

**Diálogo intercultural como instrumento para visibilizar el saber ancestral de la partería
ante la medicina occidental**

Oscar Arley Gómez Ospina

Asesor

Mg. Edinson Villazón Vega

Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD

Escuela de Ciencias de la Educación – ECEDU

Maestría en Educación Intercultural

2024

Director de Trabajo de Grado

Jurado

Jurado

2024

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo principal establecer un "diálogo intercultural" que permita el reconocimiento y valoración del saber ancestral de la partería en comparación con la medicina occidental dominante. Se enfoca en comunidades afrodescendientes e indígenas de las etnias Eperara Siapidara, Dóbida, Wounaan, Chamí y Katios. de los municipios de Pizarro, Litoral del San Juan, Timbiquí, en los departamentos del Chocó y Cauca. Se identificó que la causa para invalidar el conocimiento ancestral de la partería proviene de una larga historia de desvalorización en la modernidad, respaldada por el dominio biomédico. La medicina occidental ha tergiversado y maltratado la práctica de la partería, subvalorando su importancia en la Atención Primaria en Salud (APS).

Esta investigación se enfocó en demostrar que a través de un "diálogo intercultural" se puede reconocer el saber ancestral de la partería ante la medicina occidental dominante. Este diálogo se plantea como una estrategia para alcanzar el reconocimiento cultural merecido en la atención primaria en salud, específicamente en el cuidado del embarazo, parto y puerperio. La técnica principal utilizada para la recolección de datos fue la observación participante, en la que se interactuó con la población en los diálogos establecidos, centrándose en un enfoque crítico y cualitativo que busca comprender y cuestionar las dinámicas relacionadas con el reconocimiento cultural de la partería en relación con la medicina occidental, con el objetivo de generar nuevos conocimientos y consolidar la científicidad investigativa del objeto de estudio.

Finalmente se demuestra que es indispensable la implementación del "diálogo intercultural", con el fin de lograr consolidar un reconocimiento cultural significativo para la partería. Este proceso permitió visibilizar los saberes ancestrales ante la medicina occidental

dominante, estableciendo que se puede tener un equilibrio entre ambas prácticas en la atención primaria de la salud durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Palabras clave: Diálogo intercultural, saber ancestral de la partería, reconocimiento cultural de la partería, biomedicina occidental.

Abstract

The main objective of this research is to establish an "intercultural dialogue" that allows the recognition and valuation of the ancestral knowledge of midwifery in comparison with the dominant western medicine. It focuses on Afro-descendant and indigenous communities of the Eperara Siapidara, Dóbida, Wounaan, Chamí and Katios ethnic groups in the municipalities of Pizarro, Litoral del San Juan, Timbiquí, in the departments of Chocó and Cauca. It was identified that the cause for invalidating the ancestral knowledge of midwifery comes from a long history of devaluation in modernity, supported by the biomedical domain. Western medicine has misrepresented and mistreated the practice of midwifery, undervaluing its importance in Primary Health Care (PHC).

This research focused on demonstrating that through an "intercultural dialogue", the ancestral knowledge of midwifery can be recognized in the face of dominant Western medicine. This dialogue is proposed as a strategy to achieve the cultural recognition deserved in primary health care, specifically in the care of pregnancy, childbirth and puerperium. The main technique used for data collection was participant observation, in which we interacted with the population in the established dialogues, focusing on a critical and qualitative approach that seeks to understand and question the dynamics related to the cultural recognition of midwifery in relation to Western medicine, with the aim of generating new knowledge and consolidating the investigative scientificity of the object of study.

Finally, it is shown that the implementation of "intercultural dialogue" is indispensable in order to consolidate a significant cultural recognition for midwifery. This process made it possible to make ancestral knowledge visible in the face of the dominant Western medicine,

establishing that a balance can be achieved between both practices in primary health care during pregnancy, childbirth and puerperium.

Keywords: Intercultural dialogue, ancestral knowledge of midwifery, cultural recognition of midwifery, Western biomedicine.

Contenido

Introducción	12
Planteamiento del Problema	13
Formulación del Problema.....	23
Delimitación del Problema	24
Justificación	25
Objetivos.....	29
Objetivo General.....	29
Objetivos Específicos.....	29
Marcos de Referencia	31
Marco Teórico.....	31
Marco de Antecedentes.....	33
Marco Conceptual.....	40
El Diálogo.....	40
Diálogo Intercultural.....	42
Saber Ancestral de la Partería.....	48
Reconocimiento Cultural de la Partería	52
La Biomedicina Occidental.....	57
Análisis de la Información	64
Contexto.....	64
Consideraciones Éticas	65
Actividades Desarrolladas	66
Conclusiones.....	78

Recomendaciones	79
Referencias Bibliográficas	81
Apendices.....	87

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Pertenencia Étnica de las Participantes</i>	67
Tabla 2 <i>Trayectoria de las Participantes</i>	67
Tabla 3 <i>Formato de Caracterización</i>	68

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Partera Afro Puerto Saija, Cauca</i>	70
Figura 2 <i>Mesa de Trabajo con Parteras de la Comunidad en Timbiquí, Cauca</i>	71
Figura 3 <i>Bebidas Ancestrales para la Atención del Parto</i>	72
Figura 4 <i>Estadística de Embarazadas con Problemas de Salud</i>	74
Figura 5 <i>Diseño de Rutas con la Comunidad</i>	76
Figura 6 <i>Diálogos Establecidos con las Comunidades</i>	77

Lista de Apéndices

Apellido A <i>Rutas Para el Traslado de Mujeres Gestantes</i>	87
Apellido B <i>Registro de Material Educativo Contextualizado</i>	88
Apellido C <i>Demostraciones con el Material Contextualizado</i>	89
Apellido D <i>Señales de Peligro para Mujeres Gestantes Contextualizadas</i>	90

Introducción

En las zonas remotas del Pacífico colombiano, específicamente en los municipios de Pizarro y Litoral del San Juan, Timbiquí, en los departamentos del Chocó y Cauca, el proceso de concepción, parto y puerperio se desenvuelve en un contexto donde convergen la riqueza de la tradición ancestral de las parteras y la presencia de la medicina occidental. Sin embargo, a pesar de la invaluable contribución de las parteras en estas comunidades afrodescendientes e indígenas de las etnias Eperara Siapidara, Dóbida, Wounaan, Chamí y Katios, existe una falta de reconocimiento cultural y aceptación por parte de la medicina occidental dominante.

Esta investigación se propone abordar esta problemática a través del planteamiento de un "diálogo intercultural" que busca visibilizar y validar el saber ancestral de la partería frente a la medicina occidental, reconociendo su importancia en la atención primaria de la salud durante el embarazo, el parto y el puerperio. Este diálogo pretende no solo destacar la diversidad de prácticas y conocimientos, sino también crear un espacio donde ambas formas de atención puedan coexistir de manera armoniosa y colaborativa.

