>12</sup> MOORE Henrietta “Género y status, La situación de la Mujer. En *Antropología y feminismo*. Madrid. Ediciones Cátedra. p. 29



La proximidad con la naturaleza, le otorgaría a la mujer la capacidad de dominarla y controlarla, hasta el punto de confundirse con ella ,convirtiéndose esto, en un mecanismo identitario, al ser igualmente controlada por el varón, “Lo terapéutico fue considerado como un saber y un poder femenino, así como elemento de su identidad; ese poder se fundaba en una representación de la medicina como un saber más empírico que teórico en una imagen de la mujer como un ser por su capacidad de ser madre estaba más próxima a la naturaleza y conocía mejor sus secretos”<sup>13</sup>

El filo peligroso del cuidado como asignación genérica femenina, “dada su naturaleza”, que puede ser advertido por las feministas radicará también, en el hecho que al estar encargada al cuidado de los demás, no solo estará adjudicada al espacio privado, sino que el contacto con el espacio público, será en pro de mantener su misma condición, reproduciendo sus mismas funciones tomando a su cargo actividades como la de acompañante del cuidado, recibiendo instrucciones y encargándose del mismo, aún puesto en riesgo su propio estado de salud, ante lo cual cabe la pregunta ¿Quién cuida a la cuidadora?.

Las mujeres en su mayoría, conforman: El sistema invisible de atención a la salud, invisible en tanto, su reconocimiento social, traduce esfuerzos no remunerados si bien excede límites de tiempos, no conoce edad de cesación, antes se consolida y se acrecienta en tanto la mujer, tenga mayor edad, configurándose con ello la mujer abuela, a la que se le adscribe los cuidados.

Si se tiene en cuenta la noción occidental, caracterizada por una concepción binaria y jerárquica, el cuidado, se puede interpretar como transversalidad pues intercepta lo humano y lo material:

*“...El trabajo del cuidado, atraviesa varias esferas de actividad económica: Une lo mercantil, con lo no mercantil, no se restringe a los*

---

<sup>13</sup> VIVEROS, Mara, en Saberes y Dolores secretos, mujeres, salud e identidad, en **Género e identidad. Ensayos sobre lo masculino y lo femenino**. Bogotá. Tercer Mundo Editores. 1996 p. 150

*hogares, tampoco a una mujer concreta, sino que, se ha organizado en torno a redes de mujeres, dentro y fuera del hogar, en la escuela, en el hospital, cadenas de mujeres que a veces confluyen en una sola persona. Cuidar es invisibilidad, denotan distintas formas de invisibilidad,.... en que no se recibe reconocimiento social, pues es inexistente en las estadísticas del bienestar, **invisible porque está interconectado con la invisibilidad de la persona**"<sup>14</sup>*

El cuidado se constituye entonces, en una actividad que invisibiliza a la mujer, en tanto se superpone a su esencia como persona. Es una paradoja, la hace necesaria, pero al mismo tiempo la limita.

Para continuar con el análisis que provoca la cita introductoria, un segundo aspecto a comentar, es una denotación de la categoría mujer que transita en la concepción de bondad y maldad..... **Ha estado acreditada para curar o perjudicar**, el rol de cuidadora ha sido un hecho históricamente indiscutible y ello, además, ha estado ligado a una serie de concesiones acerca de la mujer, dándole un carácter sobrenatural, con la capacidad de conocer más allá, tomando incluso el peyorativo de brujas a la que se hacía necesario cazar, puesto que esto la vinculaba con lo oscuro, pecaminoso y cuyo lugar de acción era su habitación privada, **la cocina**, recreada en la imaginación de sus juzgadores como el lugar donde mezclaban brebajes y pócimas, claro, habitación poco visitada por los hombres, por lo tanto, misteriosa.

El cuidado de los enfermos, niños u otros, se torna entonces una vía de expiación de su naturaleza concupiscente, al desarrollar tal actividad, debe hacerlo con un carácter servil, dócil, ignorándose para entregarse, cuidar pues, ubica a la mujer en una dicotomía categórica: *ángel o demonio*, otro paradigma de discusión para las feministas, pues reconocen que esta visión de las mujeres, en superlativo y diminutivo, traduce en realidad una forma de exclusión de lo humano, sino es humana, no tiene derechos ni posibilidades humanas.

---

<sup>14</sup> Apuntes de un pensar en proceso-1 Crisis y Beneficio Cuidados Globalizados. <http://www.nodo50.org/ts/editoria/librospdf/precarias/parte5.apuntes.pdf>

*“La mujer es la depositaria de los derechos de la especie, si bien las mujeres no se interesan de ningún modo in abstracto por ese principio superior; solamente lo comprenden in concreto expresándolo en su manera de obrar. Estos deberes no los viven como sujetos de manera consciente, sino como instrumentos no conscientes de la astucia de la especie: La naturaleza instrumentaliza a la naturaleza. “¿Y cómo iban a ser sensibles a los derechos del individuo, sino no son en realidad, individuos?”<sup>15</sup>*

Las mujeres suelen estar categorizadas en cualquier de los dos polos, dicotomía que ha alcanzado en muchas a interiorizarse de modo que ello, explicaría la tensión y los sentimientos de culpa en los que se ven enfrentadas las mujeres que quieren construir modelos distintos de vida elaborados desde sí mismas, y que al hacer colisión con los arquetipos imperantes de mujer ideal confrontan valores sociales, anhelos personales, así una profesional en su campo laboral, que ha traspasado los linderos de lo doméstico, suele presentar conflictos emocionales pues en realidad, está protagonizando una ruptura de un modelo milenariamente dominante construido por fuera de sus intereses y autonomía.

Las mujeres ya no queremos vivir sólo para otros, tenemos existencias propias y queremos escribir, sentir y vivir nuestras vidas.

*“Paradójico destino el de este reducto de naturaleza perdida, por singular incongruencia de la ideología patriarcal, los valores del corazón, la sensibilidad, el sentimiento, la espontaneidad y el amor son exaltados frente a la razón, pero la mujer que esta del lado de estos valores, no es exaltada sino para proclamar su subordinación al hombre...”<sup>16</sup>*

La exaltación y la humillación son mecanismos invisibilizantes que otorgan una valoración por fuera de los límites reales. Las mujeres no somos en esencia ni Evas, ni Marías.

*Un tercer punto de análisis es que cuidar otorga a la mujer una serie de conocimientos cuya fuente principal ha estado en la cotidianidad, en el contacto*

---

<sup>15</sup> AMOROS Celia, op. cit., p 49

<sup>16</sup> *Ibíd.* P 36

directo, con sus asistidos otorgándole experticias que no se adquieren del aprendizaje teórico, pero que en ninguna forma pueden negar la producción de conocimientos, *pues también lo empírico gesta saberes*, debido a que siglos atrás se les alejó de la posibilidad de escribir, las mujeres multiplicaron un recurso para no desaparecer, la Oralidad, ellas se encargaron de mantener sus hallazgos y aprendizajes como un tesoro alejándolos especialmente de los hombres, creando una interconexión entre ellas, potenciándola con una sororidad y reciprocidad, capacidad que las hubiesen podido constituir en el mayor grupo de resistencia, el mejor sindicato, o la más fuerte subversión.

*"Cuando las comadronas pasaron a ser marginalizadas, fue por sus prácticas sexuales fuera de la alianza matrimonial, por su inserción productiva no doméstica que les otorgaba autonomía y fundamentalmente por los saberes que atesoraban cuyas secretas particularidades transmitían a otras mujeres a través de las generaciones; catalogados como brujas funcionaban en grupo con alto espíritu de cuerpo"* <sup>17</sup>

Las mujeres para proteger sus saberes de la intromisión especialmente de los hombres, desarrollan otra capacidad, la inventiva, rodeando con misterios sus hazañas, creando fabulas que castigaran a los invasores, de ahí, que aún persistan en el lenguaje cotidiano, expresiones para ridiculizar un hecho como lo es usar la frase *"Esto es un cuento de viejas"*, al mismo tiempo se puede considerar el valor cultural del  *pudor*, como mecanismos que le generaron determinada exclusividad a las mujeres en el desarrollo de esta práctica.

Cuidar otorga a las mujeres una poderosa fortaleza, el de la sororidad. Numerosos estudios científicos demuestran que la amistad entre mujeres suele cargar demasiada fuerza y energías, la sororidad hace de ellas, un colectivo fuerte, para penetrarlo y hacerle quiebres es necesario fragmentarlo y dividirlo en contra partes, en el capítulo de parteras, veremos uno de los mecanismos de control para su desplazamiento, se dispone un grupo de mujeres con conocimientos científicos, preparación académica, pero con menos o ninguna autonomía, educadas para obedecer, que ingresan al mundo masculino sin espacios propios, y solo a desplazar sus actividades domésticas, cuya ganancia

---

<sup>17</sup> QUINTANA, Irene. "Algunas consideraciones acerca de la carrera de obstetricia" Conferencia **Jornadas del Foro Psicoanálisis y Género**. Buenos Aires 2002 p.2

se torna entonces, en una alta cuota para el desarrollo de sus potencialidades como ser humana, pues empezó a conocer fronteras y límites en sus propios territorios.

Un cuarto aspecto de análisis es la relación entre *cuidar* y cuerpo. Cuerpo lugar donde se expresa la vida individual y colectiva, templo del ánimo, soplo de vida. Los cuidados corporales tienen como punto de partida el cuerpo de la mujer, cuerpo marcado por la sangre de las reglas y los alumbramientos. La menstruación, episodio femenino que no tiene contraparte masculina, es un fenómeno fisiológico, cargado de enigmas, fabulas, y en forma poética se describe como el llanto de *un útero que no pudo cumplir su misión*. En algunas culturas suele creerse en el imaginario colectivo, que la mujer que menstrua puede producir pujos o cólicos en los bebés, por lo que debe abstenerse de tocarlos, no puede curar una herida, no puede cortar el cabello pues producirá el deterioro del mismo entre otras muchas creencias que asocian la menstruación con un momento no oportuno para que la mujer brinde cuidados.

El cuerpo sustrato biológico del ser, conector del contexto, lugar de encuentros y desencuentros, comunicador silencioso, y a la vez, estrepitoso, habitado y desolado, con sensores de la mejor tecnología, el cuerpo de la mujeres ha estado socialmente asignado al cuidado de otros cuerpos, esta imposición genérica, ha desarrollado su capacidad genética, configurándola como un radar con finísimas capacidades de ver, oír, oler, gustar y tocar a profundidad, reconoce y casi prevé cambios en los estados físicos, y anímicos de los beneficiarios de sus cuidados, lo cual pudiese ser explicativo del poder de las sanadoras brujas. En los cuidados corporales se utilizan todas las propiedades sensitivas del cuerpo, el olfato y el tacto.

*El olor permite detectar signos que anuncian un acontecimiento; Cuando una mujer está a punto de parir, es también el olor el que permite reconocer el momento exacto del parto, la mujer mayor se guía por el olor, que le indica que el bebé está a punto de salir". "De hecho, el perfume natural, está concebido como si fuera parte de la propia naturaleza de la sustancia femenina. El tacto `por las manos que movilizan fuerzas de vida y el contacto directo con la piel son fuentes de estímulo y de movilización. Las manos, al acariciar, al rozar o al hacer presión, calman, apaciguan, relajan. Mueven sensaciones cinestésicas,*

*por medio de pellizcos, fricciones, estiramientos como sensaciones térmicas, despertando sensaciones de placer o desagrado.*<sup>18</sup>

Las mamas femeninas connotan representaciones sociales diversas, es símbolo de la belleza construida sobre medidas corporales, es símbolo de fertilidad y prosperidad como lo representa la escultura de Diana de los efesios, que tiene abundantes senos, es el orgullo de la vanidad femenina que sirve como señuelo para cazar la atención de hombres, es también una área femenina normatizada para la alimentación de su prole, con el aplauso para quienes realicen la lactancia, así como injuria a la calidad de mala madre, para las que ya sea por causa natural o voluntaria no lo hagan. *“El contacto directo con los senos, zona privilegiada de estímulo olfativo y gustativo de recursos nutritivos y afectivos y simbólicamente zona de regeneración, de plenitud, o de lugar de refugio”.*<sup>19</sup>

El cuerpo femenino es símbolo de salud, belleza, vida, pecado, misterios, normas, es el lugar de paradojas sociales, pero que ha ganado genéticamente el afinamiento sensorial creado en la cultura para lograr la percepción, alivio, cuidado de otros y otras. El cuerpo femenino ha sido adiestrado entonces, para existir en función a las demandas de los otros constituyéndose desde su cuerpo en el ser para otros.

El reconocimiento del valor social de los cuidados proporcionados por mujeres se basa en la fama de su experiencia, experiencia interiorizada y vivida en su propio cuerpo, de ahí el nombre de matrona.

*Al dominar los cuidados corporales relacionados con los dos grandes acontecimientos más importantes de la vida y al conocer las virtudes profilácticas y curativas de las plantas, las mujeres se convirtieron en el único médico del pueblo... los emperadores, los reyes, los papas y los más ricos, en fin todo el conjunto del estado podría decirse que el mundo, solo consultaba a la Saga o comadrona*<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> COLLIÉRE, Op Cit. P 56

<sup>19</sup> *Ibíd.*

<sup>20</sup> *Ibíd.*, p17

Estos dominios lograron potenciar características especiales, la observación, la experimentación, que le forjaron un carácter intuitivo, empíricamente denominado el sexto sentido femenino, las mujeres pueden interpretar en la voz y en los timbres de llanto de sus infantes, las causas de sus necesidades, también pueden leer y descifrar las emociones, por ello pueden dar mejores respuestas y acompañamiento a las personas a cargo de sus cuidados.

### 1.1. EL CUIDADO EN LA PERSPECTIVA FEMINISTA

El cuidado se encuentra definido en el ámbito doméstico y es una muestra de un hecho de desigualdad de género, revela una asignación de roles impuestos, manifiesta en la división sexual del trabajo. Las mujeres son las encargadas de actividades de orden reproductivo que incluyen no solo la capacidad fisiológica de la reproducción, sino la crianza y la socialización de sus miembros en las normas sociales y culturales de su contexto, cuidar incluye atención en salud, la satisfacción de necesidades e impedimentos corporales, la protección de personas dependientes a su cargo, la interconexión con los sistemas sanitarios, que incluyen una serie de actividades que requieren tiempo, esfuerzo, dedicación y cumplimientos estrictos, cuidar de la salud de otros, así ello sea de manera voluntaria y represente gratificaciones impuestas por la cultura para la mujer, lleva unos implícitos de género importantes para analizar, estos se encuentran enmarcados además, en los contextos sociales, económicos y políticos, desde donde se definen:

*Cuando la producción de bienes y servicios se traslado a la fábrica, el hogar, quedó reducido a ser el lugar de las relaciones biológicas primarias: La división publico/privado introdujo una forma binaria de entender el mundo. Las mujeres se han asociado con la naturaleza, lo personal, emocional, el amor, lo privado, la intuición, la moralidad, lo particular, la sujeción. Los hombres se han identificado con la cultura, lo político, la razón, la justicia, lo público, el poder, el logro, lo universal, la libertad. Por su puesto contra estas categorías artificiales se han elevado las voces del feminismo. <sup>21</sup>*

---

<sup>21</sup>DUEÑAS Vargas, Guiomar “Las Enfermeras y el Cuidado: ¿Una relación natural? Conferencia ANEC. Marzo 2001. P.2

La vulnerabilidad emocional con la que se ha construido socialmente el ser femenino, la somete a una forma de victimización, que no requiere la actuación ni presencia directa de victimarios, basta con que cada una asimile el deber ser para tener en su misma conciencia, la forma de auto regular su conducta adiestrándola a los perfiles establecidos, de esta manera, las mujeres se perciben como las indicadas para el sacrificio de sus personas, y con ello involucra el aplazamiento o la no realización de sus sueños, siempre que lo requiera su familia, a la que ama y antepone en sus afectos, la disponibilidad de sus recursos tangibles y no tangibles en el desarrollo de sus otros, la ubican en el papel de imprescindible e insustituible pues su contraparte genérica no estaría dispuesta a pagar los mismos costos; creer en el cuidado como una misión superlativa, e imperiosa de su género predispone a las mujeres a correr el riesgo del refrán popular “Quien se cree redentor muere crucificado”, aparte de un epitafio sentidamente escrito, las mujeres requieren reconocimiento no solo de índole social sino económico físico y de otros órdenes.

*Cuidar la salud de otros supone un coste que impacta sobre la vida de las cuidadoras. En el área laboral: asumir el papel de cuidadora conlleva muy a menudo la exclusión –temporal o definitiva – del mercado laboral. Cuidar también tiene repercusiones sobre la disponibilidad y uso (Tiempo para sí mismas compatibilización con otras responsabilidades) y en el terreno económico (Incremento de gastos y disminuciones de ingresos). Las cuidadoras se convierten a su vez en pacientes de los servicios sanitarios.<sup>22</sup>*

Ante la pregunta, ¿Quién cuida a la cuidadora?, se debe considerar que las mujeres aplazan sus propias demandas en el cuidado no solo en su bienestar y ocio sino en el de su propia salud, exponiendo su integridad física y mental, por ello suelen consultar cuando los síntomas y signos de las enfermedades se agudizan y muchas veces se hallan en estado avanzado que hace imposible la curación y la exponen a la muerte, de ahí que en contra vía de las primeras causas de mortalidad de los hombres, que están representadas por causas sociales como la violencia y accidentes, en las mujeres se cuentan en las enfermedades degenerativas como el cáncer paradójicamente en los aéreas del cuerpo donde ella brinda vida y cuidado, el útero y las mamas.

---

<sup>22</sup> GARCIA Calvente, María del Mar “Cuidados de Salud, género y desigualdad” Escuela de Andaluza de Salud Pública. Granada. <http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/editorial.pdf>



Debido a procesos fisiológicos que le son propios –menstruación, parto puerperio menopausia- las mujeres pierden sangre y requieren una nutrición balanceada que compense sus demandas, sin embargo, suele verse que por las condición de sacrificio que acompaña la concepción de maternidad las mujeres son las que toman la última y tal vez menor ración alimenticia, para entregar la mejor parte a sus hijos e incluso al proveedor de quien no se duda debe consumir de lo mejor para mantenerse produciendo.

*La fórmula enajenante asocia a las mujeres cuidadoras otra clave política: el descuido para lograr el cuidado, es decir, el uso del tiempo principal de las mujeres de sus mejores energías vitales, cuyos principales destinatarios son los otros. Por eso, las mujeres desarrollamos una subjetividad alerta a las necesidades de los otros, de ahí la famosa solidaridad femenina y la abnegación relativa de las mujeres. Para completar el cuadro enajenante, la organización genérica hace que las mujeres estén políticamente subsumidas y subordinadas a los otros, y jerárquicamente en posición de inferioridad en relación a la supremacía de los otros sobre ellas.*<sup>23</sup>

La misma victoria del feminismo en lograr hacer parte a la mujer del mundo público y con ello protagonista visible de las soluciones a los problemas políticos y sociales de los países, ha permitido que las mujeres de estas generaciones sientan el deseo pulsátil de estudiar, superarse demostrar sus capacidades con las que siempre ha contado, hecho sin lugar a dudas positivo, logro de los movimientos feministas, sin embargo, hay una vertiente que no ha crecido en las mismas proporciones, si bien, es tarea y lucha manifiesta de las feministas, se trata de la generación de una conducta y asimilación por parte de la sociedad y las mismas mujeres, es el debate público y privado del fenómeno de la supermujer, la que a sus tareas domésticas agrega sus tareas profesionales y/o laborales que le representan la doble y triple jornada, sin la doble o triple remuneración ni afectiva o económica, pero que sin duda con el doble o triple desgaste, lo que además le mostró al sistema Colombiano lo inteligente y productiva que es la mujer como recurso y que esta no se agota con los años hasta el punto de subir la edad de jubilación para las mujeres sin distinción de las anteriores consideraciones.

---

<sup>23</sup> LAGARDE, Marcela, en Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. <http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/>

*De las transformaciones del siglo XX, reforzaron para millones de mujeres en el mundo un sincretismo de género: cuidar a los otros a la manera tradicional y, a la vez lograr su desarrollo individual para formar parte del mundo moderno, a través del éxito y la competencia. El resultado son millones de mujeres tradicionales y modernas a la vez. Mujeres atrapadas en una relación inequitativa entre cuidar y desarrollarse. La cultura patriarcal que construye el sincretismo de género fomenta en las mujeres la satisfacción del deber de cuidar, convertido en deber ser histórico de las mujeres y por tanto, deseo propio, y al mismo tiempo la necesidad social y económica de practicar en procesos educativos laborales y políticos, para sobrevivir en la sociedad patriarcal del capitalismo salvaje.*<sup>24</sup>

Redefinir el cuidado en sentido del Género, implica un cambio sustancial en las concepciones que ello tiene, no solo revalorarlo como sinónimo de abnegación con el implícito de gratuidad que se refleja no solo en las que practican el cuidado a los suyos sino en profesiones con mayoría femenina (Enfermería, partería cuya valor de reconocimiento salarial no compensa el trabajo que se realiza en horarios rígidos, que requieren aplazar las propias necesidades así el trabajo nocturno, días domingos, festivos, fiestas y ocasiones importantes entre otros, pues su labor suele interpretarse como misión y apostolado y calificárseles como ángeles con misión de servicio en la tierra), redefinir cuidado en términos de Género incluye la redistribución de funciones y la repartición equitativa del poder, entendido este no solo como la capacidad de incidir en personas y situaciones, sino alegóricamente el *Poder descansar, poder vivir, poder tener espacios propios y no de otros.*

*En el siglo XXI, ha de cambiar el sentido del cuidado se trata de maternizar a la sociedad y des maternizar a las mujeres. De ahí la contribución de las feministas: primero, al visibilizar y valorar el aporte del cuidado de las mujeres al desarrollo y bienestar de los otros; segundo, con la propuesta del reparto equitativo del cuidado en la comunidad, en particular entre hombres y mujeres y entre sociedad y el estado; tercero, la resignificación del contenido del cuidado como el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona, de cada mujer, este basada en al vigencia de sus derechos humanos, en primer término, el derecho a la vida en primera persona<sup>25</sup>*

---

<sup>24</sup> *Ibíd.* p 2

<sup>25</sup> *Ibíd.* p 5

Se concluye entonces, que el cuidado como asignación genérica a las mujeres, constituye otra forma de opresión y de aislamiento, sin embargo, siendo vital e imprescindible para el bienestar y mantenimiento de las personas, requiere una nueva definición y estructuración en una sintonía democrática de participación y compromiso de ambos géneros, en pro de mantener la equidad, y sostener los lazos de solidaridad, sin que ello signifique el aplazamiento o anulación de los intereses personales y el desarrollo de los proyectos de vida tanto de ellas, como de ellos.

## **2. MUJERES: LAS OTREDADES DE LA CIENCIA**

La historia de la ciencia no se ha terminado de estudiar y contar, al mismo tiempo cabe decir, que lo que ha sido contando presenta serios vacíos que tienen que ver con el ocultamiento, la negación, la expropiación y el desplazamiento de mujeres cuyos aportes fueron iniciadores, e impulsores en el desarrollo de lo que hoy consideramos ciencia, lo paradójico resulta de considerar, que en este campo como en muchos otros la historia tiene un corte androcéntrico, no sólo en la forma como se concibe y se gesta el conocimiento sino en la forma de avalarlo y sistematizarlo

Este capítulo se une a los intentos feministas por develar protagonismos de mujeres, al tiempo que se convierte en una denuncia contra el costo lapidario que debieron pagar las mujeres que hicieron rupturas, levantando su voz y arriesgándose a conquistar espacios prohibidos, con la consecuente huella honorífica y redentora del género femenino, haciendo serios quiebres a las estructuras políticas, religiosas y sociales de su tiempo y que le merecen ser nombradas y por lo tanto coexistir con los grandes de su tiempo.

Mujeres que demostraron la falsedad del modelo femenino aristotélico, caracterizado por una descripción peyorativa y que imperó por muchos siglos cuyas secuelas continúan en los límites expresos de acceso pleno a la mujer en todos los campos de saberes y poderes, constituyendo el techo de cristal que mantiene a las mujeres alejadas de posiciones de prestigio, situación demostrable en el hecho matemático de la proporción de mujeres en las

instancias científicas y políticas, así como en el manifiesto de prejuicios y supersticiones caducas del determinismo biológico y psicológico que se tiene de las mujeres.

En el intento de buscar respuestas sobre las mujeres en la historia de la ciencia y en la medicina, he tenido como resultado el surgimiento de más preguntas. ¿Eran en realidad una minoría?, ¿Eran solo científicas de mujeres?, ¿Tenían sesgos de género los lentes de los investigadores? ¿Eran las condiciones orgánicas femeninas determinantes?

La historia de la medicina, sin embargo, reconoce la presencia importante de mujeres, pues el cuidado, preservación y tratamiento de la salud y la enfermedad, estuvo a cargo de mujeres, lo cual, probablemente se deba a considerar lo femenino con el cuidado, lo que en algún sentido, resulta ganancioso, por el hecho de considerarse un espacio, en el que se le reconociera protagonismo; ahora bien, el que fuesen mujeres, las responsables del cuidado, hace que el acto mismo del cuidado pueda desvalorarse y se le imprimió un carácter servil, dado que fue usado como excusa de “*expiación y redención por sus naturalezas contaminadas*”, las cuales purgaban con el cuidado a personas enfermas.

Las mujeres científicas en el campo de la salud, fueron aquellas que optaron por una vía diferente a la depresión por encontrarse en el espacio doméstico, y lo utilizaron como un verdadero laboratorio de aprendizaje y conocimientos, cualificando su inteligencia, su perspicacia, desarrollando la posibilidad de probar y mezclar hierbas, en las que encontraron sustancias que hoy han salvado a la humanidad.

El espacio doméstico, por su parte, ha sido usado con eficacia por las mujeres, astrónomas, botánicas, genetistas fueron algunas de las que en el jardín de su casa, o de la ajena, observaron los cielos, estudiaron plantas y animales, y sus notas, dibujos, tablas y escritos han engrosado el saber de apariencia neutral que ocupa los manuales y que, sin embargo, esconde el trabajo de muchas mujeres.

*Ese espacio de conocimiento, espacio físico en el hogar y espacio mental y simbólico de pensamiento y cultura, ha sido ocupado por*

*las mujeres, que han negociado su presencia pública con éxito desigual en distintos periodos de la historia.*<sup>26</sup>

No fue por estar adscritas al espacio privado lo que impidió a las mujeres tener inventiva, antes obtuvieron experticias que le han otorgado autoridad (Muchos pediatras en la actualidad, dan recetas de abuelas), entonces, sino fue el ocupar el espacio privado lo que le impidió protagonizar la creación de ciencia, ¿En qué consistió que sus realizaciones fuesen examinadas, juzgadas, negadas, e invalidadas?, lamentable, si se considera que incluso muchas teorías con autorías masculinas, que provenían solo del imaginario de sus creadores se elevaron a la categoría de dogmas y se mantuvieron en el tiempo como bases constitutivas de las ciencias, podría nombrarse los postulados de Aristóteles<sup>27</sup>, cuya retahíla de las condiciones caracterológicas de las mujeres es muy larga y peyorativa, así las considera quejosas, violentas, tristes, desvergonzadas, falsas y difíciles para ponerse en acción, características, que le alejaban según él, de posibilidades de gobernar y crear.

*La sabiduría, la mirada al cielo y a la tierra con consecuencias sobre el trabajo diario, sobre la alimentación de la prole, sobre la educación, la nutrición, la salud, el parto, las plantas y los animales domésticos y de granja, son dominios de actividad en los que hoy sabemos que las mujeres han tenido una función permanentemente creadora.*<sup>28</sup>

Si la limitación, no necesariamente estuvo determinada por el espacio doméstico, entonces podríamos encontrar otras posibles respuestas, la primera a considerar, es el estigma de que por ser mujeres sus capacidades intelectuales eran biológicamente reducidas y por lo tanto presumirse incapaces de producir conocimientos que requieran operaciones de racionalidad y lógica e inteligibilidad.

El cerebro, es el órgano atribuido como el tenor de las capacidades humanas superiores, sin embargo ha sido epicentro de conjeturas en relación a la adjudicación de sexo, asociado ello con el tamaño y formas anatómicas que le

<sup>26</sup> SANTAMESES., Manuel Tiberio "Mujeres y Ámbitos de Autoridad" <http://www.revista-critica.com/articulos.php?id=16744>

<sup>27</sup> DURAN, María Ángeles. *Si Aristóteles levantara la Cabeza*. Madrid. Ediciones Cátedra, Universidad de Valencia, Instituto de la Mujer, 2000. p 36

<sup>28</sup> *Ibid.*

transfieren particularidades en su funcionalidad en tanto este pertenezca a un hombre o a una mujer. Veamos dos consideraciones al respecto y tómesese en cuenta la temporalidad de las mismas:

*En el año 1673 el cartesiano François Poullain de la Barre, afirmó que la mente, el intelecto no tiene sexo. Según él, los entonces recientes desarrollos de la anatomía mostraban la igualdad entre hombres y mujeres con respecto al cerebro y los órganos sensoriales. Si esto era así, ¿por qué no podían las mujeres desempeñar trabajos o puestos similares a los de los hombres? ¿Por qué no ser, juezas, profesoras, embajadoras, militares, científicas o pensadoras<sup>29</sup>*

Esta declaración genera una revolución en su momento, es una nueva luz, que intuiría cambios estructurales, los cuales, se darían en grados severos de lentitud, sin embargo, algunos postulados que aun persisten no tienen asidero científico plenamente demostrable, así se presenta la siguiente crítica, originada en una declaración de cuatro siglos después:

*El año pasado, (2005) Lawrence Summers, rector de la Universidad Harvard, dijo que las mujeres no tienen la capacidad intrínseca para desempeñarse en las áreas de las matemáticas y las ciencias. Veamos el contexto: siglo XXI, una de las más importantes instituciones científicas del planeta, cuyo principal representante afirma que existen diferencias en las capacidades intelectuales de los seres humanos a partir del sexo.<sup>30</sup>*

Las anteriores contraposiciones demuestran un hecho sustancial, el cuestionamiento de las capacidades inteligibles de las mujeres, lo sostiene la ideología patriarcal que se resiste en desaparecer. Sin embargo como se verá a continuación ello no siempre fue así.

---

<sup>29</sup> PEREZ, Sedeño Eulalia, las mujeres en la Historia de la Ciencia, <http://www.faq-mac.com/bitacoras/todas/?p=181>

<sup>30</sup> FLOREZ, Javier, "Mujer y Ciencia" Marzo 14 2006. [http://www.jornada.unam.mx./2006/03/14/03\\*1cie.php](http://www.jornada.unam.mx./2006/03/14/03*1cie.php)

La historiografía demuestra la presencia de mujeres en el ejercicio de la medicina con una alta valoración y categorización social, en este sentido se representan casos como los de civilizaciones Sumeria, egipcias, romanas, hebreas, entre muchos otros. El texto de Pilar Iglesia Aparicio, nos recrea de manera amena, interesante y con profundidad, apartes de esta historia, en las que se observa, una admiración a lo femenino, referido por la adoración a diosas que representaban protección, fertilidad, prosperidad: *la región de Mesopotamia, cuna de nuestra civilización, disfrutó de una época de adoración a la diosa, “en que la descendencia aún era matrilineal y las mujeres todavía no estaban controladas por los hombres.”*<sup>31</sup>

Este estereotipo femenino ubicaba a las mujeres de esta cultura, en una posición jerárquica, en la que no se hallaba en subordinación masculina, lo que no necesariamente indica dominio femenino al estilo de una contraparte del sistema patriarcal. Distintas revisiones a culturas muestran la participación de las mujeres, Pilar Aparicio, anota que durante más de dos mil años, al menos hasta las invasiones semitas alrededor del 2600 a.C., las mujeres sumerias practicaron la medicina, habiendo ejercido también, al parecer, como cocineras, barberas y escribas.

*En las sumerias, se suceden cambios trascendentales, alrededor del año 1000 a.C., la sociedad sumeria entra en decadencia y la mujer queda excluida de la educación. El papel de la mujer en el cuidado de la salud se había degradado con su desplazamiento dentro de la sociedad, al ser desterrada la cultura de la diosa.*<sup>32</sup>

En relación con la combinación mujer-diosas-salud, existen más ejemplos, así, los daneses comenzaron a incinerar a sus muertos y a adorar una nueva diosa, Nerthus, que aparece representada sujetando una serpiente. Las serpientes entrelazadas son aún hoy, símbolo de la salud. Puede que “la asociación de serpientes y curación provenga de una tradición aún mucho más remota: la asociación de la serpiente con la Diosa.”<sup>33</sup>

---

<sup>31</sup> IGLESIAS Aparicio, Pilar “La historia de las mujeres en el cuidado de la salud “Cap. VI en Las Escuelas de medicina de Edimburgo <http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/>

<sup>32</sup> *Ibid.* p 2

<sup>33</sup> EISLER, Riane, Op Cit p 80

En el antiguo Egipto, la medicina estaba ligada al culto religioso y las mujeres no quedaban excluidas de su ejercicio:

*“las mujeres participaban en el ejercicio médico, en el que existían varias categorías. En Sais, existió una escuela de medicina en la que las “Madres divinas”, especie de sacerdotisas, impartían enseñanza, fundamentalmente sobre problemas ginecológicos, a estudiantes del sexo femenino.”<sup>34</sup>*

La relación del cuidado de la salud y el estudio de las enfermedades, se inició con la observación, la experimentación, y la asunción de conocimientos y prácticas, que llegaron en manos femeninas a sobrepasar lo místico, y a tomar características pre científicas, aparece la figura de doctoras, Según Kate Campbell Hurd-Mead, <sup>35</sup>*la primera mujer doctora del período antiguo vivió en la quinta dinastía, sobre el 2730 a. C. Su hijo fue un sacerdote en cuya tumba se describe a su madre como Doctora Jefe*, así mismo el papiro encontrado por Sir Flinders Petrie o papiro *Kahun*, del año 2500 a. C., sobre ginecología y enfermedades veterinarias. Este texto muestra que se confiaba a ciertas mujeres la predicción del sexo del bebé antes de nacer, basándose en el color del rostro de la madre embarazada, y se confiaba en ellas para el diagnóstico y tratamiento de la esterilidad femenina.

*Las hebreas también tienen connotación de doctoras, si bien para esta cultura las mujeres eran las responsables de la caída del hombre delante de Dios (Yvhe), no obstante y más por asignación genérica se les encargaba del cuidado de los enfermos, al tiempo que se les veía a estos bajo los efectos de una maldición por haber pecado. Los hebreos parecen haber poseído abundantes conocimientos médicos.... Se encuentran referencias a mujeres doctoras y comadronas en diversos escritos de la tradición judía, entre otros, el Antiguo Testamento, el Talmud, el Niddah. En estos dos últimos se mencionan operaciones de obstetricia llevadas a cabo por mujeres: embriotomías, cesáreas, partos de gemelos, etc. Las comadronas conocían el uso del espéculo y otros instrumentos y eran capaces de realizar la versión occipital.<sup>36</sup>*

---

<sup>34</sup> BERNIS Carmen. *La Mujer en la Constitución Histórica de la Medicina*, Akal.Madrid, 1982, p. 207

<sup>35</sup> IGLESIA Aparicio Pilar, *Op Cit* <http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/>

<sup>36</sup> *Ibíd.*



Las mujeres al usar instrumental se convertían en cirujanas, también fueron iniciadoras de las ciencias químicas con la combinación de brebajes, los cuales fueron especialmente utilizados en obstetricia, caracterizándose en este sentido las mujeres romanas, que se les conoce como envenenadoras, no sería difícil por los hallazgos asociarlas con que fueron las que descubrieron los efectos abortivos de algunas plantas. En cuanto a la atención al parto, *“la profesión de parteras era ejercida exclusivamente por mujeres.*

El nombre obstetrix, en femenino y sin paralelo masculino como en el caso de medicus/medica está emparentado con el verbo obsto “colocarse delante” y tiene el sentido de “la que se sitúa frente a la mujer que va a parir para recibir al niño”. Sin embargo, la asistencia de médicos al parto era excepcional. La partera era objeto de valoración, y parece que su labor se extendía a la atención ginecológica, no sólo en el momento del parto. Sorano la define como “mujer conocedora de todas las causas de las señoras y experta en el ejercicio de la medicina.”<sup>37</sup>

*“Sócrates, hijo él mismo de una partera, hace una gran alabanza de las mujeres comadronas, de su capacidad para saber si una mujer está o no embarazada, acelerar el momento del parto, apaciguar los dolores y provocar el parto a las que tienen dificultades para parir. Sorano proporciona prácticamente el primer tratado de instrucciones para la formación de comadronas; se discute también la diferencia de sexos en cuanto a la forma de enfermar y se muestra partidario, en contraposición a los hipocráticos, de que las mujeres tienen una forma de enfermar característica y deben ser tratadas por mujeres”.*

En numerosos escritos romanos, por ejemplo en el “Libro de Scribononius Largus”, encontramos citas de mujeres, hijas o esposas de hombres influyentes, que habían estudiado medicina con algún maestro, pero cuya práctica no era pública, sino limitada a la familia y conocidos. Así se cita a Octavia, hermana de Augusto, que ejercía diversas prácticas y escribió un libro de prescripciones para el dolor de muelas.<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> HOYO, Calleja, Javier. “La Mujer y la Medicina en el Mundo Romano”, en Asclepios, vol. XXXIX, Madrid. 1987, pp. 125-139,

<sup>38</sup> *Ibíd.* p. 139

Gracias a los hallazgos antropológicos que complementan el trabajo de los investigadores historiadores se puede rescatar la memoria de las mujeres en la participación activa de la atención en salud. Queda demostrado, que su quehacer no sólo incluía los asuntos pertinentes con las necesidades de la salud femenina sino además toda serie de requerimientos en el mantenimiento y protección de la vida, además a la anticipación casi exacta de teorías sobre anatomía y fisiología que fuesen luego verificadas con técnicas de exploración en cadáveres y la invención de sofisticadas tecnologías, por lo que cabe maravillarse toda vez que se considere las limitaciones que en múltiples sentidos tenían las mujeres.

Ellas, sin embargo, lograron mediante la observación, la intuición, el ensayo y el seguimiento aproximarse a lo que hoy nuestro mundo contemporáneo conoce y aplica en lo relacionado a la salud, como el diagnóstico de las posiciones, la presentación para el nacimiento que pueden observarse con facilidad en una sonografía o ecografía, y que ellas pudieron interpretar con el examen manual del vientre materno y que hoy conocemos como las maniobras de Leopoldo, las que en manos expertas nos dan datos con alto nivel de certeza.

Ahora bien, retomando el objeto de este capítulo, fijemos otro punto de vista, si no fue el espacio doméstico, si no se trató de su capacidad intelectual si no lo es la ausencia de huellas en la historia, si bien, aquí he presentado solo hallazgos más antiguos, lo cuales crecerían en número en tanto aumenta la época histórica que se quiera referir, entonces, consideremos otro argumento, del no reconocimiento de las mujeres en la historia de la ciencia, y de la enajenación de sus autorías, (como el patético caso de Trótula, en relación no solo al hecho de presumir que el autor de sus avanzadas obras debía ser un hombre por lo completo y complejo de los escritos y que hace difícil pensar que se trataba de una mujer, sino además por lo que se le cambia el nombre femenino de Trótula por el masculino de Trottus ); propongo entonces el incluir el argumento del sesgo genérico en la mirada de los investigadores de la historia de la ciencia.

---

Las voces del feminismo se han pronunciado, investigar de nuevo la historia, esta vez permitiendo que la fluidez de lo encontrado, devalore lo que nuestras formas anteriores de vislumbrar las vivencias humanas, nos impidieron ver, y que están demarcadas por sesgos invisibilizantes del género femenino, en palabras de Eulalia Pérez, se trata de devolver las mujeres a la historia y la historia a las mujeres:

*No hay que olvidar los sesgos habituales que padecen los historiadores: sus explicaciones o interpretaciones han de pasar por el tamiz de lo que el paso del tiempo ha permitido que les llegara y por el de quién decidió escribir o anotar qué cosas, con la subjetividad que eso conlleva;... los historiadores han sido, por abrumadora mayoría, hombres, por lo que, en cierto sentido, la historia es masculina. Es hora de «devolver las mujeres a la historia y devolver nuestra historia a las mujeres», muy especialmente, en el caso de la historia de la ciencia.<sup>39</sup>*

La ciencia posee lenguajes y metáforas en los cuales puede ser detectados sesgos sexista, lo cual plantea interesantes cuestiones de orden epistemológico. Pérez Sedeño, ofrece tres respuestas interesantes a los cuestionamientos de este capítulo, entre los que se destaca el hecho de la educación de la mujer:<sup>40</sup>

*1...”Por la polémica sobre la educación de la mujer, que se extendería a lo largo de doscientos años aproximadamente. Recuérdese que, a partir del siglo XVI. La opinión clerical usual era que enseñar a la mujer añadía maldad estas ideas se basaban en supuestos médico-ideológicos de Aristóteles o Galeno y se mantuvieron intactos hasta bien entrado el siglo XVII. Ejemplos los hallamos en Fray Luis de León: «Así como a la buena y honesta la naturaleza no la hizo para el estudio de las ciencias ni para los negocios de dificultades, sino para un solo oficio simple y doméstico, así las limitó el entender y, por consiguiente, les tasó las palabras y razones».*

La institucionalización de las ciencias también tuvo una clara connotación de la exclusión de las mujeres de la ciencia, debido a las consideraciones que propone Pérez Sedeño:

---

<sup>39</sup> PEREZ, Sedeño Eulalia Op. Cit

<sup>40</sup> ibíd. p 3

2. "Pero la institucionalización de la ciencia que se produce a principios del período que fundamentalmente nos ocupa produjo consecuencias nefastas. Las academias científicas del XVII hunden sus raíces en dos tradiciones: la universidad y la corte renacentista. En la medida en que las academias entroncan con la tradición universitaria, clerical, la exclusión de la mujer queda explicada.... las normas institucionales no deben entrar en conflicto con los valores sociales".

La discriminación sexista se ve reflejada en hechos concretos en relación a la configuración femenina en la ciencia, así es posible observar dicha discriminación en dos sentidos prácticos:

*Las mujeres eran –son– admitidas prácticamente como iguales hasta que una actividad se institucionaliza y profesionaliza y que el papel de las mujeres en determinada actividad es inversamente proporcional al prestigio que reviste. Por otro, se han apreciado dos formas fundamentales de **discriminación**, la territorial y la jerárquica...las mujeres quedan relegadas a disciplinas y trabajos concretos, marcados por el sexo,...la falta de estatus y reconocimiento se extiende a tareas sumamente «feminizados» y a los que se les atribuye menor valor y se los contempla como rutinarios o poco importantes, por el hecho de ser realizados por mujeres.*

Las anteriores consideraciones dan luces a la comprensión del porque en profesiones como la obstetricia, se observe que fueron los hombres quienes elevaron a profesión un oficio y a ciencia, una practica tradicional y no fueron las mujeres poseedoras de ese arte y dueñas de esa practica, en tal sentido, es mas evidente la concepción de Evelyn Sullerot "cuando una profesión se feminiza se desjerarquiza" <sup>41</sup>

Más que aumentar el número de mujeres que ingresan a las universidades o a las elites o círculos científicos, se trata de generar una forma de inclusión que manifieste una forma paralela, alternativa o diferente de asumir la orientación de los hechos o fenómenos naturales o sociales, que se expresen en la creación de

---

<sup>41</sup> QUINTANA, Irene. Algunas consideraciones acerca de la carrera de obstetricia". Jornada del Foro de psicoanálisis y Género. Buenos Aires 2002.

nuevas ciencias y que de ello no se ignore el protagonismo femenino y que le de trato de iguales aunque diferentes, igualmente válida es la postura que al respecto tiene Pérez Seldeño :

*Incluir en condiciones de igualdad a las mujeres y alcanzar la equidad en la ciencia y la tecnología no sólo es una cuestión de números: la pérdida –o no admisión– del cincuenta por ciento de la humanidad significa que nuestra visión del mundo ha sido, y es, parcial. La entrada masiva de mujeres en las actividades científicas y tecnológicas tiene que producir, necesariamente, efectos beneficiosos en la ciencia, en sus prácticas y en sus instituciones.<sup>42</sup>*

La ciencia en femenino, o en la óptica y construcción femenina, tendrá alcances que beneficiarán directamente a la sociedad, pues la llenará de nuevas posibilidades, de nuevas lecturas en las demandas sociales y nuevas alternativas y direccionalidades en las formas de coexistir como géneros que aunque independientes y con potencialidades propias, somos necesariamente ellas y ellos complementarios.