Planteamiento del Problema

En la posmodernidad del siglo XXI, en un mundo globalizado en la era de la información y las comunicaciones, mediada por las tecnologías digitales, donde se considera que el conocimiento es un patrimonio social de la humanidad, aún existe cierta resistencia para validar el conocimiento ancestral producto de la transmisión oral de generación en generación, por parte de grupos étnicos diversos: indígenas, afrocolombianos, raizales, entre otros, cuya perspectiva, en este caso alude a la “partería” que desde la concepción sociológica reviste una importancia histórica y actual relevante, cuando se trata de la Atención Primaria en Salud (APS), considerando que el sistema biomédico dominante tergiversa y maltrata a la partería como practica ancestral.

Acorde con lo anterior, históricamente la práctica de la partería ha sido subvalorada en la modernidad respaldada por el dominio biomédico. Sin embargo, autores Argüello y Mateo (2014), sostienen un discurso esperanzador cuando sustentan, que:

Esa realidad se ha ido transformando paulatinamente en los últimos 20 años, considerando el rol de organismos multilaterales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA), este último como ente de las Naciones Unidas encargado de la salud sexual y reproductiva a escala global, en el cual dichos organismos han reconstruido su discurso frente al oficio de estos agentes tradicionales, y las políticas en salud materna a las que se rigen los Estados miembros. (p. 13)

Como se puede establecer, a pesar de que existe una actitud negacionista para justificar el maltrato de la partería por parte de la biomedicina, parecen existir inicios de un punto de quiebre

frente a esa posición, en cierta manera inequitativa frente a la atención primaria en salud mediada por la partería ancestral. En ese sentido, la OMS (s.f) define a las parteras tradicionales como:

Una persona (generalmente una mujer) que asiste a la madre en el curso del parto, y que inicialmente adquirió sus habilidades atendiendo ella misma sus partos o trabajando con otras parteras tradicionales. Además del acto del nacimiento, se incluyen otras tareas que deben realizar las parteras como la prestación de cuidados básicos a las madres durante el ciclo normal de la maternidad, la atención del recién nacido, la distribución de métodos modernos de planificación familiar y la intervención en otras actividades de atención primaria de salud, inclusive la identificación y envío de pacientes cuando se encuentran en elevado riesgo. (p. 29)

En ese orden de ideas, y para ilustrar aspectos históricos y problemáticos de la partería, en una investigación llevada a cabo por Towler, (1997) citado por (Alarcón et al., 2021), encontró que: “matrona” o “comadrona” es la denominación asignada, en la Europa del siglo XII al XXI, a todas las personas que practican y/o practicaban la partería con elementos tradicionales y, actualmente, son quienes atienden el proceso reproductivo femenino utilizando básicamente la medicina o la biomedicina.

Según el mencionado estudio, en los siglos XII al XVII, el servicio era proporcionado diferencialmente, desde las que atendían a los grupos sociales más vulnerables de origen rural o ciudadano, hasta las que atendían a la realeza y grupos sociales favorecidos económicamente. La diferencia entre ambas eran las condiciones biosociosanitarias en las que cada una atendía el proceso reproductivo femenino y percibía los emolumentos por la atención al embarazo, parto y posparto.

Sin embargo, la amenaza que se cierne de desaparecer los saberes ancestrales y prácticas de la partería sigue latente, lo que, a partir del siglo XVIII en Europa, ha tenido como impacto la generación del perfil actual de la matrona, fundamentado en conocimientos propios de la biomedicina. Es así, como la “Confederación Internacional de Matronas” – ICM (2017), referenciado por Alarcón et al. (2021), define a la matrona como la:

Persona que ha terminado satisfactoriamente un programa de formación en el ejercicio de la partería reconocido en el país correspondiente y que está basado en las Competencias esenciales para la práctica básica de la partería de la ICM y en el marco de las Normas globales de la formación de la partería de la ICM; que ha obtenido las calificaciones requeridas para registrarse y/o licenciarse legalmente para ejercer la profesión de matrona y utilizar el título de matrona; y que demuestra competencia en el ejercicio de la partería. (p. 31)

Como se puede apreciar, el conocimiento de la partería ha encontrado una rivalidad por parte de la biomedicina que amenaza con desaparecer este conocimiento ancestral, que sin embargo, se mantiene con diversos matices en amplias zonas de la geografía mundial y ha sido respaldado por el Consejo Internacional para la Ciencia (ICSU) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura ICSU -UNESCO (1999), en la Consideración 26, que argumenta:

Los sistemas tradicionales y locales de conocimiento, como expresiones dinámicas de la percepción y la comprensión del mundo, ya que pueden aportar, y lo han hecho en el curso de la historia, una valiosa contribución a la ciencia y la tecnología, siendo necesario preservar, proteger, investigar y promover ese patrimonio cultural y ese saber. (s.p)

Lo anterior permite argumentar, que el “saber ancestral” ha sido defendido por organismos de alcance global, dada a su importancia histórica que no se puede soslayar ni subvalorar sus aportes en la construcción identitaria respecto a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades en las gestantes e infantes desde tiempos inmemoriales. En relación con esta actividad en “las Américas”, autores como Alarcón et al. (2021), sostienen al respecto que:

Una mayoría de parteras tradicionales poscolombinas en Latinoamérica pugnan por la conservación de elementos de su saber y práctica precolombinas, así como ser independientes del Estado. No obstante, existe una corriente cada vez más numerosa que desea adquirir conocimientos de la biomedicina, y ser reconocidas legalmente por el sector salud estatal, formen o no parte de él. (p. 30)

De igual manera, entre los estudios realizados por Carvajal (2018), uno de ellos arroja como resultado que:

En los países de América Latina como México, Guatemala y Ecuador, en la mayoría de los casos el vínculo entre parteras tradicionales y Estado es de literal adiestramiento; se pretende que las parteras asimilen la información dada y la repliquen en la práctica en sus comunidades. Para poder ejercer en estos países como personal calificado de salud, deben estar capacitadas para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales para la atención del embarazo, parto y puerperio y deben cumplir en algunos casos con requisitos como saber leer y escribir en lengua castellana, contar con reconocimiento en la comunidad de su labor y ser mayor de edad, entre otras cosas. (p. 10)

Si se observa detenidamente lo expresado por este autor, se evidencia el “verdadero diálogo intercultural” menospreciando la identidad de los diversos grupos étnicos e indígenas. Lo

ideal sería, que el Estado las capacite en su propia lengua, respetando su propia cultura y saberes ancestrales, que les permita hacer parte institucional del sistema de salud en los territorios y localidades donde se desenvuelven, sin discriminación ni imposiciones de la biomedicina dominante y homogeneizadora.

Por otra parte, considerando lo anteriormente relacionado, desde el punto de vista legal, en la república de Colombia, a pesar de existir un reconocimiento de la diversidad cultural en el orden constitucional a partir de la Constitución Política de 1991, como una nación multiétnica y pluricultural, aspecto que se ha delegado en el Estado Social de Derecho (como se define jurídicamente el país), la obligación no solo de reconocer, sino también, de proteger los grupos étnicos y culturales que configuran dicha diversidad, en todas sus formas identitarias, prácticas y manifestaciones socio-culturales. Es en ese contexto, en el que la medicina tradicional de los pueblos indígenas ha conquistado un espacio de “visibilización” frente a la atención biomédica tradicional, gracias a la expedición de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015).

En esa perspectiva, desde el punto de vista deductivo y positivista, emerge una “dialéctica” que se entreteteje entre la medicina occidental que no reconoce los saberes ancestrales, debido a que esta se encuentra basada en la evidencia y la comprobación científica y la posición de diversos autores y organismos multilaterales citados anteriormente, que reconocen el valor de los saberes ancestrales de la partería, que lo que pretenden, es transformar esos discursos que “invisibilizan” y esconden la necesidad de formalizar la atención primaria en salud brindada por las parteras, que de acuerdo a muchos estudios en ese campo en diversas regiones del orbe, han contribuido positivamente en la disminución de los índices de mortalidad materna e infantil.

Según Bello (2016) “La mortalidad materna se define como el fallecimiento de una mujer durante el embarazo, parto o los 42 días del puerperio por causas relacionadas o agravadas por el

embarazo, pero no causas accidentales o incidentales” (p. 4). Situación que se puede revertir, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF, (2008) “reducir las muertes maternas derivadas de complicaciones en el parto es totalmente posible aumentando el número de nacimientos asistidos por un trabajador sanitario capacitado, es decir un médico, un auxiliar de enfermería o una partera capacitada” (p. 51). En ese orden contextual y problémico frente a la partería ancestral, Briñez (2017) sostiene:

El dominio de la biomedicina ha sido amparado por el Estado y, viabilizado por políticas de salud que han impulsado la atención homogenizada a todas las mujeres a través de la institucionalización del parto, la integración de la población materna e infantil a controles prenatales y postnatales únicamente desde la perspectiva biomédica, lo que deja como consecuencia la “exclusión e invisibilización de la partera” en el circuito de atención primaria, pues en lugar de interlocutar con ella, su forma de atención han intentado ser anulada. (p. 19)

En concordancia con lo anteriormente expuesto, y considerando la hegemonía de la medicina dominante, es necesario el “diálogo intercultural” como instrumento para validar el saber ancestral de la partería ante la medicina occidental de afrodescendientes e indígenas, en este caso de las etnias: Eperara Siapidara, Dóbida, Wounaan, Chamí y Katío, ubicados en los municipios de Pizarro y Litoral del San Juan en el departamento del Chocó, costa pacífica colombiana.

Dichas comunidades, son discriminadas y tergiversados sus saberes ancestrales en el ejercicio de la partería por parte de la medicina occidental, a pesar de gozar de reconocimiento en el seno de sus comunidades dispersas donde el servicio médico es deficiente en términos

institucionales, son estigmatizadas en función de sus dominios propios, para tratar la atención primaria en salud. En ese sentido, para (Rozo, 2019)

El diálogo intercultural es la herramienta que nos dará la posibilidad de conocer al otro en sus aspectos culturales y sociales en pleno uso de su autonomía, es con ese diálogo activo donde se plantea la identificación de conflictos que es necesaria para encontrar las soluciones a los mismos. (p. 33)

Según ese enfoque, Colombia a pesar de ofrecer un marco legal de protección a la diversidad cultural en materia de salud, en función de promover el fortalecimiento equitativo (al menos en la norma) del sistema sanitario, y a la adaptación de modelos interculturales con base en conocimientos étnicos, prácticas tradicionales y saberes ancestrales en salud, no existe una política pública que respalde el ejercicio libre de la partería. En ese sentido, entre los documentos normativos más relevantes se encuentran:

La Resolución 1536 del 2015 que establece que es responsabilidad de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud hacer dicha recomendación a las Direcciones de Salud. El Acuerdo 72 de 1997, en su artículo 8, el cual prevé la posibilidad de que el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) pueda ser ajustado y concertado entre las comunidades, las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS, ahora Entidades Promotoras de Salud Indígenas-EPSI) y las entidades territoriales con la aprobación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

Igualmente se encuentra el Acuerdo 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Ministerio de la Protección Social – (MPS) quien expidió la Resolución 412 de 2000 y elaboró las normas técnicas y guías de atención en Salud Sexual y Reproductiva. Estos

documentos legales, tienen como objetivo central, garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población e impactar los problemas más relevantes en el tema (embarazo no planeado, complicaciones del embarazo, parto y puerperio y las muertes maternas y perinatales).

Asimismo, con la Constitución Política de Colombia de 1991 en sus artículos 7, 8 y 13, entre otros, reconocen la diversidad étnica y cultural de la Nación; así como los artículos 9 y 93, que reconocen los acuerdos internacionales ratificados por Colombia. En ese contexto, la Carta Política de 1991, en su artículo transitorio 55, generó condiciones para la expedición de la Ley 70 de 1993 (Ley de Derechos de las Comunidades Negras como Grupo Étnico) que estableció, entre otros, mecanismos de protección de la identidad cultural, los derechos de comunidades étnicas y de fomento para su desarrollo económico y social. Al tenor de lo anterior, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008) y el Centro de Estudios Médicos Interculturales (CEMI, 2010), sostienen que:

Con la normatividad jurídica mencionada, en Colombia la interculturalidad en salud señala un camino hacia el rescate de los saberes y las prácticas ancestrales en salud materno infantil, lo que permite reconocer, armonizar y negociar las innumerables formas de atención en salud que existen en las regiones pluriétnicas y multiculturales como las existentes por ejemplo en los departamentos de la costa pacífica colombiana. (pp. 201-202).

En ese orden de ideas, dado que en Colombia las leyes escritas quedan en el papel, y distan mucho de la realidad que vivencian las parteras afrodescendientes e indígenas, de las etnias: Eperara Siapidara, Dóbida, Wounaan, Chamí y Katios, ubicados en los municipios de Pizarro y Litoral del San Juan, en el departamento del Chocó y Timbiquí, Cauca, costa pacífica colombiana, donde el saber ancestral de la partería es invisibilizado y estigmatizado por la

biomedicina occidental, minimizando los valores socioculturales de la diversidad étnica y racial con discriminación y desidia de las autoridades de salud institucionalizadas.