### **3. PARTERAS, MUJERES REALES, HECHOS EXCEPCIONALES**

Partera, viene de obstetrix, que significa mujer que está al lado de otra, se coloca al frente y la ayuda a parir, creadoras de arte y ciencia, cuya historia se remonta al nacimiento mismo de la humanidad, presentes en el devenir humano, personajes que centran y entrecruzan historias de familias, curiosas, valientes, heroínas y criminales, sanadoras y brujas, mentirosas, con gran capacidad de inventiva, confidentes, alcahuetas, en cuyo concierto para delinquir, ocultaban secretos especialmente en personas de alto nivel socioeconómico cuya reputación se ponía en juego, con los problemas de los deslices afectivos de las jóvenes, seducidas por lo impulsos del amor .

Las parteras eran especialistas autodidactas, se habían instruido mediante la experiencia, la observación y el conocimiento recibido por la tradición oral a través de las parteras más antiguas, originando lo que se conoce como el feudo de las comadronas, pues ellas monopolizaron virtualmente la asistencia del parto hasta

---

<sup>42</sup> *Ibíd.* p 2

el siglo XVII. Con habilidades excepcionales se convertían en mujeres sabias y su fama podía extenderse de casa en casa y de aldea en aldea.

*“las mujeres que se distinguieron como sanadoras no eran solo comadronas que cuidaban a otras mujeres, sino medicas generales, herbolarias y consejeras que ayudaban tanto a hombres como mujeres”.*<sup>43</sup>

Se describen en la historia nombres de parteras famosas que gozaban de prestigio entre reyes. Aspasia de Mileto (470-410 a.C.) vivió con Pericles, el dirigente militar y político de Atenas. Según Plutarco, enseñó la retórica a muchos nobles atenienses: “A veces el propio Sócrates iba a visitarla, con algunos de sus conocidos; y los que la frecuentaban llevaban consigo a sus esposas para que la escucharan”.<sup>44</sup>

*“Entre las muchas mujeres que escribieron sobre ginecología y obstetricia, las más importantes: Cleopatra y Aspasia. Cleopatra vivió en Roma en el siglo II. Su tratado, De Geneticis, fue de general por lo menos hasta el siglo VI, cuando se confundió con la obra de “Muscio” (un parafraseador latino de Sorano). Una gran parte fue copiada también por otros escritores, pero en el renacimiento se recogió e imprimió lo que existía de la obra”.*<sup>45</sup>

La escritura y legado científico de muchas mujeres, pasaron a ser confundidos con obras de hombres, debido al poco reconocimiento de las capacidades de las mujeres, esta enajenación es producto de una concepción peyorativa de las mujeres, de no haberse incluido como producción masculina, muy probablemente también hubiese desaparecido. Sin embargo, en el caso de Aspacia, sus contribuciones fueron referenciadas y pudieron ser conocidas gracias a la publicación de un hombre médico, lo cual pudiera significar que debieron ser refrendadas.

*Aspasia era una grecorromana del siglo II especializada en obstetricia, ginecología y cirugía. Aecio de Amida, médico de un emperador bizantino del siglo VI, la citó abundantemente en su enciclopedia de medicina. Se atribuían a Aspasia once capítulos del libro de Aecio sobre ginecología y*

---

<sup>43</sup> EHRENCREICH, Barbara Deirdre English “Por su propio bien” 150 años de consejos de expertos de las mujeres . España. Taurus Humanidades traducción Maria Luisa Rodríguez 1990. P 46

<sup>44</sup> ALIC, Margaret, El legado de Hipatia. Historia de las mujeres en la ciencia desde la antigüedad hasta fines del siglo XIX. Madrid, Siglo XXI Editores, 1991, pp. 39-40

<sup>45</sup> *Ibíd.* p 47-48

*obstetricia". Los textos de Cleopatra y Aspasia fueron los más importantes escritos femeninos de medicina hasta la obra de Trótula .<sup>46</sup>*

La influencia femenina no obstante, estuvo presente en pensadores importantes, amadores del conocimiento, como Sócrates

**TRÓTULA DE SALERNO (¿- 1097)** Es otra mujer pionera en la historia de la medicina, no solo se destacó en su ejercicio sino que es considerada la primera ginecóloga de la historia. El avance de sus teorías, se hizo posible gracias a que ejerció la medicina, en un centro médico que estaba desconectado de la iglesia católica. La historia reconoce la actuación de mujeres médicas en los famosos círculos de científicas "Damas de Salerno", lo cual tiene un probable implícito cual es, que el desarrollo y adelanto de las teorías científicas que mostraban mayor avance, se deba a la conexión de las mismas con la propia experiencia como mujeres, por lo cual, ellas entendían las razones físicas de los dolores femeninos y le tenían mejores explicaciones, muchas de las cuales han sido corroboradas por la medicina moderna. Ejerció extensamente la medicina y la docencia, y escribió varios tratados, entre ellos: "Passionibus Mulierum" (Trótula Maior), que fueron textos en las escuelas de medicina hasta el siglo XVI.

El aporte de Trótula, fue significativo en tanto el alcance de su trabajo y exploración científica, no solo contribuyó a desmentir sesgos en la salud de las mujeres, sino que además favoreció que se produjera el renacimiento médico en el oscurantismo científico europeo. Trótula hizo quiebres a la figura femenina impuesta, la enferma natural a causa de sus eventos fisiológicos propios.

*Sus teorías médicas fueron increíblemente avanzadas. Hablando del control de la natalidad, de las causas y tratamientos de la infertilidad señaló que es "igualmente frecuente que la concepción se vea impedida por un defecto del hombre como de la mujer". Desde tiempos de Aristóteles hasta el siglo XVII, las enfermedades de la mujer se relacionaban a la menstruación. Las primeras descripciones de esto, las realizó Hipócrates, no obstante, Trótula de Salerno fue más allá y buscó*

---

<sup>46</sup> *Ibíd.* p 48

*desvanecer el burdo prejuicio de la época en relación a que los efectos de la menstruación en la mujer las convertían en “venenosas”.*<sup>47</sup>

A pesar de que la historiografía da testimonio de esta mujer, sin embargo, historiadores de la medicina consideraron que sus libros eran demasiado profundos para la mente de una mujer y trataron de eliminarla de la historia. Murió en 1097, ya en el siglo XII, algunos copistas empezaron a atribuir sus libros a su marido, hasta que su nombre fue definitivamente sustituido por su forma masculina: Trottus, para el siglo XV ya se negaba su existencia y en el XVI el historiador alemán Karl Sudhoff, definitivamente borró de la historia tanto a ella como a las damas de Salerno, arguyendo que como eran comadronas y no médicas no podían haber escrito sobre materias tan complejas como la obstetricia o la cirugía. Según él, de esos temas sólo podían escribir los hombres.

Como estas mujeres también se cuentan otras que a continuación se detallan:<sup>48</sup>

*Luisa Burgedis* (1563-1632), asistió a la reina de Francia en el parto de Luis XII, publicó un libro sobre obstetricia que fue traducido al alemán.

*Margarita Tertre*, publicó un libro a modo de preguntas y respuestas de una matrona joven a una experta.

*Madame de la Chapelle*, la más famosa de todas las comadronas francesas, escribió un libro basada en sus propias observaciones recogidas en 40.000 partos. Las parteras francesas se dedicaron a perfeccionar la práctica por lo que la obstetricia se desarrolló allí antes que en otro país, y de ahí se difundió.

*Justine Stegemundin*, que además de practicar la versión podálica, la mejoró con una maniobra que lleva su nombre, en 1686 publicó una obra que contribuyó notablemente a mejorar el arte obstétrico, por sus aciertos merece ser nombrada comadrona de la corte de Berlín.

*“Y con estas famosas mujeres, parece ser que cesa la intervención femenina en el progreso de la obstetricia. La mujer perdió preponderancia y la matrona pasó actuar de forma secundaria. Al mismo tiempo llama la atención que tampoco consten en la literatura nombres de mujeres que*

---

<sup>47</sup> Biografía de Trotula de Salerno en la red <http://www.fmujeresprogresistas.org/fichavisibilidad/Trotula.htm>

<sup>48</sup> RODRIGUEZ, Rozalem Maria, *Manual práctico para matronas*, Madrid. Aran Edicions 1999. p 24



*siendo licenciadas en medicina, hayan contribuido en algo al desarrollo de la obstetricia”<sup>49</sup>*

Sin embargo, las parteras no se han extinguido, continúan en muchos países ejerciendo su profesión, hoy se pueden clasificar como las que tienen formación académica y las parteras tradicionales o empíricas. Tienen la capacidad de llegar donde no puede entrar una ambulancia o donde los estados, con sus sistemas e instituciones de salud no han ingresado, tienen el monopolio y son preferidas como en países como Holanda, Argentina, en donde gozan de una categorización social importante, además de ser partícipes en el diseño de políticas de protección a la salud materno infantil se asocian, pronuncian sus derechos, pregonan su cultura, como las hermosas parteras de la costa Pacífica Colombiana.

Su presencia es notoria, por lo que han estimulado el pronunciamiento de las entidades gubernamentales, en algunos casos para apoyarlas, otros para controlarlas e incluso extinguirlas; presentes en los pronunciamientos de entes de gran referencia para el sector salud como La Organización Mundial para la salud O.M.S. y La Organización Panamericana de Salud O.P.S. que las reconoce como un talento humano con potencialidades para mantener la salud de la mujer y prevenir la mortalidad materna.

*“La Organización Panamericana de la Salud (OPS) está trabajando intensamente en la región para reforzar el trabajo de enfermeras y parteras, como parte del objetivo de lograr una mayor equidad en salud ...”El objetivo de la OPS es profesionalizar el trabajo de enfermería y partería a través de programas de escolarización, de promoción y extensión de educación en postgrado, entre otras actividades, este fortalecimiento incluye, además que sean incluidos en niveles de toma de decisiones pues representan el 60% del recurso humano en salud y son claves en la extensión de la atención primaria.<sup>50</sup>*

Estas mujeres, además han dado vida y nombre a una profesión, aunque en medios como el nuestro la imagen de la partera y comadrona suele asociarse con

---

<sup>49</sup> ibíd. p .25

<sup>50</sup> OPS “El trabajo de las enfermeras y parteras es clave para lograr equidad en salud.”Comunicado de Prensa. DC 12 DE mayo del 2004.

curanderas, prácticas mágicas condenables o peligrosas, ellas, inmortalizaron sus nombres como lo deja ver Libia Restrepo:

*“Debe observarse que desde el siglo XVIII, los médicos preferían autodenominarse tocólogos \_de tocología- para oponerse y diferenciarse de obstetricia, cuyo nombre se deriva de la palabra latina Obstetrix que significa comadrona; el esfuerzo de los médicos se hizo en vano, porque de todas maneras no fue posible sustituir plenamente el término obstetricia y este ha gozado de una permanencia inexorable”*<sup>51</sup>

El hecho que se constituirá en un elemento diferencial, de las parteras con los médicos ilustrados, era el que aquellas no limitaban sus funciones solo a la atención de los partos, sino que además, participaban con las mujeres en sus decisiones reproductivas, el control natal, y hasta la interrupción de un embarazo no deseado, situación que por ser clandestina, se realizaba en condiciones no aptas produciéndose en muchos casos la muerte materna, sin embargo, solía haber cierto silenciamiento en los familiares de las mujeres, por lo que en solo casos muy excepcionales se producían juicios en contra de ellas, sin embargo, y dado que esto era como un secreto a voces, fue precisamente, uno de los argumentos contundentes que favoreció el desplazamiento y la persecución de las parteras.

*La partera como figura social, fue la primera profesión a cargo de las mujeres, visualizada como tal, y con características de ejercicio liberal,.... fue desjerarquizada como aborteras, se les coartó el ejercicio liberal de la profesión, reproduciéndose la marginalización que excluyó en su momento a las comadronas.*<sup>52</sup>

Siguen estando presentes en las estadísticas oficiales, el reporte de sus labores siempre va acompañado curiosamente por el contexto en el que ejerce una forma que evidentemente demuestra a mi modo de ver, que es imposible desaparecerlas, pues se mantienen las condiciones que demandan su presencia como es el caso de México donde las parteras curan a las familias, aconsejan sobre planificación familiar , en lugares donde ningún médico llega, sin embargo,

---

<sup>51</sup> RESTREPO, Libia Josefa “Médicos y comadronas o el arte de los partos “La obstetricia y la ginecología en Antioquia en 1870 – 1930. Medellín. IDEA 2004 p 59

<sup>52</sup> QUINTANA, Irene Op cit p3

su quehacer ha sido históricamente minimizado por las autoridades médicas.<sup>53</sup> En Colombia, las parteras tradicionales, atienden cerca del 30% de los partos que se presentan en las zonas urbanas marginadas y rurales.<sup>54</sup>

### 3.1 UNA LABOR ENTRE DOLORES Y SANGRES, EN LA DILATACION Y EL BORRAMIENTO DE NOMBRES E HISTORIAS.

Entre antagonismos, persecuciones, difamaciones, intento de separar las redes de solidaridad y apoyo mutuo, el sometimiento en situaciones de aislamiento y dependencia, el denominador de irracionalidad, el peyorativo de supersticiones y otras más fue el contexto y el concierto en que debieron actuar las parteras en el intento de conservar una práctica que en sí misma había ayudado a preservar la misma especie humana. Así en Europa, este conflicto tuvo connotaciones agresivas, tomando la forma de lo que desde allí, hasta casi todo el occidente se conoció como la caza de las brujas, que a su vez estaban en simultánea con varios acontecimientos históricos como la reforma, el inicio del comercio y un período de levantamientos contra la aristocracia feudal.

La Inquisición publicó el libro: el *Malleus Malleficarum* -El martillo de las brujas, que advertía "*los peligros de las mujeres librepensadoras*". Entre las mujeres estaban las comadronas por su práctica herética de aplicar conocimientos para aliviar los dolores del parto -un sufrimiento que, para la Iglesia, era el justo castigo divino. **Durante trescientos años de caza de brujas, la Iglesia quemó en la hoguera nada menos que a cinco millones de mujeres.**

*Se ha calculado una media de 600 ejecuciones anuales especialmente en la hoguera, es decir de a dos diarias excepto los domingos, En la región de Wurzburg murieron 900 brujas en un año y 1000 en la de cómo. En Toulouse fueron ejecutadas 400 en un día. En la diócesis de Tréveris en 1585, dos pueblos quedaron solo con una mujer cada uno. Muchos autores han calculado el número total en millones. Las mujeres jóvenes,*

<sup>53</sup> RUIZ, Miriam. *Las parteras, un trabajo históricamente despreciado*, <http://www.cimacnoticias.com/noticias/02jun/s02062501.html>

<sup>54</sup> HINCAPIE Elizabeth, Valencia Claudia "Capacitación de las parteras y su relación con la mortalidad perinatal en el municipio de Quincha, Colombia", *Revista Colombia Médica*. 2000. Vol. 31 No.1

*viejas y niñas en el 85% de los casos representaron las ejecuciones....Entre ellas, mujeres sanadoras sin títulos, campesinas.”<sup>55</sup>*

Acusadas de copular con el diablo, y de cualquier otra fantasía misoginica de quienes eran encargados de realizar las investigaciones y ordenar las absurdas ejecuciones, sin embargo, los hechos reales podían involucrar eventos normales de la práctica curativa como aliviar el dolor, normalizar el sueño entre otras muchas, sin embargo, el verdadero crimen era que la condición de mujer estaba proscrita para el ejercicio de curar.

*“Pues hay siempre que recordar, como conclusión, que por brujos entendemos, no solo aquellos que matan y torturan, sino todos los adivinos, encantadores, prestidigitadores, magos que vulgarmente se llaman sabios y sabias... y en este grupo incluimos a todos los brujos buenos que no causan males, sino bienes, que no dañan ni destruyen, sino que salvan y asisten los partos... sería mil veces mejor para la tierra, que todos los brujos, especialmente los benefactores, sufrieran la muerte.”<sup>56</sup>*

El reconocimiento que las acciones e intenciones de las mujeres que ejercían como parteras era solidario y que no llevaban la intención de producir daño, no podía de alguna manera preservarles la vida, pues era el hecho de utilizar su tecnología, el adiestramiento de sus manos en el cambio de posición del bebé, el uso de brebajes que aliviaran el dolor y acortaran el sufrimiento o detuvieran las hemorragias, con las que ellas daban muestras de una violación a una ley escrita en la naturaleza, y que era afianzada por la idea del castigo divino por el pecado de Eva, ellas desafiaban el castigo.

*La máxima ira de los inquisidores era en contra de las comadronas....  
“Las mayores injurias a la fe en cuanto a la herejía de las brujas son las cometidas por las comadronas; y esto queda mas claro que la luz del día en las confesiones de algunas que después fueron quemadas”<sup>57</sup>*

Junto con estas mujeres, murieron muchas posibilidades que retrasaron el avance científico y ocasionaron muertes por epidemias que cruzaron océanos como la sífilis y otras muchas cuya solución se encontraba en elementos de la naturaleza que exploraban y experimentaban las sanadoras, pues sus prácticas iban acompañadas de observaciones, e investigaciones que hoy pudieran tomar el

---

<sup>55</sup>EHRENREICH, Bárbara, *Op. Cit.* p 47

<sup>56</sup> ibíd. p 48

<sup>57</sup> ibíd. p 48

nombre de casos y controles, cuyas ganancias por provenir ellas de manos de mujeres, no solo eran de sus saberes, sino de toda la humanidad.

El uso de sustancias, presentes en las plantas ya han sido probados por la medicina actual, las sanadoras usaban por ejemplo, el cornezuelo para acelerar el parto, la belladona para inhibir las contracciones uterinas en el caso de aborto o parto pre término, e incluso la digitalina, droga para el corazón fue descubierta por una “bruja” inglesa.

Ellas ya contaban con criterios que hoy podríamos validar como científicos, muy distinto a la emergente clase de curadores, barberos que luego tomaron el apelativo de cirujanos por la habilidad y manejo de navajas y elementos corto punzantes, y médicos que investidos del poder eclesial, ejercían con muchos mitos y errores de su padre fundante Aristóteles, que carecía de los conocimientos de anatomía y basaba sus teorías en supuestos que en ninguna manera beneficiaba a la mujer, considerando entre otros, bajo nivel de posibilidades para la razón por tener el cerebro más pequeño *y por ser más fría. Fueron las brujas sanadoras las que aumentaron el conocimiento de músculos huesos, mientras los médicos seguían basando sus conocimientos en la astrología y los alquimistas seguían intentando convertir el plomo en oro*.<sup>58</sup>

El asedio no sólo tomaba el interés de librar a la humanidad de influencias demoníacas, sino que escondía rivalidades por el posicionamiento en el arte de curar, lo que le da una nueva connotación al problema y otra nueva víctima, no la campesina conocedora del campo, sino la dama erudita, que competía por la clientela urbana importante, el ejemplo lo constituye Jacoba”

*Seis testigos afirmaron que Jacoba les había curado, incluso después de que numerosos doctores se hubieran dado por vencidos, y un paciente declaró que ella era más experta en el arte de la cirugía que cualquier maestro médico o cirujano de Paris. Pero estos testimonios se usaron contra ella, ya que la acusación no era que fuese incompetente, sino el*

---

<sup>58</sup>ibíd. p 50

*mero hecho de que, pese a ser mujer se atreviera a practicar curaciones”<sup>59</sup>.*

En este particular ejemplo, la diferencia de clase estaba por debajo de la diferencia de género, el cual, ha sido de antaño un marcador de sesgos para la inclusión de posibilidades que representen autonomía, autoría o autoridad, de ahí que el atentado contra las comadronas no era una lucha solo por el conocimiento o la práctica misma de la medicina, sino que pone al descubierto la intromisión de mujeres en el mundo público, espacio de dominio masculino. Ese orden masculino, que no contaba con las sensibilidades indispensables para interpretar el dolor, los límites humanos, ellas sí, mujeres en vanguardia, que podían trasladarse a las casas, a cualquier hora, por cualquier camino, y que de no tener la solución, no por ello tenían las manos vacías, pues ellas mismas representaban elementos terapéuticos, de acompañamiento incluso en la muerte.

La jerarquía de género en el sistema patriarcal, debía asegurarse, por lo cual desaparecer a las mujeres en actos públicos como la hoguera simbolizaba una advertencia para cualquiera que intentará continuar su labor, la jerarquía masculina estaba ligada a juicios de moral e intelectualidad superior. La salud de la humanidad sufriría las consecuencias, como en el presente cualquier sistema que intente invalidar el protagonismo femenino y mantener la desigualdad basada en la equívoca concepción de diferencia, sufrirá la pérdida de posibilidades y potencias que encarna el género femenino.

La desaparición del contrincante por cualesquier medio, hace parte de una maquinaria patriarcal, en donde se alejan posibilidades de consenso, intercambios y negociaciones, el válido era el que pudiera superponerse al otro, el que pudiera confabular a su merced otras instancias de poder, por consiguiente se requirió de un concierto para delinquir, un complot preparado para reducir la capacidad y el accionar de mujeres sanadoras, que ocurrió en todos los órdenes.

---

<sup>59</sup>Ibíd. p 51

Tales mecanismos, se contaban desde la campaña del convencimiento colectivo de lo erradas” de sus prácticas, a través de comunicados, leyes, informes que achacaban las muertes a sus accionares, hasta lo realmente más grave, que fue el convencimiento a muchas de ellas mismas y el consecuente abandono de su oficio, deponiéndolo y beneficiando con ello a un sistema, que no tenía la ciencia construida por ellas, ciencia definida como el arma de descubrir, comprender y saber usar, saber con poder.

*“Así comenzó el asedio de médicos y cirujanos a las comadronas, estas mujeres conocían y ejercían el arte pero eran tildadas de ignorantes por médicos que nada tenían que ver con el cuerpo de las mujeres y se nombraban así mismos como teóricos muy importantes; los médicos dictaban nuevas normas de validez a los conocimientos, estaban afanados por corregir un asunto que no sabían que era, como se hacía”<sup>60</sup>*

La verdadera amenaza que constituía la mujer sanadora, partera, según Collière, está contenida en tres premisas:<sup>61</sup>

*-La amenaza de ser mujer, es decir impura, fuente de pecado.*

*-la amenaza de haber adquirido un conocimiento vivido del cuerpo, cuerpo proclamado como bajeza en donde se exaltaba el espíritu, cuerpo que contenía zonas viles, relacionadas con el pecado.*

*-la amenaza de tener un poder sobre la vida y la muerte al igual que Dios,*

La propia mujer había terminado por compartir el odioso prejuicio de creerse inmunda. Se escondía para parir. Se ruborizaba al amar y al dar felicidad, pedía casi perdón por ser, por vivir. Se debía entonces luchar por demostrar quienes realmente eran las mujeres, reivindicarlas en todo, especialmente como humanas con derechos. Acusadas de no eruditas, no tenían posibilidades de remediarlo, incluso hasta finales del siglo XIX, cuando en un ligero cambio, relata Anna Hamilton, que terminó sus estudios en la faculta de medicina de Montpellier en 1900 :

---

<sup>60</sup> RESTREPO, Libia Josefa op. cit p 60

<sup>61</sup> COLLIÈRE, Op. Cit. P 8

*Mi presencia extrañó a todo el mundo, estudiantes y médicos. Yo era la única estudiante, y cada uno exponía sus ideas sobre la mujer médico. Uno de los mejores internos hizo en el anfiteatro su profesión de fe en los siguientes términos: una mujer médico ya no es una mujer, ahora, tampoco es un hombre, por lo tanto no es nada de nada”<sup>62</sup>*

### **3. 2 CONFLICTOS DE PODERES. ENTRE LA CONCIENCIA MORAL, LA RACIONALIDAD CIENTÍFICA, LA TRADICIÓN CULTURAL Y LA LÓGICA DE LOS AFECTOS**

El reconocimiento entre las mujeres parteras, del conocimiento adquirido por medio de años, los cuales son saberes genealógicos, junto con las posibilidades de ensayar y avalar nuevas técnicas, que incluso hoy, traducidas en lenguajes científicos encuentran respaldo, ¿no fue suficiente para significar su autoridad? ¿Por que no pudieron acceder a los espacios legitimadores del conocimiento: escuelas y universidades? ¿Qué representaban ellas para quienes quisieron desaparecerlas? ¿Qué influencias generaban en las mujeres que pudiera alterar la normalidad del sistema? ¿Qué construcciones ideológicas en la política, religión ciencia, se colocaban en riesgo con la presencia y actuación de estas mujeres? ¿Qué argumentos se encontraron las mujeres para continuar ejerciendo su oficio, aun de manera ilegal? Para intentar responder estos cuestionamientos, se tomarán como referencias el análisis derivado de las siguientes autoras, así Quintana, plantea que:

*La exclusividad de las mujeres en la atención del parto a partir de criterios biológicos fue posible en circunstancias histórico políticas y económicas determinadas, durante las cuales, el campo intelectual estaba vedado para el género femenino, su sexualidad era calificada como demoníaca y su cuerpo considerado como mero recipiente de la fecundidad masculina. Cuando las comadronas pasaron a ser marginalizadas, lo fueron por sus prácticas sexuales fuera del matrimonio, por su inserción productiva no doméstica que les otorgaban autonomía y fundamentalmente por los saberes que atesoraban, cuyas secretas particularidades transmitían a otras mujeres a través de las generaciones.”<sup>63</sup>*

---

<sup>62</sup> ibíd. p 7

<sup>63</sup> QUINTANA, Irene *Op cit* p 2



La decadencia de la partería por parte de las mujeres, pudo estar entonces asociada a su vida personal, la cual fue un criterio de exclusión en tanto que quienes estaban a cargo de regular los demás poderes y saberes en congruencia a sus postulados de fe y su cosmovisión, dictaban reglas de moralidad, lo que hacía necesaria certificación de calidades de alta moral a quienes pretendían ejercer; ello se convertía en mecanismo de control, pues quienes no se alineaban a sus credos, perjurarían en caso de infanticidios, los cuales pudieran ser aplicados por mujeres con alta natalidad, mayor grado de pobreza y dependencia.

*“El desinterés por la maternidad, la vida escandalosa; los placeres exóticos, vetados, pecaminosos; los instintos, el ocultamiento del parto, la virginidad, la inocencia, la proscripción de la parte animal, el pudor inocente y natural, la castidad, la ignorancia, y el ocultamiento de la sexualidad y la reproducción, como nacen los niños, las causas de las muertes, los nombres metafóricos que se le dan a la menstruación, al embarazo, al parto, a los genitales, tener todos los hijos “Que Dios quiera” etc., en todos ellos, el origen en una moral cristiana, es evidente como ya se ha dicho, el que sea un médico el que escriba no atenúa su propio contenido religioso o de otros dominios además del médico.”<sup>64</sup>*

Sin duda, una explicación de la disminución en la oferta de las mujeres parteras, esta relacionada con la no inserción de las mismas al mundo académico, sin embargo de ello no puede enajenarse la responsabilidad del mismo sistema que le impedía el acceso formal a niveles altos de formación para elevar su oficio u arte a ciencia, “Sin embargo los médicos ilustrados advirtieron que este era un campo de saber y unas prácticas que se podrían y debían incluir entre los asuntos de ciencia a instancias de una biopolítica “<sup>65</sup> Al interiorizar las mismas parteras, su escaso conocimiento formal, asumen como privilegios que otros, teorizan y enseñan sin previo conocimiento de causa, como lo expresa, una matrona profesional :

*“La causa fundamental de esta decadencia se debe a una escasa instrucción... las mujeres no incorporaron a su técnica las nuevas*

---

<sup>64</sup> HENAO, Guillermo. En Ideología Obstetricia y Sociedad. IATREIA/VOL 12/N° 2/JUNIO/1999

<sup>65</sup> RESTREPO Libia Josefa op. cit p 60

*doctrinas, que se extendían por Europa, "...si a su gran experiencia le hubieran sumado el estudio, hubieran sido protagonistas indiscutibles del desarrollo de la ciencia obstétrica, pero parece que no fueron conscientes de su responsabilidad histórica, ni del potencial de conocimiento que estaban desperdiciando.... Debemos disculparlas... lamentándolo profundamente desde mi doble condición de mujer y de matrona, debo reconocer que la obstetricia dejó de ser un oficio y se elevó a **la dignidad de ciencia**, solo cuando cayeron las viejas barreras y supersticiones... y fue accesible al estudio y la intervención asistencial por el hombre apareciendo la figura **del obstetra varón**"*<sup>66</sup>

La anterior declaración corresponde a una mujer matrona profesional, presidente de la comisión nacional de la especialidad en España en el año de 1.999, deja ver algunos elementos de géneros claves en el análisis: el acceso al mundo académico estaba denegado para las mujeres, quienes estaban adscritas al espacio privado; porque no pensar de la dignidad de la obstetricia hubiese estado en haberles permitido patentar sus conocimientos.

Si las parteras tenían supersticiones, los respetables médicos también que ingresaron al mundo de la obstetricia cargados de unos conocimientos erróneos basados en supuestos de quienes tenían en la religión y la filosofía androcéntricas las bases teóricas de sus conocimientos y carecían de la observación y la experiencia; de hecho la misma ciencia médica era cooptada por los sacerdotes y muchas de sus técnicas iban acompañadas de rituales.

*"los tiempos cambian, los argumentos no. A finales del siglo XIX los médicos usaban cloroformo y otros medicamentos que a menudo producían la muerte, igualmente usaban los fórceps, que producían rupturas uterinas y muertes por hemorragias al tiempo que tenían epidemias de fiebre puerperal recurrentes en los hospitales, pero desde su punto de vista la ignorancia de las parteras era la causa por las que ha ella se le morían las mujeres."*<sup>67</sup>

El ingreso del obstetra varón si bien permitió ingresar la obstetricia a la academia, le indujo a rivalizar con las mujeres así en el 1513 Roesslin, escribió un libro

<sup>66</sup> RODRIGUEZ, R. María Op. Cit. p 20

<sup>67</sup> RUIZ, Miriam Op. Cit p1

titulado Jardín de Rosas, en cuyo prologo escribe la siguiente sátira “con el fin de corregir **la supina ignorancia** de las comadronas en el arte obstétrico...” con el cual se educaron las comadronas inglesas durante 100 años”.<sup>68</sup> Cien años leyendo, estudiando y aprendiendo un libro que comenzaba por convencerlas de lo ignorantes que eran, y así mismo reproducir una idea de inferioridad.

Los procesos de exclusión y segregación de las mujeres no han sido sutiles, si no abiertos y claros. Algunos ejemplos de estos procesos son los siguientes:

*\_ La expulsión de las mujeres de la actividad sanadora cualificada y su expulsión de los itinerarios formativos de base científica que desde el siglo XII hasta hoy, siempre han pasado por los estudios universitarios.*

*\_ la desautorización de su conocimiento y de su forma de practica unas veces por su contemporáneos, otras por generaciones posteriores de médicos o científicos (varones), reacción a reconocer legados y genealogía de mujeres en su pasado.*

*-Los procesos de negación de autoría y de cancelación de la autoridad de las mujeres que pese a todo han practicado medicina desde presupuesto científico*<sup>69</sup>

En Colombia, el asedio a las comadronas, la vigilancia de sus actividades encontraron mayor respaldo y validez en reglamentaciones como expresión de control biopolítico, así, el 8 de Junio de 1905 se expidió el decreto No. 592 que contenía la Reglamentación de los servicios de obstetricia y de Parteras, de esta manera se obtiene un nuevo alcance, el cual significaba colocar los nacimientos como un asunto también del Estado.

*“Las regulaciones proscibieron el ejercicio de las viejas comadronas, para imponer a las parteras y “profesoras en obstetricias con estudios avalados y licencias, pero los efectos de las reglamentaciones no se hicieron esperar, en nombre de la confianza y el pudor y quizás por razones más profundas las mujeres se rehusaron a cambiar “La confianza no se decreta”, entonces tantas las parturientas como sus compañeras de parto fueron sometidas, mediante normas a una objetivación y a una individualización , es decir a prácticas de escisión”*<sup>70</sup>

<sup>68</sup>RODRIGUEZ, Maria *Op. Cit.* p 23

<sup>69</sup> *Ibíd.* p 58

<sup>70</sup> RESTREPO, Libia *Op. Cit* p 92

Las parteras siguieron su labor y continuaban siendo preferidas con lo cual, se hacia necesario controlarlas desde la cercanía, se establece un mecanismo y es el de insertarlas formalmente a programas de capacitación y de esta manera ellas ganarían el ingreso al mundo académico solo que en condiciones diferentes, esta capacitación resultaría en un adoctrinamiento de los modelos médicos occidentales en la atención de los partos. Certámenes de carácter científico eran la oportunidad de fortalecer el gremio médico, no sólo en la dispensación de conocimientos y técnicas novedosas sino en la oportunidad de plantearse soluciones estratégicas a los problemas de salud pública que pudieran enfrentar y que avalados por la comunidad medica académica, redundaría en el hecho de sostenerse como guardianes de la salud colectiva, por lo que se registra:

*En el Segundo congreso Médico que se realizo en Medellín en 1913, los médicos Luis F, Calderón y Miguel Jiménez López presentaron una ponencia titulada “Necesidad de Escuelas Nacionales de Enfermeras y Comadronas.” Los autores de la ponencia planteaban que Colombia era uno de los pocos países que carecen de instituciones universitarias que formen enfermeras y en tal sentido resaltaron ese vacio de nuestra enseñanza médica. “Las enfermeras y comadronas no son otra cosa que las yerbateras autenticas, con sus mismos brebajes seculares y con sus prácticas absurdas y grotescas.”<sup>71</sup>*

Este hecho, en análisis de Libia Restrepo, tenia unas variables interesantes, el que se describa que existía carencia en el número de enfermeras para la atención de los enfermos y sus familias, los médicos y la sociedad en general, tenia una razón poderosa e ilustrativa era sin duda, en palabras textuales “La urgencia de establecer una organización jerárquica”, lo cual sin lugar a dudas se encuentra claro en la cita a la que nos refiere Restrepo,

*“El médico que quiera estar seguro de la correcta aplicación de un tratamiento, del resultado de una intervención tiene que consagrarse por sí mismo al lado de los enfermos, a los más humildes y triviales oficios prodigando en ellos tiempo y energía que pudieran ser empleados en una manera más noble y fecunda”<sup>72</sup>*

---

<sup>71</sup> *Ibíd.* p 94

<sup>72</sup> *Ibíd.* p 96

Es decir, para lograr ser eficaz el médico necesitaría la ayuda de profesionales idóneos, y las comadronas osarían no querer ser las que completaran la labor médica con el encargo de los triviales oficios.

*“ se requería de obligaciones contraídas y obediencias jerarquizadas que incluían el reconocimiento de una autoridad, las enfermeras debían permitirle al personal médico, que ejerciera el poder aceptando una división del trabajo con un rango inferior para las tareas que ellas desempeñaban, en el concepto de los médicos las comadronas y las asistentes comunes les faltaba” esa disciplina inexorable”, para ubicarse con toda la corrección en el lugar que les correspondía:” **no es uno de los mejores defectos en esta Segunda clase de enfermeras (Las comadronas ), la suficiencia con que se empeñan en hacer valer su opinión y levantar su actitud por encima del médico. De esta manera también se hicieron manifiestas las competencias y rivalidades entre médicos y las comadronas.**”<sup>73</sup>*

Esa autonomía en sus prácticas, la simplicidad de sus manejos y la acertividad en su arte, le impedían a la partera negociar con lo que de su experiencia había aprendido, tanto que los escritos de la historia de la obstetricia institucional en Colombia, no pueden omitirlas, claro que en palabras de sus narradores suele descifrarse que esta contienda dejó en las antiguas generaciones médicas en el país un sin sabor de haber encontrado alguien que fuese capaz de sostenerse en pie, y de resistir por lo que continúan estando en su vocabulario términos que muestran pruritos y así lo comenta un galeno:

*Bien avanzado el siglo XX la atención obstétrica todavía corría a cargo de las comadronas en el mismo domicilio de la parturienta Sólo las pacientes de caridad disponían de asistencia institucional, lo que era aprovechado por las facultades de medicina para adelantar sus programas.*

*Por allá en los años veinte, en Bogotá -según nos refirió en alguna ocasión el profesor Carlos Julio Mojica- los médicos obstetras contaban con la ayuda eficaz de comadronas- enfermeras certificadas, a las cuales él describía como "de tabaco, mantilla y telaraña".<sup>74</sup>*

---

<sup>73</sup> Ibid. p 97

<sup>74</sup> Obstetricia Institucional [http://encolombia.com/siglo%20xx4\\_ginecobstetricia.htm](http://encolombia.com/siglo%20xx4_ginecobstetricia.htm)

Este autor, está convencido del hecho que era la poca existencia de instituciones hospitalarias, la que mantenía la atención obstétrica en manos de las parteras bien avanzado el siglo veinte, pero destaca un elemento clave, y es que si existían pero eran de carácter público y las pacientes asistidas eran de bajos recursos, lo cual denota un hecho fundamental, que aun hoy no se resuelve, y es que estos centros son utilizados para el aprendizaje de estudiantes del área de la salud, por lo cual las mujeres, deben soportar los errores por la buena causa de la adecuada preparación de los médicos y demás profesiones de la salud, lo cual significa entre otras muchas cosas, el ser expuestas al análisis y valoración física de todos los practicantes, y la violación de su pudor y decoro, cosa que resultaría difícil pensar que se diese en las élites, ya que ellas contarían con la asistencia privada domiciliaria de expertas .

Otro juicio que suscita la anterior cita, es el hecho de observar que se les denomina ayuda eficaz a las comadronas-enfermeras certificadas, lo cual haría posible pensar, que si bien tenían experticias, también estaban entrenadas en su papel de ayudantes y no de oficiantes, sin embargo lamentablemente tenían la reputación de tabaco, mantilla y telaraña (¿Brujas?)

*Estas colaboradoras eran alumnas egresadas de una escuela dirigida por el profesor Rafael Barben -uno de los fundadores de la pediatría en Colombia-, que funcionó en el antiguo Hospital San Juan de Dios en virtud de la Ley 39 expedida por el Congreso Nacional en 1920, escuela de cuya vigilancia se responsabilizó a la Facultad de Medicina, según se infiere del Decreto 995 de 1924 que reglamentó dicha ley, y que en su parte pertinente decía así: "Establécese en la Facultad de Medicina (la de la Universidad Nacional, que era la única que funcionaba en Bogotá) una Escuela para la enseñanza de comadronas y enfermeras de que trata la Ley 39 de 1920. <sup>75</sup>*

Las comadronas se insertaron al mundo académico en fusión con las enfermeras, al inicio la educación estuvo por separado y las actividades eran específicas,

---

<sup>75</sup> ibíd. p 2

obsérvese, que si bien se dejó a cargo de las Facultades de Medicina del país la educación para ellas, estos no las educaron como dueñas de una profesión, sino con la pretensión de convertirlas en sus auxiliares y de esta manera visibilizar académica y socialmente la jerarquización y distribución del poder donde ellas la ocupan la base de la pirámide en un proceso que además se deja ver decretos reglamentarios y al transcurrir los años se va observando como disminuye la luz de las comadronas, hasta casi extinguirse.

Es interesante ver esta situación ahora desde el género y anotar que ellas, enfermeras y comadronas, mujeres interesadas por el bienestar y la salud de los demás se encontraron en condiciones muy diferentes, pero compartían el hecho de iniciar al mismo tiempo en la inserción académica, cosa que se deja ver en la ciudad de Cartagena, que por iniciativa del doctor Rafael Calvo, ginecoobstetra educado en el exterior se inicia la escuela de enfermeras y parteras más antigua de Colombia, creada en 1903, y que funcionó inicialmente como un internado con normas rígidas, para las aspirantes, las cuales eran becadas, en el capítulo del contexto en Cartagena, se detalla.

### **3.3 LA PARTERIA EN COLOMBIA, LA EXTINCIÓN COMO PROFESION, UNA MIRADA DESDE LA LEGITIMACIÓN**

En este aparte, se presenta el contexto legal de las prácticas de la partera, su institucionalización, control y el establecimiento de jerarquía entre las enfermeras y las parteras, es decir contrapartes femeninas, las pares dispares, ya institucionalizadas. En orden cronológico se presentan decretos reglamentarios, la intención es hacer un recorrido de estos y ver como se va perdiendo el status y jerarquía de la profesión de la partería. Se inicia con la Resolución 477 de 1929 (Ver anexo 3)

Obsérvese que este decreto empieza culpando a las parteras de las muertes maternas, llama descuidadas a unas mujeres que se trasladaban al domicilio de la parturienta por horas y días hasta incluso después del parto; hecho además de injusto muestra que se ignora que precisamente, fue en el ingreso de la atención hospitalaria del parto que se incrementan las muertes maternas por las fiebre puerperales.

Establece edades, mínimas para el ejercicio, coincidiendo con la mayoría de edad, en la cual los colombianos pueden ser juzgados y procesados, y con la obligatoriedad de ser registradas en un censo que además debe ser anualmente renovable, se le impide el uso de tecnologías de avanzada para evitar accidentes, los cuales sin embargo pueden ocurrir aun en manos de médicos especialistas como lo puede confirmar todos los procesos que por mala practica se adelantan.

Se le ordena la remisión al médico, y si este no concurriere ella podría hacer uso de su arte para la solución del problema, y hacerse responsable de las consecuencias, aunque se anota algo paradójico en esta norma, y es que el médico es avisado oportunamente y sin embargo no concurre, ella debe actuar y atenerse a las consecuencias y no deja ni la sugerencia de implicar al médico por no haber llegado. Véase los artículos 3 y 4. Se le instruye sobre medidas de asepsia, la actuación en casos de fiebre y de abortos y sobre el instrumental que debiera portar, sin embargo en el decreto que es para parteras se establece en el Artículo 10, que las familias podían hacer uso de un medico institucional, de no tener recursos para pagar a uno particular, dando con ello un mensaje explicito a las parteras de quienes son los protagonistas ideales en la atención del parto, y se termina con la amenazas , multas y sanciones por no acatar las normas. Ellas debían adecuar sus prácticas a lo establecido por las ciencias médicas. Es decir, este decreto se convirtió en una acto de intervención en una práctica,

*“El arte de la partería y las comadronas, derivó en la transformación de los requerimientos que esta vez se sometieron a unos patrones de subordinación total y a unos principios y técnicas de poder completamente nuevos”* <sup>76</sup>

Continúa en el contexto el decreto de l.938. (Ver anexo 4)

---

<sup>76</sup> . RESTREPO, Libia Josefa Op cit p 210



Este decreto reglamenta la partería como profesión, si bien estaba bajo la responsabilidad de las facultades de medicina, el organizar los programas académicos, estipula dos categorías, las que hubiesen sido instruidas las cuales serán de primera clase y las que hubiesen perfeccionado su arte en labores realizadas en instituciones de salud, bajo la supervisión de un médico especialista, se les demandaba un record de 50 partos, cifra alta, incluso muchos médicos se gradúan no habiendo atendido ni el 20 % de esa cifra. Este decreto sanciona a toda persona que sin tener registro ejerza como partera, a las parteras tradicionales, también se les exige saber leer y escribir, características que adolecían algunas.

No podrán ejercer la medicina, lo que indica que ellas pudieran incurrir en la violación de este artículo, pues también poseían conocimientos de pediatría, solo podían atender los partos normales, y dar aviso al médico ausente cuando hubiese alteraciones, fíjese que se dice que debe notificar con anterioridad, sin embargo, ello es inconcluso, dado que el parto aunque inicie sin alteraciones, es posible que se sucedan eventos inesperados y que requerirán el uso de elementos y medicamentos a los que ellas no tenían acceso; se reconoce su presencia donde un médico titulado legalmente, posiblemente no estaría. Se le ordena a los directores de salud buscar y citar a las que estuviesen ejerciendo ilegalmente sin conocimientos, para darles las instrucciones pertinentes. Este decreto dio vida a una profesión que nació para extinguirse, según se podrá observar en el continuo legal.

Esta profesión nace dependiente de los médicos, lo cual pudiera ser la razón por la cual se observa que pese a las grandes posibilidades que se tenían de formar un pregrado de obstetricia, como existe en países latinos como Argentina, se hace una fusión de contrapartes femeninas, al vincular esta profesión con otra femenina como es la enfermería hasta el punto de dejarla subsumida a la misma, algo así como, considerar que esos por menores (La supervisión y el control) podrían ser cumplidos por las homogéneas mujeres (Enfermeras), de esa manera disminuir la posibilidad de formar profesionales que pudieran no conservar los patrones (sumisión y obediencia), y que además pudiesen ejercer en condiciones de autonomía y representar competencia.