La presente investigación, pretende a partir del “diálogo intercultural” entre la medicina dominante y el saber ancestral de la partería, aportar soluciones, en pro de hacer realidad las demandas indígenas por los derechos culturales y de salud, en aras de alcanzar el reconocimiento que se merece en las funciones médico-sociales que hoy domina la biomedicina, desconociendo los saberes tradicionales. A esto se suman las debilidades existentes en la prestación de servicios de salud a las poblaciones pluriétnicas, lejanas y dispersas del país. En ese orden contextual, para autores como Duarte et al. (2011) argumentan que:

Si bien existe una legislación especial en salud para estos grupos étnicos, que incluye la consulta sobre los programas y la creación de empresa indígenas para el aseguramiento y la prestación de servicios de salud, el acceso real a los servicios es deficiente y fraccionado y no cumple con los requisitos de calidad, interculturalidad, integralidad, aceptabilidad y acceso. (p. 30)

Lo anterior permite inferir, un panorama que contraría el sistema existente en materia de salud, donde la biomedicina invalida, discrimina y estigmatiza la partería como conocimiento válido, pero que no dialoga con el ecosistema de saberes que representa el saber ancestral, frente a la atención primaria en salud. En ese escenario, Briñez (2017) argumenta:

No deja de ser problemático el hecho de una preeminente atención biomédica, en la medida que se limita el acceso a la salud de la población materna e infantil solo al modelo biomédico; se rompe el circuito de atención primaria en salud tradicional; se vulneran los derechos culturales y de salud; y, además se pone en riesgo el entramado de saberes médico-culturales construidos y transferidos de generación en generación, si bien la

transformación en el quehacer de la partera involucra varias causas endógenas y exógenas. Uno de los factores destacados se refiere a la configuración y posicionamiento de la medicina occidental como modelo médico hegemónico y dominante, cuya relación con los otros conocimientos en salud, entre ellos el de la partera ha estado mediado por el cuestionamiento invalidación y estigmatización. (pp. 12-13)

Dado a los aportes teóricos explícitos del citado autor, referente a la invisibilización de la partería como conocimiento ancestral frente a la biomedicina, que denota con transparencia las injusticias frente a estos saberes, que vulnera derechos y culturas sin el más mínimo respeto por la atención primaria en salud tradicional, que desde tiempos remotos, somos conscientes que existe y tiene validez, y que pretende ser invalidado, sin recurrir a un “diálogo intercultural” de los saberes que tenga como fundamento “la existencia del otro” y que no se puede desconocer, ni ignorar por los caprichos de la medicina occidental institucionalizada por el Estado. Como lo plantea contextualmente Catherine Walsh (2005), dada a la vigencia de su discurso, que la interculturalidad:

Se refiere a complejas relaciones, negociaciones e intercambios culturales y, busca desarrollar una interacción entre personas, conocimientos y prácticas culturalmente diferentes; una interacción que reconoce y parte de las asimetrías sociales, económicas, políticas y de poder y de las condiciones institucionales para que el "otro" pueda ser considerado como sujeto con identidad, diferencia y agencia (...) se trata de impulsar activamente procesos de intercambio que, por medio de mediaciones sociales, políticas y comunicativas permitan construir espacios de encuentro, diálogo y asociación entre seres y saberes”, sentidos y prácticas distintos. (pp. 6-7)

En ese orden de ideas, el diálogo intercultural que pretende aportar el presente estudio, se encamina por hacer visible los saberes ancestrales de la partería del pacífico, dentro de una interacción humanizadora de concebir los saberes ancestrales que permita evaporar las asimetrías, mediante un diálogo sincero, digno y constructivo, entre la biomedicina institucionalizada y dominante y la partería como un conocimiento válido, más allá de esa noción que apela a la tolerancia del otro frente a la realidad de su propia existencia, en los albores del siglo XXI.

Formulación del Problema

Considerando el planteamiento del problema anterior, se formula la siguiente pregunta: ¿Es posible establecer el “diálogo intercultural” para validar el saber ancestral de la partería ante la biomedicina occidental dominante, que le permita alcanzar el reconocimiento cultural que se merece en la atención primaria en salud: y el cuidado del embarazo, parto y puerperio?

Qué a la vez, plantea las siguientes preguntas:

¿Cómo formular un “diálogo intercultural” que permita el reconocimiento cultural de la partería frente a la medicina occidental dominante, de afrodescendientes e indígenas, de las etnias: Eperara Siapidara, Dóbida, Wounaan, Chamí y Katio, ¿ubicados en los municipios de Pizarro y Litoral del San Juan y Timbiquí en los departamentos del Chocó y Cauca?

¿Cómo identificar cuales instituciones podrán propiciar un “diálogo intercultural” que permitan validar el saber ancestral de la partería frente a la medicina occidental homogenizante, de afrodescendientes e indígenas, de las etnias: Eperara Siapidara, Dóbida, Wounaan, Chamí y Katio, ubicados en los municipios de Pizarro y Litoral del San Juan, Timbiquí ¿en los departamentos del Chocó y Cauca?

¿Cómo justificar la idoneidad del saber ancestral de la partería frente al dominio de la atención medicina occidental en el funcionamiento de la atención primaria en salud en las fases de embarazo, parto y puerperio por parte de afrodescendientes e indígenas, de las etnias: Eperara Siapidara, Dóbida, Wounaan, Chamí y Katios, ubicados en los municipios de Pizarro y Litoral del San Juan y Timbiquí ¿en los departamentos del Chocó y Cauca?

¿Cómo poner en funcionamiento los lineamientos institucionales y legales que permitan validar el saber ancestral de la partería, frente a la atención primaria en salud durante el embarazo, parto y puerperio de afrodescendientes e indígenas, de las etnias: Eperara Siapidara, Dóbida, Wounaan, Chamí y Katios, ¿ubicados en los municipios de Pizarro y Litoral del San Juan y Timbiquí en los departamentos del Chocó y Cauca?

Delimitación del Problema

Esta investigación se realizó en la en los municipios de Pizarro y Litoral del San Juan, en el departamento del Chocó y Cauca “En cuyo universo se observará y medirá el fenómeno objeto de investigación, mediante un proceso heurístico y metodológico, en aras de aportar soluciones en el contexto del problema planteado, en el periodo comprendido de tres años.

Y está sustentado teóricamente por los siguientes autores: Alarcón, Álvarez, Arana y otros (2021); Riveros (2020); Briñez (2017); Rozo (2019); OMS (2014); Duarte, Gómez y otros (2011); Walsh (2005); entre otros autores, los cuales desde el punto de vista teórico-conceptual, aportan a la construcción referenciada de las variable de estudio, enriqueciendo los enfoques interpretativos que permiten como valor agregado, sustentar conocimientos de valor científico, acorde con los objetivos y propósitos de estudio de la presente investigación.

Justificación

Considerando el dominio hegemónico de la biomedicina frente al conocimiento ancestral de la partería, donde se considera que la medicina occidental, es más “confiable, segura y profesional”, se tiene que, en la sociedad actual existe el paradigma ya institucionalizado por el Estado, de que es el médico y no una partera el que puede atender la atención primaria en salud, embarazo, parto y puerperio. Lo que ha dado espacio para que la biomedicina, tergiversa, e intente invisibilizar la partería como conocimiento válido, entendiendo sus principios y lógicas en la que se fundamenta su ejercicio. Sin embargo, organismos multilaterales han comprendido esta dialéctica que emerge de los dos tipos de conocimiento, en ese sentido, autores como Riveros (2020) sostiene al respecto que:

En cuanto a estas diferencias, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su estrategia 2014-2023 aconseja el respeto, la colaboración y el entendimiento mutuo entre los profesionales de la medicina convencional, tradicional y complementaria. Pero integrar estos dos conocimientos es un proceso complejo, ya que las concepciones y lógicas de las que provienen son distintas. (p. 265)

Según lo expresado por el autor, ante esta situación surgen posiciones que cuestionan y proponen una relación contrahegemónica frente al dominio biomédico, es decir, una relación que acepte otras visiones desde el enfoque del entendimiento y la interculturalidad de miradas, frente a la diversidad de saberes, criterio que comparte Riveros (2020), cuando argumenta que:

En el actual sistema médico existe una hegemonía de la biomedicina, y si la medicina y la partería tradicionales quieren articularse tienen que someterse a sus principios. Por esta razón considero que los dos sistemas médicos pueden coexistir y colaborar con respeto, pero no es necesario que se “integren”, bajo el sentido del sometimiento. Las parteras

tradicionales actúan de acuerdo con los conocimientos aprendidos y transmitidos desde muchas generaciones, por lo tanto, deben ser respetadas en virtud de sus saberes. (p. 266)

Lo anterior permite reflexionar, de que es posible una integración fundamentada en el diálogo intercultural, basada en el respeto mutuo entre los dos saberes en el ámbito de la atención primaria en salud (embarazo, parto y puerperio), entendiendo que el saber ancestral de la partería genera una conciencia histórica, que hace eco por medio de la transmisión oral y educativa de dichos saberes, permitiendo la permanencia de esta práctica a través del tiempo hasta nuestros días, a pesar de los intentos por tergiversar dichos conocimientos por parte de la biomedicina occidental.

En esa perspectiva, la pervivencia a través de los siglos de esta práctica ancestral en la república de Colombia puede considerarse como resultado de una gesta histórica y de resistencia consumada de mujeres comprometidas con el cuidado de la vida en sus comunidades, quienes hicieron posible en la posmodernidad, que “los saberes asociados a la partería afro” fueran reconocidos como manifestación cultural, incluida en la “Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Nación”, mediante la Resolución 1077 de 2017, enaltecendo y enriqueciendo estos saberes, en la vida sociocultural del país.

En virtud de estos enfoques teóricos y posturas metodológicas del estudio, las cuales justifican la presente investigación, se pretende, aportar desde el punto de vista de la realidad estudiada, la importancia del diálogo intercultural como constructor de saberes y entendimiento de visiones y posiciones. En ese orden de ideas, considerando la factibilidad teórica, epistemológica y científica, además de la coherencia y objetividad del presente estudio; es relevante considerar, que es necesario justificar la misma, desde el punto de vista científico, metodológico, teórico, práctico y social, como a continuación se relaciona.

Acorde con su “valor científico”, debe resaltarse que esta labor de indagación representa una suma de conocimientos válidos, logrados a través de la investigación científica. Donde se valoran las posiciones epistemológicas del diálogo intercultural, las cuales se apoyan en fuente de referencia para el desarrollo y ampliación de este estudio, que está versado sobre la categoría “diálogo intercultural” y su influencia en la subcategoría del “saber ancestral de la partería”.

Teniendo en cuenta la importancia que reviste esta investigación, tiene una “justificación teórica”, por cuanto se sustenta en los diversos enfoques teóricos-conceptuales indagados en la literatura consultada, mediante las cuales se resignifica el valor del “diálogo cultural” como instrumento para validar el “saber ancestral de la partería” ante la medicina occidental. Las cuales constituyen un aporte de utilidad, y a la vez, de fuente científica para futuros estudios que enriquecerán el conocimiento, análisis e interpretación en esta línea de investigación, acorde con los retos y desafíos emergentes que ofrece la interculturalidad en el siglo XXI.

En relación con la “justificación práctica”, este estudio reviste una importancia desde el punto de vista de la importancia del “diálogo intercultural”, al aportar instrumentos de entendimiento viables mediadas por la institucionalidad, cuya practica permitirá construir caminos de entendimiento soportadas en el marco constitucional y legal a partir de la Constitución Política de 1991, que reconoce la diversidad multiétnica y pluricultural de la nación.

En cuanto a los argumentos que “justifican metodológicamente” el presente estudio, pretende proponer lineamientos institucionales y legales, en función de hacer posible la coexistencia de saberes entre la biomedicina occidental y el saber ancestral, que permitan validar el saber ancestral de la partería frente a la atención primaria en salud.

Desde el punto de vista de la “justificación social”, esta investigación procura la solución de problemas interculturales que permitan una relación horizontal entre los saberes, partiendo del respeto por las cosmovisiones propias del conocimiento occidental y ancestral, lo cual contribuye a revalorizar y resignificar la importancia del “diálogo intercultural”. En virtud de ello, esta investigación pretende beneficiar la inserción institucionalizada de la atención primaria en salud, de las etnias: Afros y Eperaras Siapidara, Dóbida, Wounaan, Chamí y Katios, ubicados en los municipios de Pizarro y Litoral del San Juan, en el departamento del Chocó. Partiendo de consideraciones propias y objetivas de la realidad estudiada de carácter “local”, que permita la coexistencia entre la biomedicina y la partería, configurando la construcción de nuevos conocimientos como fin último de su objeto de estudio.

Objetivos

Objetivo General

Plantear el “diálogo intercultural” para visibilizar el saber ancestral de la partería ante la medicina occidental dominante, que le permita alcanzar el reconocimiento cultural que se merece en la atención primaria en salud durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Objetivos Específicos

Fomentar un “diálogo intercultural” que permita el reconocimiento de la partería frente a la medicina occidental dominante, afrodescendientes e indígenas, de las etnias: Eperara Siapidara, Dóbida, Wounaan, Chamí y Katios, ubicados en los municipios de Pizarro y Litoral del San Juan y Timbiquí, en los departamentos del Chocó y Cauca.

Identificar cuales instituciones podrán propiciar un “diálogo intercultural” que permitan validar el saber ancestral de la partería frente a la medicina occidental dominante, de afrodescendientes e indígenas, de las etnias: Eperara Siapidara, Dóbida, Wounaan, Chamí y Katios, ubicados en los municipios de Pizarro y Litoral del San Juan, Timbiquí, en los departamentos del Chocó y Cauca.

Justificar la idoneidad del saber ancestral de la partería frente al dominio de la atención primaria en salud: embarazo, parto y puerperio, de afrodescendientes e indígenas, de las etnias: Eperaras Siapidara, Dóbida, Wounaan, Chamí y Katios, ubicados en los municipios de Pizarro y Litoral del San Juan, Timbiquí en los departamentos del Chocó y Cauca.

Proponer lineamientos institucionales y legales que permitan validar el saber ancestral de la partería, frente a la atención primaria en salud: embarazo, parto y puerperio de afrodescendientes e indígenas, de las etnias: Eperaras Siapidara, Dóbida, Wounaan, Chamí y

Katios, ubicados en los municipios de Pizarro y Litoral del San Juan, Timbiquí en los departamentos del Chocó y Cauca.