En el año de 1942, en el decreto 1232 aparece nuevamente la partería y ahora en menor jerarquía: (ver anexo 5)

Obsérvese que las parteras empiezan a considerárseles enfermeras de segunda categoría, y se evoca el anterior decreto, sin que este en su época insinuara a la partera como una enfermera. Se les otorga de tercera categoría a las que han tenido preparación en obstetricia, so pena de perder la posibilidad de ser incluidas en el escalafón de no pasar el examen que les fuese aplicado.

¿Qué situaciones particulares hicieron que la partera como profesión pasara ahora a ser parte de un gremio en el que no estaba inserta? En esta fecha coinciden casos incluso de exclusión de pensum propios, dentro de las escuelas que formaban enfermeras y parteras, aparece por ejemplo en la Escuelas de Enfermeras y Parteras del Hospital Santa Clara, ya raído ese nombre para solo leerse Escuela de Enfermeras. Este decreto deja por fuera de cualquier posibilidad la formación independiente de la partera.

El siguiente decreto es de seis años después, Es el 3550 de 1948 (Ver anexo 6) se marca una notable disminución de cualquier posibilidad de independencia y profesión liberal, pues ahora aparece ya no como enfermera de segunda categoría, sino como Auxiliar de enfermería en un rango inferior y dentro de este mismo como en el tercer nivel, y se reportan como auxiliares de enfermera partera.

Al estar en menor grado de jerarquía se encuentra en menos ventaja de reconocimiento social y económico, al mismo tiempo que aquí ya se elimina cualquier posibilidad de existir con vida jurídica en caso de la partera tradicional.

Los límites del ejercicio no solo se contemplaban en los decretos propios, sino que se reafirmaban en los otros que reglamentaban profesiones sanitarias, así en el decreto 1099 de 1930 en relación a los farmacéuticos se les obliga a no expedir drogas a las parteras, dejándolas sin la posibilidad de tratar alguna complicación que pudiera presentarse y que conllevara peligro en la vida de las mujeres, lo cual puede agravarse si ellas se encontrasen en sitios distantes de las instituciones de salud, o sin la presencia del médico, drogas que ellas conocían, pero que no les eran accesibles, por lo que seguirían recurriendo a prácticas tradicionales como plantas que tenían sustancias oxitócicas.

*Artículo 61. Están autorizados para firmar recetas los médicos titulados cuyo título esté convenientemente registrado; los estudiantes de medicina de último año; los dentistas y los veterinarios. Podrán despacharse para las parteras autorizadas por título, materiales de curación, antisépticos de uso corriente, elementos de suturas y otros elementos usuales en los partos para uso externo. En ningún caso medicamentos para uso interno ni ampollitas para inyecciones.*

*Artículo 62. Toda farmacia debe mantener en lugar visible una lista autorizada de la Dirección Nacional de Higiene con los nombres de los médicos, dentistas, veterinarios y parteras diplomadas, cuyos títulos hayan sido convenientemente registrados.*

*Artículo 63. Ninguna farmacia está obligada a despachar fórmulas de personas que no estén comprendidas en la lista expresada, ni de personas suspendidas en el ejercicio de su profesión por autoridad competente.*

*Artículo 64. Toda receta despachada será copiada en el libro especial que se lleva en toda farmacia. Si la receta contiene sustancias tóxicas, narcóticas o peligrosas, se guardará en el archivo, anotando al respaldo la causa de su archivo.*

*Artículo 88. Toda receta de partera deberá ser copiada con la anotación del nombre de la partera, y solamente será despachada y firmada en la misma fecha en la cual se solicita la preparación.*

Las parteras no contaron con las mismas posibilidades de ejercicio que los que practicaban la medicina alternativa, los cuales si bien tenían muchas limitaciones que la medicina alopática les imponía, así como persecución, ellos se sostuvieron mediante mecanismos de publicidad y educación de sus métodos, así como la venta propia de sus medicamentos las cuales estaban supervisadas, pero que contaban con la aceptación de un cada vez creciente público, hasta el hecho de que muchos médicos que ejercieron la medicina alopática optaran por aprender y ejercer la alternativa.

La iniciativa de formación de las parteras, fue concebida con claras concepciones sobre sus espacios y sus injerencias en los círculos de decisión en los cuales se les otorgaba el de ayudantía, espacio de segunda tarea, actividades que no podían ser encargadas a los “*médicos a fin de no empequeñecer sus funciones*”<sup>77</sup>, para lo cual era necesario disponer un caudal de conocimientos que fuese garante para la seguridad de la comunidad, *pero no demasiados para que no pudiesen afianzar la autoridad y el ejercicio del poder médico.*<sup>78</sup> Ahora bien este ingreso femenino en masa, a las aulas universitarias, tenía un sutil pretexto, el

---

<sup>77</sup> ibíd. p 208

<sup>78</sup> Ibid. p 208

cual era además favorecer a las damas, creando un campo de trabajo y medio de subsistencia para las “*bellas condiciones de altruismo y de ternura que siempre abriga el corazón femenino*”<sup>79</sup>

Se propusieron algunas estrategias que debían ser formuladas por el Congreso de la República:<sup>80</sup>

*Habrá en Colombia escuelas oficiales para la formación de enfermeras y comadronas.  
Estas escuelas funcionarán en la capital de la República y en aquellas otras ciudades que tengan enseñanza médica universitaria  
Es conveniente traer enfermeras inglesas  
Entre nosotros solamente habrá dos clases de escuelas una para enfermeras y otras para comadronas  
Para ingresar a cualquiera de estas debían ser mayores de 21 años, gozar de una constitución fuerte y vigorosa  
Tener antecedentes morales inobjectables*

Dentro de los requisitos, llama la atención que se concibe inicialmente la existencia de dos escuelas independientes, sin embargo este hecho no se mantuvo así por lo que se deja ver en los decretos anteriormente anotados, así mismo el requisito de una moral inobjetable, habría de asegurar filtro para los *extravíos* de las conductas con los que se solían caracterizar las parteras, este inciso no era novedoso y siempre fue preocupación, por lo que de antaño, ya existían normas de moralidad de las parteras, las cuales además de los conocimientos debían ser examinadas en sus conductas y debían tener cartas de recomendación de su reputación.<sup>81</sup>

El plan de estudios se caracterizaba, por que el primer año sería elemental y el segundo más “amplio y comprensivo” seleccionando el personal para enfermeras generales y las del ramo de obstetricia, pero además cada profesor debía inculcar en las enfermeras sanos principios de moral médica, mostrándoles sus deberes para con los pacientes y para a con el médico cuya autoridad debían respetar.

---

<sup>79</sup> Ibid p 209

<sup>80</sup> Ibid p 209

<sup>81</sup> Ibid. p 210

Los mecanismos de adoctrinamiento y disciplina estaban asegurados toda vez que debían permanecer recluidas “Prestar sus servicios como enfermeras, en las distintas salas del hospital y vivir en él permanentemente”,<sup>82</sup> además se debía uniformar su apariencia,

*“Las enfermeras usarán un uniforme de género blanco, cuyo modelo será determinados por la dirección de la Escuela, completado por el uso de medias blancas y zapatos de lona siendo prohibido en absoluto introducirle variaciones o modificaciones por pequeñas que sean”<sup>83</sup>*

Por decreto 1345 de 1924 se aprobó el reglamento interno de la Escuela y se suprimió el término comadronas.

*“La expulsión fue significativa ya que en un centro educativo para formar enfermeras encerraba un haz de relaciones que terminaría por apartar a las parteras, la cuestión ya era de tecnologías disciplinarias. ¿Qué y hasta que punto pueden las enfermeras saber y hacer? Las comadronas siempre entrañan el peligro de desplazar al médico tocólogo, de enfrentarlo como enemigo inmediato, pero la enfermera de buena voluntad –que es jerárquicamente inferior- acataría la autoridad; las relaciones de poder son distintas, frente a ambas y por eso se creó solamente una Escuela de Enfermería. A los comadronas se le impusieron otras reglamentaciones y aprendizajes, pero ellas tomaron su propia dirección y nuevos alcances”<sup>84</sup>*

Se encuentran algunas cifras que registran el número en determinados años de las parteras que lograron una educación formal, cabe precisarlo, toda vez que los ministerios de Higiene, salud y protección social como se ha ido denominando a través de los años a esta instancia importante del control del Estado en materia de salud, ha dispuesto recursos para la capacitación a las parteras, pues ellas no han dejado de existir, como lo demuestran todas las estadísticas de la natalidad en Colombia que incluye la última Encuesta de demografía y Salud ENDS 2005 de Profamilia y El Ministerio de Protección Social.

---

<sup>82</sup> Ibíd. p 212

<sup>83</sup> Ibíd. p 212

<sup>84</sup> Ibíd. p 213

Algunas de las cifras se encuentran en el registro siguiente:

*“Decreto 995 de 1924 que reglamentó dicha ley, y que en su parte pertinente decía así: “Establécese en la Facultad de Medicina (la de la Universidad Nacional, que era la única que funcionaba en Bogotá) una Escuela para la enseñanza de comadronas y enfermeras de que trata la Ley 39 de 1920. Esta institución tiene por objeto preparar enfermeras a fin de que los enfermos estén debidamente atendidos y los profesores, médicos, cirujanos, parteros, internos, etc., tengan en ellas colaboradoras competentes que los secunden en dar cada día una mejor asistencia a los enfermos del Hospital”.*

*La escuela de que hemos hecho mención subsistió hasta 1937. Para contrarrestar la proliferación de parteras empíricas, por medio del Acuerdo No. 6 del 3 de febrero de 1948 se encomendó al entonces Instituto de Protección Materna e Infantil del Hospital San Juan de Dios organizar dentro de los servicios de maternidad un curso anual destinado a preparar “Auxiliares de Enfermeras Parteras” -tal era la denominación del título, de conformidad con lo establecido por las disposiciones legales vigentes y las normas trazadas por el Ministerio de Higiene. Fue así como el 1° de junio de 1948 inició labores la Escuela de Auxiliares de Enfermeras Parteras, la cual, en 1950, se convirtió en Escuela de Auxiliares de Enfermería General y de Obstetricia.”<sup>85</sup>*

En Decretos más recientes, aparece una denominación importante de las parteras y es que son consideradas agentes comunitarios, con funciones como la remisión de muestras a niveles de diagnóstico, El DECRETO 2759 DE 1991, publicado en el Diario Oficial No. 40.218, del 12 de diciembre de 1991 y que organiza y establece el régimen de referencia y contra referencia. Explicita:

*PARAGRAFO 3o. El Régimen de Referencia y Contra referencia incluye las Remisiones de usuarios o muestras biológicas, enviadas por los promotores de Saneamiento, `promotores de salud y otros agentes comunitarios tales como las parteras y los gestores de salud.*

---

<sup>85</sup> Obstetricia Institucional. Op. cit. [http://encolombia.com/siglo%20xx4\\_ginecobstetricia.htm](http://encolombia.com/siglo%20xx4_ginecobstetricia.htm)

Se reconoce aquí que el radio de acción de las parteras es en la comunidad, y se está autorizando el recibir muestras biológicas enviadas por ellas. Es de anotar que en el Documento Conpes 91 Social, Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación “METAS Y ESTRATEGIAS DE COLOMBIA PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO - 2015” se registra un dato particular en relación a las parteras y es el reconocimiento que ellas no son personal calificado para la atención del parto y se expresa la definición de la misma:

En relación a la condición actual de las parteras en Colombia este informe hace una anotación importante en relación al anterior indicador sobre la atención por personal calificado:

*Observaciones, comentarios, limitaciones:*

*Las estimaciones no reflejan adecuadamente el comportamiento de la población de las regiones de Orinoquía y Amazonía, y del Archipiélago de San Andrés y Providencia. Incluye todos los nacimientos de hijos nacidos vivos ocurridos entre los 0 – 59 meses anteriores a las fechas de las encuestas .Esta estimación presenta dos dificultades: uno, se incluye como personal calificado a las parteras, sin embargo en Colombia estas no corresponden con el estándar internacional de personal calificado”*

En relación a la existencia de parteras y sus prácticas, estamentos de referencia internacional ya han manifestado en múltiples ocasiones el interés de mediar entre las visibles pugnas de estas actrices de la obstetricia informal y el personal profesional y calificado, así en 1985 se realizó la declaración de Fortaleza, en un documento que habla de la tecnología apropiada para el parto, hace la siguiente recomendación que es aplicable para todo el mundo.

*“Los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre. Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo”..... “Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión”.*<sup>86</sup>

---

<sup>86</sup> O.M: S: Recomendaciones sobre el parto . Declaración de Fortaleza, Brasil, 1985  
<http://www.lactaria.org/fortaleza.pdf>

En Colombia, entonces, esta formación que se promovió no cumplió con las expectativas de una profesión liberal como la partería, pues ellas tendrían algún espíritu insurrecto, que les impediría ingresar en sistema que no aceptaba sus operaciones y además su naturaleza, estaba en frente oposición con el modelo genérico tradicional, según lo deja ver un concepto de un colectivo de abogados que argumentan que:

*En el siglo XIX, las parteras siguieron siendo perseguidas por competencia desleal a la práctica médica oficial, por practicar abortos a las mujeres adineradas; posteriormente a mediados de siglo se le dio vida a la Enfermería. De este modo se integraba a la mujer a las actividades que tenían que ver con la salud, reproduciéndose el modelo conyugal: el hombre el poder y la mujer la abnegación.*<sup>87</sup>

La partería dió origen a La enfermería, la cual la desplazó , perdiendo sin duda las mujeres espacios de ejercicio autónomo.

---

<sup>87</sup> ALVEAR, Jorge, <http://www.colectivo de abogados/article.php3?-article-7> message 17



## PARTE II

### CARTAGENA DE INDIAS, Y DE PARTERAS HEROICAS.VISIBILIZANDO PROTAGONISMOS

*La recuperación de mujeres científicas y técnicas del pasado y el reconocimiento de nuestras contemporáneas, no es sólo una cuestión de justicia histórica, sino también de rigor científico, ya que la aportación del punto de vista femenino a la ciencia y a la tecnología son claves en la construcción de la sociedad.<sup>88</sup>*

---

<sup>88</sup> Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer, “La Otra Mitad de la Ciencia”. Universidad de Zaragoza. 2001

#### 4. LA PARTERIA TRADICIONAL, LEGADO FEMENINO, UN OFICIO DE GENEALOGIAS

*“Las mujeres siempre han sido curaderas.... Han curado gracias a las plantas y han intercambiado los secretos de sus prácticas entre ellas”...Las comadronas se desplazan de una casa a otra. Sin tener acceso a libros ni ningún tipo de enseñanza, las mujeres han ejercido durante siglos una medicina sin diplomas; han forjado su saber por contacto de una s con otras transmitiéndolo por el espacio y el tiempo de vecina a vecina de madre a hija...<sup>89</sup>*

Las mujeres son reconocidas socialmente por su locuacidad, esta capacidad les ha hecho objeto de resistencia y aceptación por unos y otros, aunque tildadas por ser repetitivas, es esta virtud, la que le imprime un carácter pedagógico, esta amplia habilidad para transmitir, educar y recrear por el lenguaje conocimientos, es lo que ha constituido la posibilidad de perpetuarse mediante la transmisión de sus saberes y prácticas. Legado de su memoria y sabiduría.

Las mujeres parteras, son ante todo mujeres, madres, que han transitado en la vida y que tienen hitos que las han hecho ser fuertes, valientes, arriesgadas, situaciones de las que otras tal vez hubiesen respondido con menos carácter. En las mujeres parteras consultadas así como las que fueron documentadas de prensa de la ciudad de Cartagena, se observa unos patrones particulares, que las definen como heroínas por lo que le merecen el ser visibilizadas, dado que ha sido imposible negar su participación, estas encabezaron noticias, las que transcurriendo aún hoy, no dejarían de ser hazañas.

Otras, trabajaron incansablemente, forjaron proyectos, sacaron adelante sus comunidades, las ayudaron a crecer, y aunque no son de conocimiento público generalizado, ellas no son anónimas, gozan de amplio prestigio, basta mencionar sus nombres para que cuatro o más personas quieran indicar que la conocen, hacen parte de la memoria histórica de los barrios, centran muchos conocimientos de familias y guardan muchos secreticos. Mujeres que superaron los complejos

---

<sup>89</sup> EHRENREICH, B., English D. citado por COLLIERE, Op.cit p 3

que marcaban el ser mujer en un contexto masculinizado, y construyeron su propia identidad, ellas no están detrás de un gran hombre, aunque hay quienes al escribir sobre ellas buscan nexos con lo masculino, sobre todo con hombres destacados a fin de resaltar su importancia, fruto del pensamiento patriarcal en que la identidad de las *ellas* debe estar refrendada por los *ellos*.

Mujeres que pueden ser académicas destacadas, con amplia preparación en el exterior, que saben leer e interpretar el mundo de la ciencia formal, con capacidad de liderazgo, ellas son las parteras tituladas; también cuentan las analfabetas que no distinguen ni diferencian letras pero capaces de interpretar las necesidades de los demás, diplomadas en la universidad de la vida, con una inteligencia sensorial que le ha permitido subsistir y ayudar en la sobrevivencia de sus comunidades. Arbitrarias, desafiantes de lo establecido, que osaron en demostrar fortaleza y vigencia aun en sus años de cabellos blancos, de marcha y habla lenta y de baja estatura, y cuando la deshidratación de su columna las ponía a ver hacia abajo, ellas levantaban su rostro.

Mujeres que dejaron en los demás el eco de sus voces, recuerdos que le hacen mencionar con reverencia, por ser estimadas como matronas, madres de muchos y de todos.

*Las parteras son en gran mayoría mujeres iletradas, pero que en cambio leen sin equívocos el alfabeto de las abultadas barrigas preñadas de vida de sus pacientes. Los saberes de su oficio como parteras vienen de lejos, saltando de generación en generación en una historia sin fin: la abuela fue partera, la madre también, y ésta a su vez endosó a su hija los secretos y el oficio, hasta llegar a este presente en el que la modernidad intenta dejar de lado e ignorar esos conocimientos y la práctica de la medicina tradicional.<sup>90</sup>*

---

<sup>90</sup> BERMUDEZ, Manuel Tiberio "Municipios en las manos de una partera"  
[http://www.laesquinaregional.com/ediciones/ed20/20\\_municipios.htm](http://www.laesquinaregional.com/ediciones/ed20/20_municipios.htm)

¿Qué podían tener estas mujeres que les hacía excepcionales? No sería su encuentro con el inicio de la vida, en situaciones límites de dolor y sufrimiento, que luego de vencido, les permitiera levantar el trofeo de la victoria, no sería su disposición, que pareció decirles a los demás que no tenían límites, puede ser esto y más. Presento una serie de situaciones que las hicieron protagonistas, las cursivas y las negrillas permitirán resaltar algunas concepciones que reflejan características del ideal femenino de la época, a continuación las parteras heroicas:

#### 4.1 HEROINAS EN LO EXTRAORDINARIO:

El embarazo múltiple se presenta en una incidencia pequeña en relación al número de embarazos, estos requieren de mayor vigilancia y control pues entrañan mayores riesgos de morbi-mortalidad para la madre y los bebés. La conducta clínica es que para evitar complicaciones al detectar su presencia, se programará cesárea, si a tiempo no se conoce y de presentarse el expulsivo o momento del parto, el éxito dependerá de las habilidades del facultativo.

Una destacada partera, es la protagonista de una noticia que mantuvo la atención por varios días en los diarios de la ciudad, tuvo la oportunidad de demostrar sus habilidades.

*“**Marcelina Mercado**, señora que goza de gran práctica en los **achagues** de la maternidad, **por haber trabajado durante largos años bajo la dirección de doña Carmen de Arco de la Torre**, fue llamada a su casa para que atendiera a Herminia Sánchez, quien vive en el Callejón de San Antonio, en el Espinal. Cuando ya había terminado su cometido, habiendo ayudado a venir al mundo a un robusto varón, oyó los quejidos de otra parturienta que vive en uno de los cuartos de la misma casa y, al serle requerido sus servicios acudió solícita a prestarlos, dando a sí prueba de **entender a cabalidad su apostolado**, y con toda la pericia del caso recibió con la sorpresa que no es para Ángela Cerpa, triples que con el mayor coraje trajo al mundo y limpios y acicalados, los entregó a la madre y al orgulloso padre que templando de emoción los recibió con el ósculo del cariño”<sup>91</sup>*

---

<sup>91</sup> Diario de la Costa, Domingo 29 de Abril de 1945 “La partera”

*“A medida que vayan transcurriendo los días iremos publicando una especie de Boletín diario , sobre el desarrollo de los pequeñuelos que constituyen en nuestro medio más interesante detalle, **porque no solo se trata de algo poco común , sino que el hecho de no haber sufrido la madre ni los pequeñuelos accidente alguno lo hace más interesante....** y estimamos que todo cartagenero, sin distingo de ninguna clase, quiere estar enterado de todos los pormenores de este suceso que hoy perturba la quietud lugareña”<sup>92</sup>*

Para la década de los años 40 el embarazo y parto ya incluidos en el cuerpo de conocimientos de la medicina, se ven como procesos patológicos que requerirán el intervencionismo médico y tecnológico, esa idea esta en el imaginario colectivo al ser referidas como achaques, así que para poder intervenir en los achaques se requiere ser avaladas ,lo que hace emerger el hecho de una genealogía que al ser mencionada, generaba en los lectores, la justificación del éxito, Carmen de Arco, era una autoridad reconocida, por sus aciertos en el plano obstétrico y su independencia y autonomía virtudes ampliamente recibidas por sus aprendices, así como el concepto de amplia generosidad con la que vivió y que según un escritor fue la causa de morir en pobreza.

Marcelina Mercado ya había culminado la labor de atención para la que fue contratada, pero escucha otra petición con más riesgo y ninguna retribución económica, que le significara fama de diestra pero además de apóstol, no solo en la mente de los demás sino en el peor sitio, su propia mente, esta idea va ligada al pensar en las mujeres como ángeles, benignas y desinteresadas , pero, mantener este estatus en el ejercicio, pudo haber conseguido que poco a poco se perdiera en el interior de las mujeres el interés para perpetuar en la ciudad el monopolio que se tenía de este ejercicio. Obsérvese que el tiempo que ocurre esta noticia coincide con un tiempo crítico de transición para las parteras con ejercicio independiente y por lo tanto pudiera considerarse una resistencia, según se puede intuir por lo que describe a continuación el historiador.

*“La institución” que colisionó de forma frontal con el sistema de Asistencia Social fueron las parteras. Desde la creación de las Clínicas de Maternidad y las Salas para Madres del Hospital Santa Clara, se da en*

---

<sup>92</sup> Diario de la Costa, Martes 1º. De Mayo de 1945 Sección la Ciudad y el último Suceso”

*Cartagena el desplazamiento de una práctica histórica que era de recibir a los niños en la propia casa, ... la estrategia de reemplazo de las parteras fue muy difícil para la autoridad de salud, las mujeres seguían utilizando el servicio de estas; en 1952 se despliega una campaña de capacitación para tener el control sobre esta actividad... desde 1945 se presenta en la ciudad un acontecimiento moderno: "por primera vez en la historia de Cartagena se nace y se muere en un hospital"<sup>93</sup>*

La práctica de la partera sería pues difícil, en medio de fricciones y controles, sin embargo para dar fe que se continúa esta labor se presentan las siguientes historias, expresas igualmente en prensa.

Una protagonista que se menciona sin nombre, pero de la que se destaca vitalidad increíble, una que con sus sentidos ampliamente adiestrados y cuyo conocimiento, ni tres décadas de retiro, ni una posible ceguera, pudieron borrar; con casi un siglo de existencia, pudo ser capaz de atender un parto difícil, reto que no osaría asumir ningún ginecólogo experto, fuera del ámbito hospitalario, tecnologizado.

*"Con únicamente 24 años, una joven dio a luz a trillizos de pies en las inmediaciones del Barrio el Bosque. La muchacha Noralba Montoya Ríos, residente en el callejón Danubio y casada con el agente de policía José Asdrúbal González, dijo que el parto había ocurrido a las cinco de la mañana del día de ayer y fue atendida por la partera del barrio, una matrona de 84 años casi ciega, que llevaba más de treinta años retirada del negocio. La partera sorprendida dijo "los sentí uno a uno por tres veces consecutivas que venían parados", la muchacha de escasos recursos consternada con la sorpresa, comentó que se sentía muy bien y que realmente no los esperaba, pero que serían bien recibido, los trillizos, dos varones y una hembra, nacieron en la posición de la suerte, o sea de pie."<sup>94</sup>*

Haciendo un seguimiento del protagonismo de las parteras, este hecho, es mencionado en prensa, 40 años después del anterior, pero se dice que tenía 30 años retirada del negocio, nótese que para esta época 1985 existe un cambio en el imaginario colectivo, no es importante declarar el nombre de la partera aunque las

<sup>93</sup> BETANCOUR, Germán, VENECIA, Graciela: El Arte de la Distribución Nacimiento del Nuevo Sistema de Control Poblacional en Cartagena 1994-1995. tesis de Grado de Historia 2005. P 95-96

<sup>94</sup> "Nacieron trillizos" Diario El Universal, Viernes 8 de Febrero de 1985

excepcionales características del suceso lo demandarán y el centro no es la partera sino la condición económica de la pareja, también que el oficio de partera ya tiene en el pensamiento la idea de **Negocio**, en contraposición a la de apostolado del caso anterior, y cuando se convierte en negocio, ya no están ellas. (Premonitoria idea de lo que se convertiría la salud 8 años después con la castrante ley 100 de 1993)

La productividad y eficiencia de las mujeres en cualesquier actividad, oficio, o profesión, ha demostrado sus posibilidades intelectuales, así como sus pericias, pero debido a la concepción de la división sexual del trabajo, no solo le significó el ejercicio en actividades consideradas asuntos de mujeres, sino que le incluyó el implícito de gratuidad, de modo tal que, solo cuando estas actividades pasaban a cargo de los hombres tomaban no solo características de científicas, sino que además de económicamente remunerables.

La siguiente noticia, pone al descubierto la tenacidad de una partera, claramente deducible, por las características del nacimiento, es un logro el que haya ocurrido y que no se reporte complicaciones en la madre, la presencia de las autoridades en el lugar podía suponer inspección no solo del caso problema, sino la búsqueda de responsables. Por otra parte este caso muestra que las parteras poseían capacidades extraordinarias en el manejo y atención de situaciones subgeneris, las cuales en la actualidad no pueden ser imaginadas fuera de un contexto hospitalario y tecnologizado. Habían muchas cosas en sus manos, poderes, secretos, no es posible determinarlo con exactitud, pero el haberlas mantenido al margen, supone una pérdida para la obstetricia, la cual concibe desarrollo con tecnología, y ésta, generalizada indiscriminadamente, y que distancia los contactos de los cuerpos el que cuida y el que es cuidado, siendo mediatizado con aparatos fríos, los cuales son beneficiosos sin duda, pero que jamás deben reemplazar los sentidos humanos. El nacimiento culturalmente en Cartagena y sus alrededores causa curiosidad, así se registra en el caso para la comunidad, como extraordinario.

*“El nacimiento de siamesas esternópagos (unidas por el esternón), ayer en Bayunca, atrajo la atención de todo el pueblo que se estacionó frente a la casa de donde se produjo el hecho alrededor de las 11 de la mañana, pugnando cada cual por entrar para conocer el fenómeno...A medio día los agricultores y jornaleros dejaron sus trabajos y desde todos*

*los lugares acudieron en masa al barrio del Alto de la Cruz, en donde se halla el hogar conformado por Ángela Maza, de 25 años y Manuel Antonio Sánchez, de 32 quienes llevan varios años de casados y han tenido hijos normales...Las siamesas de color moreno claro presentaban dos cabezas y una cara 4 orejas, dos posteriores y dos laterales, 4 brazos, órganos genitales femeninos separados; están unidas desde el pecho hasta el abdomen y tienen cuatro piernas y un cordón umbilical, las criaturas tenían sus extremidades conformadas, lo mismo el único rostro con que nació...*

***El nacimiento se produjo a las 11 del día bajo el cuidado de la partera Mari Espinoza, quien lleva varios años de práctica en el oficio y quien se desempeña con gran expedición en presencia de las inesperadas hermanas"... Siendo la primera vez que ocurre un caso de esa naturaleza en Bayunca y quizás en Cartagena la noticia se extendió ayer rápidamente."***<sup>95</sup>

El desempeño eficiente de la partera en la atención de esta situación, logró hacerla visible en su ejercicio, sin embargo, además da muestra del abandono estatal en regiones vulnerables con poco desarrollo social y económico.

La siguiente noticia pone al descubierto, una de las fortalezas de las parteras, que sobrepasa las ofertas de los servicios de sus contrapartes, e incluso de accionar en lugares donde el propio Estado, no ha ingresado, es su capacidad de recorrer distancias aunque ello represente exponer su integridad personal, esta fortaleza es su disponibilidad de tiempo, que no es determinado por horarios institucionales, sino que lo establece el reloj del cuerpo embarazado de las mujeres.

***"La alcaldía de Montería ha enviado dos comisiones con rumbos distintos para tratar de encontrar las supuestas quintuples que según informaciones de prensa habían nacido el pasado domingo....La primera versión que se conoció decía que cada una de la niñas pesaba cinco libras, y que el nacimiento había ocurrido en Carrizal..... agregan que la madre había sido atendida por una comadrona..... hoy se informó desde Cartagena que el sitio del nacimiento fue el municipio de Tierra Alta a 70 kilómetros de Montería, y de difícil acceso por ser un terreno montañoso y selvático, además el despacho agrega que torrenciales lluvias han dañado los caminos.... Las autoridades de Higiene de***

---

<sup>95</sup> Diario El Universal, Viernes 5 de Marzo de 1954



*Montería no habían sido movilizadas y tanto el gobernador como el alcalde habían sido interrogados por la United Press....<sup>96</sup>*

Es notable que esta noticia ya hubiera traspasado fronteras, y se convertía en interés internacional, y pone a la comadrona en la hazaña compartida con la madre de haberse producido un nacimiento catalogado como excepcional y de alto riesgo.

Esta característica es prácticamente una constante en el ejercicio de la partera, en todas partes, tanto que se convirtió en el slogan de una campaña internacional que lanzó la Organización Mundial de la Salud, O.M. S. en aras de estimular la capacitación de un recurso humano en Salud, de características históricamente invaluable.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para América Latina incluyen:

*"En muchos países de América Latina algunas áreas aún no reciben los servicios oficiales de atención de la salud y existen grupos considerables de personas que eligen servicios alternos, incluso cuando hay servicios oficiales disponibles. Por este motivo, una gran cantidad de nacimientos en América Latina todavía son atendidos por parteras tradicionales. Sin embargo, con pocas excepciones, no son reconocidas como profesionales por el gobierno. Su exclusión del sistema oficial de salud elimina su posibilidad de referir mujeres con problemas, lo que reduce la posibilidad de acceso a la atención oficial y las opciones disponibles para la mujer que desarrolla complicaciones de parto. Además, ni las parteras tradicionales se benefician del conocimiento de la obstetricia y la partería formal ni contribuyen su propio conocimiento de la cultura local del nacimiento y las prácticas tradicionales de parto a los otros profesionales de la salud."<sup>97</sup>*

---

<sup>96</sup> Diario El Universal Viernes 3 de Septiembre de 1954

<sup>97</sup> Marsden Wagner, La Partería Global—Tradicional y Oficial—y la Humanización del nacimiento [http://www.midwiferytoday.com/articles/parteria\\_globalsp.asp](http://www.midwiferytoday.com/articles/parteria_globalsp.asp)

Pese al no reconocimiento que desde las instancias legitimadoras, puede hacerse, las parteras para actuar, no lo requirieron, tornándose ello, en una subversión a lo consignado en los decretos que establecían claros límites de su ejercicio, no obstante y debido a un ausentismo del Estado, las mujeres seguirán demandando su presencia, y su invaluable experiencia que bien debieran aprovecharse, como los aportes de la siguiente protagonista, quien fue esposa de uno de los galenos de mucho prestigio en la ciudad, sin embargo, ella no se destaca por el papel de esposa, ella figura en nuestra ciudad por sus hazañas propias, y recetas magistrales con buen acierto, por ser concedora de los beneficios de las plantas, por lo que se destacó como curiosa, Los testimonios que sobre ella brinda su hijo y un vecino dan cuenta de las características de una mujer construida en el ideal femenino patriarcal de nobleza, un ángel del hogar, y aunque tenía su propio e independiente ejercicio, no se le valora en su autonomía sino que es contada como parte de la vocación de su marido. Esta característica femenina por su puesto beneficia a los otros, razón de existir de las mujeres.

*Cástula Acosta mi madre –cuenta el profesor Fortunato hizo parte de la vocación médica de mi padre, atendía a gentes procedentes de varias regiones de la costa, las cuales eran hospedadas en su casa de la calle de Las Palmas donde permanecían, hasta lograr su recuperación. Además mi madre practicó con sensibilidad humana el oficio de comadrona y de curiosa..*<sup>98</sup>

*Conocí a Cástula Acosta, ella ayudaba al bien nacer, buena mujer, compañera del doctor Escandón, madre de mi buen amigo y hermano de momentos felices, Fortunato, Escandón....La señora Cástula, había venido de un pueblo de Córdoba. Con su andar recorrido de matrona, que encerraba los secretos de la naturaleza, brindaba con nobleza los beneficios de sus saberes, su casa era un remanzo para el necesitado y esperanza de vida. Merardo Cisneros de 70 años.*<sup>99</sup>

Las parteras también hacían parte de las familias que asistían, los vínculos traspasaban los límites de la sola asistencia, hasta convertirse en consultoras sabias, podían ser solidarias con las mujeres, para lograr que los miembros de la

---

<sup>98</sup> VALDELAMAR, Meza Jorge, y Gutiérrez Juan, en Getsemaní, Oralidad en Atrios y Pretiles Cartagena, Ed. Litógrafos del Mar & Cía. Ltda., 2005 p.75

<sup>99</sup> ibíd. p 95 y96

familia participen en los cuidados de la mujer y del nuevo integrante, reemplazándola en las actividades domésticas, así como proporcionando mejor alimentación y descanso, y pareciera que este período fuese el único en el cual la mujeres podían sentir alivio de sus cargas; las parteras tenían mitos en relación a la etapa posparto, algunos de los cuales, tienen cierto grado de veracidad desde el punto de vista de confort y descanso, pero otros carecen hasta el momento de validación científica, por lo que podría pensarse, que fue la necesidad de obligar a la familia, a ocuparse de la mujer, la que forjó la aparición de estas creencias que son prescritas por las parteras, logrando concentrar la atención y cuidado, como lo ratifica el investigador Valdelamar: La asistencia en el hogar de la parturienta y la atención durante la cuarentena puerperal, hicieron de este oficio un símbolo de integración familiar, propio de la vida de barrio.<sup>100</sup>

A partir de 1906, en Cartagena, surge un personaje nuevo y es la enfermera partera, producto de la gestión del doctor Rafael Calvo, quien además fuera el fundador de la Clínica de Maternidad que lleva su nombre; luego de haber hecho la especialidad de obstetricia, en el extranjero, siente la necesidad de formar jóvenes capaces de colaborar con el médico en la atención de los partos, que para la época estaba todavía en manos de las parteras tradicionales, y que además los médicos no recibían una formación y preparación completa en el área; la siguiente protagonista, sobrepasó las expectativas de formación del doctor y aprovechando sus recursos económicos, se especializó en el exterior lo que la hizo luego, una competencia difícil de borrar en la memoria de los viejos galenos de la ciudad.

La enfermera.-partera o comadrona, era un oficio de vital importancia hasta hace algo más de la mitad del presente siglo, propio de nuestras costumbres y necesidades, lo ejercía un selecto grupo de diestras profesionales en esta rama de la medicina, cuando pocos facultativos titulados se dedicaban a estos oficios de mujeres. Fueron famosas y apreciadas por la sociedad porque además del servicio esencial que prestaban, se integraban a las familias que asistían, llegando a ser en muchos casos madrinan de los neonatos. Atendían a las parturientas

---

<sup>100</sup> ibíd. P 88

generalmente en sus propios hogares, y le hacían compañía durante la cuarentena puerperal, algo increíble en estos tiempos.<sup>101</sup>

Carmen de Arco de la Torre, primera enfermera colombiana graduada, compartió el hogar con su hermana Severina y su sobrino el poeta Jorga Artel. Sobre las calidades profesionales y humanas señala el escritor Donaldo Bossa Herazo:

*“La señorita Carmen de Arco y de la Torres (1876-1948), la primera colombiana graduada enfermera con estudios de especialización en Kingston y París. Dirigió por muchísimos años la clínica de maternidad municipal de Cartagena, y se afirma, con fundamento, que recibió más de 25.000 niños. Fue eminente en su profesión y gozo en Cartagena de la simpatía de todas las clases sociales. Era de temperamento alegre y acogedor; y murió pobre porque era generosa y bondadosa en grado increíble.”*<sup>102</sup>

El record alcanzado en la atención de tantos partos, le merecieron sin duda el respeto reverencial de los galenos en su tiempo, fundó una clínica privada lo que hace suponer que dado su nivel, no podría estar en menor jerarquía como se presumía el lugar de la enfermera y ella misma ofertaba sus servicios de la siguiente manera

*Carmen de Arco, se encarga del cuidado y asistencia de toda clase de enfermos, especialmente atiende a la asistencia de partos, puerperios, lesiones inflamatorias y neoplasias de los órganos genitales femeninos; tales como vulvitis, vaginitis, metritis, ovaritis, salpingitis, tumores y de toda clase, de enfermedades de los niños.*

***Absoluta consagración, la más escrupulosa asepsia, en el cuidado de los heridos y proceso de curaciones quirúrgicas.***

***Moralidad y completa reserva.***

*Precios: Los establecidos por el consejo directivo de las escuelas de enfermeras y obstetricia.*

---

<sup>101</sup> BALLESTAS, Morales Rafael, “la feria de las farmacias” memorias de la urbe. Dominical del El universal, marzo 28 de 1999 numero 682 p 8-9

<sup>102</sup> VALDEMAR, Meza Jorge Op Cit p147

*Casa habitación: Plaza de la Trinidad, Barrio de Getsemaní,* <sup>103</sup>

Es interesante todo lo que se puede rescatar de la forma de auto nombrarse, como absoluta consagración, da entender la idea de entrega y pasión que sentía por su oficio, esta característica en las mujeres, muchas veces les obligaba a olvidarse de sí misma en el afán de darse a los demás, e incluso incluía lo relacionado a sus bienes los cuales eran para el servicio colectivo, el desinterés por la ganancia económica, lo hizo a pesar de poseer una clínica privada, apetecida por una clientela selecta, (aunque no eran las únicas usuarias), con recursos económicos pero que preferían, estar en manos expertas y femeninas, por la idea de conservar su pudor. Su fama no solo estaba en el ámbito de la salud sino que permeó el de la cultura a través del homenaje de su sobrino a quien ella criara, de lo cual Hortensia Niazara describe así:

*En el barrio de Getsemaní, de Cartagena nace Jorge Artel el 27 de Abril de 1909...., Doña Carmen de Arco su tía, hermana de Don Miguel de Arco su padre, fue quien lo recibió al momento de su nacimiento, y sería en adelante la influencia de doña Carmen de Arco en su vida definitiva, no sólo por su carácter, sino por sus principios, como aseguraba el mismo Artel. Ella era una persona encargada de la crianza y educación del poeta. **Admirada, distinguida y querida por todos, la partera más importante de la Cartagena de principios de siglo XX,..... La máxima creación poética de Artel, TAMBORES EN LA NOCHE.... Se amalgama con sueños y trincheras del pasado y del presente de los hombres negros. En esta obra hay un tinte emocional elocuente y textos de un ánimo poético muy particular. Por ejemplo la voz de los ancestros dedicado a Doña Carmen de Arco** tutora y educadora de Artel; el poema esta escrito en primera persona y más que una reflexión personal representa una alianza con su tiempo y **con la imagen maternal de Doña Carmen en su vida*** <sup>104</sup>

Carmen de Arco, fundó en la ciudad la primera casa de maternidad privada, en donde nacieron muchos cartageneros. En el boletín del jubulado de julio-agosto del 2003, en Cartagena, Olga Haydar, de Rosales, menciona en su artículo “La facultad de Enfermería, en el cofre de mis afectos” a su parienta **Carmen de Arco, como una mujer dinámica y revolucionaria, que rompió con las**

<sup>103</sup> *Ibíd.* p 148

<sup>104</sup> NAIZARA Rodríguez Hortensia. Jorge Artel la voz de nuestros ancestros. Artículo en la red <http://www.unisimonbolivar.edu.co/revistas/aplicaciones/doc/222.pdf>

**costumbres de la sociedad cartagenera, al estudiar la enfermería que en esta época no tenía buena reputación.** De Arco murió a los 78 años.<sup>105</sup>

La declaración anterior, contiene una posible razón por lo que Carmen, misma anotara en su portafolio de servicios, la oferta de moralidad, pues era necesario romper los imaginarios de las enfermeras como las amantes de los médicos, así como el hecho de que quienes estudiaran esta carrera eran pobres y con espíritu sujeto y servil como se esperaba de la mujer sombra en este sentido de la sombra del médico, ella representó un paradigma en el desarrollo y autonomía de la profesión, sin embargo, le tocó cargar con el lastre del servilismo por lo que el escritor anotaba en la cita anterior ; **y murió pobre porque era generosa y bondadosa en grado increíble.** Por otra parte, dado que el desplazamiento de la práctica de la partería como oficio independiente de la medicina, fue en Cartagena, como en muchas partes un asunto abierto, una nota de un periodista la destaca en estos términos: Carmen De arco....recibió aproximadamente 25.000 niños **para que se piquen Jaime Barrios Anaya, y Boris Calvo del Rio**<sup>106</sup>(**Médicos obstetras**)

Carmen, fue un estímulo para muchas mujeres, quienes la observaban como fuera de lo común, y logró despertar la motivación por el arte aún de sus mismas pacientes, así lo relata una de ellas, quien luego alcanzó fama en su pueblo.

*“Hubiera sido una gran partera, cuando mi mamá tuvo su séptimo hijo lo tuvo en la maternidad de Carmen de Arco y yo me quería quedar allá para aprenderle el asunto del parto; Carmen de Arco fue la partera de mis cuatro primeros hijos, yo tuve la primera que si no fuera ella, me hubiera muerto, porque tuve una gran hemorragia, tuvieron que usar fórceps...porque no tenían la cesárea....fue Carmen de Arco ella atendía bien”... Rosa Manjarrez<sup>107</sup>*

Carmen, se sabía y se sentía autoridad en su profesión, sin embargo, es un claro ejemplo, de que ello no indique necesariamente autoritarismo, como una contraparte de un comportamiento patriarcal, de esta manera, tenía excelente

<sup>105</sup> FERREIRA Simmons Yadira, “Desarrollo Histórico de los Estudios de Enfermería en Cartagena de indias”, en La Cátedra de Historia de la Universidad de Cartagena, vol.2. editorial universitaria 2003.p 142 143

<sup>106</sup> BALLESTAS Morales Rafael Op Cit p 9

<sup>107</sup> MANJARREZ Rosa, 88 años partera tradicional, entrevista y relato oral octubre 2007 Bayunca.

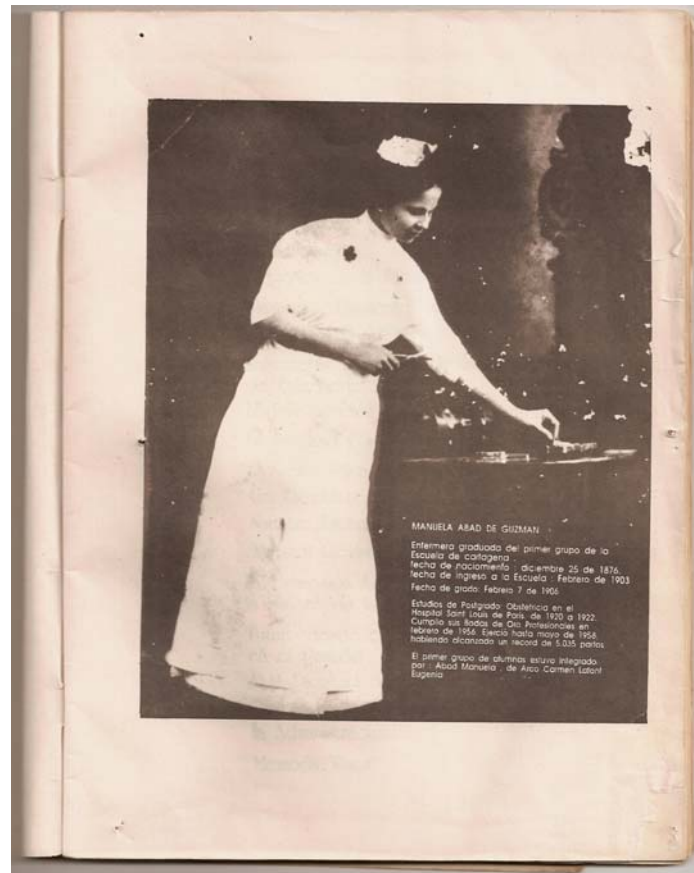
reporte de quienes trabajaban con ella, así lo declara una auxiliar de enfermería que trabajó con ella como partera: “Yo conocí a la Señora Carmen de Arco, sabía maravillas, era cariñosa, me adoraba, ella tenía su propia clínica, ella hospitalizaba, era buena persona, nunca jamás tuvo problemas... era competente, ”Olga Pinto<sup>108</sup>

Una colega y compañera de profesión de Carmen fue Manuela Abad de Guzmán, también se destacó en la ciudad como partera. Manuela Abad de Guzmán, residió en la Calle de la Media Luna, Enfermera graduada del primer grupo de la escuela de Cartagena, nació el 25 de diciembre de 1876, ingresó a la escuela en febrero de 1903, se graduó febrero 7 de 1906, estudios de postgrados de obstetricia en el hospital Saint Louis de Paris, de 1920 a 1922; cumplió sus bodas de oro profesionales en febrero de 1956. Ejerció hasta mayo de 1958, habiendo alcanzado un record de 5035 partos.<sup>109</sup>

---

<sup>108</sup> PINTO OLGA, 73 años, partera auxiliar de enfermería, entrevista Octubre 2007 Cartagena

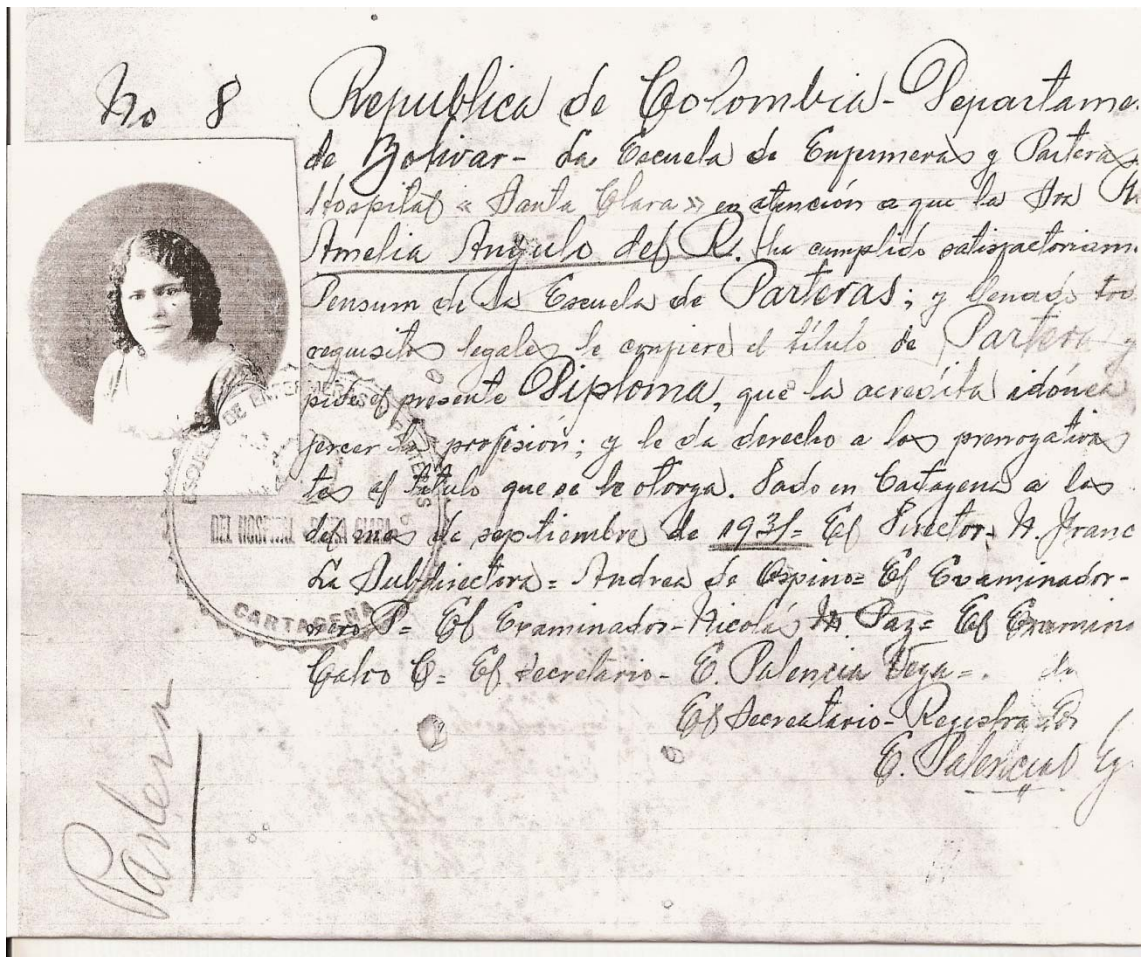
<sup>109</sup> VALDELAMAR Meza Jorge, Op Cit p 149



Estas mujeres, quienes pudieron ejercer por medio siglo y que no fueron anónimas, eligieron la atención de los partos como la actividad en la que estuvieran mucho tiempo, sin agotarse, en medio de los primeros llantos, el quejido, el dolor, la sonrisa de las madres, y quienes de seguro, dada las circunstancias propias de esta nueva época, no tendrán imitadoras.

La escuela de parteras otorgaba independiente títulos de parteras y enfermeras, aquí se presenta una **historia visual** en los archivos del área del Recuerdo Facultad de Enfermería Universidad de Cartagena, AMELIA ANGULO





Mientras Amelia Angulo opto por la partería, otras mujeres optaban por la enfermería, para ellas existían pensum académicos distintos de modo que podían elegir de acuerdo a sus intereses, así Alicia Jaramillo opta por ser enfermera.

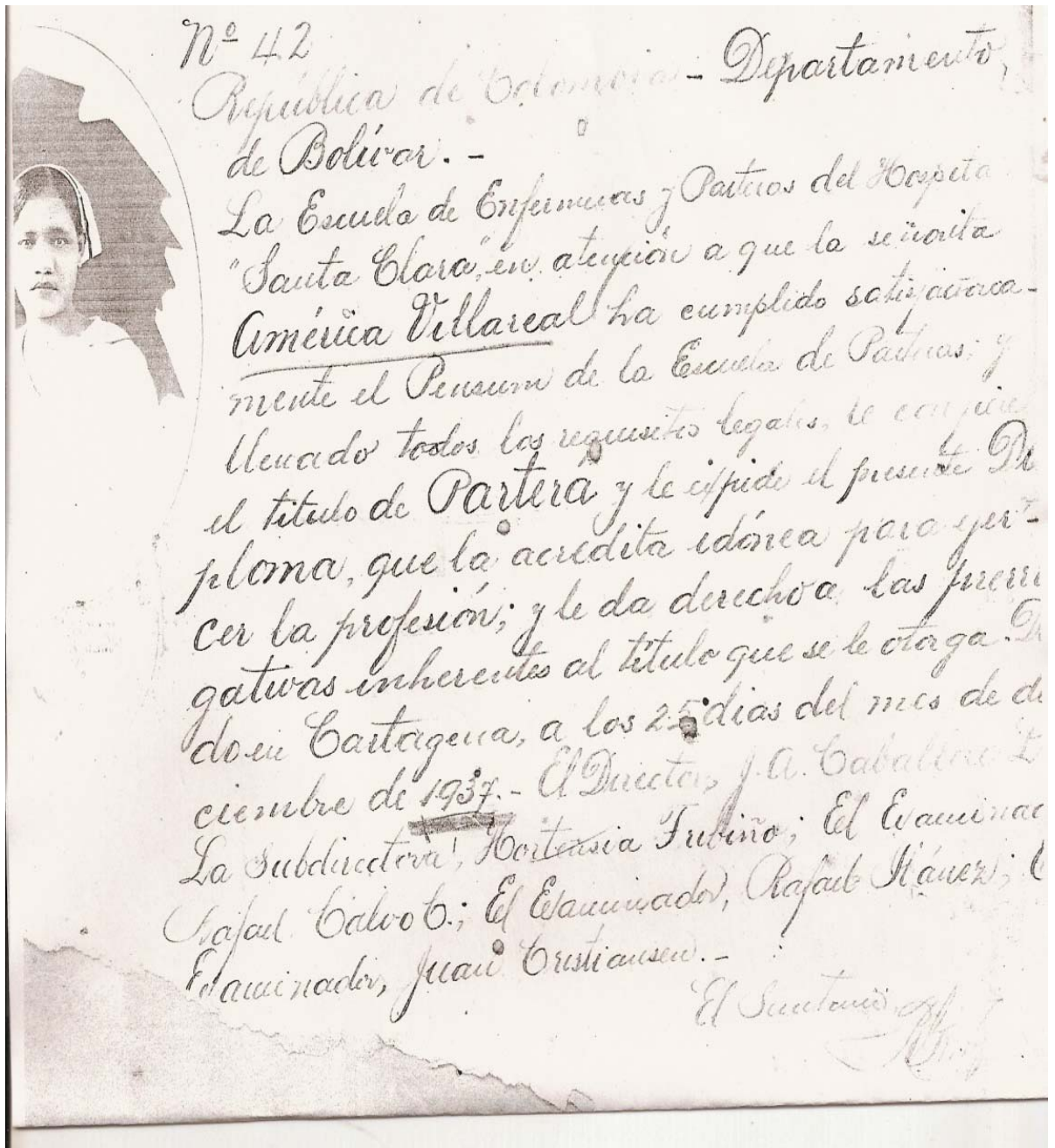
13



Republica de Colombia - Departamento de Bolivar  
 la Escuela de Enfermeras y Parteras del Hospital "Santa Rosa" en atencion a que la Srta Alcira Jaramillo R. ha  
 cumplido satisfactoriamente el Pensum de la Escuela de Enfer-  
 meras; y llenada todos los requisitos legales se confiere  
 el titulo de Enfermera y se expide el presente Diploma, que  
 acredita idonea para ejercer la profesion; y se da derecho a las  
 prerrogativas inherentes al titulo que se le otorga. Dado en Cari-  
 tagena el 8 dias del mes de mayo de 1932. El Director,  
 Manuel J. Obregon = La Subdirectora, Alicia Cortezco G. = El Ex-  
 aminador, Carlos R. Jaramayor = el Ex-  
 aminador, M. D. Rojas = El Secretario, E. Palencia Vega =

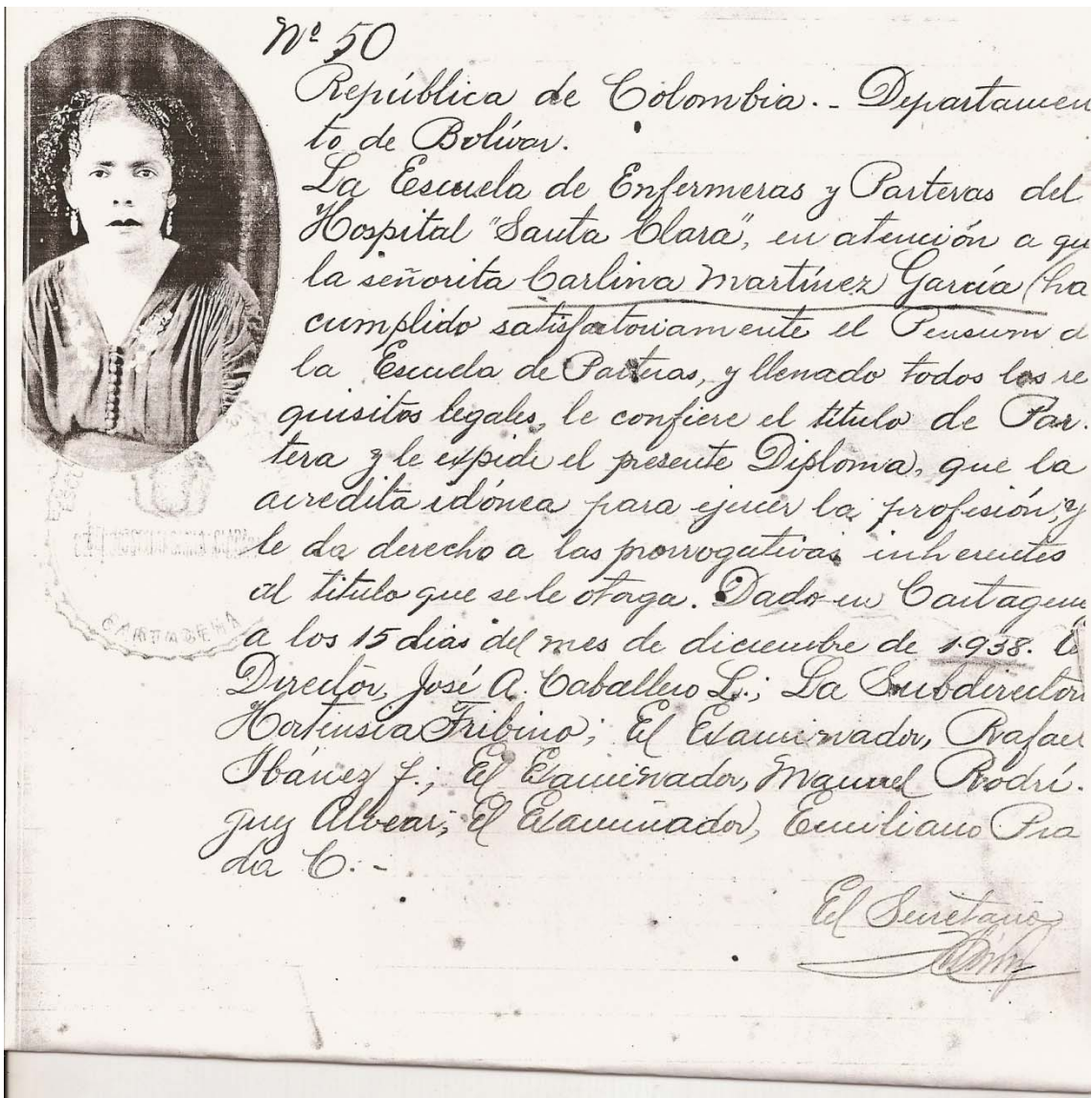
Cartagena, mayo 8 de 1932  
 E. Palencia Vega  
 Secretario-Registrador.





En este diploma se reconoce la preparación académica y el derecho a las prerrogativas legales, las cuales se disminuirían con los cambios que traerían los decretos de los siguientes años, como ya se expuso en capítulos anteriores.

UNA DE LAS ÚLTIMAS PARTERAS GRADUADAS EN CARTAGENA., CARLINA MARTINEZ



Nº 50

República de Colombia. - Departamento de Bolívar.

La Escuela de Enfermeras y Parteras del Hospital "Santa Clara", en atención a que la señorita Carlina Martínez García ha cumplido satisfactoriamente el Pensum de la Escuela de Parteras, y llenado todos los requisitos legales, le confiere el título de Partera y le expide el presente Diploma, que la acredita idónea para ejercer la profesión, y le da derecho a las prerrogativas inherentes al título que se le otorga. Dado en Cartagena a los 15 días del mes de diciembre de 1938. El Director, José A. Caballero L.; La Subdirectora, Hortensia Tribino; El Examinador, Rafael Ibáñez J.; El Examinador, Manuel Rodríguez Albear; El Examinador, Emiliano Prada C. -

El Secretario  







PRIMERA ENFERMERA GRADUADA, AL DESAPARECER LA ESCUELA DE PARTERAS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL SANTA CLARA Y SER ANEXA A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA. DESAPARECE ESCUELA DE PARTERAS Y TITULOS DE PARTERAS. OBSERVE CUANTOS FIRMANTES.

Republica de Colombia. Depar-  
 tamento de Bolívar —  
 Escuela de Enfermeras del  
 Hospital "Santa Clara" anexa a la  
 Facultad de Medicina de la  
 Universidad de Cartagena, en  
 virtud de que la señorita  
Mercedes Atencio Jurado ha  
 cumplido satisfactoriamente  
 el curso de la Escuela de Enferme-  
 ras y llenado todos los requisitos  
 legales, le confiere el título de  
Enfermera y le concede el presen-  
 te diploma que la acredita idonea  
 para ejercer la profesión, y le da  
 todos los derechos y prerrogativas inherentes  
 al título que se le otorga. —

Dado en Cartagena, a los seis días del  
 mes de marzo del 1943 — A

Decano de la F. de Medicina, M. J. ...  
 Director de la Escuela, M. J. ...  
 Examinador, J. M. ...  
 Examinador, Rafael ...  
 Examinador, Rodrigo ...  
 Secretario, A. J. ...

Otra mujer recordada en Cartagena, fue Doña Santos Pájaro, hermana del doctor, Manuel Pájaro Herrera, receptora de muchedumbre de cartageneros, ya mayores entre quienes se encuentra el erudito periodista Melanio Porto Ariza.<sup>110</sup>

La siguiente protagonista, no solo se adscribió a la atención de los partos, sino que además ejerció funciones públicas como concejal, seguramente el afecto y el reconocimiento de su calidad como persona le permitió ese logro. Es interesante, la apreciación del periodista que hace la descripción de esta mujer, y que además es uno de los que fue recibido por ella, pues como un hecho cultural, se les enseñaba a los niños a amar a los mayores que eran importante en sus vidas, la anotación sobre el lecho de su muerte, alude a una característica, es el empoderamiento y liderazgo que estas mujeres observaban en sus rostros, sin embargo, persiste la idea de nombrarlas como la esposa o compañera de un hombre, lo que en la ideología patriarcal, traduce la representatividad o necesidad de refrendar el nombre de las mujeres con la de los maridos. La connotación de matriarcal, no es un sinónimo en versión femenina del patriarcado, sino que corresponde al nivel de influencia y no de dominio.

Doña Rosa Amelia Angulo (1905-1989), señora de Jorge Hernández Delgado, “Mamá Rosa”, le decíamos afectuosamente la infinidad de párvulos que ayudó a nacer, con sus manos expertas y **su bondadoso corazón**. Egresada de la Universidad de Cartagena, poseía un don natural, para diagnosticar y tratar enfermedades complicadas. En los últimos años trasladó **su bienhechora vocación** curativa a la población de Santa Catalina, donde poseía una finca llamada “Hueso de Vaca” y allí se convirtió sin buscarlo, en concejal y líder de una apreciable franja de su amado partido liberal, **murió hace ya diez años en apacible olor matriarcal**<sup>111</sup>

La Partera era una mujer para las demás mujeres, pero también para su familia, esta mujer centra una de las características de las matronas costeñas, la que es capaz de atraer a su familia en torno así, sin embargo, hace a los demás dependientes, ella tenía lo que requerían, aún el consejo oportuno, con la

---

<sup>110</sup> BALLESTAS Morales Rafael, Op Cit p 8

<sup>111</sup> BALLESTAS Morales Rafael, Op Cit p 8

autoridad de mantener vigencia en su oficio por 60 años, y lo que significó un respeto hasta para el acto mismo de su fallecimiento. Josefa Bonfante, pertenece a la genealogía de Carmen de Arco, digna aprendiz. Era además la clásica supermujer, trabajadora y ocupada de actividades domésticas, a pesar de ser de tan numerosa familia, pero también se sabe que le gustaba jugar naipes con las vecinas. La partera Josefa Bonfante de la calle del Espíritu Santo **tenía la bendición de Carmen de Arco**, la cual era contemporánea de muy allegada Julia Castro..... relata Mercedes Gaviria de Corcho, maestra getsemanicense.<sup>112</sup>

Josefa Bonfante Vargas **siguió los mismos pasos que Carmen de Arco, fue otra pionera en la mayéutica** para ayudar a brindar a luz. Al quedar viuda a los 24 años dedico su vida a la noble profesión de partera, hasta los 83 años estuvo en la brega diariamente solicitaban sus servicios de **experimentada comadrona** también en ella se daba en buena posición el ojo clínico , *para ella era un orgullo el haber recibido más de 1000 niños en cualquier posición que se les presente*, hacia uso de las estadísticas, *su casa siempre fue un refugio para desesperados maridos, que imploraban la atención de sus esposas parturientas , a cualquier hora, ya fuese lloviendo o en las peores circunstancias . A pesar de su trabajo **nunca descuido sus labores domésticas**, diariamente iba al mercado por la comida, era la consejera de todos los que estábamos cerca de ella y en esa relación filial, empezamos a sentir por ella **un respeto reverencial**. Crio a mas de tres generaciones....todo el que necesitaba albergue encontraba en su casa desde alimento hasta dinero.....la muerte la sorprendió el 12 de noviembre de 1985, **estaba durmiendo sin agonía en un reposo de alma noble**. Todos añoramos sus enseñanzas y *la recordamos con mucha nostalgia*<sup>113</sup>*

La supermujer, es una figura, que ha probado ser una alineación de la mujer al concepto cultural del ideal femenino, es un mecanismo además, que si bien es útil, para asegurar el afecto, la dependencia y el sentido de importancia en una familia, también es en realidad, una forma de inducir y permitir el abuso de los demás, así como promover el autodescuido.

---

<sup>112</sup> VALDELAMAR Meza Jorge, Op Cit p 152

<sup>113</sup> Ibid. P153

Continuando con la genealogía de Carmen de Arco, esta la siguiente protagonista, quien ingresa a la actividad porque si bien le gusta espera encontrar en esta la posibilidad de contribuir en el presupuesto familiar, y lo logró reconoce la contribución de ella en la formación profesional de sus hijos. Libia Caraballo Barbosa, declara enfáticamente, **“Carmen de Arco me enseñó y de ella bebí toda la práctica, para llamarme la partera de Getsemaní,** Yo viendo la dificultad de la situación me toco con mucho cariño en mi interior que lanzarme a la lucha del trabajo para completar la satisfacción de las necesidades mínimas, no había noches, ni días para que la gente querida de Getsemaní no fuera a tocar mi puerta....yo llevaba mis estadísticas anotadas en el cuaderno. .... Veo a mis hijos que supieron responder... hoy son profesionales”....<sup>114</sup> Beber la práctica, sin duda, significa incorporar en el interior, más que las técnicas terapéuticas, era la forma de visionar, sentir y vivir una profesión muy humana.

#### .REGISTROS DE LOS NACIMIENTOS ATENDIDOS POR LIBIA CARABALLO PARTERA DE GETSEMANI 1.956



Todas las anteriores narraciones de parteras heroicas confirma lo que instancias internacionales de Salud, han propuesto de las parteras, por lo cual se hace objetable, que no valdrá el querer mantenerlas a distancias sin poseer, el recurso

<sup>114</sup> VALDELAMAR Meza Jorge, Op cit p 153



humano, capaz de ingresar a los lugares y en los tiempos que ellas lo hacen, ni las cualidades que le hacen a parte de asistentes, aliadas en una verdadera relación terapéutico-afectiva, las mujeres y el mundo piden a las parteras, conviene insertarlas en programas de capacitación.

Se presentará 4 de las protagonistas actuales del parto en casa, del estudio.

OLGA MAZA partera tradicional. Boquilla. Foto octubre 2007



ROSA MANJARRES. Partera tradicional. Bayunca Foto Octubre



ISIDORA DE ARCO. Partera tradicional. Boquilla. foto. octubre 2007



VICENTA ORTEGA. Partera tradicional Bayunca. foto octubre 2007



Con motivo del “Día Mundial de las Parteras”, el 5 de mayo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha dicho: *“Si los sistemas de salud se apoyaran en las parteras o enfermeras obstétricas, salvarían la vida de 5 millones de*

*mujeres en el mundo y se prevendrían, 80 millones de complicaciones por embarazo y parto hasta el 2015*<sup>115</sup>

## **4.2 COSTOS, O VALORACION DE LA ATENCION Y CUIDADOS DE LAS PARTERAS**

El cuidado de la salud, el bienestar, la recuperación y rehabilitación de las funciones corporales implican un concierto de dinámicas, que conforma el ciclo de atención sea este desarrollado en un sistema formal o informal de salud, que inician cuando el usuario hace contacto con el sistema de cuidados y culmina cuando el sistema considere resuelta la situación. En esta relación usuarios-sistema de cuidados opera una reciprocidad, en la que uno es demandante y el otro ofertante de atención y cuidado, el usuario debe cumplir las indicaciones del sistema, y el sistema en contraprestación recibe el pago de los servicios.

En el sistema formal de salud, conformado este por entidades gubernamentales y privadas legalmente establecidas que operan con supervisión del Ministerio de Protección Social, se encuentra establecido un sistema tarifario, que contiene los costos de cada intervención y las proporciones de ese costo que debe cubrir el Estado, la Empresa promotora de Salud a la que el usuario este afiliado y la proporción que le corresponde al mismo, que se conoce como copagos. Es entonces claro, que en este sistema media el beneficio de remuneración a los operantes, los cuales serán establecidos de acuerdo a las acciones que ejerzan.

Las parteras tradicionales están insertas en el sistema informal de salud, y como tal la remuneración de su atención se va a ver afectada por determinantes, como la capacidad de pago de sus usuarias que equivale a su vez al nivel de pobreza,

---

<sup>115</sup> DIAZ Livia, “Atienden parteras uno de cada tres nacimientos en Veracruz” en la red <http://www.proceso.com.mx/noticia.html?sec=2&nta=50776&nsec=Estados>

lo cual permite intuir que a pesar de que se establezcan precios entre las parteras, este sea fluctuante, e incluso no se perciba, y tome otras variantes las cuales significan desde la gratuidad hasta la financiación por cuotas y el intercambio.

*“Hay tres relaciones principales entre los hombres: dar, recibir e intercambiar. El último supone la igualdad o la independencia reciproca de aquellos que transigen, los otros dos supone la desigualdad, la necesidad por una parte, y lo superfluo por otra”*<sup>116</sup>

*“Los cuidados corrientes se reconocieron como un hecho social, que se atribuían inicialmente a las mujeres en función de la antigua división sexual del trabajo, base de la primera economía mixta”*<sup>117</sup>

El cuidado y atención en el parto y al recién nacido, toma por parte de las parteras connotaciones muy particulares, y difieren en gran medida al sistema formal de salud, el cual incluye valoración directa a la usuaria y el pago a los denominados derechos de sala de cirugía, parto, así como los insumos, medicamentos y otros, es decir no solo se cancela la acción directa sobre el cuerpo, sino el hecho de ocupar los espacios de las instituciones.

*“Me pagaban mas o menos en ese tiempo, figúrese, \$10.000, el último parto que hice lo cobraba a dos mil pesos.....”* Olga Pinto<sup>118</sup>

*“Yo cobraba \$ 10.000 después \$ 15.000, \$20.000. y ahora pagan\$ 40.000....”* Rosa Manjarres<sup>119</sup>

*... Yo cobraba, tres pesos, cuatro pesos, cinco pesos (Miles).....”* Vicenta Ortega<sup>120</sup>

Es de observar que los pagos económicos eran fluctuantes, que al transcurrir del tiempo podía tener incremento, o decremento, pero la valoración no solo era percibida en forma de dinero sino que además podría ser en especies.

<sup>116</sup> COLLIERE, Marie Françoise *Op Cit.* P.36

<sup>117</sup> *ibíd.* P 13

<sup>118</sup> PINTO, Olga, 73 años, entrevista y relato oral. Octubre del 2007

<sup>119</sup> MANJARRES, Rosa, 88 años, entrevistas y relato oral Octubre de 2007

<sup>120</sup> . ORTEGA, Vicenta, 86 años, entrevistas y relato oral Octubre 2007

*“Hasta nuestros días, dentro de la sociedad occidental, la mujer que ayuda no esta remunerada con dinero , no puede estarlo, siempre se le paga en especies, su trabajo es considerado como un servicio como una ayuda que no puede ser prestada mas que de dos formas, o como servicio, o bien como pequeños regalos”::.....<sup>121</sup>*

Este concepto, coincide con la experiencia contada por las parteras consultadas:

*“Por hacerle el curetaje a su hija, me pagó regalándome un cochino (Cerdo) Grande,.....Olga Pinto*

*Una señora de un pueblo no tenia como pagarme, y yo le dije que me pagaran después y atendí el parto y después venia mensual a traerme bollo, yuca y ñame.....”Olga. Pinto*

Existe la posibilidad mientras haya pobreza que, algunos no tengan para el pago de los servicios y así lo describían varias:

*“Las parteras somos auxilios a las que no puedan llegar al centro médico, algunas me pagaban otras no” Vicenta Ortega*

*“Yo no esperaba nada, si me querían pagar y tenían, porque lo hacia por mi comunidad, ellos son pescadores” Olga Maza.<sup>122</sup>*

*“Por el compromiso de atender al pobre, si la mujer puede pagar, lo debe pagar ella, a veces no cobra a las mujeres que no pueden pagar” Vicenta*

Estas mujeres pues, percibirían sus ganancias en varios sentidos, el reconocimiento social, la autonomía y ejercicio de un oficio ejercido por pocas mujeres lo que le significaba un liderazgo, el conocimiento y la experticia.

*“La maternidad, el parto y los cuidados del recién nacido, designaban a la mujer, iniciándola sobre todo en los cuidados en los cuidados corporales, mientras que los embarazos y los cuidados de los niños, al limitar su desplazamiento, la llevaron a descubrir todos los secretos de las plantas,.....y también al descubrimiento de un arte al que le dará su nombre”...<sup>123</sup>*

---

<sup>121</sup> COLLIER, Op. Cit p. 18

<sup>122</sup> MAZA, Olga, 74 años, entrevista y relato oral. Octubre 2007

<sup>123</sup> COLLIERE, Op. Cit p.13

La retribución económica, les permite a estas mujeres el manejo de los recursos, que en todos los casos eran orientados al bienestar de sus familias y en poca cantidad a la superación de sus conocimientos o recreación y confort para si misma. Las parteras visitadas, no se enriquecieron con la labor de sus manos, aunque estas hayan batido records que superan incluso a la de médicos y ginecólogos, habiendo alcanzado la atención de dos mil partos, y mas, según lo reportan, ellas se caracterizan, por su extracción humilde, y sus casas no reflejan inversión económica, mostrando una pobreza física, se observa, que todos sus habitantes sienten una especie de orgullo y satisfacción porque se hicieron ricos en favores, llegando con ello ha sentirse bien, demostrando esta actitud, una clara evidencia, de interiorización de la riqueza del alma en la pobreza de los bolsillos, enmarcada en una vida de entrega a los demás predicada desde antaño por la fe católica, quienes fueron los impulsores y monopolizadores de la atención en Salud.

Esta forma de pensar que permeó la gratuidad en la atención de salud, y que se puede observar en el servicio de atención en la partera, tiene inicio con los paradigmas que se impulsó desde los primeros hospitales, sin embargo estos operaban en una lógica económica paralela, y que involucraban mano femenina, con variantes en su compensación.

*“En este sistema, la pobreza, al menos a partir del renacimiento, se transforma en una apuesta económica. .... “La indigencia se transforma en algo económico , ya que hace posible la riqueza” La apuesta económica de la pobreza, sirve a las instituciones cuidadoras, que se enriquecen considerablemente de dos formas, por una parte gracias a las personas que se consagran para el bien de los pobres y se esfuerzan en socorrerles, estas instituciones reciben donativos, legados y fundaciones.”<sup>124</sup>*

*En este sistema, las mujeres que proporcionaban cuidados, no son objeto de una evaluación financiera, ya que estas mujeres están al servicio de Dios, de la Iglesia y de los pobres. Su servicio es gratuito..... Hay en cierto modo un estatus social en las que a cambio del don de su vida a Dios, son reconocidas como portadoras de dones, de caridad, de limosna y de asistencia....”<sup>125</sup>*

---

<sup>124</sup> ibid p 37

<sup>125</sup> . ibid p 36

*La aplicación de los cuidados jamás ha tenido la consideración de un trabajo ni por la duración, el número de enfermos, el tipo de trabajo efectuado y la pesadez de los cuidados, el trabajo no tiene límites, no tiene precio, ya que su recompensa no es de este mundo”*<sup>126</sup>

Lo anterior podría explicar, el porque para las personas cancelar por la confección de su ropa, el uso de transporte, el poder habitar una vivienda, en fin todos los elementos que impliquen la satisfacción de sus necesidades básicas fundamentales, no requiere ninguna clase convencimiento, es lo que normalmente se espera, pero, en lo relacionado con la atención de la salud y sobre todo acciones domiciliarias, parece existir la idea generalizada, de que ello es una acción caritativa, con el implícito de gratuidad, de personas que tienen como deber social y moral el socorrerles, por lo cual existe también la conducta generalizada de hacer demandas de los servicios, sin importar las horas y el estado de las personas, ello podría ser ampliamente corroborado, por los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras.

Este hecho no solo es objetable en la práctica domiciliaria, sino incluso en la hospitalaria, que aun hoy después de 14 años de haberse establecido el nuevo sistema de salud en Colombia, con la ley 100 del 93, (Que para muchos convirtió en negocio el sistema de salud, aludiendo incluso la naturaleza de Empresas a las instituciones de Salud), las enfermeras no tengan establecidas tarifas de sus actividades, sino que ellas están *incluidas* dentro del paquete de la Hospitalización, lo que no ocurre con ningún otro profesional... Definitivamente, *inclusión que significa exclusión* de beneficios económicos, si esto ocurre a las mujeres que brindan cuidados insertas al sistema, las parteras que se hallan por fuera de este, se encuentran en peores posibilidades de retribución. Las parteras empíricas piensan que dado que no posean títulos, y que su arte fue aprendido se tradición familiar, está disponible al servicio de los demás en los tiempos que estos se demanden, bajo las circunstancias que ello, le implique realizarlos, sin que exista la posibilidad de negarlos.

---

<sup>126</sup> *ibíd.* p 38,

*“Nunca he cobrado nada, todo por amor y favor” Lidis Caro <sup>127</sup>*

*“Yo no cobro, pero he visto comadronas cobrando hasta \$150.000 por el servicio” Francisca Rodríguez <sup>128</sup>*

*“Yo no cobro nada, pero si me lo dan lo recibo” Esther Peña <sup>129</sup>*

*“Los costos lo debe asumir el esposo, les cobro por lo que tengan” Olga Maza.*

La ganancia, al no ser de índole económica, tiene otras características que además de incluir la satisfacción de ayudar, le da el sentido de autorrealización por ejercer una actividad que les gusta y por poder contar sus experiencias, les da respeto de su familia, la admiración de su compañero y el reconocimiento público, además el hecho de sentirse útiles en una etapa en la que la mayoría de personas, sienten que ha llegado la edad del retiro, entonces ellas son más valoradas y se sienten más demandadas en sus servicios, lo que le da una apariencia de longevidad, y fortaleza, tal como es la mayoría de la situación de las parteras consultadas, aunque en algunos casos la familia considere su descanso.

*“El valor social de los cuidados aplicados por mujeres, esta unido directamente a las mujeres en si, lo que hacen esta determinado por lo que son, lo que han vivido, lo que han sido capaces de vivir. Ser reconocida por la experiencia basada en su propio cuerpo y asumida a lo largo de su vida.... El reconocimiento del valor social de los cuidados proporcionados por las mujeres, se basa en la fama de su experiencia, experiencia interiorizada y vivida en su propio cuerpo, de ahí el nombre de matrona, la que se ha hecho madre al dar a luz y que a continuación será admitida para ayudar a otras ha hacerlo, iniciándoles a cuidar los niños, de hecho la abuela puede convertirse en mujer ayudante.... Hay que haber pasado por ello, haber tenido niños, haber realizado su ciclo biológico al completo “ <sup>130</sup>*

Las mujeres ganan reconocimiento social con los años, sin embargo ello realmente esta significando, que se le adscribe aptas para las labores de cuidado de los otros, se convierten además en referentes, ejemplos dignos de imitar o en símbolos de la opresión y el auto-abandono, antítesis de modos de vida. El otoño

<sup>127</sup> CARO, Lidis, entrevista 32 años, Mayo 2007

<sup>128</sup> RODRIGUEZ, Francisca, 59 años M entrevista mayo 2007

<sup>129</sup> PEÑA, Esther, 45 años entrevista Mayo 2007

<sup>130</sup> COLLIERE, Op. Cit, 14



femenino, tiempo en que se ha transitado demasiado para saber, así como para sentir en sus cuerpos el cansancio y agobio que da el peso de los años de la propia vida y la de los otros, no son paradójicamente los días del descanso, sino el tiempo que más augura protección y cuidados para los de la siguiente generación, apareciendo la figura de la abuela.

*Fueron avanzando los años y sus hijos pensaron, que era tiempo para que descansara, buscaron para mantenerla en casa, lo cual hacia mengua en su temple de mujer activa. Pero a pesar de estas circunstancias, un Día 21 de marzo de 1982, cuando tenía 83 años su nieta Edna Luz, entró en trabajo de parto, a la una. de la mañana. La nieta José tenía tiempo de no partear, su hija le dijo que no atendiera a la nieta, que la fuera revisando mientras ellas se arreglaba para llevarla a la clínica. ¡Cuál sería la sorpresa de su hija! Cuando la nieta José le dijo: calienta agua, porque Edna luz no alcanzará a llegar a la clínica, y en efecto, la nieta José, recibió a la segunda biznieta, nació en perfectas condiciones....<sup>131</sup>*

Las abuelas, se convierten en maestras, para las parteras consultadas, esta figura fue inspiración, la visión desde nietas y el amplio respeto de sus comunidades, las hacían interiorizar su imagen como un ángel, categoría simbólica de la mujer buena, que genera expectativas sobredimensionadas en los demás, por lo que para ser resueltas debe prescindir de sus propias demandas humanas.

*“Yo aprendí de mi abuela, ella era arbitrariamente de ánimo “.... Mi primer parto fue a los 54 años.... De un nieto fue el primerito.....Rosa .Manjarres*

*“Yo aprendí de mi abuela María Sánchez, ella me explicaba”..... Isidora de Arco.<sup>132</sup>*

*“Nosotras aprendimos con ella, era una comadrona legitima..... Ella era un Ángel” Olga Maza*

La experiencia que acompaña los años, tiene un valor sobre agregado en la oferta de los servicios, en donde la más antigua será la más solicitada.

---

<sup>131</sup> VALDELAMA, Meza Jorge, y Gutiérrez Juan, en Getsemaní, Oralidad en Atrios y Pretiles Cartagena, Ed. Litógrafos del Mar & Cía. Ltda., 2005 p. 152

<sup>132</sup> DE ARCO, Isidora, 63 años entrevista y relato oral octubre 2007-10-27

*“Yo tengo mas de 20 años parteando y todas las que aquí parteábamos, pero a mi me buscaban más porque tenía más inteligencia....” Olga Maza*

Una de las razones de la alta demanda que otorga la edad y experiencia de las parteras va sumado al sentimiento de seguridad que despierta en las mujeres, además se reivindica la identidad de género, en la confianza que se está siendo atendida por alguien que a parte de conocer, comprende el dolor pues lo vivió también como mujer.

*“Se siente uno mas segura,..... Ella nos entiende como mujer, ella pasó por lo mismo... María <sup>133</sup>*

La percepción de las mujeres usuarias , es haber sido atendidas por una madre, pues ella además de su atención inmediata en el parto, se ocupa de otras funciones de cuidado básico, como también la enseñanza en el óptimo cuidado de su prole, connotándose como elemento importante que este es percibido como consejo.

*“Ella me dejo arregladita, al día siguiente fue a bañar....me aconsejaba.... Noris M. <sup>134</sup>*

El sentido de ganancia para las parteras incluye el disfrute de su labor y esto es una forma de auto compensación, o en realidad de auto convencimiento que le impedía insistir en una retribución económica, aunque esta era requerida justamente por ellas.

*“Aunque a veces no me querían pagar, e insistía dos veces y sino le pagaban no insistía más; les hacía el favor y no me pagaban y me insultaban” Isidora de Arco*

*“Tengo plata perdida “Rosa Manjarrez*

*“Me sentía orgullosa, me sentía alegre, contenta” R.osa M.*

---

<sup>133</sup> MARIA, Nuera de Rosa Manjarres, entrevista Octubre del 2007

<sup>134</sup> M. NORIS, nuera de Vicenta, Octubre 2007

*“Esto en la experiencia como mujer lo que me hace sentir es muy feliz de ver nacer a un niño y todas las mujeres preferían buscarme a mí.” Y yo era feliz atendía hasta gratis “.... Olga Pinto.*

El sentido de gratuidad en las labores que realizan, ha sido producto del pensamiento patriarcal, pues estas actividades muchas veces están adscritas al rol socialmente establecido, por lo cual hacen parte de la misión de su existencia y no deben generar para ellas, asimismo no deben esperar más que la satisfacción del deber cumplido.

*“Los cuidados proporcionados por las mujeres.... Serán considerados cada vez más como evidentes, como si fuesen innatos al estar asociados al amor maternal que parece inscrito en el material genético de las mujeres..... amor materno del que supuestamente han tomado su motivación, su energía, su abnegación y sus cualidades femeninas .....El impacto de este pasado cultural roto por la pérdida del reconocimiento de un valor de paridad en la división sexual del trabajo, así como la influencia de los valores religiosos transmitidos desde la edad media, son, como se podrá comprobar los que deben dar cuenta de la lenta, pero cierta devaluación económica del conjunto de los cuidados proporcionados por mujeres”<sup>135</sup>*

El amplio sentido del deber, hace de la abnegación y el sacrificio un común denominador que terminan por empobrecer a las mujeres, afianzado con la visión religiosa del contexto cultural en donde la pobreza es una virtud. Aprovechado por las formas de sistemas capitalistas para la baja remuneración del trabajo femenino, aunque este sea el equivalente al masculino.

*La señorita Carmen de Arco y de la Torre....se afirma con fundamento que recibió más de 25.000 niños.....**murió pobre** porque era bondadosa y generosa en grado increíble.....<sup>136</sup>*

De querer hacer un ejercicio matemático de cuanto hubiese representado en pesos el trabajo arduo, abnegado de estas mujeres y si se tiene en cuenta el número de horas de dedicación, ajustes de recargos de horas nocturnas, festivas

---

<sup>135</sup> COLLIERE, Op. Cit p 19

<sup>136</sup> VALDELAMAR Meza Jorge, Op. Cit p 147

y dominicales, viáticos al transportarse a largas distancias, y si se les cancelara el incremento por trabajar en zonas de riesgo público, las horas y días de hospedaje, el derecho a usar sus camas, los siguientes días de cuidados y revisiones, el lavado de la ropa, el baño y atención de los bebés y la disponibilidad; estas mujeres que atendieron el nacimiento de sus comunidades, estuvieran hoy disfrutando de un emporio económico, que sería mayor que el de médicos generales y ginecólogos que atienden una clientela selecta en la práctica privada, y que pueden asistir en prácticas en instituciones públicas en horarios preestablecidos. Sin embargo, no es el caso, ellas no adquirieron casas, ni vehículos y es frecuente las quejas de su actual estado financiero, aunque parece ser que su lucha por la supervivencia las tiene pujando a ellas también.

*“Y aquí estoy viva y pensionada por el liceo, lo único malo es que me pagan una porquería, me pagan cuatro y pico (El salario mínimo legal vigente) y eso no me alcanza, que hay veces que me a tocado pagar el teléfono por doscientos.... Olga pinto.*

En los casos de las parteras empíricas, hoy dependen de sus hijos, aunque para subsistir también ejercían otras actividades.

*Yo desde chiquita trabaje, fui una mujer que he luchado en este pueblo..... ahora estoy con mis hijos... Olga. M.-*

*“Yo vendía en el mercado tenía dos mesas” Rosa M.*

Esta situación no es exclusiva de nuestras parteras empíricas, igual situación se percibe en estudios que en otros países se han hecho al respecto.