Marcos de Referencia

Marco Teórico

Considerando que, en esta etapa de la investigación, ya se encuentra plenamente desarrollado el planteamiento del problema y definidos los objetivos generales, como los específicos. Además, se encuentra concretada la justificación y la delimitación de esta, que guiaron la realización del presente estudio.

En consecuencia, es necesario hacer una sustentación transversal, desde el punto de vista teórico-conceptual, del problema tratado. De esa manera, se empezó por conocer las teorías, y bases que soportan la tesis del “diálogo intercultural”, al efectuarse el desglose de teorías y conceptos, en el marco de la dialéctica entre el saber occidental y el saber ancestral de la partería. En ese contexto, se partió de un enfoque metódico y sistemático, el cual proporcionó sentido de coherencia al objeto de estudio, con el propósito fundamental de cimentar su metodología y concreción.

Aunado a lo anterior, considerando el enfoque formal en el cual se sustenta la construcción del presente marco teórico, el mismo se elaboró con el propósito esencial de darle forma y consistencia lógica, dentro de un cuerpo de conocimiento suficientemente sólido, coherente y sistemático de enfoque metodológico, con el propósito, de ofrecer una conceptualización con el rigor científico adecuado del estudio. Considerando en su implementación, la delimitación semántica de la terminología utilizada, en cuyo desarrollo, se tuvo en cuenta no caer en la ambigüedad de la terminología utilizada, sobre todo en aquellos elementos teórico-conceptuales secundarios, definidos en el campo contextual de la investigación.

De acuerdo con ese enfoque, la sustentación de este marco teórico se centró inicialmente, en definir la categoría “diálogo intercultural”, ubicándolo en un escenario histórico particular, acordes con su evolución, transcendencia y su proyección actual en el contexto de la diversidad sociocultural, destacando los fundamentos teóricos en el que se consolida como alternativa en la solución de problemas socio-identitarios de diversos grupos étnicos, con proyección en la etnociencia contemporánea, bajo el enfoque dialectico de la epistemología de los saberes: occidental y ancestral.

En ese escenario investigativo, los fundamentos metodológicos y teórico-prácticos utilizados, permiten al estudio avizorar su fortaleza investigativa, que se identifica con el “paradigma crítico” de enfoque racional deductivo, de método cualitativo. En virtud del cual, se analizan en su conjunto, las categorías de análisis involucradas; en cuya convergencia emergen nuevos conocimientos en el cual se consolida la científicidad investigativa del objeto de estudio. Todo ello, en aras de ofrecer una mirada transversal del fenómeno, para caracterizar y cualificar las tendencias más evidentes del fenómeno estudiado en estrecha relación con los objetivos que guían la investigación.

Posteriormente se relacionan los antecedentes, cuyos aportes teórico-conceptuales ayudaron a ubicar, dentro de un marco de referencia sólido, el contexto del “diálogo intercultural como Instrumento para validar el saber ancestral de la partería ante la medicina occidental”, que tiene como universo de estudio las etnias: Eperaras Siapidara, Dóbida, Wounaan, Chamí y Katios, ubicados en los municipios de Pizarro, Litoral del San Juan y Timbiquí, en el departamento del Chocó y Cauca.

Marco de Antecedentes

Portela et al. (2013) realizaron una investigación titulada: “Rescatar la medicina tradicional en salud materno infantil de las comunidades afro caucanas a través del diálogo intercultural”, la cual se fundamenta en modelos teóricos y documentales para proponer el diálogo intercultural como una estrategia para rescatar la medicina tradicional en salud materno infantil de las comunidades “afro caucanas”. En ese escenario, el reconocimiento de los aspectos culturales en salud promueve la capacidad de los agentes biomédicos en la intervención oportuna basada en modelos renovados de Atención Primaria en Salud (APS).

En ese sentido, los altos índices de morbimortalidad materno infantil en las comunidades vulnerables “afro caucanas”, evidencian el escaso desarrollo social del departamento del Cauca y la falta de estrategias pertinentes para atender la población vulnerable. Esa situación, conllevó a la necesidad de renovar los modelos de Atención Primaria en Salud (APS) desde un enfoque intercultural que promueva la medicina tradicional de dichas comunidades.

Según lo anterior, el reconocimiento estatal biomédico y académico de la medicina tradicional en salud materno infantil, permite el rescate de la identidad cultural y étnica, al mismo tiempo, contribuye a la búsqueda de alternativas en salud basadas en el diálogo intercultural, por lo que es imperativo la construcción del diálogo para rescatar los saberes y las prácticas tradicionales como una forma de participación incluyente y factor de desarrollo para el departamento.

La investigación tuvo como método, la revisión documental, bases de datos y paginas institucionales, mediante las cuales se fundamentó su constructo teórico y epistemológico. Teóricamente se soporta en autores, como: La Organización Mundial de la Salud - OMS (2002); Secretaría de Salud del Departamento del Cauca (2007); Giraldo y otros (2010); Unidad de

Organizaciones Afrocaucana – UAOFROC (2008); Programas para el Desarrollo de las Naciones Unidas - PNUD (2008); Centro de Estudios Médicos Interculturales -CEMI (2010); Profamilia (2005), entre otros autores.

Los resultados concluyentes de este estudio arrojan como resultado, que: 1) Las comunidades “afro caucanas” son poseedoras de una gran riqueza de conocimientos y tradiciones en salud materno infantil que aún no han sido reconocidos e incorporados al sistema de salud y mucho menos reconocidos por la academia científica. 2) La interculturalidad en el área materno infantil debe ser concebida como una estrategia metodológica que permita generar confianza, comprender y cerrar las brechas culturales creando espacios de empoderamiento, representados por etnias, regiones y comunidades, con distintas representaciones simbólicas en salud. 3) Reconocer y rescatar la medicina tradicional y los saberes ancestrales en salud materno infantil a partir del enfoque diferencial, que exponen las comunidades afrocolombianas que conlleva hacia el rescate de su identidad étnica y cultural, reduciendo a la vez, los índices de morbilidad materno infantil en el departamento del Cauca. 4) El diálogo de saberes producto de la interculturalidad autonómica, constituye el encuentro no colonizador entre la cultura ancestral con la cultura moderna de la salud, permitiendo la construcción de espacios de diálogos.

Esa investigación aporta al desarrollo del presente estudio, aspectos que emerge del mismo diálogo intercultural, como lo es el “enfoque diferencial” como instrumento y perspectiva de análisis, para penetrar más allá del simple rescate de la medicina tradicional e ir hacia el debate epistemológico del saber ancestral y el conocimiento hegemónico de la biomedicina occidental, esta última con pretensiones de invisibilizar y tergiversar los saber ancestrales en la APS de comunidades indígenas y afrodescendientes, desconociendo su identidad cultural.