*En Veracruz, las parteras asisten uno de cada tres nacimientos. El 48.2 por ciento de los nacimientos en la zona rural ocurre con partera, y el 8 por ciento de las mujeres se atienden a sí mismas. ... Las parteras por lo general no cobran, dice la investigadora Verónica Sieglin: “Por lo común, la partería tradicional no se ejercía como una actividad profesional para ganarse la vida.*

*Después de entrevistar a un grupo de parteras, considera que si bien muchas parteras tradicionales obtenían y esperaban una compensación de parte de los familiares, no asignaron un precio fijo a sus auxilios.*

*Tampoco cobran como los hospitales, cada acto realizado, cada hierbita hervida, cada masaje proporcionado, ni cada palabra dirigida a la parturienta". Ellas comentan "Hoy, todas como yo, no tenemos nada."*

<sup>137</sup>

El no reconocimiento económico del ejercicio de la partería involucra un hecho consecuente, el empobrecimiento de las mujeres y la pérdida de estas prácticas en las futuras generaciones, que viven en un mundo más compulsivo y requerido por los intereses económicos, en la lucha individual y colectiva para sobrevivir, marcado por nuevos discursos, que envuelve la significancia de los seres humanos en lo que poseen, de ahí que la pulsión por tener significa en realidad la necesidad de ser, es el tránsito al otro extremo.

Las parteras no son ajenas a las necesidades y limitaciones físicas, y al desánimo que produce despertar a la realidad, y verse sin recursos y sin mucho que dejar a su descendencia, manteniendo el vicioso círculo de pobreza por lo que se puede apreciar el reporte del abandono del ejercicio.

*"Yo deje de atender partos porque no me pagaban , cuando cobraba me insultaban..... Venían a tocarme la puerta, yo le decía a mi marido, dile que tengo dolor de cabeza, porque no me pagaban....." Isidora de Arco*

*Un día salí bajo el agua lloviendo, con barro, y ya no me pagaban, en el puesto de salud, no paga ves allá,.. El puesto de salud es competencia? las mujeres y que no quieren parir y todos los días paren , allá en el puesto de salud paren más, ahora con los carnets van más allá. Rosa M.*

Sus ingresos por este oficio, no los alteró el hecho de que fuera un profesional de la salud que hiciera la atención, sino que a cambio de no pagar las mujeres sistematizadas en estratos 0 y 1 poco a poco eligieran las instituciones de salud.

---

<sup>137</sup> RUIZ, Miriam. Las parteras un trabajo históricamente México,

<http://www.cimacnoticias.com/noticias/02jun/s02062501.html>

## 5. PODERES EN PUGNA.

En este capítulo, se pondrá en discusión los poderes en pugna que se distinguieron en el proceso de institucionalización del parto. Se parte de dos premisas fundamentales, que son, el concepto de poder en sus acepciones sustantivas y verbales, propuestas por Dora Munevar,<sup>138</sup> y la concepción de relaciones de poder según Michael Foucault.<sup>139</sup>

El poder en la acepción sustantiva del término hace referencia a dominio, imperio, facultad o jurisdicción para mandar con autoridad, para ejecutar una decisión, señala además la capacidad de pensar y obrar sin fines coactivos; mientras el mismo término se aplica para el obrar sobre otros, también lleva el implícito de adscribirse a una facultad o potencia susceptible de traducirse en acciones de empoderamiento, que induce el desarrollo de autonomías.

Como verbo, el poder esta limitado a espacios y temporalidades, ello refleja un carácter circunstancial con posibilidad de extinguirse en tanto desaparecen las circunstancias que lo hacen posible. En las relaciones de poder que se presentarán en este capítulo, son fácilmente distinguibles el accionar o ejercicio del poder en concordancia con estas acepciones semánticas, pues algunas expresiones de este, se constituyen en mecanismos de empoderamiento personal y colectivo como es el caso del poder que ejerce la partera. En otro sentido, las relaciones de dominio y control que ejerce el profesional de la salud, en relación a las mujeres bajo su atención, poder adscrito a un espacio específico, el hospital, en un momento particular, el evento del parto, este poder se le otorga por su posición de prestigio y posicionamiento dentro del saber científico.

---

<sup>138</sup>MUNEVAR, M. Dora Inés “Tres puntos de partida”, en *Poder y Género en el trabajo académico. Considerandos para reconocer sus intersecciones desde la reflexividad*. Unibiblos. Bogotá Universidad Nacional de Colombia. 2004 p. 25

<sup>139</sup>FOUCAULT, Michael, *Op. Cit* p. 83

De acuerdo a lo planteado por Foucault, el poder existe solo cuando es puesto en acción, incluso si por supuesto está integrado en un campo desigual de posibilidades, actuando sobre unas estructuras permanentes; esta óptica solo coincide con la acepción verbal planteada por Munevar, dejando sin considerar las acepciones sustantivas que se expresan en otras formas de ejercicio que no incluyen necesariamente jerarquización, pero que inducen a conectar con otras formas de expresión del poder, el poder para, el poder con, y el empowerment o poder desde dentro. Por otro lado, Munevar, plantea la redistribución de poder, como una herramienta para la generación de poder, útil para quienes han estado bajo dominio y desempoderamiento, Para Foucault, las relaciones de poder, son el resultado de un previo o permanente consentimiento, pero no es por naturaleza la manifestación de un consenso, en este sentido, es explícito en el hecho de considerar únicamente el poder sobre, y como se anotó anteriormente, la idea de concebir el poder solo de esta manera, ofrece una visión del poder ligado a la coacción, y generador de subordinación.

El poder que genera permanencia en un sistema debe contener respuestas a necesidades, lo cual, no necesariamente significa poder en relación de dependencia, sino que puede además, revelar una manifestación de satisfacción, coordinación o negociación en ambientes que propicien la participación y la autonomía. Quienes ejerzan en esta dimensión propician la expresión de libertades y conjugan una confluencia de poderes en distintas dimensiones.

A continuación se hace una exploración de las formas de ejercicio de poder de las parteras y médicos, desde la óptica de la autora, y tiene como elementos de base algunas consideraciones de los modos de actuación en la realización de sus funciones, configuradas en distintos escenarios, uno privado, el hogar, y uno público, el hospital, junto con ello además la caracterización de los dispositivos que operan en los mismos, y que refuerza el carácter de dominio o control y de impulso o estímulo y acompañamiento.

La actuación de las parteras y su permanencia es un hecho que le caracteriza resistencia a un mundo industrializado, “el campo de la salud” que se ha visto

acrecentado en las últimas cinco décadas, con la sinergia de tecnologías como las ingenierías al servicio de la prolongación de la vida humana, si bien, estas no resuelven la calidad en que se desarrolle la misma.

¿Qué poderes mantienen la vigencia a las parteras?, ¿Con que otros tiene conflictos?, ¿Cuáles son sus estrategias? ¿Cuáles son los resultados?, ¿ Quiénes son sus oponentes?, quienes son sus defensores? Estos interrogantes inducen un análisis y puesta en escena de los elementos constitutivos de la resistencia de las parteras, así como los antagónicos que las limita, y las respuestas de los organismos externos que median en este conflicto de poderes.

En este capítulo se distinguirá lo concerniente a las relaciones de poder que se mueven desde las parteras y hacia ellas. Se definen los argumentos del conflicto, que forjan posturas y epistemologías genéricamente no neutras, y que visibilizan particularidades de las potencialidades femeninas que le han mantenido vigentes milenariamente. Estos conflictos son representativos de las simbologías de género y del modo como cada género intenta existir, ya sea en relaciones de codependencia, hegemonía, subordinación, paternalismo, sumisión. Los poderes en conflictos que se analizarán están codificados en las siguientes relaciones:

Poder de las relaciones afectivas y El poder de las relaciones terapéuticas

Poder de la Oxitocina endógena y El poder de la Oxitocina Exógena

Poder del conocimiento empírico y El poder del conocimiento desde los protocolos

El poder de la tradición y el poder de la Institución

El poder de la conciencia y el poder de la legitimación.

En estos aspectos se observará cómo se evidencian los mecanismos de control que plantea Michael Foucault<sup>140</sup>, para establecer el análisis de las relaciones de Poder:

---

<sup>140</sup> FOUCAULT, Michael. A Sujeto y el Poder. Por qué estudia el Poder: La Cuestión del Sujeto. Bogotá. Carpe Decon Ediciones. P 91-95.



1. El sistema de diferenciaciones que le permiten a uno actuar sobre las acciones de los otros: Diferenciaciones, determinadas por la ley o por las tradiciones de status y privilegio.
2. Los tipos de objetivos perseguidos por aquellos que actúan sobre las acciones de los otros: El mantenimiento de privilegios, la acumulación de beneficios, el funcionamiento de la autoridad estatutaria, el ejercicio de una función o de un oficio.
3. Los medios que dan origen a las relaciones de Poder... Ejercicio del poder por medio de efectos de palabras, amenazas con armas, por medios de control, sistemas de vigilancia con reglas que son o no explícitas, fijas o modificables, con o sin medios tecnológicos que ponen todas estas cosas en acción.
4. Formas de Institucionalización: Estructuras legales, sistemas complejos dotados de múltiples aparatos como el Estado, que toma todas las cosas bajo su custodia, regula, distribuye poder en un conjunto social dado.
5. Los grados de racionalización: Poner en juego las relaciones de poder como acción en un campo de posibilidades puede ser más o menos elaborado en relación con la efectividad de los instrumentos y la certeza de los resultados. El ejercicio del poder es elaborado, transformado, organizado. Las relaciones de poder están enraizadas en el sistema de redes sociales.

Se trabajará pues en el sentido de los opuestos, y de cómo uno subsume, complementa o se diferencia del otro. En la perspectiva de Michael Foucault:

*. “Consiste en tomar como punto de partida, las formas de resistencia contra diferentes formas de poder. Para utilizar otra metáfora, consiste en usar esta resistencia como un catalizador químico que esclarezca las relaciones de poder, localice su posición, descubra su punto de aplicación y los métodos usados. **Antes que analizar el poder a partir del punto de vista de su racionalidad interna, se trata de analizar las relaciones de poder a través del antagonismo de las estrategias.** Para descubrir por ejemplo, lo que nuestra sociedad entiende por salud, deberíamos investigar quizá lo que está pasando en el campo de la enfermedad”<sup>141</sup>*

---

<sup>141</sup> FOUCAULT, Michael. *Op Cit.* P 56.

A cada mecanismo de poder se le distinguirán sus fortalezas y sus debilidades.

## **5.1 PODER DE LAS RELACIONES AFECTIVAS Y EL PODER DE LAS RELACIONES TERAPEUTICAS**

### **5.1.1. Seguridad y afecto**

El afecto como poder, es trabajado por feministas quienes dan un abordaje del tema, caracterizándolo como el poder que se les adscribió a las mujeres en el ámbito de lo privado, y que se diferencia de la forma de ejercicio del poder en la ideología patriarcal, pues este tiene caracteres de dominancia y control, mientras que el ejercido por las mujeres tiene una doble connotación en el aspecto positivo, incluye el empoderamiento de los otros, al tiempo que esconde la sutileza de la manipulación y le otorga caracteres de seducción .

*En el caso de las mujeres, la centralización en el poder de afectos les representó un recurso y un espacio de poder específico, dentro del ámbito doméstico y mediante la regulación y el control de las emociones que circulaban dentro de la familia. Sin embargo, el ejercicio de tal poder, también les significó modos específicos de enfermar y de expresar su malestar.<sup>142</sup>*

La forma como cada mujer introyecta en su psiquismo la afectividad y como la expresa, está determinada no solo por los discursos culturales, sino que además incluye la elección individual de invisibilizar sus demandas y necesidades física , psicológicas, y sociales, mientras ejerce ese tipo de poder, a favor de otros.

*Las niñas suelen dominarse a sí mismas y a sus necesidades más tempranamente que los varones, que habitualmente conservan su impulsividad y el despliegue de recursos psicomotores para conservar su dominio de sí y de los otros. Las niñas suelen tener un destino clave para*

---

<sup>142</sup> BURIN Mabel, “Género y Psicoanálisis: Subjetividades femeninas vulnerables” en red <http://www.psicomundo.com/foros/genero/subjetividad.htm>

*su pulsión de dominio en términos pasivos: dominarse y ser dominadas, en tanto el recurso activo del dominar queda postergado. En esos casos, su pulsión de dominio devendrá en deseo de poder en un sentido legitimado subjetiva y socialmente: el poder de los afectos. Uno de los modos en que se ejerce esta forma de poder es a través de la maternidad, un estilo de poder definido como capacidad para hacer crecer a otros o para inhibir su desarrollo. Otra de las formas de ejercicio de este poder en el género femenino se da como valor para potenciar, para encender el deseo de los hombres, o, como señalan algunas psicoanalistas, para actuar como musa inspiradora de la creatividad masculina o como señuelo para sostener el narcisismo fálico de los varones. En todos estos casos, el poder atribuido a las mujeres está orientado hacia el **empowerment**, o sea, hacia el empoderamiento de los otros<sup>143</sup>*

El amor, en cualquiera de sus versiones, erótico, filiar, maternal se desarrolla en medio de relaciones políticas, es decir de poder. El amor es un biopoder.

*El poder ejercido por influencia desde los ámbitos privados e íntimos ha sido una constante desde las épocas tempranas de la humanidad, en ese ejercicio se mezclan muchos sentimientos, pero principalmente los que van ligados a la piel, allí la coacción por un posible abandono o lo avaro en las caricias han sido el principal promotor del ejercicio del poder desde tras el trono<sup>144</sup>*

El amor como fuente y vehículo de poder es ejercido por las mujeres en distintos ámbitos y con distinciones particulares en el otro-otra receptora e interconectora de sus afectos, puede de esta manera, manifestarse desde el deseo de dar y recibir afectos; también como suplencia de las deficiencias de los otros-otras; como potenciadora de las capacidades de los demás; y en el acompañamiento, solidaridad y sororidad en relaciones horizontales con otros, es ejemplificante en este último caso, el afecto como poder en la relación de las parteras con las mujeres a quienes asisten en el parto..

<sup>143</sup> BURIN, Mabel "Desde la pulsión de dominio" y las identidades tempranas hasta el feminismo. *Psicoanálisis y Feminismo*. En red [http://www.fundaciontehuelche.com.ar/mujer/psico\\_burin.htm](http://www.fundaciontehuelche.com.ar/mujer/psico_burin.htm)

<sup>144</sup> FERNANDEZ, Luis Alejandro Afectos y poder. *Revista de Debate Contemporáneo* <http://www.geocities.com/abcrevistas/encuentro/1/afectos.html>

Las parteras ejercen su labor caracterizadas por las relaciones entre iguales, congéneres, con historias parecidas, pertenecientes en la mayoría de los casos a los mismos contextos geográficos y culturales, la partera pues es la vecina, la amiga, la comadre, incluso la que la ayudo a traer al mundo, a la madre o abuela.

..... Ella es mi suegra, me sentía segura porque ella nos mimaba, no nos regaña.....María

..... Yo estaba tomándome unos traguitos, cuando me avisaron Olga tu hija va a parir y no hay parteras, vamos yo la atiendo así.....Olga M

El momento del parto se caracteriza por la confluencia de emociones y el sentido de vulnerabilidad por la conjunción de los dolores físicos y emocionales de las mujeres; la llegada de un nuevo ser y con éste las responsabilidades y tareas, sobrecarga el estado mental de las mujeres, hasta el punto de hacer sentir en algunas la inminencia de muerte, que a su vez se ha interiorizado por las prácticas culturales, de antaño existía como costumbre de las mujeres preparar el ajuar del bebé, juntamente con su propia mortaja.

..... Ahí que me estoy acabando.... No seas pendeja tu no te estas muriendo, tu estas pariendo.....Rosa M.

..... Mija, eso duele.... Pero eso se pasa horita.....Rosa M.

.....ellas se sentían alegres, les daba ánimo, estaban contentas conmigo.... Vicenta....

.....Ella quería que yo me fuera para el hospital, no porque si es que me muero quiero darle la última mirada a ella..... Hija de Rosa

Las parteras involucran a parte de sus conocimientos y pericias, sus emociones, lo que le permite sentir a las mujeres que a la partera le importa y por lo cual hará lo que sea más conveniente

..... ..La niña venía de pies y ella se le fue la fuerza..... Salió moradita ya estaba muerta, me dolió mucho.....Rosa M.

..... Yo las trato con cariño, las sobo, las dejo llorar... No me gusta verlas sufrir.....Olga Pinto

El sistema formal de salud, reconoce *lo efectivo de lo afectivo* de las parteras, así lo confirma la declaración de la coordinadora de la estrategia de capacitación de parteras en Bolívar

. Las parteras les preguntan como dejo su casa, con quien están sus hijos y sobre su vida, ellas tienen en cuenta esa integralidad..... Miriam Navarro <sup>145</sup>

No obstante, para ellas es indispensable que la usuaria sienta tranquilidad al ocupar sus servicios, ellas saben que esto repercutirá en mejores resultados.

....lo más importante es que la paciente se sienta segura de hacerlo con la comadrona.....Osiris Villegas <sup>146</sup>

Las parteras saben lo importante que es el afecto en la realización de su labor así lo expresa una Partera conferencista internacional. Las declaraciones de Guadalupe Trueba <sup>147</sup> en el contexto del encuentro internacional de parteras colombianas y africanas celebrado en el 2005: "El secreto está en el amor que recibe quien va a dar a luz". El ambiente durante el parto o "trance del parto" como aclara Rosa Manjarres, es de vital importancia, porque le vas a permitir a la mujer la libertad de expresar sus temores y angustias, las que serán contestadas, y se estimula la confianza en su capacidad.

Comparar a la parturienta con un soldado en guerra, no es una idea original de la autora, ya que ello se pueden ver en otros autores. Para indicar que solo de esta manera la mujer igualaría en dignidad a un varón, sin embargo la intención es mostrar que de esta labor, también se requiere la voz del comandante que infunde moral a sus militantes, y que no los abandona en lo acérrimo de la batalla.

La partera es la comandante de la batalla del parto, y sus palabras estimulan las fuerzas de la mujer, sus brazos la levantan, sus manos la tocan, la masajean, sus

---

<sup>145</sup> NAVARRO, Miriam, Enfermera Coordinadora Estrategia Complementación de Parteras, entrevista, relato oral, Octubre 2007

<sup>146</sup> Villegas, Osiris 32 años Entrevista Mayo 2007-10-27

<sup>147</sup> Parteras de África y Valle compartieron sus secretos: en Buenaventura vivieron encuentro de saberes <http://www.rgs.gov.co/noticias.shtml?x=16106>

pies la acompañan en su marcha, sus ojos se mantienen abiertos con los de ellas, le da instrucciones a manera de consejos, le suministra dotación con los brebajes que le administra y se une a ella empujándole hacia fuera la criatura para ayudarla. Le felicita los logros y la asciende en medio de su familia y de paso le afianza su proeza delante del compañero, en una sororidad, propiciándole respeto.

Ello responde a los derechos de las mujeres que a continuación se detallan <sup>148</sup>

- Una experiencia digna, sagrada, gratificante, profunda y con amor. El parto nunca debe verse como rutinario y mecánico por quienes lo atienden.
- A un parto en privacidad física y emocional íntimo y tranquilo. Hacer tactos vaginales como una rutina es una violación contra los derechos fundamentales para tener privacidad y auto-protección. Crear un ambiente de intimidad y seguridad con luz baja y tranquilidad es un derecho fundamental por un buen parto y nacimiento
- A movilizarse, hablar, cantar, gritar, tomar la posición que quieran. Se debe dejar que el parto fluya de acuerdo a su comodidad y gusto particular sin tener que cumplir con las arbitrarias normas institucionales.

La partera puede llegar a garantizar el cumplimiento de estos derechos por razones específicas y que corresponden en su mayoría a las siguientes condiciones, el haber sido madres, el tener hijas, el hecho de tener experiencia, la seguridad con que realizan su labor y que pueden transmitir a sus usuarias. Facilitado por el componente que caracteriza a las redes femeninas y que expone Marcela Lagarde, <sup>149</sup> como la Sororidad, es una nueva afectividad entre las mujeres, de apoyo y reconocimientos mutuos, es una relación entre iguales distintas. Al que se le puede adicionar *el affidamento* o la confianza en la otra. Este concierto de fortalezas en la relación afectiva que partera y la mujer en parto se adscribe a una relación basada en el “Poder para” de la partera, que

---

<sup>148</sup> Derechos de las mujeres en el parto. <http://www.cosmovisiones.com/primal/tdere01.html>

<sup>149</sup> LAGARDE, Marcela, Claves Feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres, Sevilla. Instituto Andaluz de la Mujer. 2000. Segunda Parte: Autonomía y Poderío de Género en las mujeres. p 57-103

induce a la mujer a ejercer el poder desde dentro, El poder desde dentro y el poder para son definidos por Magdalena León<sup>150</sup>

*Poder Para: ... Este poder sirve para estimular la actividad en otros e incrementar su ánimo.... Es un poder creativo o facilitador que abre posibilidades y acciones sin dominación, es decir sin uso del poder sobre.*

*Poder desde dentro... Es el poder que surge desde el mismo ser y que motiva a la acción.*

De modo que en esta relación afectiva, se conjugan las habilidades y destreza de las unas y las otras, para hacer de este momento un evento enriquecedor de la autoestima, que puede impregnarse como estímulo en la madre, para evitar el abuso, y la minusvalía de género, evidenciada, en expresiones como “yo fui la que parió, a mi me dolieron y yo los protejo”, muy frecuente en las denuncias de las mujeres contra el maltrato

### **5.1.2. EL PODER DE LAS RELACIONES TERAPEUTICAS**

*La medicalización de la sociedad, basada en la idea de la universalidad, ha servido para sustentar el modelo médico hegemónico, medicalización que supone control social e ideológico sobre la población, a través fundamentalmente de la estigmatización y regulación de ciertos comportamientos, la definición de lo que es enfermedad y lo que no es, de quienes son asistibles y en que condiciones; control social que se canaliza fundamentalmente a través de las intervenciones asistenciables directas, curativas o educativas..<sup>151</sup>*

El médico, como actor social, está privilegiado en el imaginario colectivo por la idea de benefactor y guardián de la salud, conferido esto por el prestigio que le otorga el poder adscrito a un saber científico legitimado. Este saber en un sentido

---

<sup>150</sup> LEON, Magdalena, “El empoderamiento en la teoría y práctica del feminismo”. En *Poder y Empoderamiento de las Mujeres*, Bogotá. Tercer Mundo editores y Facultad de Ciencias Humanas Universidad Nacional de Colombia. 1997. p.18

<sup>151</sup> ESTEBAN, Mary Luz “El Género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud”. En MIQUEO C. *Perspectivas de Género en Salud*. Madrid España. Minerva Ediciones. 2001 p 35

positivo, le daría el poder sobre la enfermedad, para tratarla, disminuirla o controlarla; sin embargo, parece que se confunde la aplicación y orientación de este poder, que sobrepasa los límites de la enfermedad, hasta confundirlo con el enfermo, enferma, o demandante de su atención.

Evidente ello, en la forma de abordaje en el interrogatorio demandante de respuestas, en el acceso a los cuerpos sin solicitar consentimiento, en la aplicación de tratamientos sin consenso de alternativas con el usuario o usuaria; este ejercicio del poder, genera relaciones verticales, que producen temores, rechazo, y actitud pasiva y silente de los asistidos.

De esta manera la idea de atención hospitalaria, lleva una serie de emociones e inquietudes, sentimientos de aislamiento, vulnerabilidad y dependencia. La atención del parto que cambia de escenarios con la institucionalización del parir, es vivenciada de manera diferente y empieza a constituirse en un acto potencialmente peligroso que requerirá la intervención especializada, pero afectivamente plana, como suele llamarse a las relaciones carentes de afectividad. Los relatos de estas mujeres y parteras dejan notar los sentimientos que al respecto se expresan:

En un hospital a uno lo dejan tirado.... María

Se la llevaron al hospital allá no había camillas y la niña se murió. Vicenta

Yo le decía, doctor ella se esta pariendo, no todavía no es hora, es que ella es cobarde.... Rosa. M.

Las relaciones que sostienen el personal médico y el equipo de salud, con los usuarios de estos sistemas, se denominan relaciones terapéuticas, estas operan bajo la lógica de la oferta-demanda, es decir, el equipo de salud, ofrece los servicios de atención y cuidado de la salud a la persona demandante, sin embargo, estas están asimismo mediadas por procedimientos administrativos como es el llenado y uso de registros clínicos, muchos de los cuales van encaminados a indagar el financiamiento del servicio que hacen de la anamnesis una entrevista estructurada, que solo se centra en información de orden físico y patológico y que deja por fuera elementos vitales y factores causales de las patologías y necesidades de salud. Estas informaciones si bien, ayudan a la



determinación del diagnóstico, pueden solo orientar soluciones que no eliminan el problema porque no pueden intervenir en las verdaderas causas. Además se le adiciona, que esta relación terapéutica, también se circunscribe a unos límites de tiempo, breves para poder llenar con cifras las anheladas coberturas y presentar informes del acceso al servicio de salud, sin embargo no cubren ni la propia necesidad de salud de los que aparecen como incluidos en el sistema.

El acto de curar es ahora un proceso frío, distante, que en realidad lejos está de denominarse relaciones terapéuticas. Es discontinuo pues se mantiene con diferentes personas, según el turno al que asistan mencionando además que este no es exclusivo para alguien sino que además opera esta en simultánea, para el volumen de usuarios lo que guarda relación con el carácter de la Institución sea esta pública o privada. Dada las características del sistema, la alta demanda, el escaso número de personal para la atención y las múltiples actividades adicionales que estos ejercen, es frecuente observar que se pierda la identidad del paciente, en el sentido que puede convertirse en un número que puede ser el de su cama, o en la patología que padece, así se dice, la cama tres es un parto, la cama 6 una cesárea etc., dada la dificultad de aprender tantos nombres; La usuaria en muchos casos desconoce también el nombre de sus asistentes y se limita a dar información sobre los síntomas que tiene. La persona no se nombra se numera.

Los poderes del conocimiento médico y de la ciencia se encuentran bien entronizados en el imaginario, que las usuarias se someten a los procedimientos en un acto de buena fe y muchas veces no cuestionan los métodos ni preguntan por alternativas. Las usuarias se acostumbran a hacer filas, a pedir citas a esperar incluso cuando a veces sus síntomas parecen ser inofensivos pero están encubriendo patologías graves, algunas por evadir los procedimientos extensos para la obtención de la consulta, no perciben los signos de alarma a tiempo, Se han realizado importantes investigaciones en relación a la atención de la salud de las mujeres con perspectiva de género de las cuales se toman las siguientes sugerencias:<sup>152</sup>

---

<sup>152</sup> FUENTES, Merce, Salud Reproductiva y salud integral de las mujeres. En "Perspectiva de Género en Salud" España. Minerva Ediciones. 2001 p.233-234

*“si queremos hacer una atención de género, habrá que intervenir en diferentes ámbitos: En la asistencia, en el comportamiento profesional, en los conceptos de promoción de la salud y sus prioridades, así como en los de prevención de riesgos y enfermedades. También es importante atender la patología, diferencial de la mujer por su fisiología, patología subclínica con signos y síntomas que no se recogen en la medicina androcéntrica actual.”<sup>153</sup>*

La actuación del personal de salud, responde no solo a su conocimiento científico sino que además es coherente a sus concepciones y prejuicios culturales y genéricos, la sugerencia de la autora de la cita, es intervenir desde ámbitos de relaciones primarias en la atención de la salud, modificando pautas de comportamientos y dimensionando la salud femenina, en términos diferentes a la salud masculina, sin que para ello medie concepciones jerárquicas, sino que el reconocer que lo diferente, no lo hace ser desigual en el interés, atención y cuidado.

*Un aspecto relevante es el relacionado con el cambio de los estereotipos de asistencia de los y las profesionales, tanto en el ámbito relacional con las usuarias, como el ámbito asistencial. Debemos desarrollar una consulta compartida donde la mujer se sienta atendida y entendida, con una atención de calidad humana que incluya el enriquecimiento de las capacidades de las mujeres.*  
<sup>154</sup>

Pensar, planear e intervenir la salud de las mujeres, desde los consultorios, hasta las esferas de construcción de las políticas públicas, no deben ser actos fuera de la participación activa de las mujeres, fuera de la expresión de sus sentires, interrogantes, y formas posibles de solución, y no la mera intención de interpretar desde fuera.

*Una consulta resolutive y continente, es la que establece las bases de una relación asistencial de confianza que pueda ser una consulta educativa para mejorar la salud. Esta visión de género, contribuirá al proceso de reapropiación de la identidad personal y social de las mujeres y de su salud. Esta participación de las*

---

<sup>153</sup> ibíd.p233

<sup>154</sup> ibíd. p 233

*mujeres hará disminuir la medicalización, impedirá la manipulación.....”<sup>155</sup>*

## **5.2 EL PODER DE LA OXITOCINA ENDOGENA VS EL PODER DE LA OXITOCINA EXOGENA.**

*La oxitocina endógena es una hormona excretada por los núcleos supra ópticos y para ventriculares del hipotálamo que se almacena en la pituitaria posterior*

*la oxitocina sintética ejerce un efecto fisiológico igual que la hormona endógena.. La oxitocina estimula selectivamente las células de los músculos lisos del útero aumentando la permeabilidad al sodio de las membranas de las miofibrillas. Se producen contracciones rítmicas cuya frecuencia y fuerza aumentan durante el parto, debido a un aumento de los receptores a la oxitocina. La oxitocina también ocasiona una contracción de las fibras musculares que rodean los conductos alveolares de la mama estimulando la salida de la leche.<sup>156</sup>*

Cuando una gestante es atendida en hospitales, se utilizará para la inducción de las contracciones la oxitocina con dosis pequeñas, que luego se van aumentando, de manera controlada.

Algunas parteras con práctica privada solían usarla también, si bien las leyes colombianas limitan su uso al ámbito hospitalario, ellas se las ingeniaban para adquirirlas a través de nexos con hospitales y farmacéuticos.

*... Yo se inyectar colocaba pitocin..... Rosa M.*

*....yo no tenia problemas, una amiga se la robaba en el hospital y me las vendía era facilito... Olga Pinto*

*.... Las que eran más arriesgadas usaban pitocin.... Ellas tenían contactos,.... Miriam N.*

---

<sup>155</sup> ibíd. 233

<sup>156</sup> Vademécum <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/o020.htm>

Sin embargo, según los principios del parto humanizado esto se convierte en un intervencionismo y algo contranatural, que acelera el parto, aumenta el dolor en las contracciones, convirtiéndose en una especie de violencia, además ello tiene algunas posibles reacciones: *Arritmias cardíacas, disminución severa de la presión sistólica y diastólica, y aumento de la frecuencia cardíaca, del gasto cardíaco y del retorno venoso. Aunque la oxitocina solo tiene un ligero defecto anti diurético, si se administra conjuntamente con grandes cantidades de fluidos puede ocasionar una intoxicación hídrica y coma. En algunas mujeres sensibles puede darse una hipo perfusión de la placenta que resulta en una hipoxia o hipercapnia fetal.*<sup>157</sup>

Cuando el parto se da con una partera o mujeres, ligadas afectivamente a la parturienta, se puede aplicar las investigaciones recientes publicada por la Universidad de California, que establece que en situaciones de stress , las amigas liberan oxitocina que las pone en alerta y les incrementa las capacidades de respuesta para el auxilio de las congéneres, por tanto se puede deducir que la partera también libera oxitocina en su cuerpo y de esta manera optimiza su trabajo, y esto le permite cualidades como la paciencia, el infundir ánimo, y el toque efectivo en sus maniobras.

*“Las mujeres respondemos al estrés de diferentes maneras que los hombres. También tenemos una mejor manera de combatirlo: el apoyo mutuo. ..Un estudio realizado en la Universidad de Los Ángeles, California (UCLA), sugiere que las mujeres responden al estrés con la liberación de ciertos químicos cerebrales, que las acerca a la amistad con otras mujeres.*

*Laura Cousino Klein, PhD, anota: “parece que cuando la hormona oxitocina (también llamada hormona del abrazo) es liberada como parte de la respuesta del estrés en una mujer, en lugar de sólo tener la reacción inmediata, también tiene efectos “calmantes”. Esa reacción “calmante” no ocurre en el hombre, porque en situaciones de estrés, la hormona producida en mayor cantidad, es la testosterona, que tiende a disminuir los efectos de la oxitocina”<sup>158</sup>*

---

<sup>157</sup> ibíd. p 1

<sup>158</sup> JIMENEZ, Silvia en la red [nosotras@laprensa.com.ni](mailto:nosotras@laprensa.com.ni)

Las parteras siempre han usado la oxitocina endógena, ellas saben como estimularla para que el mismo cuerpo de la mujer la produzca, todas estas actividades que ellas realizan se ha comprobado que producen la liberación de la oxitocina en la dosis naturales. En sus prácticas fomentan el baile, la caminata, el movimiento de caderas, tener placer sexual en la fase latente del parto, (El semen contiene prostaglandinas naturales que favorecen la dilatación del cuello ), el ambiente cálido, tomar duchas calienticas y baños en agua estimulan la producción de oxitocina, así como la libertad de movimientos, actitudes amorosas como se ha visto también la estimulan.

*...Cuando vienen a tiempo yo les digo que se hagan baños de paraíso planta de florecitas moradas , con agua tibiecita todas las noches..... Les sobo las caderas..... Rosa Manjarrez*

*....Yo las pongo a caminar y camino con ellas... Olga Pinto*

Lo anterior, permite sugerir la idea de que a las mujeres se les devuelve la oportunidad de vivir el nacimiento de sus hijos como evento de carácter familiar, sin que ello indique el abandono y el no uso de todo lo tecnológico que le beneficie, sino que no se superponga a las posibilidades que su mismo cuerpo demarcan y a su capacidad de mantener el control de su cuerpo y la compañía de su partera de confianza, la cual con actualizaciones y capacitaciones permanentes puede ayudar a lograr ese cometido.

### **5.3 EL PODER DEL CONOCIMIENTO EMPÍRICO VS EL PODER DEL CONOCIMIENTO DESDE LOS PROTOCOLOS.**

*La patria no necesita que ellas se doctoren, no las queremos en las aulas universitarias las mujeres no deben tener mas campo de acción que las paredes de su casa.. Arturo Hernández. Parlamentario colombiano.<sup>159</sup>*

---

<sup>159</sup> Citado por BONILLA, Gloria “Los movimientos de mujeres en Colombia y la renovación de la Historia Política” en Revista Unicarta.Octubre 2007 Universidad de Cartagena. No. 105 p65

La relación de lo femenino con la naturaleza, ha sido un tema de amplio debate por las feministas, que objetan el menoscabo que ello sugiere en un mundo dicotomizado y jerarquizado, en cuya relación se superpone la cultura a la naturaleza, representada la cultura por el mundo masculino y la naturaleza lo femenino. No obstante, no se puede negar que dado precisamente a los sesgos de género, y a la división sexual del trabajo, la mujer tuvo más espacio y tiempo con los asuntos de la naturaleza, (si bien ello operaba en lógicas patriarcales de exclusión de lo público), hasta llegar a comprender con mejor capacidad sus dinámicas, esto, y sin duda, considerando además, que las mujeres aprendieron a vivir para otros, usando todo el aprendizaje en beneficio de la ciencia, mucho de esto no ha sido reconocido, no por carecer de importancia el conocimiento empírico obtenido por ellas, sino tal vez, porque es la persona la que carece de reconocimiento.

Los hombres, aprendieron a ser más calculadores, formales, lógicos, razonables, de modo que se permiten dudar de todo lo que no se encuentre en el marco de sus lógicas y estructuras, por lo que ellos suelen confundirse con lo imprevisto; han elaborado normas, protocolos, que les dirigen ordenada y estructuradamente sus procesos, de esta manera se hacen presupuestos desde los procesos cotidianos, científicos, clínicos, de ingeniería entre otros; (aunque luego deban constantemente reconocer que hicieron falta una y otra cosa que no se alcanzó a prever), pues bien esta concepción del pensamiento masculino, no escapa en la atención de los partos en el área institucional.

La previsión de la hora del parto se hace mediante cálculos, que obedecen a estudios y sin duda, muchos se suceden cercano a los términos previstos, no obstante esto induce una generalización, quedando estipulado como anormal, lo que no se encuentre en estas constantes, cuyas causas no siempre se cuentan en el orden fisiológico sino que obedecen a razones psicológicas y emocionales

El pensamiento intuitivo de las parteras, le ha llevado a concepciones, como la de pensar que este evento no está matemáticamente programado en el tiempo y que

se requiere alerta durante todo el proceso, pues este, tiene en cada mujer y de esta en cada parto una dinámica propia. Así se puede deducir de las siguientes narraciones de parteras tradicionales:

*El parto no tiene hora..... A ellos (los médicos), se les va la liebre..... Nosotras lo sabemos por la experiencia.... Ellos dicen que todavía no va a parir y exponen al niño a que se desnuden..... Me sucedió con ellos algo y un día le dijeron a una muchacha que todavía no es la hora y la regresaron, llegando a la puerta la muchacha pare y me llaman a mi y yo lo llevé al puesto de salud y lo rechazaron que lo llevaran a la maternidad , y yo le dije , que eso no esta bien, ¡pues es que no tienen fijeza y usted, hubiera ido preso y yo por qué?(Contesta el medico)porque del niño ya era la hora, yo le dije el niño no tiene hora , el tiene su normalidad ..... Olga Maza*

El tiempo apropiado para el parto, es entonces un concepto en pugna de un conocimiento empírico y un conocimiento basado en protocolos y esto no es en realidad simple, pues encierra una serie de conductas y ellas están relacionadas con comportamientos de género; al tener un cálculo , hará que se planifiquen y se sujeten las acciones del personal clínico en los tiempos previstos, lo cual da mayor importancia al evento (Trabajo de parto), que a la vivencia de la mujer, lo objetivo, concreto y medible,(el protocolo) sobre lo subjetivo, e imprevisible, desconociendo a su vez a la mujer en su calidad humana pues la fracciona. El considerar que cada mujer y parto tiene un ritmo propio, hace que la partera este atenta en todo momento de los cambios, que son indagados inicialmente por los síntomas que expresa la mujer, dando lugar a que esta participe no como objeto de atención, sino protagonista de su propio proceso, pues lo direcciona. La siguiente experiencia de una partera, pone al descubierto otros elementos.

*Me toco atender a una amiga, en la misma policlínica, porque la muchacha esta pariendo y ellos dicen que no , yo les decía ella se esta pariendo, y ellos dicen que no y yo les decía ella se esta pariendo y ellos me decía que no ella lo que es cobarde....El médico se metió a bañarse, yo vi que ella hace la fuerza y le dije que va a parir y yo la tendí y él dijo que no parió y yo le dije que viera, y no me dijo na, entonces cobraba, \$20.000 yo le dije ¡ Usted no puede cobrar porque ese pelao lo tendí yo y cobro \$10.000.! (risa) Rosa Manjarrez*

Las expresiones y reacciones de las mujeres suelen interpretarse como actos de cobardía, pues lo emocional es primario, es decir es aconductuado, para una construcción de identidad generica masculina por fuera de la sensibilidad, que suele asignarse a lo femenino, lo que dificulta la sintonización y comprensión, de ellos, cuyas expresiones direccionales silencien a las mujeres , ordenandoles no llorar, ni gritar, es decir entrenarlas rapidamente en el mundo masculino del “afecto plano”. Los protocolos clínicos además solo contiene las pautas de acción escritas en lenguaje científico e ignoran el sentir de las mujeres, pues estan vacios de sus expectativas y necesidades afectivas, psicologicas y sociales de este momento crucial para ellas.

El conocimiento empírico de la partera, no induce a ésta, a la autoexaltación personal, expresada en arrogancias, tal vez por ello, que sus observaciones y sugerencias pueden ser ignoradas por quienes consideran que el conocimiento debe ir acompañado de estas connotaciones, característica que en realidad aleja a las personas y las intimida. La narración que continua muestra el sentir tanto de la mujer en parto como de la acompañante.

*La nieta mía ha tenido dos niñas, en la policlínica, ella no se queja y ella pare y usted no siente, sino el llanto de su niña, estoy siempre con ella, me ha tocado estar con ella, diciéndole al médico que va a parir , en esta última el médico no tuvo tiempo sino de ponerse un guante, porque la niña ya venía y decía que no, el decía esta no sabe, pero yo conozco, el cree que yo no sabia como me ven así, y yo sé tal vez de nacimiento , por la experiencia pero yo sé .....Rosa .M.*

*Un dia me toco la muchacha que la llevaron para allá que el médico le dijo que no y luego me la trajeron a mi, cuando estaba cogiendo el bus le dio el dolor y la metieron donde mi tía, porque el niño ya estaba allí, como ellas son los médicos del puesto de salud, para no tener problemas, no dijeron nada.... Isidora de Arco,*

La intuición y el conocimiento empírico de las parteras en algunos casos, también les permitía saber qué mujeres preferentemente debían usar la vía natural para el parto mientras sus médicos elegían la cesárea. Después de todo el número de nacimientos por cesárea se ha incrementado con la institucionalización de los partos. Las narraciones que al respecto tienen ellas:



*Un día se puso una hermana mía en la clínica a parir ya, el médico Userbito Vargas, me dijo que ya la iba a operar, ya eran las 2:00 de la tarde y mi hermana todavía dando gritos, entonces yo vine, me encerré en el cuarto con ella y lo que hice fue ponerle una dextrosa en la vena y un pitocin, mi hermana dilató y le hice un lavado y al fin de cuenta, mi hermana parió conmigo y hoy en día su hijo es un abogado, cuando el médico vino a operar a mi hermana el portero le dijo ya la señora Pinto atendió el parto. Olga Pinto*

Las maniobras de las parteras, aprendidas mediante su práctica, disminuyen el índice de cesareas, y requieren tiempo y dedicación elementos difíciles en el contexto de salud colombiana, en el que estas variables, están asociados con la rentabilidad. El conocimiento empírico tiene la evidencia basada en la experiencia, su aplicabilidad y comprobación con las técnicas y métodos objetivados pudieran lograr hacerlos incluir en los estándares y protocolos, pues en realidad tienen mejor costo beneficio tanto para las mujeres, como para el sistema. Esta necesidad es reconocida por quienes conocen de cerca el trabajo de las parteras, sin embargo tienen prejuicios para aceptarlo. Una vivencia de una partera tradicional en un contexto institucional da cuenta del interés que muchos profesionales tienen.

*Hicimos el curso en Turbaco, eso hace mas de 10 años... encontramos mujeres que estaban para rajar y yo le dije esta pare y el me dijo que no .... Cuando quisimos venir del otro lado, el niño ya estaba llorando, y el me preguntó como conocía yo tanto y el vio que yo conocía muchas cosas, y me dijeron como había aprendido y me entrevistaron (Haciendo señas con las manos que la rodearon), y como yo había hecho eso y como cuando venia de pies que como hacia yo..... Olga Maza*

¿Cómo la hacen?, ¿Cómo atienden gemelos, trillizos y no requieren cesáreas?, ellas contienen en si mismas un cúmulo de experticias que no se pueden perder, que se deben aprovechar para disminuir el alto índice de cesáreas, a las cuales a parte de las indicaciones clínicas se les agregara las indicaciones del tiempo de los doctores, que les es mas rápido una cesárea que un parto, y el trabajo en simultanea de los mismos en varias instituciones, aunque ello, por obvias razones, no se encuentre detallado en las motivaciones de las cesáreas escritas en las historias clínicas.

*“...104 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos, en el 2003, comparable con países centroamericanos de menor desarrollo económico, cifra que contrasta con el parto institucional del 91% y un incremento del parto atendido por médico desde el 80% en 1990 a 86.4% en el 2000, con la reducción de los partos por comadronas, del 13.1% al 8.7% en estos mismos años... Se supone que la atención del parto hospitalario y la mayor cobertura de control prenatal tienen un elevado nivel de correlación con reducciones en la mortalidad, aunque se ha demostrado en muchos países en Colombia, no se cumple o por lo menos no muestra cifra significativa”* <sup>160</sup>

Es necesario, realizar estudios investigativos que den cuenta, porque en Colombia, la institucionalidad de los partos no ofrece significativos resultados, o no cubren la expectativa como en otros países. Se sabe, que el manejo adecuado del trabajo de parto, y del parto por parte del personal calificado, puede evitar algunas complicaciones incluso en ausencia de técnicas obstétricas tales como la cirugía.

Los estándares y protocolos son esenciales para orientar y apoyar la práctica de la atención calificada, así como evaluar y mejorar el desempeño de los profesionales, estas incluso pueden ser elaboradas en conjunto con el Ministerio de Salud o consenso de expertos, las normas pueden estimular bases para cambios sustanciales en las políticas y se deben permitir las actualizaciones permanentes, pero se debe otorgar espacios a las distintas ópticas de las otras proveedoras de la atención del parto, en pro de permitirse aprendizajes mutuos y potenciarse en la reducción de las muertes maternas, siendo indispensable además que los estándares y protocolos incluyan las experiencias de las mujeres como sujetos de atención, pero protagonistas de su propio proceso, y no sean escritos desde fuera de sus necesidades y deseos. *“Los derechos de las mujeres y sus bebés en el parto y nacimiento son inalienables, y no son secundarios a las exigencias del gobierno, del personal médico, de las instituciones o de cualquier otra persona o institución”* <sup>161</sup>

---

<sup>160</sup> CONRADO, Gómez. M.D. “Los niveles de Mortalidad Materna” Periódico Signo Vital Agosto- Octubre 2005 p 9

<sup>161</sup> Parir y nacer dignamente, [http://www.cosmovisiones.com/primal/t\\_dere01.html](http://www.cosmovisiones.com/primal/t_dere01.html)

#### 5.4 EL PODER DE LA TRADICION VS EL PODER DE LA INSTITUCION : De la institucion familiar a la Institución hospitalaria

*Una señora tuvo conmigo su parto, y le nació una niña y cuando esta hija tuvo una me mandó a buscar y con la nieta me mandó a buscar y me dijo si yo todavía pariera te mando a buscar porque tu eres una buena partera..... Isidora de Arco*

*Yo trabajaba con la comunidad, las mujeres me daban más ánimo, ¡ yo la busco a usted!, y me dan ánimo!, mis hijas también, ¡vayan a buscá a mi mamá!.....Olga maza*

El poder de la cultura, se basa en la posibilidad intrínseca que tiene para prolongarse en el tiempo, toda vez y como la define Renato Rosaldo:

*la cultura proporciona significado a la experiencia humana seleccionándola y organizándola; se refiere con amplitud a la forma como la gente le da sentido a la vida...La cultura abarca lo cotidiano y lo esotérico, lo mundano y lo exaltado, lo ridículo y lo sublime. En cualquier nivel la cultura penetra en todo.*<sup>162</sup>

Interpreto la tradición como el poder acumulativo de la cultura, ya que traduce la repetición de los modos de percibir y vivir eventos de la cotidianidad, sin embargo, este poder no es perenne pues la cultura se modifica cuando se sufren procesos de aculturización por una nueva cultura dominante. El nacimiento en casa, era fundamentalmente un evento familiar, que se suscribía a componentes culturales ligados a creencias, mitos y ritos y que condensaban los modos de interpretar la misma vida humana, en este apartado, se observa la dicotomías de dispositivos de poder: Cultura e Institución, representada ésta como el espacio no sólo físico sino que centraliza la nueva colonización y dependencia de la medicalización en la vida de las mujeres y sus procesos procreativos.

---

<sup>162</sup> ROSALDO, Renato, "La Erosión de las Normas Clásicas" cap. 1. *En Cultura y Verdad*. Ed. Grijalbo. México. 1991. P35

La tradición representa una de las fortalezas para la continuidad del ejercicio de las parteras, traduciéndose en un sinergismo de su resistencia a desaparecer, pero ello, coexiste en la medida en que se mantiene desde el Estado inequidades en el acceso a la mujeres de las áreas rurales y urbanas marginales a Instituciones de Salud y las que existen no ofrecen a la población satisfacción adecuada a sus necesidades pues obvian sus tradiciones y culturas.

La Institución Hospitalaria logra superponerse a la casa, también institución, como lugar cultural del nacimiento, en una lucha frontal, que incluyo una serie de mecanismos, que se inician con la educación y alerta de la comunidad sobre los peligros del embarazo y parto, y la subsecuente medicalización, que encontraba en el Hospital la opción más segura. Se toma como herramienta la prensa. En Cartagena, la educación médica por prensa fue un hecho revelante a si lo enfatiza Juan Wilson Márquez:

*El médico jugó un importante rol en el “papel civilizador”, como nos lo enseña Foucault, la práctica médica es un vínculo perfecto para este fin: Discurso científico y racional y al mismo tiempo aplicable en un sentido útil. El médico cartagenero se convierte en un “mediador cultural”, en un agente civilizador entre las élites y las clases medias y populares. La importancia de los médicos en Cartagena, se refleja en la activa participación en la prensa, en el Consejo Municipal, En la Sociedad de Mejoras y en la Comisión Sanitaria, así como en otros organismos de dirección en la ciudad. Su preocupación por higienizar la ciudad se nota en los numerosos artículos de prensa, periódicos como La Epoca, El Porvenir El Diario de La Costa...**dan testimonio de esa poderosa ingerencia.***<sup>163</sup>

La institución legitimamente establecida posee sus propios códigos no negociables, es decir, quienes acuden a ella, quedan a su merced, para poder garantizarle la atención, de otro modo, de no aceptarse sus condiciones y formas, la conducta mayormente vista es hacer firmar la de alta voluntaria; de modo, que la población puede interpretar como una imposición de un poder

---

<sup>163</sup> MARQUEZ, Estrada Wilson “Deterioro Social y medicalización en Cartagena: 1900-1930”. En Revista Unicarta Octubre 2007. No. 105 Universidad de Cartagena. P. 41

hegemónico, que les ignora, o que no puede adaptarse a sus formas de ver el mundo y conceptualizar la salud y la enfermedad.

En mi experiencia clínica como enfermera he podido observar que en relación al parto, las mujeres tienen preferencias en las posturas para el parto, les incomodan los procedimientos algunos rutinarios e innecesarios y que solo responden a la demanda educativa de los aprendices del área de la salud; las mujeres perciben violada su privacidad, e incomodadas con cuestionarios que no desean contestar; las parteras comentan que las mujeres, continuaban demandando su atención, después de haber experimentado, el parto hospitalario, ya que se sentían incómodas con la forma institucional de atención.

*Cuando pusieron el puesto de salud les decía que se vayan para allá, pero seguían viniendo y venían aquí las atendía en mi casa, ellas se sentían más cómodas conmigo, porque allá las picaban y yo no, yo no rompía las bolsas, ellas mismas se rompían .... Vicenta, partera de la cabecera rural*

Las mujeres que reciben atención del parto en instituciones de carácter público y que son instituciones que ofrecen docencia-asistencia se quejan frecuentemente, porque sus cuerpos se convierten en objetos.

*Una vez me tocó picarla porque no salía, y no la cocí, en el segundo no la pude atender porque se cerró, en el tercer parto vino donde mi y la atendí, y salió su niño normal, ella dice que en donde el médico las molestan mucho y si hay seis, seis le meten la mano, en la casa están más relajada” Isidora de Arco*

Que hablaría esta vagina en sus monólogos?, aludiendo a la famosa obra teatral monólogos de la vagina, seguramente sería una voz de protesta por tanta invasión o ingreso no consentido, vulnerándose los derechos propuestos para las mujeres en trabajo de parto :

- A no ser objetos pedagógicos. No se justifica hacer tactos o cualquier otro procedimiento de aprendizaje.
- A no ser mutiladas o maltratadas. La mutilación del cuerpo de la mujer en el parto se debe reconocer como un acto criminal. Hacer episiotomía (piquete) sin consentimiento informado es un ejemplo muy común.<sup>164</sup>

Un elemento fundamental, en relación a la tradición es que el parto en casa es un evento que mueve la dinámica familiar y además eleva el respeto y la atención de las mujeres en el seno de su hogar. En Colombia, contrariamente a lo que sucede en países desarrollados, el parto pasó de la casa al hospital y con ello se fueron perdiendo tradiciones y sentidos culturales que incluso a más de rituales eran significantes para el afecto y el cuidado de los hijos.

Un grupo significativo de feministas norteamericanas está luchando con logros apreciables, por reivindicar el ejercicio de las parteras con un nivel académico, así mismo el protagonismo de las mujeres: La organización feminista NOW, una de las más grande de Estados Unidos,

*Denunció que no todas las mujeres tienen acceso a la atención de una partera. Su reivindicación es crucial para las mujeres de toda clase y debe verse como un derecho universal. La OMS reconoce a la partera como la más indicada para atender a las mujeres en el embarazo, parto y posparto, con el respaldo del sistema médico por si surgen complicaciones. En Europa realizaron una declaración de derechos de las mujeres a recibir atención de las parteras (diferenciando esa profesión de la de enfermería). El concepto universal de la partera es superior por varias razones: los índices de mortalidad y morbilidad materna e infantil son mejores que en la atención médica, la tasa de prematuridad es menor, baja la tasa de cesáreas, la satisfacción con la experiencia de parir y nacer son excepcionales y respeta el derecho de las mujeres a participar plenamente en su propio proceso.<sup>165</sup>*

---

<sup>164</sup> Parir y nacer dignamente, [http://www.cosmovisiones.com/primal/t\\_dere01.html](http://www.cosmovisiones.com/primal/t_dere01.html)

<sup>165</sup> ibíd. p 1

Cómo el objetivo de la presente investigación no es sugerir una sobrevaloración de las parteras sino el reconocimiento de sus aportes y la reivindicación de su ejercicio con las posibilidades de mejorar en el acceso a la información y a ser tenidas en cuenta y valorada como recurso de salud, en este sentido fomentar la preparación adecuada para ser incluidas como personal calificado en la atención del parto, dado a que ello responde a la necesidad de la población femenina. En julio de 1999, una sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (“CIPD \_5”, convocada para examinar el progreso en las metas de la Conferencia sobre Población y Desarrollo), invitó a todos los países a que:

*”Continúen sus esfuerzos para que en el 2005, el 80% de todos los nacimientos a nivel mundial sean atendidos por personal calificado, para el 2010, el 86% y para el 2015 el 90%..... Sin embargo, en la última década ha habido pocos cambios en la cobertura de la atención calificada..... En América del Norte es del 99% y en América Latina y el Caribe es del 75%*

Desde mi experiencia como enfermera en el desarrollo de acciones pedagógicas con estudiantes en un hospital público de maternidad, puedo dar testimonio de que las Instituciones de Salud están mejor dotadas, y cuentan con el personal preparado en la atención de los riesgos, sin embargo, no es secreto, que las condiciones de inversión, el número de personal disponible, y su estado anímico por venir manejando crisis tras crisis con cada reforma en la salud, las que parecen brillantes desde lo escrito pero que carecen de factibilidades en lo operativo, son entre otras muchas las razones que hacen deficientes la atención en términos de calidad y calidez, y que si bien se atienden altos volúmenes de usuarias, no obstante, deja en cada una vacíos tanto de conocimientos, atención cuidados.y respeto.

Las parteras tradicionales reconocen que el mejor lugar para el nacimiento es una clínica y algunas muy seguras se reconocen dentro de la mejor elección

*“El mejor atendimento es una clínica porque tienen todos los aparejos para un parto malo” Isidora de arco*

*Para mi el mejor lugar es una clínica, yo se mucho de parto, pero recomiendo al doctor , lo más importante es que la paciente se sienta segura de hacerlo con la comadrona , pero si va a una clínica es más mejor “Osiris*

*Una clínica es mejor que una partera, porque ella tiene médicos capaces de solucionar un problema que se presente”, porque los médicos tienen mejores recursos pero antes eran las parteras” Esther Peña*

Las instituciones de vigilancia y control en salud establecieron jerarquías legítimas en relación a la acciones de las parteras, ellas debían ser censadas y trabajar con la consecuente supervisión y control, tal como se observaron en el marco legal de la partera, del capítulo anterior. En relación a como las parteras en Bolívar, lograron asimilar este proceso, que no solo las tuvo a ellas mismas como resistentes, sino que el personal tampoco estaba de acuerdo con la incorporación de ellas. La enfermera Miriam Navarro, encargada de liderar estos procesos declara:

*Nos toco sensibilizar al cuerpo médico, y llegamos con ellos que participaran en este trabajo, y que nos mostraban como debía ser el parto, cuando ellas tenían esas observaciones.*

*Permitió que la partera tenga confianza con el equipo de salud, aceptara hacer el trabajo después de la capacitación con supervisión y con compromiso de parte de ella como era la remisión de embarazadas a los controles prenatales que una vez fuera valorado el riesgo de la embarazada ella solo podía atender en un momento dado las de bajo riesgo,*

Ella declara además que los procesos de legislación de los últimos años ha disminuido la eficiencia de la estrategia, hasta el punto de desaparecerla.

*Esto logramos mientras el equipo de salud, se comprometieron a dar las cosas que se requerían cuando se agotaban como los gasas desinfectantes, algunos cambios en los equipos, con el proceso de descentralización la estrategia fue decayendo, debido a todos los cambios y el trabajo con ellas se ha perdido aunque sabemos que*



*todavía hay estas mujeres en los pueblos, la demanda del servicio no es tan alta, pero se siguen usando como líderes comunitarios”*

Las parteras sintieron que la Institución las educó, pero ¿por que después de esto la tendencia fue a declinar?, visible en el hecho de la disminución numérica de mujeres en el ejercicio. ¿Acaso fue la educación, interpretada como represión?

La institución representa el tipo de *poder sobre* la partera, si bien las instituciones están erigidas sobre esta concepción de jerarquía, y a su vez las parteras ejercen en relación a las mujeres el *poder para* y el *poder con*, cambiarían estas su forma de ejercer el poder si logran ser incluidas e institucionalizadas? Es decir, adoptarían el modelo médico hegemónico? O Ellas podrán impregnar en el sistema su milenario *modus operandis*? O deberán coexistir cada cual con sus particulares formas?. Investigadores interesados en esta situación, demuestran el tipo o formas diferenciales de las relaciones de obstetras y parteras como “ la antropóloga norteamericana **Robbie Davis-Floyd**, El eje de investigación de la antropóloga son las parteras (**no en el rol de acompañantes de los médicos sino como reemplazantes de ellos**) como la pieza clave de partos centrados en las necesidades femeninas y no en la de los **obstetras**. *“Los médicos tienen una idea de status en donde estar arriba tiene más status que estar abajo, por eso, están acostumbrados a que la mujer esté acostada y ellos estén parados, más arriba. En cambio, las parteras están acostumbradas a meterse entre las rodillas o agacharse mucho para recibir el bebé. Cuando la mujer está arriba, la partera está abajo –remarca la doctora en antropología–. Para los médicos eso sería una falta de respeto. La diferencia es que las parteras están en el alumbramiento para respetar a la mujer y sus necesidades y no por status.”*<sup>166</sup>

El poder de las relaciones terapéuticas en el contexto de la institución entonces, se basa en la capacidad de control que pueden ejercer el médico y el personal de salud por la investidura y representación del saber legitimado, no obstante, ello se extralimita y se convierte en un poder hegemónico, toda vez que anula o incrimina la voluntad de las mujeres, quienes entonces ceden, por el desconocimiento de sus derechos y de su situación de salud. La vivencia de la maternidad, se ve

<sup>166</sup> Reportaje a la doctora **Robbie Davis-Floyd** <http://fundacioncreavida.org.ar/prensa3.htm>

atravesada por una confluencia de poderes en las relaciones que no solo cubren las del ámbito hospitalario sino que ellas en realidad, son extensión del ámbito familiar y social, según apunta Romero y Díaz, en su investigación, que analiza como categoría central definida una maternidad como conflicto en un contexto socio-económico, cultural o ideológico en el que las mujeres gestantes viven; estas se relacionan con sus categorías como maternidad violentada, reprochada y luchada, en el contexto de unas relaciones de poder masculino, expresadas en una triada de dominación y marginación que se concreta en **quien otorga :(Dios ) el que decide (Médico) y el que autoriza (Esposo).**<sup>167</sup>

## 5.5 EL PODER DE LA CONCIENCIA Y EL PODER DE LA LEGITIMACION:

### EL ABORTO ENTRE LA CULPA Y LA NECESIDAD.

*“El poder también opera en nosotras mismas, es el diagrama micropolítico mínimo. Se podría decir que todo hombre y toda mujer intenta reconocerse ante el espejo como sujeto normal; existen tecnologías del yo desde la confesión y el monólogo interior para asegurar desde la culpa y la voz de la conciencia, la vigilancia sobre uno y una misma.”*<sup>168</sup>

La conciencia o super-yó, representa el poder de la represión interna, la norma interiorizada, que ha sido producto de la apropiación en la socialización y culturización en contextos específicos; en este apartado, se confronta, en relación al aborto, la ley interna construida a partir del idealización de la maternidad, con las leyes externas validadas en la rama judicial de la sociedad, que preservan los arquetipos culturales.

La salud sexual reproductiva de las mujeres, ha sido históricamente epicentro de estudio, polémicas, normatividades, que bajo la premisa de proteger su integridad , regulan los comportamientos sexuales de las mujeres, toda vez que

<sup>167</sup> ROMERO María, Díaz Martha. **Condiciones de vida e inequidad de género en la morbilidad materna, una mirada desde las gestantes.** Coloquio Panamericano de Enfermería Bogotá D.C 2000

<sup>168</sup> LOPEZ, Castaño Martha “Individuo y Subjetividad”. *En Pensamiento y Vida.* Nova & Vetera p 29.

son ellas las que se embarazan y las responsables directas del cuidado de sí mismas y de su bebé, no así la salud sexual masculina, la cual es auto regulada, esto envuelve por supuesto sesgos de género, que se hacen evidentes desde la crianza de los niños y las niñas, los permisos y condiciones en el modelaje de sus conductas de modo que respondan a las expectativas sociales y morales del deber ser femenino o masculino.

*Las esferas del ejercicio de la sexualidad, la propiedad, control y la voluntad sobre el cuerpo femenino y sobre otras formas de sexualidad, fueron rigurosamente celadas, impugnadas y reglamentadas, mediante mecanismos de moral religiosa, líneas de casta social y de raza; rudos mecanismos que no reconocían al otro sujeto, que le inhabilitaban y no le ponían en igualdad de derechos a los varones.<sup>169</sup>*

Las parteras han intervenido en la salud sexual de las mujeres, no sólo en el ámbito del parto, sino en las medidas de anticoncepción fertilización e incluso en las formas de provocar abortos. Ellas descubrieron, aplicaron y recomendaron técnicas, brebajes y demás para ayudar a las mujeres, lo que les dio la fama también histórica de aborteras, y lo que hizo que se dictaran normas de su ejercicio con limitaciones expresas, y además se hacia necesario su control. Inicialmente se le otorgo esta función a la iglesia católica, pero más tarde pasaron a ser reguladas por los Ministerios de Higiene y Salud Pública, por lo que llegaron a requerir cartas de recomendación de buena conducta y moralidad intachable. Las parteras debían ajustarse a la reglamentación vigente, por otro lado escuchaban las quejas de abandonos de sus maridos, la negación de la paternidad, los numerosos embarazos etc., de mujeres que no accedían a las medidas legítimas de control natal y es entonces que se pone en juego la decisión de escoger sobre cual de los dos poderes actuar si el de la conciencia o el de la legitimación.

*Una vez una señora me vino a buscar para contarme que tenia falta menstrual y que sospechaba un embarazo y me dijo que le recomendara algo, yo le dije yo soy partera , no practico abortos solo atiendo partos  
..... Isidora*

---

<sup>169</sup> FERNANDEZ, Luis Alejandro .*Afectos y Poder Op Cit p. 2*

*Yo nunca practique aborto... solo atendía parto.... Rosa M.*

*Yo hacia curetajes..... Colocaba pitocin en la vena, yo atendí a niñas de 13, 14 y 15 años,..... Pues algunas mujeres abortaban porque los muchachos se los negaban porque querían pasar por señoritas y con que lo iban a alimentar si el marido las había abandonado, llegue a atender jovencitas de 15 de 14, yo también le aconsejaba a las señoras que tenían muchos hijos, que aja que se dejaran con eso...Olga Pinto*

*Cuando se les buscaba para capacitarlas, ellas estaban reacias porque que tenían temor, por las practicas que realizaban que no eran convenientes Miriam Navarro..*

El que las parteras produjeran abortos, es un hecho que no escapa ni de obras como “Cien años de Soledad” de Gabriel García Márquez, quien describió a la partera de Amaranta Úrsula como la sonriente “*comadrona de las muchachitas que se acostaban por hambre*”.

Las mujeres debían acceder a estas prácticas en el desespero de su situación, e incluso algunas lo auto practicaban siendo estas las ocasiones con mayor letalidad, y para no ser juzgadas o procesadas en un país en el que se considera delito el aborto, ellas, no acuden a las instituciones de salud puesto que están obligadas a reportar el aborto criminal. Para las parteras, no era un acto simple, ellas debían deponer sus principios e incluso quedar con el recuerdo. Esta situación narrada por una partera, pone de manifiesto una situación muy frecuente en las áreas marginales de la ciudad, como es el abuso sexual de las niñas por sus mismos padres, la partera debía decidir si practicar el aborto o denunciar al padre de la menor, si optaba por esto, seguramente en esta época, el hombre sería detenido y no pagaría mucho tiempo de prisión por lo establecido en el código penal, y a su vez la menor debía continuar con el embarazo por las concepciones de la legislación de este momento. Ella opta por practicar el curetaje y aconsejar a la niña de protegerse de estos incidentes.

*“También hice un curetaje de una niña que tenía 13 años que abuso de ella su propio padre el papá abuso de ella y...., el se negó diciendo que no era el, pero la niña me confeso todo era su padre. Ya tenía tres meses de embarazo ahí pobrecita por hacerle el curetaje me regalo un cochino de este porte, **y a mi me dio asco comerme el puerco porque yo veía al niño en el puerco**, yo le aconseje a esta niña que no hiciera eso mas con su papa, el papa quería seguir con ella, ella se fue con su novio” Olga pinto.*

La decisión por el aborto era una situación atravesada por múltiples variables, se trata de transgredir las normas morales, legales, sociales de un contexto que norma a las mujeres desde fuera de las mismas mujeres.

En el contexto histórico de mayor ejercicio de la partería tradicional en Cartagena, las instituciones formadoras de salud, preocupadas por el tema del aborto, empiezan una campaña de educación comunitaria publicada en prensa de amplia circulación, al respecto y bajo el título Aborto y Conciencia que luego de tratar las conceptualizaciones clínicas concluye aclarando:

*“Pero así y todo, concurren fatalmente circunstancias de cualquier naturaleza, nos parece que el problema es más de conciencia que púdico, si es que hemos creado en la conciencia de la madre, no es solo decir, **que la mujer se diviniza cuando es madre**, que la posición más noble de la mujer es esta, que la mujer se acerca a Dios a través de los hijos, porque eso apenas si despierta el deseo natural de ser madre, de acercarse a Dios, de ocupar la posición más noble, de tener en sus brazos la continuación de su vida. Es eso, y mucho más, es eso y las consecuencias de ser madre en lo económico, lo social, lo púdico etc., decirles que ser madres es **levantar bien alto una causa** y una consecuencia, sean estas y aquellas cualesquiera, **siempre que sea un hijo el colorario**; que no siempre esto es feliz porque la sociedad lo aplauda, sino porque es un hijo y eso lo entrafia todo”, que se teme encarar menos un problema cuando lo conocemos. **Entonces es cuestión de formar, de educar, de crear una conciencia**”.....<sup>170</sup>*

Este artículo llegó a manos de las mujeres que al leerlo, se confrontaban con la acusación de los conceptos originados en la autoridad médica, si ya no son divinas entonces serán diabras, sino tienen amor natural, entonces son antinaturales, monstruos defectuosos, si no pudieron mantener su hijo en el vientre entonces ya no tienen causa, ni posición noble, ni razón de existencia.

Estos pensamientos productos de la ideología patriarcal, reafirman y entronizan el concepto y el lugar de la mujer en la naturaleza, la maternidad, como función esperada en ellas, postura por su puesto rebatida por el feminismo desde donde se postula la maternidad como elección y no como destino. Lo punitivo no era solo para ellas, sino además para sus cómplices, ya que ellas también tenían

---

<sup>170</sup> MORILLO, Emiliano y col, “Aborto y Conciencia” Diario El Universal, miércoles 16 de julio de 1953.

prohibidas sus acciones bajo amenaza de cárcel, pérdida de la licencia y estigmatización.

En esta misma dinámica y en aras de preformar la conciencia femenina se publicaban en la prensa, noticias sobre madres “desnaturalizadas que abandonaban sus hijos”, procesos judiciales sobre infanticidios provocados por madres desesperadas, entre los muchos revisados se encuentra como curioso uno en el cual se retuvieron a doce mujeres sospechosas de ser la mala madre.

*“Las autoridades han abocado la investigación por el hallazgo del cadáver de un recién nacido en la calle Nueva del Barrio de El Espinal, en el patio de una casa de inquilinato antier en las horas de la madrugada.....el cadáver fue recogido mediante las diligencias legales por el juez permanente, quien dispuso su traslado al anfiteatro del hospital Santa Clara, para los efectos de los reconocimientos de los médicos legistas.....**Las autoridades detuvieron precautelativamente alrededor de 12 mujeres** que habitan la casa del inquilinato,.....estas pasaron a la cárcel del Buen Pastor donde esperan la decisión final del funcionario investigador sobre este hallazgo que tiene todas las trazas de un crimen, pues la criatura denotaría algunas señales de violencia.....Se dispondrá la práctica de algunas diligencias de carácter penal....mientras tanto las 12 mujeres capturadas esperan el llamado del comando para rendir indagatoria”.....<sup>171</sup>*

Todo permite intuir que alguien sabía la verdad, seguramente la partera que había asistido el nacimiento, pero que tampoco, iba a declarar. Ella era la cómplice, así que la campaña colocaba en la mira a las parteras y comadronas, pues estas continuaban con sus prácticas ilegítimas.

La prensa también publica de las mujeres parteras, su incidencia en el aborto criminal:

*“Una mujer que practicaba abortos en Santa Rosa, fue detenida por las autoridades al fallecer una de sus “pacientes” durante la realización de*

---

<sup>171</sup> Diario El Universal, Miércoles 11 de Febrero de 1953

*este procedimiento ilegal y criminal. Mercedes Ortiz De Marrugo tenia, como negocio la provocación de abortos sin ninguna instrucción médica y sin contar con las condiciones higiénicas mínimas El pasado 7 de Julio, Nuris Castro Rojas, acudió desesperada a la casa de la sindicada solicitando que se le hiciera la operación..... En las primeras averiguaciones se supo que la mujer desempeñaba el oficio de comadrona desde hacia aproximadamente 8 años”* <sup>172</sup>

La expresiones que se hacían de ellas, correspondía a los términos usados para los delincuentes, de esta manera se afianzaba el aborto como delito y a las parteras se les hacia injuria pública, objeto y sujetas de agresión verbal y satanización.

*“La aludida mujer..... hace parte de una cadena de inescrupulosas mujeres que se dedican a ejercer este oficio sucio.”* <sup>173</sup>

El desespero de las mujeres por conseguir librarse del embarazo problema, les hacia consultar a los profesionales, ya que en las campañas anti parteras, se les proclamaba como causantes de las muertes de las mujeres, por malas técnicas, sin embargo esto no era situación únicamente de ellas.

Las mujeres parteras compartían con algunos médicos este acto de subversión.

*“La criminal e ilegal práctica del aborto fue ejecutada por un **médico adscrito al Servicio de Salud, a una mujer cuya identidad no pudo ser revelada**, en el centro de salud del barrio la Granja, el execrable hecho, fue perpetuado contra una indefensa criatura de cuatro meses de concebida..... El inescrupuloso médico al no tener los elementos quirúrgicos necesarios, prácticamente arrancó a pedazos a la criatura del*

---

<sup>172</sup> Diario El Universal, sábado 30 de Julio de 1988

<sup>173</sup> Diario El Universal, Domingo 12 de Mayo de 1974

*vientre, la madre sufrió una hemorragia grave que la mantuvo en peligro de perder la vida....este acto de barbarie no ha sido denunciado a las autoridades competentes.....porque presuntamente el amoral discípulo de Hipócrates es protegido de un político de trayectoria en el departamento.”<sup>174</sup>*

Con la notable diferencia de las consecuencias que le suscribían, este mismo acto para cada uno, nótese que a las parteras se les publica el nombre igual que a las mujeres abortistas, sin embargo a este discípulo de Hipócrates no se lo menciona; a las parteras denunciadas se les seguía un proceso legal y un consecuente encarcelamiento, no así se escribe del último caso. Sin embargo, en relación al médico los adjetivos que se usan para nominar el hecho son más graves, pues el aborto solo podría esperarse que lo cometieran las iletradas parteras.

No siempre que en el acto del aborto estuviese una partera involucrada, le significaba responsabilidad, pues muchas mujeres acudían a ellas cuando estas ya habían cometido las acciones de manera directa y voluntaria. Así lo declara una partera tradicional:

*.... Cuando ellas se hacían algo, llegaban ya con el sangrado a terminar de sacarlo y uno les atendía..... Olga Maza*

No todos los casos de abortos, necesariamente terminan en complicaciones, por tanto la verdadera estadística, o los datos para determinarla, la contienen las mujeres y no los centros de atención; tampoco eran solo las muertes de las mujeres las únicas pérdidas. Olga Pinto, habla conmovida de su experiencia:

*“Y es que deje de partear por que una señora se murió porque ella misma se hizo el curetaje, ella se metió un palo. Y la familia acusándome, menos mal que ella antes de morir declaró la verdad que yo no fui la que le había hecho el curetaje si no ella, también confeso que el hijo que estaba esperando no era del marido sino de un vendedor de plátano; así fue que me salve de 20 años de cárcel y también la fiscalía y los vecinos testigos*

---

174 Diario El Universal , Viernes 4 de Julio de 1986



*me ayudaron. Esto me paso como hace 13 o 14 años atrás, me deje de atender partos y me dedique a inyecciones”*

*..... me extorsionaban quitándome plata, y yo le daba plata, y traían recetas falsas y con tal que mi hija no se diera cuenta yo le daba, querían que vendiera mi casa para darles la mitad”*

Para las parteras hacer el aborto (no es solo tener un negocio), era un acto de entender a las mujeres, en solidaridad por el abandono, la vulnerabilidad y el peligro de morir por tener demasiados hijos, o tal vez alcahuetearles en su decisión, pero también representa un acto de atrevimiento o valentía según lo considere el lector.

Sin presencia de parteras las mujeres acudirían de todas formas a su acometido, pues no era la prescripción de las leyes las que tiene en cuenta la mujer, pues pesa más las circunstancias físicas, psíquicas y sociales que la envuelven por lo cual entonces ,

*“Una ley que se pasa por alto por qué para las ciudadanas son más importantes las consideraciones personales y el balance individual que hace cada una sola o con su pareja, frente a las circunstancias particulares de su momento en la vida, va perdiendo sentido y va creando en el imaginario colectivo la impresión de que las leyes no sirven, ni son necesarias y de esa manera se va debilitando el Estado en su función normativa.”... la penalización pierde su función de control para convertirse en un instrumento de inequidad social. Se ha demostrado que los efectos más adversos de la clandestinidad los viven las mujeres más vulnerables: aquellas que pertenecen a los sectores socioeconómicos más bajos y las más jóvenes. Son estas quienes en últimas se ven sometidas a prácticas inseguras, indignas y deshumanizadas”<sup>175</sup>*

Colombia, era uno de los pocos países en el mundo, con la absoluta penalización del aborto, sin embargo dado a un proceso de lucha que requirió muchos años se obtuvieron logros significativos. Considérense los aspectos epidemiológicos y legales de la situación del aborto en Colombia.

---

<sup>175</sup> GONZALES, Ana Cristina, La realidad del aborto en Colombia: Entre la ilegalidad y la realidad. Ministerio de Protección Social. Bogotá Colombia 2005 en la red <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/30.pdf>

*“Según estadísticas del Departamento Administrativo Nacional e Estadística (DANE), los embarazos que terminan en aborto corresponden al 16,0% de la causas de muerte materna. El estudio La Incidencia el Aborto Inducido en Colombia muestra que el 22,9% de todas las mujeres encuestadas entre 15 y 55 años declaró haber tenido por lo menos una experiencia de aborto inducido y afirma que aunque el riesgo de aborto es alto para todos los grupos de edad “una joven de menos de 19 años embarazada tiene el doble riesgo de aborto que una mujer mayor de 40 años: casi la mitad de estas jóvenes menores de 19 años embarazadas ha tenido una experiencia de aborto” ....Por otra parte, mientras el aborto está penalizado en todas las circunstancias, las estimaciones más conservadoras hablan de 200.000 abortos al año y otras llegan a afirmar que en Colombia suceden alrededor de 400.000 abortos inducidos anualmente.”<sup>176</sup>*

El aborto en Colombia fue despenalizado parcialmente mediante la Sentencia 355 del 10 de mayo del 2006, de la Corte Suprema de Justicia solo si este ocurre en tres circunstancias específicas, en caso de violación, de malformaciones fetales, o el peligro de la vida de la madre. La ventaja que esta ley produce es que las mujeres pueden acceder a servicios institucionales que cuenten con los implementos para realizarlo en condiciones seguras.

Téngase en cuenta que debido a que el aborto se despenalizó en estas tres circunstancias, las cuales deben ser debidamente certificadas y comprobadas, ello podría indicar una disminución en la tasa de mortalidad materna, por estas causas, sin embargo, no son estas las únicas que existen, las mujeres pueden expresar otras muchas, las cuales se dejaron por fuera de las consideraciones legales, así que eso presagia que el anhelado descenso de las cifras fatales no se producirá en las proporciones esperadas, hasta que se tenga en cuenta muchos factores, como el aumento de la cobertura, el uso y disposición de anticonceptivos por parte de las usuarias de las E.P.S privadas y públicas, la situación de pobreza de las mujeres, el acceso a la ligaduras de trompas como anticoncepción definitiva, sin que medie la necesidad de autorización del compañero (visible en todos los servicios de salud de nuestra ciudad) y el reconocimiento de los derechos sexuales de las mujeres como derechos humanos.

---

<sup>176</sup> Ibid. p 2

*Y seguirán comadronas en las comunidades, escuchando a las mujeres y actuando en complicidad con las mismas.*

## 6. SABERES EN PUGNA

*“El pensamiento científico es y sigue siendo masculino porque su metodología lógica y empírica, que debe constituir su objetividad, tiene una larga historia con la masculinidad”<sup>177</sup>*

En la institucionalización del parto los saberes se constituyeron en un elemento clave para el desplazamiento del oficio de las parteras. Los saberes que se entran a debatir tienen que ver con el de la obstetricia como rama de la medicina y el de los conocimientos empíricos, el que se construye con la observación, la práctica, el ensayo y el error, y que no se ha expresado en términos de validez por cuanto no se han sometido muchos de ellos a la comprobación con métodos científicos.

A fin de conocer a ambos en la dimensión del género, se explorarán algunos elementos que le permitieron a uno sobreponerse al otro, evidenciándose sesgos y desventajas genéricas que le impidieron a sus antiguas dueñas tener la patente legitimada de sus autorías así mismo el reconocimiento que le merecen.

### 6.1 LA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA: NUEVAS CIENCIAS DE LA MUJER, O LOS PARADIGMAS FEMENINOS HECHOS CIENCIAS

El interés por el estudio de la mujer, o acerca de lo femenino, así como la intención de otorgar explicaciones de esa otredad del universo humano, no es una cuestión, que haya nacido en ninguna revolución ni científica o política, es el mero hecho de coexistir con el hombre, con la naturaleza que suscito

---

<sup>177</sup>THOMAS, Florence. “Saber y Género” conferencia. Bogotá Universidad Nacional. Grupo Mujer y Sociedad. P. 5.

motivaciones, no solo por describir, quienes o peor aún que eran ellas, sino además de estigmatizar un lugar y posición que les fueran “naturalmente propios”.

Entonces comenzó la larga lista de adjetivos algunos superlativos y otros esencialmente diminutivos, desde lo asociado a lo divino hasta la incompletud expresada en la versión conceptual del antifeminista Aristóteles, quien la asumía como el varón mutilado, quien además ni siquiera le daba como propiedad algo, -propiamente femenino-, la catamenia (Menstruación) pues en realidad en su concepto era un semen impuro, y si ni de eso era dueña, menos podría poseer o transmitir caracteres a sus hijos los cuales según él, no eran sino de su padre quien era el poseedor del ánima.

Ella, si sólo engendraba de ella misma, podría tener fenómenos *o hasta solo mujeres*, estoy hablando del padre de casi todo, alguna feminista escribió con una sutil esperanza de que si Aristóteles, levantaba su cabeza, se daría cuenta de cuan equivocado estaba, claro, también lo pienso así, pues de considerar todos los descubrimientos que ratifican la completud de la mujer desde su biología y su psiquismo, así como las posibilidades de clonar con células sexuales y somáticas femeninas, sin participación de las masculinas.

El objeto de este capítulo es conocer desde la posición del feminismo como surge una ciencia que higieniza, medicaliza y gobierna en sentidos específicos de la salud pero que tiene serias influencias en el total de la vida de las mujeres que se convierten en las enfermas naturales, por lo tanto *objeto, permanente de atención*.

Las enfermas desde la ginecología y las histéricas desde el psicoanálisis tienen un problema en común, sus fisiologías reproductoras, el útero, que no tiene contraparte literal masculino y por ello debe ser metafóricamente hablando la fuente de sus males. “La mujer quedó entonces definida en función de los órganos que la diferenciaba radicalmente, lo que queda patentemente reflejado en la frase de Van Helmont (1577-1644) «Propter solum uterum mulier est id quod est».

¿Cómo aparece la ginecología? El texto de Pilar Iglesia Aparicio, ofrece muchos elementos interesantes, que nos recrea como esta ciencia se constituye en un saber que se entroniza, esta autora, nos permite descubrir sesgos en muchas de sus bases epistemológicas, que se elaboraron a partir de los supuestos preestablecidos, lentes desde los cuales sus iniciadores definían lo femenino, la sexualidad, el placer, lo erótico, la natalidad, entre otros, de tal forma que resulta imposible tratar de separar los postulados de otras disciplinas pues casi todas confluyen en sus visiones de las mujeres, o en realidad de la mujer como único molde de constitución de una feminidad ideal.<sup>178</sup>

El término ginecología fue introducido, paradójicamente por alguien que pensaba que la mujer era un ser perfecto, escribió un tratado en 1630 sobre la naturaleza de la mujer denominado GYNAECOLOGIA, autor Joanes Petrus Lotichi (1568-1669), mas tarde, en 1730 se cambió la grafía del término para aparecer la actual acepción en un tratado médico legal, del doctor Schurig, que disertaba sobre la sexualidad femenina, con temas como la castidad, el vaginismo, la violación, el lesbianismo. Ambos tratados, tendrían ópticas complementarias, la naturaleza femenina, con el discurso sobre lo legal y moral de la sexualidad femenina, hechos que orientan el desarrollo de esta ciencia en los siguientes siglos.

Lo diferente de la mujer, no es aquí el ideal que reclamaría, una feminista de la diferencia, antes es, el sustrato de su denuncia y la razón de su lucha, así pues, lo que precisamente, le hace marcadamente diferente, es lo que le constituye su desigualdad. *Diferentes no significa desiguales.*

En aras de visibilizar la importancia de los imaginarios, en la dirección o sentido que se le otorgue a un evento científico, a un descubrimiento y no es el hecho del descubrimiento en sí mismo, muestro por ejemplo, la orientación que tomaron los hallazgos anatómicos, que condujeron avances importantes en las ciencias médicas y forenses de los siglos XVIII y XIX, que probaron que la mujer y el hombre eran sexos diferentes, y que además, el ovario era un órgano glandular

---

<sup>178</sup> IGLESIAS, Aparicio Pilar "La mujer según la Ginecología del siglo XIX

[http://www.ciudaddemujeres.com/articulos/article.php?id\\_article=48](http://www.ciudaddemujeres.com/articulos/article.php?id_article=48)

productor de hormonas que influían en los comportamientos sexuales, solo logró en relación, a la mujer, que se desplace el protagonismo del útero para dar paso al de los ovarios, por ende, el paso de la mujer histérica a la mujer hormonal, de todas maneras, mujeres sujetas o aprisionadas por su misma naturaleza, en fin, rasgos visibles del determinismo fundante.

*“Las investigaciones científicas nos permiten adentrarnos en el conocimiento de esta diversidad pero para ello, es necesario dar a la ciencia un nuevo enfoque que la libere de los sesgos que vienen a confirmar y rubricar “científicamente “ los estereotipos sexuales, en relación con los sexos, las razas o las inclinaciones sexuales.”<sup>179</sup>*

Siendo ahora los ovarios el centro de atención para el estudio de la sexualidad femenina el médico francés Achille Chéreau, propuso cambiar la frase de Van Helmont citada anteriormente por “ Propter solum ovarium mulier est id quod est”., “el ovario es el destino” Este desplazamiento del centro de la feminidad a los ovarios es fundamental para comprender la práctica de la ovariectomía, la castración femenina.

El revolucionario descubrimiento, sin embargo, demostró, en palabras de Consuelo Miqueo, “una resistencia de signo patriarcal, para Piquer (1762), en su descripción anatómica y fisiológica del nuevo ovario, la cual fue realizada en estilo unisex tradicional, en parangón con la anatomía del varón que era la norma y lo cita textualmente:

*“Los testículos femeninos, que ahora se llaman ovarios, se extienden en los costados del útero, no juntos en una sola bolsa, sino cada uno por separado..... Como en los machos, las hembras también los tienen muy grandes..... ... contienen una materia análoga al semen, y las mujeres agitadas por estro venéreo, o celo, la emiten hasta el fondo del*

---

<sup>179</sup> BARROL, Moran María José, Genes, Género y Cultura en MIQUEO, C TOMAS en *Perspectivas de Género En Salud, Fundamentos Científicos y Socio profesionales de Diferencias Sexuales no Previstas*. Minerva Ediciones. Madrid 2001 p 158.

*utero a través de los cuernos o trompas que hoy llaman fillopianas,  
Meato seminal en la denominación androcéntrica clásica de Herofilo<sup>180</sup>*

*Obsérvese en la cita como al ya haberse estructurado*, nombre femeninos propios para los órganos sexuales internos, este autor insiste en denominarlos de manera masculina, como forma residual de resistencia a mantener el modelo anatómico androcéntrico, en un período histórico concreto que se ha considerado el tránsito del paradigma unisex o isomórfico tradicional al paradigma dimórfico contemporáneo.

Ahora bien, tomemos otros elementos referentes a la nueva adquisición femenina- los ovarios- y es que a pesar de que *“como en los machos las hembras también los tienen muy grandes”*, los testículos, producen la testosterona, que le ofrecen la superioridad varonil

Este influjo de los ovarios, como nuevos colonizadores de la identidad femenina, traen consigo la afirmación de la labilidad emocional, así como la pulsión de su libido, de acuerdo al reloj de su cuerpo, y si a raíz de sus úteros eran ellas depresivas, a raíz de sus ovarios pueden llegar a ser incluso peligrosas, por compulsión, al respecto elocuente es el hecho, de presumir menor grado de intencionalidad racional en delitos que llegaren a cometer, si se encuentra con el famoso Síndrome de Tensión Premenstrual, comprobable en el nivel hormonal sanguíneo, lo cual favorecería considerablemente la reducción de sus penas.

Estudios recientes, están orientados a comprobar estos hechos, pero sus conclusiones, no satisfacen el predeterminismo biológico, pues se hallan vacíos, en las consideraciones de los aspectos relacionados con el contexto social, en que se mueven las mujeres, y de hecho son los hombres los que más caracterizan conductas violenta, de esta manera tales conclusiones también denotarían sesgos de género acerca de las mujeres, que aún persisten.

Son destacables dos investigaciones al respecto:

*“Las conductas violentas se han asociado a endocrinopatías tipo enfermedad de Cushing, hiperandrogenismo, hipertiroidismo,*

---

<sup>180</sup> MIQUEO, Consuelo en *“Semiología del androcentrismo, Teorías sobre reproducción de Andrés Piquer y François Broussais”, en perspectiva de Género en salud. Madrid., 2001 Editores minerva p 121*

*hipoglucemia y tensión premenstrual, asociaciones que han sido objeto de intensas controversias*<sup>181</sup>

*“Las mujeres con tensión premenstrual, presentan aumento de la irritabilidad y conductas violentas durante esa época. El 60% de los crímenes cometidos por mujeres ocurren en este período, La discrepancia fisiológica de género parece ser el resultado de la diferencia prenatal de la formación del área pre óptica del hipotálamo, como resultado del influjo de los andrógenos*<sup>182</sup>

No sólo la definición de los órganos era fundamental en la vida de las mujeres, sino que también la definición de lo microscópico: Los descubrimientos biológicos con inferencias en la vida tanto física emocional y sexual de los géneros, tienen características explicativas, que se corresponden a pre concepciones, prejuicios de lo que identifica e idealiza a cada género, así sus descripciones van acompañadas de generoelectos y se pueden evidenciar en dos fases, según lo explicita Miqueo<sup>183</sup>

*La primera, o de formulación inicial masculina implica la primacía de lo masculino, generalmente expresada en términos de mas grande, activo, primario o rector de lo masculino, sea el objeto que sea, gameto, cromosoma, o enfermedad determinada y la correspondiente definición subordinada, secundaria o inferior de lo codificado femenino, sea el órgano, la célula, la molécula o la función o enfermedad determinada, lo que se expresa en términos carentes, determinado por, incapaz de, inverso a, menor que etc .*

De esta manera se caracteriza entre otros más al espermatozoide o gameto masculino, como competidor, veloz, colonizador, y al óvulo como pasivo, y colonizado. Lo que tiene adscripción de grandeza y mayor importancia se suele escribir en masculino y lo de menor importancia en femenino, así se pueden hacer correlaciones con términos como: sol-luna, castillo-casa entre otras.