Prieto (2014), desarrolló una investigación titulada: “Diálogo Intercultural y Políticas de Salud en la Comunidad Indígena de Cartagena Departamento del Amazonas”. El estudio realizado se fundamentó en la salud como un proceso social y participativo el cual está inmerso en el contexto político, social, histórico, económico, cultural y educativo de cara a la comunidad, que está conformada por 76 habitantes de 17 familias, quienes viven en 12 casas, de acuerdo con el censo de la asociación. Los líderes representativos en la comunidad son el gobernador, que es el mismo promotor de salud, el médico tradicional y dos profesores.

El diálogo intercultural, se configura inicialmente de un análisis integral en la ejecución e implementación de políticas en la comunidad de Cartagena del Departamento del Amazonas; en cada uno de los espacios donde se planean, construyen y ejecutan las acciones de salud pública, en los espacios: Nacional (Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI en construcción), departamental (Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa) y local en la comunidad de Cartagena perteneciente a la Asociación Indígena Zonal de Arica -AIZA (prestación de los servicios de salud de la medicina tradicional indígena y occidental en el Centro de Salud de Arica).

El estudio está soportado teóricamente, por los siguientes autores: Yin (1994); Segura (2013); Silva (2011); Simons (2009); UNESCO (2001); Walsh (2000); Segura (2013); Sousa (2009), entre otros, que permiten a la investigación consistencia lógica y epistemológica. La metodología utilizada es el estudio de caso y el análisis de contenido, en el cual se elaboró un esquema de relaciones para el análisis, que busca la comprensión de la relación entre lo político, normativo y el diálogo de saberes en tres niveles de la realidad: la general (nacional), la particular (en el departamento) y la singular (en la comunidad).

El diálogo al interior de la comunidad se realiza en su cotidianidad en espacios como la chagra, la maloca, la pesca, la cacería, el fogón, la cancha de futbol, etc. El diálogo en la prestación de los servicios de salud con el “médico tradicional” y promotor de salud, es: cercano, de confianza, con tranquilidad, entre otras porque no hay un protocolo para la atención, las personas se hacen responsables de sus cuerpos sin dejar de lado sus creencias, y no hay barreras visuales, de tiempo y espacio.

Respecto al diálogo en la prestación de los servicios de salud occidental, según los resultados encontrados, presenta dificultades entre otras por la falta de herramientas de los profesionales que debería proporcionar la academia, la entidad territorial y la sociedad. En relación con el diálogo intercultural con las comunidades indígenas, está basado en el respeto por otros conocimientos, tener iniciativa de escucha y sensibilidad por el otro, como persona con saberes y prácticas en salud.

El diálogo intercultural a nivel departamental se da en el espacio de la Mesa Permanente de Coordinación Interadministrativa - MPCI, que ha sido un proceso oscilante que ha pasado por diferentes etapas, el cual demanda seguir trabajando con perseverancia y una mayor sensibilidad por parte de la institucionalidad, sobre la importancia del diálogo intercultural en este espacio y en las acciones que se realizan en territorios diversos culturalmente.

A nivel nacional, el diálogo intercultural se desarrolla en espacios de socialización sobre los avances en la construcción del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI, donde se observa que se pierden oportunidades de diálogo intercultural entre líderes indígenas de diferentes departamentos, y entre los pueblos indígenas y la institucionalidad. Se evidencia de igual manera, que la institucionalidad en su afán de ayudar, más se aleja del ejercicio de

escuchar, por la falta de planeación de los encuentros y la ausencia de compromiso de algunos líderes indígenas con sus pueblos.

Por otra parte, los resultados muestran que en el ejercicio de la “epidemiología comunitaria” que se viene realizando en la comunidad de Cartagena, ha permitido el diálogo intercultural, y se ha trabajado como una herramienta para fortalecer la medicina tradicional y permitir el diálogo con la institucionalidad. De igual manera, la propuesta de “Vigilancia Epidemiológica Comunitaria”, ha sido efectiva al nacer de los indígenas y ser incorporada en sus procesos comunitarios.

Asimismo, se evidencia, que, en los territorios indígenas, la formación de promotores de salud o agentes de salud comunitarios debe responder a la realidad territorial, donde son líderes y ejercen roles de médicos, parteras, etc. Se avizora, además, que, en las comunidades de la asociación de AIZA, se demanda un nuevo tipo de profesionales, con capacidades para el diálogo y tener sensibilidad y respeto por otros sistemas de conocimientos. Considerando que existen diferencias del concepto de diálogo de los líderes de la comunidad indígena de Cartagena, con los que representan a la institucionalidad.

Este antecedente aporta a la presente investigación, recursos variados en el análisis de estudio de casos frente al desarrollo del diálogo intercultural, donde el espacio rural donde habitan estas comunidades, le imprime un ambiente que permite la socialización de saberes y visiones frente a las realidades emergentes, que dan pie a la riqueza interpretativa de los resultados que se espera alcanzar, en el proceso de la metodología de la investigación.

Parra y Pacheco (2006) publicaron un artículo científico, titulado: “¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud”. El artículo

parte de la reflexión, de que cada sistema cultural médico, construye conocimientos sobre la salud a partir de la especialización y del interculturalismo.

En ese sentido, el conocimiento construido a partir de las relaciones interculturales ha buscado principalmente, adecuar la atención en salud a los referentes culturales de los usuarios. Sin embargo, este énfasis ha omitido las oportunidades que representa establecer relaciones entre sistemas culturales médicos basadas en el diálogo; especialmente, las que permitirían ajustar los límites disciplinares de los sistemas en relación, para construir nuevo conocimiento en salud. Pero ante la ausencia de diálogo, han incidido tanto las barreras epistemológicas propias de cada sistema, como las relaciones de dominación social que aún persisten en ese escenario.

En esa perspectiva, emerge una dialéctica sobre los dos sistemas culturales médicos, se podría decir que cada sistema cultural médico tiene diferentes desempeños auténticos frente a la realidad clínica, que reflejan diferentes sistemas de conocimiento, significados, normas y poder. Para ello, el sistema cultural médico moderno, tendría que acudir a metodologías consistentes con los principios “constructivistas” en la construcción de la realidad desde el punto de vista ontológico en los actos del conocer, que le permitirían “ser lo suficientemente autoreflexivo como para flexibilizar su rigidez racional sin abandonar la razón”, sin seguir sometido a certidumbres ideológicas sobre la pureza y exclusividad de sus métodos científicos para la obtención de la verdad.

La investigación está soportada por autores, como: OMS (2002-2005); Ministerio de la Protección Social (2005); Alarcón (2003); Tylor (2002); Sharma (2001); Maturana (2002); Ordóñez (2004); Zerda (2003); Abello (1999), entre otros, que le permitieron al estudio rigurosidad científica desde diversas vertientes del fenómeno estudiado.

Las conclusiones de ese estudio sostienen, que: es necesario aprovechar las sinergias de los mandatos tanto del Estado como de los organismos internacionales que implique relativizar el sistema cultural médico moderno, como parámetro de referencia cultural en salud y reconocer de manera efectiva otros modelos explicativos de la salud y la enfermedad.