*La segunda fase, o redefinición en femenino del mismo problema objeto o función psicopatológica pasa por la fases de cuestionamiento de lo formulado, aceptación parcial de una menor trascendencia de lo*

<sup>181</sup> GARZON, Ángela, Sánchez José “Factores neurobiológicos asociados a la personalidad antisocial” Bogotá <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-251-1-factores-neurobiologicos-del-trastorno-de-personalidad-antis.html>

<sup>182</sup> ECHEVERRI, Jorge, Escobar Franklin Trastorno de la personalidad antisocial, en condenados por homicidios en la ciudad de Pereira Colombia, <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/142/14240203.pdf>

<sup>183</sup> MIQUEO CONSUELO Op Cit p 105



*femenino, realizada siempre entre una avalancha de evidencias que han ido refutando las teorías establecidas. Diríase, que no solo las mujeres necesitan demostrar con mejores resultados sus valías sino que también deben hacerlos las teorías que sugieren una mejor, temprana, activa o compleja acción de cualquier elemento básico, previamente vinculado a las mujeres.*

En este mismo orden de ideas, es fascinante encontrar como la definición patriarcal de lo femenino o masculino puede tener evidencias forzadas aún en la ciencia microscópica, de hecho la forma de definir al esperma es idéntica a la definición del hombre, versión alegórica del animalculismo, tendencia<sup>184</sup> explicativa del origen de la vida humana, de los siglos XVII y la primera mitad del siglo XVIII.

- El esperma o animáculo (Gusanillo), contiene al humano en potencia,
- Es un ser activo, competitivo, dinámico, penetrante, infiltrador
- Existen muchos, el que se superpone, es el vencedor
- El semen es causa suficiente y la sangre menstrual causa material
- El semen masculino fecunda el huevo femenino
- Solo fecunda el aura seminal, el vapor sutilísimo que se eleva
- El semen masculino es un humor viscoso glutinoso, imbuido de espíritu vivifico, elaborado en los testículos e imprescindible para la generación humana.

Esta idea de lo masculino como suficiente, alimentaban a la obstetricia en su peyorativa idea de mujer. Estos inicios fundantes, todavía mantienen secuelas visibles, en el hecho de la patologización de los procesos fisiológicos femeninos desde la menarquía a la menopausia, requiriendo el intervencionismo médico, así mismo, la idea de superioridad masculina todavía es visible en la negación y/o poca aceptación de un climaterio masculino.

En otra acepción de controversia, esta ubicada la mujer, no como objeto-paciente de estos saberes, sino como una competencia ilegítima, a quien debe reducirse en sus acciones a fin de no permitirle protagonismos, en la inclusión de una ciencia que comienza intuyendo la incapacidad femenina y esta concepción peyorativa, no era solo de la mujer como paciente, sino de la mujer como la asistente de los partos, de hecho uno de los obstetras más famoso, Roesslin, en

---

<sup>184</sup> Ibíd. p 117,118

1513 publicó en Alemania un libro para comadronas, en cuyo prólogo el autor satiriza *"Para corregir la supina ignorancia de las comadronas"*, que el pretendía *corregir*.<sup>185</sup> Sin embargo para esta época no es que ellos tuviesen demasiada claridad, estaban errados o más que ellas, pues muchos escribían y jamás habían ni siquiera visto un parto.

La ignorancia era compartida, entre los siglos II y XVI constituyeron el oscurantismo en la ciencia, inclusive por su puesto la medicina, puede decirse que se sucedieron retrocesos, y se recurre a la superstición, eso lo comprueba este relato que transcribo a fin de dar cuenta de ello<sup>186</sup>

*"La duquesa está de parto. Unos criados llevan un lecho largo y angosto provisto de un colchón duro, conservado desde tiempo inmemorial en el guarda-ropa del palacio, Una vieja dama dice: "Sería necesario hacerle tragar una clara de huevo cruda, mezclada con seda" púrpura deflecada. Otra asegura que "lo que debía hacerse, era tomar siete gérmenes de huevo de gallina disueltos en una yema. El médico principal, acompañado de otros dos doctores, sale de la estancia, y dirigiéndose a un doctor joven, le indica en latín: "Tres onzas de limo de río, mezcladas con nuez moscada y coral rojo machacado". Alguien pregunta: ¿Acaso una sangría?" y contesta el viejo doctor: " Ya lo había pensado, pero desgraciadamente Marte está en el signo de Cáncer, en la cuarta esfera solar; y además está la influencia de una fecha impar" "Su alteza dio a luz un niño muerto y ella también murió el martes 2 de enero de 1497 a las 6 de la mañana".*

Esta ciencia que comienza con conceptos errados no solo de las mujeres como personas, sino también de sus procesos reproductivos, logra superponerse, pues aunque hasta incluso en el siglo XVIII Y XIX, ya se contaban con mejores teorías, gracias a los hallazgos anatómicos con las disecciones, todavía la intensidad horaria teórica y práctica de los pensum médicos de las universidades no eran suficientes, para otorgar conocimiento y entrenamientos adecuados, tal vez por no otorgar valor a los asuntos de las mujeres. El elemento que resulta clave, más que el hecho de convertirse en un conocimiento científico es el del uso de la tecnología, los médicos-cirujanos eran llamados por las comadronas para resolver las limitaciones de las mismas. A las mujeres solo se les permitía el cuidado de niños, ancianos y mujeres incluso con la prohibición expresa de no administrarles ni brebajes, ni tampoco se les permitió el ejercicio de la medicina, ni el uso de tecnologías.

<sup>185</sup> RODRIGUEZ, Rozalem Maria, *Manual práctico para matronas*, Madrid. Aran Edicions 1999 p 22

<sup>186</sup> LEDESMA, D.A. "Bosquejo histórico de la obstetricia". En *Tratado de obstetricia*, Juan León, Edit. Científica Argentina, Buenos Aires, III, p. 1.330, 1959.

Obsérvese la comparación de las siguientes citas las cuales difieren de contextos históricos, geográficos y culturales, pero que sin embargo, coinciden en las prohibiciones.

Acuerdo de 1.329 de las Cortes Valencianas<sup>187</sup> ordenando:  
 “.... Que ninguna mujer practique la medicina, ni administre brebajes, so pena de ser azotada por la villa; pero que puedan cuidar de niños pequeños y de mujeres, a quienes sin embargo, no podrán administrar brebajes”

#### Decreto REGLAMENTACIÓN DEL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN MÉDICA DECRETO N° 1099 DE 1930 (julio 8). Colombia.<sup>188</sup>

Artículo 61. Están autorizados para firmar recetas los médicos titulados cuyo título esté convenientemente registrado; los estudiantes de medicina de último año; los dentistas y los veterinarios. *Podrán despacharse para las parteras autorizadas por título, materiales de curación, antisépticos de uso corriente, elementos de suturas y otros elementos usuales en los partos para uso externo. En ningún caso medicamentos para uso interno ni ampollitas para inyecciones.*

Para acceder a una práctica legítima, ambos actores debían recibir una preparación académica, y luego registrarse formalmente. En relación a la preparación a las parteras, quedarían excluidas las que no supiesen leer, según el decreto de 1938 expreso en capítulos anteriores; el proceso de entrenamiento y preparación de las parteras tendría, algunas consideraciones importantes.

Las prohibiciones legales, si bien pudieron conseguir una disminución en el número de parteras y otros ofertores de salud diferentes a la medicina alópata tradicional, no lograron desaparecer, ni desanimar a un amplio número de parteras, por lo que se hace necesario recurrir, a una nueva estrategia como es el

---

<sup>187</sup> ORTIZ Gómez Teresa en el Género organizador de profesiones sanitarias en ***Perspectiva de Género en Salud, Fundamentos Científicos socio profesionales de diferencias sexuales no previstas***, España, Editorial Minerva Ediciones, p 58

<sup>188</sup> DIARIO OFICIAL 21440. Bogotá, martes 15 de julio de 1930. Reglamentación del Ejercicio de la Profesión Médica. Decreto N° 1099 de 1930. (julio 8). Por el cual se reglamenta LA LEY 35 DE 1929, sobre el Ejercicio de las Profesiones médicas y algunas otras.

adoctrinamiento de ellas, en las formas y modos así como en los conocimientos formales y oficiales de la obstetricia.

Se inicia queriendo cambiar la cultura de cuidado y acción de las parteras, desde la concepción inicial que las suyas, carecen de importancia, es decir sin consideración al conocimiento ancestral y genealógico de estas prácticas, lo cual por su puesto se constituyó en un error teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

*“Los primeros contactos, entre los médicos modernos y la medicina tradicional, se iniciaron en el decenio de 1970 -1980, mediante cursos visitas y reuniones de diversa índole con fines de intercambio de recursos, capacitación y acuerdos mutuos, en estos eventos fueron incluidos médicos tradicionales y parteras, pues de hecho estas actividades se iniciaron con ellas por considerarse que se debían mejorar aspectos profilácticos en su quehacer, por lo tanto, la relación era de tipo vertical; es decir, se ponderaba la calidad de los médicos modernos. Ellos capacitaban, hablaban, organizaban, y decidían entre otras cosas”*

*.....”Los resultados fueron desalentadores obviamente, pues muchas veces, médicos muy jóvenes e inexpertos pretendían enseñar como atender un parto a comadronas de 40 a 50 años, con 20 o más años de experiencia en sus tareas. En la actualidad y gracias a las observaciones hechas por la O.M.S., la Unicef y la O.P.S. que insisten en lo mucho que hay que aprender de los médicos tradicionales, la relación se ha vuelto horizontal, los médicos tradicionales y los modernos comparten experiencias y conocimientos mutuamente mejoran sus técnicas corrigen sus errores y comparten el trabajo”<sup>189</sup>*

La necesidad de instrucción era percibida por ellas, las cuales aunque valientes y muchas veces el único recurso médico de la zona, sabían sus falencias, pues luchaban por evitar las muertes maternas y se hallaban en sus comunidades alejadas de posibilidades para la remisión oportuna de las mujeres, en un completo abandono del Estado, así lo comenta una de las parteras tradicionales con más de 40 años de servicio.

*“Nosotras éramos los médicos de la Boquilla, nosotras hicimos el puesto de Salud, .....Olga Maza*

---

<sup>189</sup> LARA, Mateos, Rosa María Capitulo, “Medicina Tradicional. Pasado y Presente”, Medicina y Cultura: *Hacia una Formación Integral del Profesional de la Salud*. Bogotá Editorial El Manual Moderno, 2005 p 111-113

En los siguientes términos, Olga Maza cuenta su experiencia y demanda de capacitación a través de un alegato, como ella dice, logró ser oída para tenerse en cuenta en las capacitaciones

*“ En la noche me tocaban la puerta, y yo salía, una tuvo unos mellitos que le faltaban días , y yo la partí y la mande a los niños a maternidad, pero no la querían en maternidad porque habían nacido en la Boquilla, y yo le puse una mantica y los cuide, y creían que no, iban a vivi. Yo le dije, doctor usted nos tiene que dar fuerzas, porque hemos sido parteras de la Boquilla, aquí no viene médico, y porque aquí no hay quien partè Me dieron una carta para un curso, y busque a Isidora ella no quería ir, y yo le dije sígueme, no nos va a pasar nada, nosotras queremos que nos ayuden, nos dieron uniforme, guantes, y papeles, y eso se lo llevo el Joan , (La tormenta) ellos lo saben, el médico dice que somos unas parteras que nos hemos arriesgado bastante, nosotras no nos habían dado ningún curso; yo no estudie porque mi mama no tenia fuerzas. (Recursos económicos)*

Sin embargo, luego de haber recibido instrucción y de tantos años de experiencia, Olga continúa con su ejercicio, no sin pugnar con los médicos que empezaron a llegar al puesto de Salud.

*Con médicos nunca, ellos no nos daban el apoyo, al contrario, y cuando le llevamos unas niñas al puesto de salud ellos nos decían que nosotros no. Y porque no nos atiende a nosotras siendo parteras, ¿por que ustedes son doctores y nosotras que?, y una doctora me dijo ¡ya usted no! ,por que ellos tienen carnet, y yo le dije ¿ por el carnet? y eso que; yo hasta en el puesto de salud tuve problemas con ellos, nosotros hicimos este pueblo, y el puesto de salud, ¿ porque no nos dejan?.....*

La resistencia de Olga contaba con el apoyo de su comunidad, quienes le creían más por ser ella quien hubiere acompañado y atendido a sus madres y abuelas en el parto y además porque gozaba de credibilidad, de esta manera, los que veían prácticas nuevas en la atención del parto, en el área del nuevo puesto de salud, llamaban a Olga para cerciorarse de que no se utilizara a sus familiares como objeto de práctica para las nuevas generaciones de médicos , los cuales debieron luchar por posicionarse en un lugar donde había brillado el ausentismo .

La experiencia en este sentido de Olga , es narrada por ella:

*Yo he atendido hasta en el puesto de salud, un día fui a buscar a una que no la quería darla y yo la fui a buscar... ¿porque tienen que rajar por que tienen que picar cuando el niño esta coronado? y yo le porfié al doctor, y ¡ con nosotros jamas hemos tenido problemas para nada, para nadie!; le hicieron una maldad, la picaron allá abajo mal y le tuvieron que hacer una cirugía....*

Cuando se sintió apelada por los conocimientos científicos de los médicos ella, solicitó conocimientos, pero la seguridad de sus hechos la llevaban a mostrar resultados.

*“si ustedes saben mas que nosotros ,¿ porque no nos dan poder y nos enseñan? porque nosotros tenemos el poder luchando, con las mujeres porque ellas venían acá y no necesitaban de dir a maternidad, yo las atendía bien, les daba tomas, le sobaba y se relajaban; hasta en mi cama parieron unas , y era con lluvias y se relajaban, y todo era normal, venían de pies y le decía no te asustes todo va a salir bien, Dios es grande, hasta en , en una canoa, partié, sino había luz me llevaba una vela, y hacia unos cordones de hilo, porque no tenían para comprarlos y yo hacia con pelotas de hilo y nunca les dio ni nada ni nada”.*

A la luz de su experiencia, tanto Olga como las demás parteras se sentían seguras y contaban con las mismas mujeres pues se convirtieron en el refuerzo para continuar su labor, refuerzo que fue fundamental para Olga, pues con tantas confrontaciones con el sistema formal de salud y los médicos, ella empezaba a sentir que su trabajo había terminado, los temores en las represalias y en las amenazas con la ley, le hacían dudar.

*“Las mujeres nos ha dado apoyo y el apoyo ha sido en las mujeres en ese momento que no quería seguirme pues yo creía que me ponen presa, y ellas dijeron no señora Olga nosotras la apoyamos”.*

El conocimiento y la experiencia, también debía pasar la prueba, eso cree, Isidora de Arco, partera de la Boquilla, que comenta, un hecho del cual todavía se extraña:

*“Una vez yo estaba lavando , me llamó un muchacho y que médico, y me mando a buscar, me dijo: yo tenia una muchacha no se que tenia; yo cogí los trapos y le empuje, y salió la criatura, yo le tuve que explicar eso*

*al médico, y el por no ensuciarse las manos, digo yo que eso sería, y le dije que fuera a maternidad para el curetaje, ellos hay cosas que no saben, y nosotras tenemos cosas que no sabemos, y aquí vinieron cinco, que le explicara, yo les explique que se hace.*

*....Yo sé mas que un médico porque ellos tienen que estudiar yo tengo la experiencia, eso salió de mi abuela, me han dado cursos, porque sé poco mas o menos cuando a parir,.... cuando me buscan a mi, no buscan al médico, ...*

Sin duda, el temor de una comunidad que tenía bien arraigada una tradición, hacia que algunos de los médicos jóvenes que recién ingresaban a esta área, requirieran la intervención y el aval de las parteras tradicionales, reconociendo también la experiencia de ellas.

Cuando las parteras recibieron el entrenamiento, ellas fueron capacitadas y avaladas para diligenciar los registros de nacimientos en los formatos oficiales lo cual permitiría a su vez establecer estadísticas confiables de los nacimientos asistidos por parteras, fue este el momento en que la estrategia tenía elementos de inclusión muy importantes, sin embargo, el celo de los médicos, no permitiría que estos avances se mantuvieran e incluso hubiese sido posible un nuevo intento de formación de parteras profesionales.

Uno de los mecanismos frecuentemente utilizados, era la no entrega de los materiales y formatos que según el mismo Ministerio ellos debían entregar. Las parteras percibieron esto como una represión a sus labores y empezaron a sentir desconfianza, impidiendo las buenas relaciones con el sector salud en beneficio de las mujeres que recibían la atención de las parteras por resistir las formas del parto institucional. Isidora de arco hace referencia a esto

*“Nos dieron en el curso unos formatos para llevar los registros, cuando se acabaron fuimos al puesto de salud para los formatos y no me lo dieron porque se podían robar los niños, yo que me lo voy a robar con todos los nietos que yo tengo.”*

Otro argumento, para ir desplazando el parto en casa y la consecuente atención de las parteras, estaba ligado con el discurso de la Higiene, que surge a partir del

reconocimiento del mundo microbiano, se decía que las parteras eran causantes de las muertes perinatales por tétanos y fiebres puerperales por la asepsia, de hecho como se vio en capítulos anteriores el primer de los decretos en relación a las parteras inicia con esta acusación. Sin embargo este argumento, era una realidad en los hospitales por el no lavado de manos en la atención de una paciente a la otra, así como deficiencias en las infraestructuras de las mismas.

Los hospitales en Cartagena, por ejemplo, carecían de una infraestructura adecuada para el manejo de desechos e incluso la placenta y demás desechos orgánicos iban a parar a patios baldíos vecinos y expuestos a merced de perros, gavilanes y demás vectores, lo cual generaba una constante queja en los habitantes cercanos e incluso llevó por algún tiempo el cierre de la Institución. Transcribo para fines de ampliación una queja presentada por el residente aledaño y que expresa de forma clara la situación, publicada para esa fecha en el periódico el Universal de la ciudad de Cartagena<sup>190</sup>

*Acudo a la hospitalidad y al elevado espíritu que caracteriza a su reputado periódico, para formular una queja pública contra las autoridades de Higiene municipal y las de Acción Social de Bolívar, acerca del muy serio problema higiénico que contempla la Casa de Maternidad de esta ciudad, con la salida de aguas negras a las calles aledañas denominadas Girardot y Concentración. En efecto, a todo lo largo del lado oriental, hay allí corrientes permanente del lavado de ropas y utensilios del servicio de las hospitalizadas que arrastran consigo residuos vitales; y una serie de manantiales al pie del andén procedentes de los servicios Sanitarios, muy buenos para dicho Hospital, pero pésimos para los moradores y transeúntes de ese sector.*

*En las noches de invierno yo veía como pobres mujeres en el trance del parto, resbalan o caían para llegar con tiempo a las puertas de la Maternidad. Los carros colectores no pueden pasar por allí dando ello motivo a la existencia de basureros, y a la abundante mosca..... Leopoldo Arrieta Orozco*

Esta realidad, se confronta con la acusación ya interiorizada por las parteras en el déficit de su higiene, entiéndase que ello además involucra un hecho a tener en cuenta y es analizar otras fuentes de contaminación indirecta como es el número de pacientes atendidos a la vez por el mismo personal.

---

<sup>190</sup> ARRIETA Orozco Leopoldo Diario El Universal Abril de 1955



En el caso de las parteras, esto era algo menos probable porque ella hacía atención a una paciente cada vez y en el mismo domicilio de la parturienta, que debía adquirir sus propios materiales. Cuando estas relatan la forma como hacían su atención mencionaban siempre el hecho de tener los elementos limpios.

*“Yo le acuesto le pongo un plástico limpio,....., ni el medico, ni yo ni nadie sabe porque le da tétano a un niño, se le pone la vacuna a la madre en el embarazo, cuando nace uno lo manda al puesto de salud, para las vacunas”. Isidora*

*“Yo les sobaba la cadera, yo las sobaba, las sobaba les hacia sus limpiezas a ellas también las limpiaba a su casa.” Rosa*

*“Yo le decía que tenían que tener sus cosas limpias porque la limpieza es la que evita la infección, yo usaba tijeras, ya ora ultimo que tenia una cuchilla la desinfectaba bien, nunca tuve ningún trastorno” Rosa*

*“Tenia que desinfectar todas las cosas mis pinzas, nunca me sucedió nada,” Vicenta*

*“Un día vino una de Cartagena que pario en el hospital, y olía feo, porque el ombligo estaba infectado, le corte el ombligo y le limpie. Y o lleve al puesto desde salud, porque yo lo salve, para que ellos sepan que hay parteras,” Olga Maza*

*“tengo cuarenta años de estar parteando, como dos mil partos, en toda la boquilla he atendido, a las dos de la madrugada a toda hora pues, llegaban por la mañana , me tocaban la puerta y yo salía llevaban a donde yo iba a partear me traían a mi casa, y después yo continuaba después a los cuatro cinco días que el niño , no tenia peligro, le daba receta para que ellas compraran ampicilina y se libraban de una infección” Isidora*

Todas estas declaraciones ponen de manifiesto, las actividades que ellas realizaban y aconsejaban a las madres para librarlas de la infección. La legislación era severa para el caso de impericia por parte de las parteras en la aplicación de la higiene, ellas debían notificar cualquier inconveniente al respecto y ser examinadas al respecto, según se pudo apreciar en el decreto de 1929.

A pesar de que ya habían transcurrido décadas, y que se le imputaba de manera generalizada a la atención de las parteras el hecho de la mortalidad materna por su descuido y asepsia, Instituciones de referencia regional como la Maternidad de Cartagena, ya al parecer aunque habían superado los problemas higiénicos externos, los internos no se alcanzaban a superar según lo registra la siguiente

noticia publicada en prensa.<sup>191</sup>, que reporta la visita de Paloma San Basilio a las Instalaciones de maternidad; es deplorable esta situación, la cual según la observación continua que tengo en ella como docente de enfermería, sigue igual 20 años después de la declaración de la artista:

*Paloma observó que una de las prioridades son las camas, pues a pesar de existir espacio físico, se acomodaban dos y hasta tres pacientes que habían recién dado a luz, en una sola de ellas.....Considero como inexplicable que en pleno siglo XX se tenga que observar situaciones como la que experimentó en la Maternidad..... La paloma blanca que vuela alto en el escenario, pero que ayer hizo un vuelo rasante, para palpar de cerca las necesidades de quienes no tienen el nido tan alto.*

El compartir las camas, ha sido un hecho caracterizado por las instituciones pobres que son la elocuente forma de violación de los principios más elementales de la asepsia. En casa las mujeres en tal condición estarían más seguras. Aparte de la asepsia, las parteras aprendían también en los cursos elementos que las ayudarían a distinguir los riesgos y a realizar las oportunas remisiones.

*Hice un curso en Turbaco, me explicaron que se hacía con la placenta, que podía esperar 25 minutos sino mandarla a maternidad. En el puesto de salud no se atendía parto, desde un tiempo para acá, se atiende, los atendíamos Olga y yo, ellos decían cuando una persona las va a buscar, lo primero que le deben preguntar es si se hizo control del embarazo, si no las deben mandar a maternidad, no las atiende, eso me dijeron a mi en el cursos; los médicos no aceptaban que las mujeres parieran en casa, por la infección, a mi nunca se me presentó nunca murió un hijo ni una paciente, Isidora*

Las capacitaciones, le permitían a las parteras discontinuar algunas prácticas que eran dañinas, o maniobras que no les era permitida realizar como el acomodamiento de los bebés cosa en la cual ellas tienen mucha habilidad, y que en el rango de los médicos, solo las hace el obstetra o incluso el prefiere el uso de la cirugía. Ellas eran desestimuladas para atender partos de riesgos, como los gemelares, los de posiciones diferentes a la cefálica es decir los que nacerían de

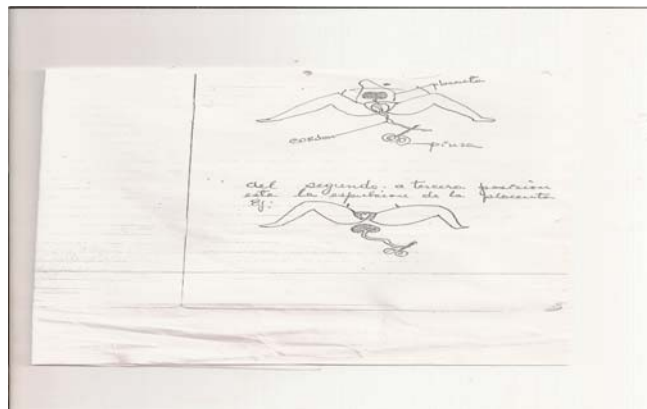
---

<sup>191</sup> Diario El Universal el 7 de marzo de 1987.

pies, podálicos entre otras, situaciones en que los más experimentados médicos preferirían la realización de la cirugía. Además ellas incorporarían algunos modelos en la atención e irían reemplazando los tradicionales, como la posición de las mujeres, las cuales inicialmente eran escogida por ellas, asa de cuclillas , de espalda u otras a la institucionalizada que era el de acostada o posición ginecológica, ignorando con ello las formas culturales aprendidas y que han demostrado ser las mejores opciones, desde la fisiología, para un parto con menos complicaciones.

La postura ginecológica o tumbada presenta dificultades y demora en el trabajo de parto, produciéndose además las posibilidades de desgarros, los que deben ser suturados en un proceso doloroso, sin embargo es esta precisamente la posición que le permite al profesional de la salud, sentarse cómodamente frente a la mujer mientras espera el nacimiento y alumbramiento. Es una postura obligada para las mujeres, no le permite elegir las múltiples posibilidades de confort para ella; las parteras cuentan han sido entrenadas por sus antecesoras en estas alternativas.

Esbozos del curso de complementación de parteras tradicionales. Década de 1980. Turbaco cortesía Isidora de Arco. Obsérvese la posición de la mujer. Es la posición que se utiliza en la atención hospitalaria en Cartagena, difiere en las ofrecidas y escogidas por la mujer en la atención con parteras. El único cómodo es el médico. Es antifisiológica.



Los resultados y alcances de estas capacitaciones, son expuestas por la Jefe del proyecto en Bolívar, quien lo ejerce desde 1980. Las declaraciones de Miriam Navarro, que se anexan ,transcritas y firmadas por ella misma, acerca del proceso de capacitación de parteras tradicionales, en Bolívar, las cuales dejan ver que ello tuvo un escenario de pugnas en los saberes y poderes de una mujeres que inicialmente se resistían pero que luego logran ser insertadas en la capacitación y que empiezan a desarrollar sus actividades en coordinación con el

sector salud, sin embargo, también pone de manifiesto, el decaimiento de este proceso, que denota si bien permanencias, la pérdida de continuidad, no solo por falta de recurso sino de motivación y voluntad, aunque ello implique el incremento de riesgo materno, pues todavía la atención formal institucionalizada está lejos de lograr la cobertura y el acceso de las mujeres. Las parteras existirán en la medida que existan mujeres que demandan su presencia.

Las parteras no solo recibieron en Cartagena la capacitación, mediante la estrategia antes anotada, sino que en Cartagena también existió la formación profesional en pregrado para esta carrera, solo que nació en compañía de la escuela de enfermería, teniendo la profesión de partería mayor autonomía y competencia a los médicos, mientras que las enfermeras eran adoctrinadas como sus colaboradoras, y dado que estas escuelas nacieron, bajo la dirección de la escuela de Medicina y dado los cambios legales, los cuales se trataron en capítulos anteriores, se sucedió la ruptura de las escuelas. Cabe añadir que desde la ruptura de la Escuelas de Enfermeras y Parteras, para solo ser escuela de Enfermeras, y desaparecer parteras, se perdieron grandes posibilidades, de llevar este saber a ser profesional e independiente, como lo logró después la escuela de enfermería. Las parteras egresadas de esa escuela demostraron ser capaces de desarrollar una práctica autónoma, que no estaba erigida ni subyugada a la práctica médica, era una forma de institucionalizar los saberes femeninos.

En Cartagena, se continúan grupos pequeños de parteras tradicionales, en sectores marginales de la ciudad, los cuales representan uno de los cinturones de miseria más grande del mundo, realizan sus prácticas y no son conocidas por el sistema de salud.

La Resistencia de la partería en Colombia la constituyen las mujeres del Pacífico Colombiano, quienes se han organizado y conformado una Asociación caracterizada por la defensa de su arte y cultura, están constituidas legalmente, tienen fortalezas y contactos con ONGS internacionales y se enriquecen con eventos de carácter nacional e internacional, donde se intercambian experiencias y saberes a fin de mantener y continuar existiendo, en su página web ellas se dan

a conocer quienes son, sus metas, su misión y visión. Las mujeres agrupadas en **Asoparupa**<sup>192</sup> (Asociación de parteras unidas del pacífico colombiano), constituyen la resistencia femenina, en mantener el saber y la experticia de la atención del parto y se convierten en patrimonio cultural y científico del saber de las mujeres. Para el año de 1996 las parteras de la ciudad de Buenaventura perciben la necesidad de organizarse jurídicamente para así mejorar la calidad de vida de todas y lograr un reconocimiento formal y legal de su ejercicio y la importancia del mismo para la comunidad. Es así como deciden organizarse en la figura legal de Asociación sin ánimo de lucro de carácter gremial integrado únicamente por Parteras Tradicionales del Municipio de Buenaventura, y mediante todo el proceso legal quedan registradas en Cámara de Comercio con el Nit: 838.000.462-9, y legalmente mediante Personería Jurídica # 00011 del 03 de Mayo de 1.996. Su eslogan les estimula a mantener su vigencia: *POR EL RESCATE Y LA CONSERVACIÓN DE NUESTRA CULTURA ANCESTRAL*

#### MISION

*“ASOPARUPA” busca conservar los saberes ancestrales culturales, y la practica de la medicina tradicional con los conocimientos científicos, fomentando la unidad solidaridad e interculturalidad, para estar siempre en una búsqueda permanente de saberes que nos ayuden a complementar y articular el sentido de pertenencia y de compromiso social y comunitario que nos anima a vivir en el pacifico colombiano, ya que somos gestoras en apoyo a la vida.*

#### VISION

*ASOPARUPA, busca ser reconocida como una institución comprometida en la conservación del patrimonio cultural y ancestral del Pacífico Colombiano y Sur Occidente del país protectora de los saberes Etno Ancestrales y la practica y la conservación de la Medicina Tradicional*

En la editorial de su página web, con vehemencia proclaman su resistencia

- *ASOPARUPA” Integrada por parteras del Pacífico Colombiano, continuaremos unidas a pesar de que nos quieran invisibilizar hoy y siempre.*
- *De generación en generación existiremos en la medida en que la vida humana siga siendo posible.*

<sup>192</sup> Asociación de parteras unidas del pacifico colombiano <http://asoparupa.tripod.com/>

Estas mujeres están dispuestas a mantenerse en pie, entienden que su arte y oficio ha sido desplazado en muchas ciudades del país; reconocen el poder de la unidad, para poder ser visibilizadas y han llamado la atención del Ministerio de Protección Social, que se ha pronunciado favorablemente; ellas, incorporan historias, con verdaderos contenidos y mejor que los registros clínicos; saberes del cuerpo de las mujeres, cicatrices de sus almas; hacen parte de la identidad histórica y cultural de la región por lo que insisten en reclamar el respeto de su cultura, en un país, donde se desdibujan las identidades propias, en el afán de pertenecer al mundo globalizado.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este trabajo de investigación, se convirtió en un espacio de desaprendizajes y de deconstrucciones, interrogantes, a mi lugar como mujer en el cuidado de otros desde mi rol de madre y enfermera; cuestionamientos a mi profesión, miradas al sistema y atención de la salud, desde la perspectiva del Género; indujo un compromiso político y social que me vincula apoyar desde todas las instancias, en especial la académica en el ejercicio de la docencia en la Universidad de Cartagena, todas las iniciativas en pro de visibilizar, reivindicar no solo los aportes de las mujeres, sino a las mujeres mismas, lo cual he empezado a realizar en el diseño y puesta en marcha de un curso libre, denominado salud sexual con perspectiva de género, así como la coautoría de la propuesta que cursa para aprobación de la Especialidad Salud Sexual pro creativa con perspectiva de Género, en la que se vincularán profesionales con esta formación, en donde además se propenderá en la óptica del género como una categoría social de análisis y no como un término políticamente correcto.

A continuación presenté las conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación:

Las categorías mujeres- cuidados- salud- género, se interrelacionan e interceptan en una red conceptual compleja, que exige análisis en profundidad y que develará significados y ópticas diversas, que aún al estudiarse por separado mostrarán hilos conectores y confluyentes en indicadores teóricos asociados a visiones dicotómicas, relaciones jerarquizadas, sesgos e inequidades en el acceso y distribución del poder.

Las correlaciones mujeres- cuidados, dan cuenta de procesos que al ser sometido a la luz del género revelan paradojas y simbologías que han sido denunciadas por el feminismo, fundamentalmente incluye la asignación genérica del cuidado de los otros a las mujeres con el agravado de la no atención y cuidado a sí

mismas, desapareciendo como individuo e invisibilizándose el cuidado en tanto quien lo realiza esta invisibilizada, de esta manera el cuidado como labor o como profesión es valorado socialmente como necesario sin embargo, con poco prestigio y remuneración económica, representando simbólicamente desde las ideas patriarcales una “*contaminación de las mujeres*”, pues ¿qué pasaría con este si quienes lo ejercieran fuesen hombres?

Las mujeres históricamente han debido trabajar y esforzarse más para ser reconocidas tanto en el ámbito privado como el público y este fenómeno da origen en esta era contemporánea a la famosa figura de la *Superwoman*, mujeres que potencian sus fortalezas y afinan sus habilidades intelectuales, laborales y domésticas que incrementan su productividad con la doble- triple jornada y ya sea por su afán de posicionamiento o por necesidad deponen o desconocen el descanso y confort, encontrándose con la vulnerabilidad y límites propios del cuerpo y de la mente terminando victimizadas por si mismas y por el sistema, sin la doble – triple remuneración y beneficio.

La salud de las mujeres no puede ser entendida por fuera de los condicionantes de género al que ha sido sujeta social y culturalmente, y desde donde ella misma se ha construido, es mas bien su salud, un producto del cuidado y de la importancia delegada históricamente desde la infancia, incluyendo elementos prácticos como la cantidad y calidad de la ración alimenticia, téngase en cuenta además las visitas médicas y la interpretación del médico a sus síntomas, las muertes por razones obstétricas y enfermedades prevenibles.

Es pues la salud un campo rico para explorar desde el género y un espacio en el que se pudiese consolidar un empoderamiento de las mujeres en el conocimiento, cuidado y control de sus cuerpos, así como la génesis de conocimientos y praxis de la salud con ópticas de integralidad y no reduccionistas a sus órganos reproductores, lo que en efecto sería, una postura de avanzada.

La invisibilidad de las mujeres, a lo largo de la historia, no solo estuvo centrada en su persona como sujeta de derechos, sino que con ellas, se invisibilizaba lo que hacían, escribían, producían, pensaban y sabían.



Las mujeres fueron adscritas a lo privado sitio desde el cual pudo descubrir y aprender los beneficios de la naturaleza en la salud, por lo cual, ellas se constituyeron en precursoras de la medicina, sus experticias las convirtieron en la principal referencia del cuidado de la vida y la asistencia en la muerte, los conocimientos acumulados, validados mediante la observación y experimentación iban produciendo unos saberes, con el consecuente acierto en la prevención y curación de las enfermedades, dando lugar así mismo a una nueva estigmatización peyorativa, “*brujas*”, revestida de una impregnación de ideas patriarcales basadas en conceptos errados sobre lo femenino como que “*El conocimiento introducido por las mujeres procedía de su naturaleza pecaminosa*”. Muchas murieron, intentando demostrar el origen de su sabiduría, y con ellas la sociedad perdió grandes posibilidades de avances; es importante anotar, que ello se encontró contextualizado en culturas donde la posición, situación y condiciones de las mujeres estaba en desventaja marcada con la de los hombres, y las relaciones entre los géneros, estaba circunscrita a relaciones de jerarquía y poder caracterizada por la dominación –subordinación y el paternalismo –dependencia, en donde, las primeras dominación y paternalismo, correspondían a los hombres y las segundas, subordinación y dependencia a las mujeres, siendo incluso invisibilizada la contribución de las mujeres, llegándose a sustituir sus nombres, por el término masculino, con el juicio de improbabilidad de que fuesen aportes de mujeres, por su menor posibilidad intelectual y social .

En otros contextos, culturales y en donde la imagen de lo femenino iba asociado a la divinidad, en tanto, muchas de sus representaciones de fé eran apologías de las cualidades asociadas a lo femenino, se observa, reconoce y se nombra autorías de los aportes femeninos; la historiografía revela hechos sorprendentes de los avances que alcanzaron las sociedades en las que vivían estas mujeres, siendo ellas precursoras no solo de los conocimientos teóricos , sino que además, de la elaboración de instrumentos y herramientas, que permitieron desarrollo tecnológico.

El ejercicio de la partería en el mundo por parte de las mujeres, ha recorrido caminos distintos; en Colombia, este oficio que se llegó a convertir en profesión, mediante decreto presidencial, vivió procesos intensos de desjerarquización y devaluación para la puesta en escena de otros actores legitimados, en cambio en otros países, como Holanda y España que tienen un mejor desarrollo social , se

sucedieron procesos contrarios, pasando de un menor a mayor status, con la consecuente disminución de las cifras en la morbilidad y mortalidad materna; en estos países, se levantan propuestas de reivindicación de esta profesión a las manos femeninas, mediante proyectos de educación, como con una legislación que las favorece; cabe destacar, que ello, resulta como logro del feminismo, en el despertar de la conciencia por el reconocimiento de los aportes femeninos a las ciencias y el empoderamiento de las mujeres para ocupar sus espacios, conquistados por las antecesoras con costos lapidarios.

El desplazamiento de las mujeres parteras tuvo connotaciones diferentes en algunos países, mientras que en algunos lugares la pugna era por la clientela y el aprovechamiento económico, en otros lugares como en Cartagena, básicamente consistió en la pugna por las pacientes para poder contar con “material didáctico”, en el afán de incorporar al ejercicio médico la atención a los partos, en este proceso, era indispensable además mantener la imagen benefactora y sapiente del médico, como lo reporta una evaluación de tesis de grado de un galeno, en la que su tutor sugiere “*Cuidar la imagen del médico en trance de partero*” por lo que se desplegó una campaña para evitar el nacimiento en casa, lo cual no resultó sencillo, y por lo que se hizo necesaria un cambio cultural en los imaginarios de las mujeres, en considerar el parto como un evento familiar a un evento potencialmente peligroso, consiguiendo patologizarlo.

Las parteras tenían en sus cálculos, mayor número de partos recibidos, que los médicos así mismo, mediante sus prácticas podían disminuir el número de cesáreas, con resultados seguros para las madres y sus hijos, por lo que entonces, para asegurar la transición de la partera al médico, se requirió a fin de concentrar la atención de las mujeres, la construcción de una clínica de Maternidad y en ellas se fue desplegando el protagonismo a los médicos.

Esta investigación no solo pretendía examinar quienes eran las parteras, o los procesos de su exclusión, junto con ello, visibilizar las hazañas capaces de lograrse con las experticias de estas mujeres, notorias incluso en la prensa. Ellas, caracterizadas por un espíritu de lucha, de valentía, haciendo frente a las necesidades no solo de las mujeres, sino también de todas sus comunidades, no

eran anónimas, sino que además compartían la red de familiaridad y vecindad, en sus barrios

Se pretende además poner a discusión la posibilidad de devolver en un hecho de justicia histórica, el protagonismo de las parteras en el arte de la obstetricia.

Esta reivindicación difiere en gran medida del modo como el sistema patriarcal, entroniza y centraliza el poder cuyas características le configuran como un poder hegemónico, que silencia la alteridad. El rescate por el protagonismo femenino al contrario, permite la inclusión de saberes construidos desde otras metodologías enriquecido con otras interpretaciones de la existencia, para nutrirse de ellos, sin enajenar las autorías, así mismo contribuirá sustancialmente a devolver a las mujeres su autonomía en el control de sus cuerpos, la expresión de sus deseos y sentimientos en los procesos reproductivos, especialmente el nacimiento de sus hijos.

Las relaciones de las mujeres parteras con las mujeres usuarias, se suceden, por lo general en un ambiente de intercambios de pares, sin control, en la dinámica de una sororidad y *affidamento* de género. Este trabajo pues, plantea como recomendación, la adopción de las indicaciones de los organismos internacionales de Salud, como la O.P.S. sobre el empoderamiento, capacitación y profesionalización de las parteras:

*“La Organización Panamericana de la Salud (OPS) está trabajando intensamente en la región para reforzar el trabajo de enfermeras y parteras, como parte del objetivo de lograr una mayor equidad en salud ...”El objetivo de la OPS es profesionalizar el trabajo de enfermería y partería a través de programas de escolarización, de promoción y extensión de educación en postgrado, entre otras actividades, este fortalecimiento incluye, además que sean incluidos en niveles de toma de decisiones pues representan el 60% del recurso humano en salud y son claves en la extensión de la atención primaria<sup>193</sup>*

---

<sup>193</sup> OPS “El trabajo de las enfermeras y parteras es clave para lograr equidad en salud. Comunicado de Prensa. DC 12 DE mayo del 2004.

Contrapropuestas a ello, sería, primero integrar los valores y características en la atención humanizada de las parteras a la práctica médica cotidiana, así como el entrenamiento en las habilidades que ellas han adquirido, para disminuir el intervencionismo y los índices de cesárea; otra posibilidad estaría contenida en el cambio de actitud, y la apertura del sistema al intercambio de conocimientos en la dinámica de relaciones respetuosas y horizontales, que viabilicen la coexistencia en el apoyo mutuo.

*“Los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre. Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo”..... “Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión”.*<sup>194</sup>

Organismos de influencia económica como el Banco Interamericano de Desarrollo, han estimulado, mediante financiación, investigaciones en pro de reducir las muertes maternas, con estrategias que desde sus intereses se vislumbran con excelente relación costo-efectiva

*“El BID también hace parte del Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la reducción de la Mortalidad Materna, que en el 2004 aprobó un consenso estratégico interagencial para América Latina y el Caribe, y se comprometió a mejorar la reducción de la muerte materna en la Región, mejorando la atención obstétrica esencial, la atención del parto por parteras capacitadas y el acceso a servicios de planificación familiar”.*<sup>195</sup>

Es elocuente el ejemplo de países como Holanda, donde la atención de los partos esta a cargo de comadronas profesionales, es el país que registra el

---

<sup>194</sup> O.M. S. Recomendaciones sobre el parto. Declaración de Fortaleza, Brasil, 1985

<sup>195</sup> . BID informe

[http://www.iadb.org/exr/ar2004/KA\\_Poverty.cfm?language=SP&parid=6&item1id=2&Detail=Box](http://www.iadb.org/exr/ar2004/KA_Poverty.cfm?language=SP&parid=6&item1id=2&Detail=Box)

menor índice de mortalidad perinatal, solo se práctica la cesárea en un 8% a 10% de los partos, la epidural se administra en un 8% y no hay más que un 10% de episiotomías, todos los gastos están cubiertos para el parto en casa, un parto hospitalario por elección de la madre sin causa justificada no está cubierto y debe ser abonado por la interesada.

Optar por modelos como este, implica incluir a la partería, como profesión independiente o paralela a la medicina o la enfermería podría reforzar la lucha por la disminución de la mortalidad materna dado que favorece una alternativa de acceso de las mujeres a servicios calificados de atención perinatal, al tiempo que constituiría una propuesta de retorno al protagonismo femenino.

## FUENTES PRIMARIAS

CARO Lidis, 32 años. Entrevista Mayo 2007

DE ARCO Isidora 63 años entrevista y relato oral octubre 2007-10-27

Diario de la Costa, Domingo 29 de Abril de 1945 “La partera”

Diario de la Costa, martes 1º. De mayo de 1945 Sección la Ciudad y el Último Suceso”

Diario El Universal, viernes 11 de Febrero 1953

Diario El Universal, miércoles 16 de julio de 1953

Diario El Universal, Viernes 5 de Marzo de 1954

Diario El Universal, viernes 3 de septiembre de 1954

Diario El Universal, Abril de 1955

Diario El Universal, Domingo 12 de Mayo de 1974

Diario El Universal, viernes 8 de febrero de 1985

Diario El Universal, viernes 4 de julio de 1986

Diario El Universal, 7 de marzo de 1987.

Diario El Universal, sábado 30 de Julio de 1988

DIARIO OFICIAL 21440.Bogotá, Decreto N° 1099 de 1930. (julio 8).

MANJARREZ Rosa, 88 años partera tradicional, entrevista y relato oral octubre 2007 Bayunca.

MARIA, Nuera de Rosa Manjarres, entrevista Octubre del 2007

NAVARRO, Miriam, Enfermera Coordinadora Estrategia Complementación de Parteras, entrevista, relato oral, Octubre 2007

PEÑA, Esther, 45 años entrevista Mayo 2007

PINTO OLGA, 73 años, partera auxiliar de enfermería, entrevista Octubre 2007

VILLEGAS, Osiris 32 años Entrevista Mayo 2007-10-27

## BIBLIOGRAFIA

ALIC, Margaret, El legado de Hipatia. Historia de las mujeres en la ciencia desde la antigüedad hasta fines del siglo XIX. Madrid, Siglo XXI Editores, 1991,

ALVEAR, Jorge, <http://www.colectivo de abogados/article.php3?-article-7 message 17>

AMOROS Celia, "Hacia una crítica de la razón patriarcal. Anthropos, editorial del Hombre. Barcelona. Segunda Edición. 1991

Apuntes de un pensar en proceso-1 Crisis y Beneficio Cuidados Globalizados. <http://www.nodo50-org/ts/editorial/librospdf/precarias/parte5.apuntes.pdf>

Asociación de parteras unidas del pacífico colombiano <http://asoparupa.tripod.com/>

BALLESTAS, Morales Rafael, "La Feria de las Farmacias" Memorias de la Urbe. Dominical del El Universal, marzo 28 de 1999 número 682

BARROL, Moran María José, Genes, Género y Cultura Cap. 5 Perspectivas de Género En Salud, Fundamentos Científicos y Socio profesionales de Diferencias Sexuales no Previstas. Minerva Ediciones. Madrid 2001.

BERNIS, Carro, Carmen y Cámara González, Cristina. La Mujer en la constitución Histórica de la Medicina, en Liberación y Utopía, Akal. Madrid, 1982,

BETANCOUR, Germán, VENECIA, Graciela: El Arte de la Distribución Nacimiento del Nuevo Sistema de Control Poblacional en Cartagena 1994-1995. Tesis de Grado de Historia 2005

Biografía de Trotula de Salerno en la red <http://www.fmujeresprogresistas.org/fichavisibilidad/Trotula.htm>

BID informe [http://www.iadb.org/exr/ar2004/KA\\_Poverty.cfm?language=SP&parid=6&item1id=2&Detail=Box](http://www.iadb.org/exr/ar2004/KA_Poverty.cfm?language=SP&parid=6&item1id=2&Detail=Box)

BURIN, Mabel "Desde la pulsión de dominio" y las identidades tempranas hasta el feminismo. *Psicoanálisis y Feminismo. En red*

[http://www.fundaciontehuelche.com.ar/mujer/psico\\_burin.htm](http://www.fundaciontehuelche.com.ar/mujer/psico_burin.htm)

COLLIERE, Marie Françoise Identificación de la práctica de los cuidados de la mujer consagrada en “Promover La Vida”. Ed. Mc Graw Hill . 1997.

Derechos de las mujeres en el parto.  
<http://www.cosmovisiones.com/primal/tdere01.html>

DIAZ Livia, “Atienden parteras uno de cada tres nacimientos en Veracruz” en la red <http://www.proceso.com.mx/noticia.html?sec=2&nta=50776&nsec=Estados>

DUEÑAS Vargas Guiomar PH D. Universidad de Texas “Las enfermeras y el cuidado: ¿Una relación natural? Documento impreso

ECHEVERRI, Jorge, Escobar Franklin. Trastorno de la personalidad antisocial, en condenados por homicidios en la ciudad de Pereira Colombia, <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/142/14240203.pdf>

EHRENCREICH, Barbara Deirdre English “Por su propio bien” 150 años de consejos de expertos de las mujeres . España. Taurus Humanidades traducción Maria Luisa Rodríguez 1990.

FERREIRA Simmons Yadira, “Desarrollo Histórico de los Estudios de Enfermería en Cartagena de indias”, en La Cátedra de Historia de la Universidad de Cartagena, vol.2. Editorial universitaria 2003.

FOUCAULT, Michael. A Sujeto y el Poder. Por qué estudia el Poder: La Cuestión del Sujeto. Bogotá. Carpe Decon. Ediciones.

FLOREZ Javier, mujer y ciencia, marzo 14 2006  
<http://www.jornada.unam.mx/2006/03/14/a03a1cie.php>

FUENTES, Merce, Salud Reproductiva y salud integral de las mujeres. En “Perspectiva de Género en Salud” España. Minerva Ediciones. 2001

GARCIA Calvente, María del Mar “Cuidados de Salud, género y desigualdad” Escuela de Andaluza de Salud Pública. Granada.  
<http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/editorial.pdf>

GARZON, Ángela, Sánchez José “Factores neurobiológicos asociados a la personalidad antisocial” Bogotá <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-251-1->



[factores-neurobiologicos-del-trastorno-de-personalidad-antis.html](http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/30.pdf)

GONZALES, Ana Cristina, La realidad del aborto en Colombia: Entre la ilegalidad y la realidad. Ministerio de Protección Social. Bogotá Colombia 2005 en la red <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/30.pdf>

HENAO, Guillermo. En Ideología Obstetricia y Sociedad. Comentarios a una tesis de grado IATREIA/VOL 12/N° 2/JUNIO/1999

HINCAPIE Elizabeth, Valencia Claudia “Capacitación de las parteras y su relación con la mortalidad perinatal en el municipio de Quincha, Colombia”, Revista Colombia médica. Vol. 31 No.1 2000

HOYO, Calleja, Javier del. “La Mujer y la Medicina en el Mundo Romano”, en Asclepios, vol. XXXIX, 1987.

IGLESIAS, Aparicio Pilar “Mujer y Salud: Las Escuelas de Medicina de Mujeres en Londres y Edimburgo” Tesis Doctoral. Universidad de Málaga.2003

JIMENEZ, Silvia en la red [nosotras@laprensa.com.ni](mailto:nosotras@laprensa.com.ni)

LAGARDE, Marcela, Claves Feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres, Sevilla. Instituto Andaluz de la Mujer. 2000. Segunda Parte: Autonomía y Poderío de Género en las mujeres.

LAGARDE, Marcela, en Mujeres cuidadoras: entre la Obligación y la Satisfacción. Artículo en la red.- [http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/marcela\\_lagarde\\_y\\_de\\_los\\_rios/mujeres\\_cuidadoras\\_entre\\_la\\_obligacion\\_y\\_la\\_satisfaccion\\_lagarde.pdf](http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/marcela_lagarde_y_de_los_rios/mujeres_cuidadoras_entre_la_obligacion_y_la_satisfaccion_lagarde.pdf)

LARA Mateos Rosa Maria, Capitulo, “Medicina Tradicional. Pasado y Presente”, Medicina y Culktura: Hacia una Formación Integral del Profesional de la Salud.Bogotá Editorial El Manual Moderno, 2005

LEDESMA, D.A."Bosquejo histórico de la obstetricia". En Tratado de obstetricia, Juan León, Edit. Científica Argentina, Buenos Aires, III 1959.

LEON, Magdalena, “El empoderamiento en la teoría y práctica del feminismo” En *Poder y Empoderamiento de las Mujeres*, Bogotá. Tercer Mundo editores y Facultad de Ciencias Humanas Universidad Nacional de Colombia.1997.

LOPEZ, Castaño Martha “Individuo y Subjetividad”. *En Pensamiento y Vida*. Nova & Vetera.

MARQUEZ, Estrada Wilson “Deterioro Social y medicalización en Cartagena: 1900-1930”. En Revista Unicarta Octubre 2007. No. 105 Universidad de Cartagena.

Marsden Wagner, La Partería Global—Tradicional y Oficial—y la Humanización del Nacimiento, traducido del inglés por Ana María Piza

[http://www.midwiferytoday.com/articles/parteria\\_globalsp.asp](http://www.midwiferytoday.com/articles/parteria_globalsp.asp)

MIQUEO, TOMAS en Perspectivas de Género En Salud, Fundamentos Científicos y Socio profesionales de Diferencias Sexuales no Previstas. Minerva Ediciones. Madrid 2001

MOORE Henrietta “Género y Status, La Situación de la Mujer. En Antropología y feminismo. Madrid. Ediciones Cátedra.

NAIZARA Rodríguez Hortensia. Jorge Artel la voz de nuestros ancestros. Artículo en la red <http://www.unisimonbolivar.edu.co/revistas/aplicaciones/doc/222.pdf>

Obstetricia Institucional. [http://encolombia.com/siglo%20xx4\\_ginecobstetricia.htm](http://encolombia.com/siglo%20xx4_ginecobstetricia.htm)

ORTIZ, Gómez Teresa. El Género como organizador de profesiones sanitarias. En Perspectiva de Género en Salud, Fundamentos Científicos socio profesionales de diferencias sexuales no previstas, España, Editorial Minerva Ediciones.2001

OPS “El trabajo de las enfermeras y parteras es clave para lograr equidad en salud. Comunicado de Prensa. DC 12 DE mayo del 2004

O.M. S. Recomendaciones sobre el parto. Declaración de Fortaleza, Brasil, 1985 .

PARIR y nacer dignamente, [http://www.cosmovisiones.com/primal/t\\_dere01.html](http://www.cosmovisiones.com/primal/t_dere01.html)

PARTERAS de África y Valle compartieron sus secretos: en Buenaventura vivieron encuentro de saberes <http://www.rgs.gov.co/noticias.shtml?x=16106>

PEREZ, Seldeño Eulalia, las mujeres en la Historia de la Ciencia, <http://www.faq-mac.com/bitacoras/todas/?p=181>

QUINTANA, Irene Algunas consideraciones acerca de la carrera de obstetricia”. Extracto del Trabajo presentado en las Jornadas del Foro Psicoanálisis y Género. Buenos Aires 2002.

REPORTAJE a la doctora Robbie Davis-Floyd  
<http://fundacioncreavida.org.ar/prensa3.htm>

RESTREPO, Libia Josefa “Médicos y comadronas o el arte de los partos “La obstetricia y la ginecología en Antioquia en 1870 – 1930. Medellín. IDEA 2004

Revista Unicarta.Octubre 2007 Universidad de Cartagena. No. 105

RODRIGUEZ, Rozalem Maria, Manual práctico para matronas ,Madrid. Aran Ediciones 1999

ROMERO María, Díaz Martha. **Condiciones de vida e inequidad de género en la morbilidad materna, una mirada desde las gestantes.** Coloquio Panamericano de Enfermería Bogotá D.C 2000

ROSALDO, Renato, “La erosión de las normas clásicas” cap. 1. *En Cultura y Verdad.* Ed. Grijalbo. México. 1991.

RUIZ, Miriam. Las parteras un trabajo históricamente Cimac México,  
<http://www.cimacnoticias.com/noticias/02jun/s02062501.html>

SANTAMESES, Manuel Tiberio “mujeres y ámbitos de autoridad en la red  
<http://www.revista-critica.com/articulos.php?id=16744>

THOMAS, Florence. “Saber y Género” conferencia. Bogotá Universidad Nacional de Colombia. Grupo Mujer y Sociedad.

VADEMÉCUM <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/o020.htm>

VALDELAMAR, Meza Jorge, y Gutiérrez Juan, en Getsemaní, Oralidad en Atrios y Pretilas Cartagena, Ed. Litógrafos del Mar & Cía. Ltda., 2005

# Anexos



b. Realiza procedimientos como: - Rasurado  
- Enema

a. Permite a la mujer:

- Expresar angustia, dolor, temores.
- Acceder alguna forma de analgesia

11. ¿Qué concepto tiene de parteras? ¿Qué concepto tiene del médico?
12. Describa qué elementos condicionan su relación con la mujer.
13. ¿Usted puede conocer o conoce aspectos diferentes a la salud de la mujer, y esto lo considera fortaleza o debilidad?
14. Considera que las parteras pueden acceder a una práctica legitimada, valorada.
15. ¿Quién piensa usted debe asumir los costos de la atención la mujer, o el Estado?
16. ¿ Cree que las prácticas tradicionales de las parteras representan peligro para las pacientes? Justifique.
17. ¿Qué opina de la posibilidad de agremiación de las parteras por sus derechos de ejercicio?
18. ¿Qué experiencia recuerda con la asistencia compartida con un médico o partera?

ANEXO 2 FOTOGRAFIA OLEO Aspasia, World Noted Women. New  
York: D. Appleton and Company, 1883



ANEXO 3

**RESOLUCIÓN 477 DE 1929****(Enero 10)****Sobre reglamentación del servicio de parteras****EL DIRECTOR NACIONAL DE HIGIENE Y ASISTENCIA PÚBLICA****En uso de la atribución que le da el artículo 46 de la Ley 32 de 1918, y****CONSIDERANDO:**

Que una de las causas principales de la alta mortalidad infantil y de la frecuencia de las infecciones puerperales es la incompetencia y el descuido de las personas que presten sus servicios como parteras,

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1** Desde el 15 de febrero del presente año no podrán prestar en Bogotá sus servicios como parteras, sino las personas que tengan una licencia que acredite que son hábiles para este oficio.

Estas licencias deberán inscribirse en la Dirección de Higiene municipal.

**ARTÍCULO 2** Después del 15 de febrero próximo las aspirantes a obtener licencia para practicar el oficio de partera deben llenar las siguientes condiciones:

- a) Ser mayores de veintiún años y saber leer y escribir;
- b) tener un diploma o certificado de una escuela u hospital en que se enseñe y practique la obstetricia;
- c) Si no tuviere el diploma o certificado mencionados, deberá presentar un certificado jurado, expedido por dos médicos en que se haga constar su buena conducta y su competencia como partera.

Estas licencias se expedirán y registrarán en la Dirección de Higiene municipal, y deberán renovarse para el 1 de enero de cada año.

**ARTÍCULO 3** Toda partera que éste debidamente anotada en el registro y tenga su respectiva licencia podrá ejercer únicamente en casos de trabajo normal. No podrá hacer uso de instrumentos de ninguna clase al atender el parto ni podrá acelerar el trabajo por ningún medio artificial; no hará versiones ni intentará desprender o remover placentas adheridas. Está en la obligación de llamar



inmediatamente un médico, para salvar su responsabilidad por los accidentes que puedan sobrevenir, cuando notare algo anormal en el parto, tal como una mala presentación, una hemorragia, una procidencia del cordón, etc.

**ARTÍCULO 4** Si después de avisado el médico en tiempo oportuno, no hubiere llegado y no fuere posible la hospitalización de la enferma, y los accidentes fueren tan graves que pusieren en peligro inminente la vida de la paciente o la del feto, la partera hará, bajo su responsabilidad, lo que el arte indique.

**ARTÍCULO 5** La administración del cornezuelo de centeno y de la ergotina podrá hacerla la partera solamente en el caso señalado en el artículo anterior y estando el útero completamente vacío de placenta y membranas.

**ARTÍCULO 6** La partera lavará cuidadosamente los ojos del recién nacido con algodón hidrófilo empapado en una solución de ácido bórico, e instalará en ellos algunas gotas de jugo de limón como profiláctico.

Si en los días siguientes notare signos de inflamación en los ojos del recién nacido (hinchazón, supuración) se llamará un médico urgentemente, pues la ceguera puede sobrevenir no acudiendo a tiempo. La partera incurrirá en una gravísima responsabilidad si en este caso no previene a la familia.

**ARTÍCULO 7.** Cuando se trate de un caso de aborto la partera está en la obligación de hacer llamar a un médico, y mientras éste llega o se provee a la hospitalización de la enferma, practicará una inyección vaginal abundante con una solución antiséptica, con el fin de hacer una buena desinfección, y en seguida hará la oclusión de la vulva con gasa esterilizada.

**ARTICULO 8.** Si durante el puerperio llegare la temperatura de la paciente a 38, la partera está en la obligación de llamar urgentemente un médico o hacer hospitalizar la enferma, según el caso.

Si se presenta un caso de fiebre puerperal, la partera no podrá atender ningún parto durante los diez días siguientes a su último contacto con la enferma, y sólo podrá volver a sus tareas cuando demuestre con el certificado de un médico que se ha hecho una desinfección cuidadosa, tanto de las manos como de los vestidos e instrumentos.

Si se probare que la fiebre puerperal se ha presentado por falta de limpieza, o por haber omitido las precauciones antisépticas, la partera incurrirá en las penas correspondientes.

**ARTICULO 9.** Para prestar sus servicios a las familias que no tengan los elementos necesarios, la partera deberá estar provista de los siguientes:

- a) Un irrigador esmaltado de 2 Litros de capacidad con sus correspondientes accesorios, inclusive dos cánulas vaginales de vidrio;
- b) Un cepillo para uñas, de crin vegetal, un par de tijeras, jabón de buena calidad y un par de guantes de caucho;
- e) Un termómetro clínico de máxima;
- d) Un estetoscopio de pabellón ancho;
- e) Un par de tijeras para la sección del cordón y seda esterilizada para su ligadura;
- f) Una blusa grande blanca y de mangas cortas;
- g) Una sonda de caucho de Nelaton para la extracción de la orina;
- h) Un especulum vaginal y una pinza de curaciones;
- i) Dos jeringuillas para inyecciones hipodérmicas, de 2 y 10 centímetros cúbicos.

Llevará, además, alcohol, pastillas de sublimado para preparación de licor de Van Swieten, ampollitas de urgencia como cafeína, aceite alcanforado, etc., y los antisépticos usuales.

**ARTICULO 10.** Cuando por falta de recursos la familia no pudiese llamar un médico particular, o cuando habiéndole hecho éste no acudiere oportunamente, podrá llamarse al Médico encargado del servicio de obstetricia de la Protección de la Infancia. Si él lo creyere necesario podrá disponer la hospitalización de la enferma.

**ARTICULO 11** La Dirección Municipal de Higiene queda facultada para dictar los demás reglamentos y disposiciones que estime convenientes en desarrollo de la presente resolución. Igualmente podrá revocar o retirar una licencia de partera por causa justificada.

**ARTÍCULO 12** La persona que sin haberse inscrito continúe en el ejercicio del oficio de partera, será castigada con una multa de \$10 a \$50; y las que estando inscritas violaren las anteriores disposiciones lo serán con esa misma multa, por la primera vez, y en caso de reincidencia con el retiro de la licencia.

**Comuníquese y Publíquese. Dada en Bogotá a 10 de enero de 1929. PABLO GARCÍA MEDINA**

## ANEXO 4

D.O. 23960 jueves 29 de diciembre de 1938

### DECRETO NÚMERO 2311 DE 1938 (diciembre 20)

por la cual se reglamenta la profesión de partera.

**El Presidente de la República de Colombia,**

en ejercicio de sus atribuciones legales.

#### DECRETA:

Artículo primero. No podrán presentar servicios como parteras en el territorio de la República sino las personas que tengan un diploma o un certificado que las acrediten hábiles para este oficio.

Artículo segundo. Habrá en el país dos clases de parteras:

- a) Las parteras diplomadas, que se consideran de primera clase, y que son aquellas que obtengan o que hayan obtenido un diploma expedido por las Facultades de Medicina que funcionen en el país. A la misma categoría pertenecen las parteras que tengan diploma expedido por Facultades extranjeras, con las cuales existan intercambio de títulos o diplomas. Si dicho intercambio no existiere, la partera deberá someterse a las pruebas que exija la Facultad de Medicina de Bogotá. Sin excepción, todos los diplomas de parteras deberán registrarse en el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social;
- b) Las parteras permitidas, o de segunda clase, que son las que posean en la actualidad certificados debidamente registrados, de acuerdo con las disposiciones legales hasta hoy vigentes, o las que adquieran dichos certificados, de conformidad con lo que se establece en el presente decreto.

Parágrafo. Las parteras diplomadas o permitidas pueden ejercer la profesión en todo el territorio de la República, en lo que se refiere a la atención de partos normales; las diplomadas serán preferidas por el Estado para desempeñar cargos a los servicios oficiales.

Artículo tercero. En lo futuro, para tener el certificado de partera permitido, se deben llenar las siguientes condiciones:

- 1) Ser mayor de edad y saber leer y escribir;
- 2) Presentar un certificado de buena conducta y un certificado de buena salud;
- 3) Haber hecho un año de práctica en la atención de partos normales en un hospital, clínica, sala de maternidad, o Comisión o Unidad Sanitaria. Estas instituciones deberán certificar sobre la competencia y sobre el número de partos que ha asistido la candidata, bajo la dirección de un médico experto. Este número no podrá ser menor a cincuenta (50) partos.

Artículo cuarto. Las personas que llenen satisfactoriamente los requisitos de los que habla el artículo anterior, tendrán derecho a que se les expida, por los funcionarios mencionados, un certificado que las acredite como parteras de segunda clase, certificado que solo tendrá validez previa a su inscripción y registro en el Ministerio de Trabajo, Higiene y Prevención Social.

Artículo quinto. El Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social dará los modelos a los que han que ajustase los premisos de las parteras de segunda clase, y refrendará los diplomas expedidos por las Facultades oficiales del país por las extranjeras.

Artículo sexto. A las personas a quienes se comprobare el ejercicio de la profesión de partera sin tener título y licencia que las autorice para ello, se les impondrá una multa de veinte a cincuenta pesos (\$ 20 a \$50) de acuerdo con la tramitación indicada en el Decreto número 2736 de 1936 reglamentario de la Ley 67 de 1935.

Artículo séptimo. Las parteras que atendieren partos complicados en los lugares en donde no hayan médicos en ejercicio legal de la profesión sin pedir su previa ayuda, o las que ejercieren la medicina en cualquier lugar, serán sancionadas con una multa de diez a cincuenta pesos (\$10 a \$ 50), y en caso de reincidencia, con la pérdida del diploma o licencia. Para la aplicación de las sanciones contenidas en este artículo se seguirá la tramitación indicada en el artículo anterior.

Artículo octavo. Los Directores de Unidades y Comisiones Sanitarias, citarán a las personas que ejerzan la profesión de parteras sin poseer conocimientos elementales dentro de la jurisdicción que para este efecto determinará el respectivo Director Departamental de Higiene, con el objeto de darles la instrucción mínima indispensable para el correcto ejercicio de la profesión. Terminada satisfactoriamente esta instrucción, podrán los funcionarios nombrados expedir aquellas personas el certificado de que habla el artículo 4º del presente Decreto. Este certificado requiere para su validez la aprobación del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social.

Parágrafo. Para los fines a que se refiere el presente artículo, el Ministerio de Trabajo, Higiene y Prevención Social podrá autorizar a los médicos directores y hospitales en donde funcionen salas de maternidad, y en los lugares donde no haya Unidades o Comisiones Sanitarias.

Artículo noveno. Quedan derogadas las disposiciones contrarias al presente Decreto.

Artículo décimo. Este Decreto regirá sesenta días después de su publicación en el **Diario Oficial**.

Comuníquese y Publíquese

Dado en Bogotá a 20 de diciembre de 1938

El Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión

EDUARDO SANTOS

Alberto JARAMILLO S



## ANEXO 5

DIARIO OFICIAL NÚMERO 24963 viernes 22 de mayo de 1942  
DECRETO NUMERO 1232 DE 1942 (MAYO 16)

Por el cual se crea el Escalafón Nacional en Enfermeras  
El Presidente de la República de Colombia,  
En ejercicio de sus atribuciones legales,

## DECRETA:

Artículo 1º Créase el Escalafón Nacional de Enfermeras, el cual quedará formado por los distintos elementos que integran este gremio, para ser clasificados por categorías de acuerdo con las normas que se estipulan en seguida y cuya especificación quedará consignada en la ficha que para este fin se le hará a cada enfermera.

Artículo 2º Pertenerán a la primera categoría aquellas enfermeras graduadas de tales en instituciones de carácter oficial, como la Universidad Nacional o la Cruz Roja Nacional, después de dos años de práctica en un Hospital, Sala de Maternidad, Clínica oficial o particular, Casas de Protección Infantil, etc., etc., debidamente certificadas por los Directores de la Institución o Instituciones a cuyo servicio hayan estado y autenticadas por la inmediata autoridad de Higiene de la respectiva Provincia o Departamento.

Artículo 3º Pertenerán a la segunda categoría aquellas enfermeras, graduadas de tales, en Instituciones de carácter oficial, distintas de la Universidad Nacional y Cruz Roja Nacional, o en Instituciones nacionales o extranjeras, que estén reconocidas por el Gobierno Nacional, siempre que hayan dado cumplimiento a lo estatuido en el Acuerdo de la Facultad de Medicina de 4 de junio de 1940 y las enfermeras en obstetricia (parteras) comprendidas en el Decreto número 2311, de 20 de diciembre de 1938.

Artículo 4º Pueden pertenecer a la tercera categoría aquellas enfermeras que, sin el título de tales, hayan hecho por lo menos cuatro años de estudios secundarios (normalistas o de bachillerato) debidamente comprobados, estudios de enfermería general, obstetricia, práctica quirúrgica o puericultura en Instituciones de carácter docente debidamente reconocidos por el Gobierno Nacional y tengan no menos de tres años de práctica continua en Instituciones de Asistencia Pública de carácter oficial o privado. Además deben ser aprobadas en un examen teórico y práctico sobre un cuestionario que para tal fin elaborará el Departamento de Protección Infantil y Materna; examen que deben presentar ante un Consejo de Examinadores, formado en cada lugar por el Médico de la Unidad Sanitaria, por el Médico Jefe del Hospital y el

Médico Director del Higiene del respectivo Departamento o un delegado de éste, Consejo que en lo sucesivo se llamará Consejo de Escalafón Nacional de Enfermeras.

Parágrafo. También pueden pertenecer a la tercera categoría todas las enfermeras con carácter de militares licenciadas para tal fin y los hospitalarios permitidos comprendidos como tales en los artículos 7º y 8º de la Resolución número 67 de 1937, previo cumplimiento de lo exigido en los artículos 15 y 16 de la misma.

Artículo 5º Pertenecerán al grupo o categoría de aspirantes enfermeras sólo aquellas que, sin el título de tales, están dedicadas o se dediquen al aprendizaje de la enfermería dentro de Instituciones de Asistencia Pública, de carácter oficial o privado, pero cuyos servicios no pueden ser autorizados como suficientes para ocupar ningún cargo oficial remunerado, ni pueden ser solicitados ni admitidos sino bajo la exclusiva responsabilidad de la Institución o entidad médica, asociada o individual, a cuyo servicio esté la aspirante.

Artículo 6º Toda aspirante que pasados tres años, después de su inscripción como tal, no hubiere llenado los requisitos señalados para pertenecer a la tercera categoría, perderá el derecho a figurar en el grupo de aspirantes y quedará automáticamente suspendida.

Artículo 7º Toda enfermera de segunda o tercera categoría que después de cuatro años de señalada por el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, su respectiva categoría se creyere con derecho a una categoría superior, hará la correspondiente solicitud ante el Departamento de Protección Infantil y Materna, acompañada de sus respectivos certificados de idoneidad y hoja de servicios continuos, debidamente autenticados por el Director o Directores de las Instituciones donde hubiere trabajado y refrendados por las autoridades de Higiene de la respectiva Sección o Departamento.

DIARIO OFICIAL NÚMERO 24963 viernes 22 de mayo de 1942

ANEXO 6

DECRETO NUMERO 3550 DE 1948

(Octubre 20)

(Diario Oficial Año LXXXIV Número 26861, Bogotá, jueves 4 de noviembre de 1948).

Por el cual se reglamenta la Ley 87 de 1946.

El Presidente de la República,

En ejercicio de sus atribuciones legales,

DECRETA:

Artículo primero. Reconócese la calidad de enfermera a las personas que a continuación se expresan, quienes serán consideradas, para los efectos legales y profesionales, como enfermeras graduadas:

a). A las nacionales y extranjeras que hayan hecho estudios y obtenido el título de Enfermeras en Escuelas de Enfermeras, que hayan existido o existían en el país, con plan de Estudios que haya sido o sea aprobado por la Universidad Nacional, y por la junta de que habla el Decreto número 3151 del 31 de octubre de 1946.

b). Las nacionales que hayan obtenido u obtengan su diploma en Escuelas extranjera re conocidas oficialmente por sus respectivos Gobiernos, y cuya competencia de carácter técnico y científico sea ampliamente conocida.

c). Las personas extranjeras que hayan obtenido u obtengan su diploma en Escuelas extranjeras, reconocidas oficialmente por sus respectivos Gobiernos, pero siempre que existan convenios internacionales con la respectiva nación, y que presenten sus títulos debidamente legalizados y autenticados, y comprueben su idoneidad personal y la autenticación de su diploma, conforme a lo prevenido en las leyes vigentes.

d). Las personas nacionales o extranjeras que en calidad de enfermeras graduadas hayan sido registradas en el Escalafón Nacional creado por el Decreto número 1809 de 1942, reformativo del número 1232, de mayo 16 del mismo año.

Artículo segundo. Las profesionales de enfermería tendrán la clasificación siguiente:

a) Enfermera General.

b) Enfermera Hospitalaria.

c) Enfermera Especializada.

Parágrafo. Para que una profesional de enfermería, enfermera graduada, se le considere como Enfermera Especializada en alguna de las ramas de la enfermería, deberá hacer su curso de especialización en una Escuela nacional o extranjera, de reconocida capacidad técnica y científica, y acreditar su especialización ante la Junta de Títulos de Enfermería, de que se habla más adelante, con la presentación de sus correspondientes certificados

Artículo tercero. Reconócese la calidad de Auxiliares de Enfermería, en las respectivas clasificaciones de que trata el artículo 4º de este Decreto, a las personas que a continuación se expresan, quienes serán consideradas, para los efectos legales, como tales:

a) Las personas nacionales o extranjeras que hayan hecho estudios y obtenido el título de Auxiliares de enfermería en Escuelas cuyo plan de estudios haya sido aprobado por el Ministerio de Higiene, o bien con la denominación expresada de Auxiliares de Enfermería, y cuya certificación, título o licencia esté refrendada por el Ministerio de Higiene y registrado en el Escalafón Nacional de enfermeras por la Junta de Títulos de Enfermería de que se habla más adelante

b) Las personas nacionales o extranjeras que tengan diploma, certificado licencia de enfermería, expedidos por entidades diferentes a las que señala el inciso a) del presente artículo, y que se hayan registrado antes de la vigencia de este Decreto o se registren en el Escalafón Nacional de enfermeras antes del primero de Enero de 1949, siguiendo las normas trazadas por el Ministerio de Higiene para la incorporación en el mencionado Escalafón.

Artículo cuarto. Las Auxiliares de Enfermería tendrán la clasificación siguiente:

- a). Auxiliares de Enfermería General.
- b) Auxiliares de Enfermería Hospitalaria.
- c) Auxiliares de Enfermería Partera.
- d) Ayudantes de Hospital o Asistentes Hospitalarias.

Artículo quinto. Podrá desempeñar labores de Auxiliares de Enfermería personal del sexo masculino, y en esta categoría conforme a la clasificación del ordinal d) del artículo 4º de este Decreto, en asilos de locos, campamentos de trabajadores, puestos profilácticos, Fuerzas Armadas, todo esto a juicio y autorización previa del Ministerio de Higiene, quién dictará las disposiciones pertinentes por resolución.

Artículo sexto. Reconócese la calidad de Visitadoras de Higiene Pública a las personas que hayan obtenido u obtengan el certificado correspondiente, expedido por el Ministerio de Higiene o por alguna otra entidad, siempre que el plan de estudios y programas de trabajo que forman los Cursos de Visitadoras de Higiene Pública hayan sido previamente estudiado y aprobados por este Ministerio para lo concerniente a reconocimiento y legalización de los Certificados o licencias que puedan expedirse.

Artículo séptimo. Créase la junta de Títulos de Enfermería, dependiente del Ministerio de Higiene, y la cual quedará integrada así:

Por el Jefe de la División de Higiene Materno Infantil,  
Escolar y Dental del Ministerio de

Higiene, o por un representante designado por éste;

Por el jefe del Departamento de Asistencia Pública y Previsión Social del Ministerio de Higiene, o por un representante designado por éste;

Por la Directora de la Escuela nacional Superior de Enfermeras o por un representante designado por ésta;

Por la Directora de la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja Nacional, o por un representante designado por ésta;

Por una Enfermera graduada, al servicio del Ministerio de Higiene.



Parágrafo. Esta Junta tendrá un Secretario designado por el Ministerio de Higiene.

Artículo octavo. Los diplomas, títulos, certificados o licencias que expidan las Escuelas de Enfermeras o las entidades que dirijan o patrocinen Cursos de enfermería o de Salubridad

Pública serán registrados por la Junta de Títulos de Enfermería después de haber sido refrenados por el Ministerio de Higiene y de acuerdo con la clasificación arriba enumerada.

Artículo noveno .La Junta de Título de enfermería procederá a expedir el correspondiente carnet de identificación profesional a todas las enfermeras graduadas y auxiliares de enfermería, de acuerdo con la clasificación correspondiente, lo mismo que a aquellas personas a quienes por este Decreto se les reconoce licencia o certificado para ejercer la enfermería en alguna de sus ramas. El carnet servirá de identificación profesional, y su

Presentación será obligatoria para ejercer cualquier actividad en el ramo correspondiente de la enfermería.

Parágrafo. Los carnets serán suministrados por el Ministerio de Higiene a costa de los interesados, y su expedición no causará ningún otro derecho.

Artículo décimo. A partir de la fecha de este Decreto, para que un diploma, título, licencia o

certificado sea refrenado por el Ministerio de Higiene y registrado por la Junta de Títulos

de Enfermería, deberá ser presentado con los siguientes documentos:

- a). Certificado o diploma de estudios secundarios.
- b). Tarjeta postal o cédula de extranjería, debidamente expedida.
- c) Certificado de Policía.

Parágrafo. Cuando el Título, diploma, certificado o licencia haya sido expedida en el Exterior por una Escuela de Enfermeras o alguna otra entidad afiliada a ésta, la interesada presentará los siguientes documentos:

- a). Partida de bautismo o registro civil, o cédula de extranjería según el caso;
- b) El título, diploma, certificado o licencia debidamente legalizados, y
- c) Certificado del agente Diplomático o Consular de Colombia en el país de origen del diploma, título, certificado o licencia, donde conste que la Escuela de Enfermeras o la entidad que lo expedición es reconocida competencia y seriedad en su país y que el título sirve para acreditar la idoneidad en el ejercicio de la enfermería o especialidad de que se trate.

Artículo undécimo. La Junta de Títulos de enfermería hará la clasificación a que se refieren el artículo 2º y 3º de este Decreto.

Artículo duodécimo. Las providencias que dicte la junta de Títulos de Enfermería serán apelables ante el Ministerio de Higiene.



## ANEXO 7 TESTIMONIO DE MIRIAN NAVARRO JEFE ESTRATEGIA DE COMPLEMENTACION DE PARTERAS TRADICIONALES. DECADA DE LOS 80

### ESTRATEGIA DE COMPLEMENTACION DE PARTERAS EMPIRICAS EN EL DEPARTAMENTO DE BOLIVAR

#### INTRODUCCION

La partera empírica es un líder que la comunidad tradicionalmente ha buscado por la forma de brindar sus servicios; razón por la cual siempre será utilizado por la embarazadas especialmente en aquellos sitios donde los servicios de salud no son permanentes y/o con poco acceso a estos.

Dado el liderazgo de estas personas y teniendo en cuenta las complicaciones del embarazo que se presentaban especialmente en primigestantes, de las cuales mas del 50% de los casos conllevaban a una muerte perinatal y/o materna, el numero de casos de Tétanos Neonatal especialmente en municipios de alto Riesgo para este problema de salud publica, el Ministerio de Salud en la década de los 80 implemento la estrategia de Complementación a parteras empíricas, con la cual se buscaba disminuir las complicaciones del embarazo y el parto en pacientes atendidas por estas.

La estrategia consiste en capacitar a la partera empírica en los aspectos básicos para atención de parto con el menor riesgo para la embarazada y el Recién Nacido: de igual forma proporcionar información que permita el fomento de acciones de Preventivas.

#### IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA

En el antiguo Sistema Nacional de Salud, EL Departamento de Bolívar para la prestación de servicios de salud, se encontraba dividido en 5 Unidades Regionales de Salud, cada una liderada por un equipo multidisciplinario, que tenia a su cargo la coordinación de las acciones de salud en la zona, conformada por un promedio de 5 municipios por zona.

La estrategia se implemento en cada zona, para lo cual cada uno de los municipios, elaboraba el Censo de Parteras Empíricas activas, en área urbana y rural: la elaboración del censo estaba a cargo de las Promotoras de Salud de cada sitio; actividad que debían desarrollar en el Primer trimestre de cada año: es de anotar que esta era una tarea bastante difícil, ya que el formato a diligenciar solicitaba datos de su actividad que en un momento dado ellas consideraban se les estaba haciendo seguimiento a las irregularidades en este para denunciarlas a las autoridades: una vez se contaba con el censo, el nivel departamental, procedía a coordinar con la Escuela de Auxiliares de Enfermería la programación de las capacitaciones, contando con el apoyo financiero del nivel nacional. La realización de los cursos estaba a cargo de una docente de la Escuela de Auxiliares y la Enfermera del Programa Materno Infantil del Servicio Seccional de Salud.

Cada capacitación tenía una duración de 3 semanas, tiempo en el cual se concentraban en un sitio garantizándoles hospedaje, alimentación y transporte de su sitio de residencia al lugar de la concentración y viceversa, durante este tiempo las docentes permanecían concentradas con ellas por el mismo tiempo: el número de participantes por curso era mínimo 10 y máximo 15. al finalizar el curso se les entregaba un maletín con una dotación mínima para la atención de parto de bajo riesgo .

### **REQUISITOS PARA SER ACEPTADA EN EL CURSO**

Ser partera Empírica activa(sin ninguna capacitación en el trabajo desempeñado)  
Experiencia mínimo 3 años

### **CONTENIDO DE LA CAPACITACION**

Aparato Reproductor Femenino  
Importancia del Control Prenatal  
Factores de Riesgo y Complicaciones del Embarazo  
Atención de Parto  
Complicaciones del Parto  
Atención del Recién Nacido y la puérpera con énfasis en el cuidado del Muñón Umbilical  
Importancia de la Vacunación en la Embarazada y el Recién Nacido  
Métodos de Planificación Familiar e Importancia del Control de Planificación Familiar  
Importancia de la Lactancia Materna  
Importancia de la Citología

Cada uno de estos temas se desarrollaban con una metodología sencilla y muy dinámica que les permitiera participar activamente partiendo de su experiencia de trabajo, ya que nivel educativo era muy bajo y en algunos casos eran analfabetas: con base en esta se identificaban los aspectos que requerían mayor énfasis para mejorar, dándoles la mayor información requerida, demostrando procedimientos en algunos temas utilizando los equipos de laboratorio de la Escuela, se incluía practica de observación de atención de parto en el hospital del municipio sede del curso .

### **COTENIDO DEL MALETIN DE DOTACION**

Al finalizar el curso se entregaba un certificado de asistencia y un maletín con la siguiente dotación

Bata  
Gorro  
Pinzas Mosquito  
Paquetes de gasa  
Toalla para manos  
Cepillo para lavado de manos  
Rifonera  
Protector plástico para la sabanas en el momento del parto  
Tijeras para cortar el cordón umbilical  
Tirillas para ligadura del cordón



### Cubeta para esterilizar instrumental

En un principio se considero que un buen lavado de manos era menos riesgo de infección que un par de guantes sin esterilizar y mal conservados, sin embargo con la problemática de las ITS y en especial del SIDA, se incluyo en el equipo los guantes quirúrgicos.

La dotación anterior era suministrada por el nivel nacional y o el departamental, quedando el hospital sede de cada Unidad Regional con el compromiso de garantizar los insumos(gasa, guantes )y cambio de equipos cuando se agotaban y /o deterioraran .De igual forma la partera capacitada tenia el compromiso de coordinar su trabajo con la Enfermera jefe de cada hospital quien supervisaba su trabajo, remitir embarazadas que solicitaban sus servicios, al hospital para el control prenatal, una vez clasificado el riesgo del embarazo, si era de Alto Riesgo debía convencerla para que su parto fuera en el hospital. De los partos atendidos por ellas una vez nació el niño debía remitirlo al Hospital para su revisión medica y la vacunación correspondiente, de igual forma la púérpera la remitía a Planificación Familiar

### EXPERIENCIA EN BOLIVAR

Al inicio de la estrategia, hubo rechazo del cuerpo medico, ellos pensaban que con esa capacitación se les estaba dando mas herramientas a las parteras para aumentar las complicaciones en el embarazo y el parto a las usuarias, lo que incrementaría la morbilidad y mortalidad por estas causas, sin embargo una vez sensibilizados fueron los mas colaboradores, participaban en las capacitaciones, hacían la demostración de la atención de un parto durante la practica de observación, explicándoles en términos muy sencillos los riesgos de no hacer las cosas bien.

Hasta antes de la Descentralización, el departamento tuvo la oportunidad de cubrir aproximadamente el 80% de los municipios con capacitación a parteras, obteniendo resultados positivos de parte de estas; mientras el equipo de salud garantizo la supervisión, el suministro de insumos y las reuniones periódicas para analizar la situación de cada una en su municipio o para retroalimentarlas con información solicitada por ellas o en los que mostraban debilidades, las parteras respondieron a sus compromisos, como fue la remisión de embarazadas al Control Prenatal, vacunación y púérperas a Planificación Familiar, remisión de niños a control de Crecimiento y Desarrollo y Vacunación, asistencia a las reuniones programadas por la enfermera jefe de cada hospital, información de partos atendidos mensualmente, seguimiento a las púérperas para fomento de la lactancia materna entre otras.

El trabajo con estas lideres fue interesante, ya que se tuvo la oportunidad de conocer la labor que estas personas con un nivel educativo muy bajo y en algunos casos sin saber leer ni escribir, realizan con mucho riesgo para los usuarios pero que a pesar de esto las siguen solicitando sus servicios por la forma como las atienden; la partera una vez la embarazada solicita el servicio para que le revise la barriga, (como ellas lo llaman)la atiende sin tener que madrugar o hacer una fila de largas horas, le habla con cariño y le hace el seguimiento en su casa, si es de zona rural le da hospedaje, si considera que debe quedarse unos días la hospeda en su casa, aunque recibe el pago de estos servicios en especie o pago por cuotas; en la década de los 80 la atención de un parto tenia un

costo de \$15.000, Se encontraron casos en donde la partera atendía mas partos que el hospital, lógicamente con muchas complicaciones que luego llegaban al hospital, lo que mantenía a los médicos con una actitud negativa hacia la partera, la embarazada la que recibía todo este rechazo al llegar complicada; una vez capacitada la partera esta remitía todas la embarazadas como era su compromiso al capacitarse pero los médicos continuaban con su rechazo, fue una ardua labor con estos funcionarios porque ella seguía siendo líder muy solicitada, cuando se logra sensibilizar a los médicos, inician el trabajo coordinado y disminuyen las complicaciones del embarazo y el parto porque ella lleva a sus pacientes al hospital y los médicos la invitan a que asista al parto y le explican cuales serian las complicaciones de haberse quedado con esa paciente en casa; una vez inicio el proceso de Descentralización el nivel nacional no continuo con el apoyo financiero ya que esta es una actividad de competencia municipal, sin embargo algunos municipios consideraron importante continuar con la estrategia; debido a las reestructuraciones del sistema a la inestabilidad de los funcionarios y a la actitud de los actuales profesionales frente al trabajo comunitario, esta estrategia dejo de ser importante para los equipos locales de salud y cae la estrategia perdiendo gran parte del trabajo realizado: sin embargo las parteras continúan su trabajo, en menor grado que en la década de los 80 pero todavía las encontramos activas. Por los argumentos antes mencionados y teniendo en cuenta que las parteras son un gran elemento para el trabajo en Salud Sexual y Reproductiva, este programa las sigue llamando a participar en algunas actividades comunitarias relacionadas con la prevención de embarazo en adolescente, para lo cual las actualiza haciendo énfasis en las complicaciones del embarazo y del parto .

  
**MYRIAM NAVARRO BELLIDO**  
Enfermera MSP