Las ciencias de la salud, al estar autorizadas para informar la política pública en salud, tienen el gran desafío de establecer relaciones interculturales médicas basadas en el diálogo, con el fin de no sólo favorecer una atención médica moderna diferenciada y adecuada culturalmente a los usuarios, sino además, de ajustar los marcos disciplinares de cada medicina sin que ninguna desaparezca, lo cual es deseable tanto en términos de diversidad como de fortalecimiento de cada sistema cultural médico.

Cada sistema vivo, tiene como prioridad preservar la vida a través de la cognición, cada sistema cultural médico tiene el propósito de mantener vivos no sólo a los individuos que comparten su contexto sociocultural, sino de participar, con los demás cuerpos disciplinares e instituciones sociales, en la promoción de valores que hagan viable la sostenibilidad de la vida.

Las ciencias de la salud deben revisar los presupuestos de objetividad, positivismo, reduccionismo y etnocentrismo, fundamentados en la ilusión de certidumbre que el conocimiento científico ofrece, con el fin de avanzar en la comprensión de las explicaciones de los fenómenos de salud y enfermedad sobre los cuales los saberes tradicionales poseen un vasto conocimiento ancestral en la atención primaria en salud (APS).

Esta investigación, ofrece a la presente estudio aportes epistemológicos de ver la realidad en torno a la variable “diálogo intercultural”, en el cual se configura una interesante dialéctica respecto a los dos sistemas de salud biomédico y/o occidental y el saber tradicional o ancestral.

Que enriquece la visión, en el cual se debate los dos saberes de concebir la salud y la enfermedad en un mundo multicultural y diverso.

Marco Conceptual

Antes de abordar la concepción de “diálogo intercultural”, es pertinente, debido al carácter epistemológico y científico del presente estudio, dar claridad acerca de que comprendemos por diálogo”, esto se realiza, considerando para ello factores cognoscitivos de la investigación social.

El Diálogo

La palabra diálogo, etimológicamente hablando, proviene del griego: el prefijo dia, que indica división o separación (a través de), y el sustantivo logos, que atañe a la palabra: se trata de la creación de un ámbito intermedio en el que los logoi (discursos) se entrecruzan. En ese sentido, para autores como Gadamer (s.f), citado Fernandez (2006):

Lo que en la conversación o el diálogo auténticos se encuentra como su objetivo o finalidad primaria, no es la comprensión de la subjetividad de los interlocutores, sino el tema o la cosa misma de la que se está hablando. Por eso, la conversación es sobre todo un proceso por el que se busca llegar a un acuerdo. (p. 11)

Como se puede apreciar, el diálogo posee unas características que lo identifican y que posee una finalidad en cierto grado específico entre los interlocutores dado a su peculiar sentido de comunicación. En ese contexto, para Velasco y De González (2009) la existencia del diálogo como la de cualquier otro fenómeno social, depende de que se den ciertas condiciones, el cumplimiento de las cuales genera la situación en la cual el fenómeno es posible. Los autores en referencia aluden que, dado que el diálogo es una forma específica de la comunicación como fenómeno general, sus condiciones de efectividad dependen a su vez de las de la comunicación

entre sujetos capaces de intercambio simbólico. Ahora bien, conocidas las características del diálogo, los citados autores proponen ciertas condiciones como instrumento de comunicación, como las siguientes:

1. Competencia comunicativa. Cognitiva: de producción de significados; intraindividual: facultad de adquirir y usar el lenguaje; e interindividual: competencia para comunicarse en la lengua. 2. Reconocimiento mutuo: aceptación de la presencia del otro, comprensión psicológica del otro, y ejecución de acciones en función de las del Otro. 3. Contexto de reconocimiento: condiciones sociales y ambientales que permiten reconocer al otro como semejante. (p. 105)

De lo anterior se puede argumentar, que el diálogo como competencia comunicativa posibilita el reconocimiento mutuo en un contexto de reconocimiento, lo que brinda al diálogo un puesto privilegiado en la interacción comunicativa, que le permite cierto grado de eticidad dada la aceptabilidad que tiene en el complejo mundo de las relaciones humanas, y aun en la conceptualización discursiva de su afinidad terminológica. Según ese enfoque, para Sorókina (2018)

El diálogo es una realidad discursiva compleja. Las prácticas dialógicas son muy variadas y engloban múltiples factores; la propia comprensión del diálogo cambia a lo largo de la historia y también, las formas de ponerlo en práctica. Es lógico que sea imposible fusionar todos estos factores en un solo concepto y designarle un término único. Pero sí, creemos que, solo intentando hacerlo sin exigir certezas absolutas, se puede construir una imagen explicativa del diálogo con todas las incertidumbres que surgen inevitablemente al problematizarlo con cada aclaración nueva. (p. 54)

Como se puede apreciar, el diálogo se encuentra inmerso en una complejidad en relación con su propia comprensión, que permiten deducir con claridad que es necesario utilizar un enfoque contextual, que permita clarificar su propósito y alcance, dependiendo de las circunstancias socioculturales de su aplicación, y que en el ámbito del presente estudio se concreta en el diálogo intercultural, como a continuación se define acorde con el aporte de diversos teóricos.

Diálogo Intercultural

Es evidente que para que exista un verdadero diálogo intercultural, se debe partir de la premisa de que ninguna persona o sistema de conocimiento puede “saberlo” todo y en esa búsqueda, se entrelazan saberes y conocimientos propios de la diversidad cultural que componen a las sociedades pluriculturales. En ese contexto, el diálogo emerge cuando entre los sujetos de conocimiento se promueve un escenario de interacción e interlocución, en el que las partes se profesan respeto y reconocen sus diferencias culturales, sin llegar a asumir la verdad ajena como propia, llegando a puntos de consenso que propicien un clima apropiado entre las partes. En esa perspectiva, para Camargo (2010) citado por Martínez et al. (2022), argumenta que:

Todo conocimiento es una construcción cognitiva con diversos niveles de validación social y cultural. Reconocer la presencia de múltiples formas de construir realidades conduce a reubicar saberes tradicionalmente hegemónicos como el conocimiento científico o el dogma religioso y ponerlos en igualdad de condiciones socioculturales con formas de conocer menos elitistas o poderosas, tales como el saber cotidiano o el pensamiento animista-mágico. (p. 341)

De acuerdo con el autor, la construcción del conocimiento, partiendo de realidades propias culturalmente hablando, debe poseer una validación sociocultural que promueva su

aceptación en condiciones de igualdad frente al conocimiento científico occidental dominante, mediante el diálogo y el entendimiento que configure el diálogo intercultural. En ese sentido, autores como Martínez et, al. (2022) sostienen que:

El diálogo intercultural es un proceso de comunicación e intercambio que puede traducirse en la interacción entre dos o más individuos y/o grupos que provienen de diferentes orígenes o culturas, donde cada uno de ellos manifiesta sus ideas, opiniones, brinda información y/o busca establecer acuerdos o aceptación de divergencias en un ambiente de respeto y reconocimiento de las diferencias culturales, a través de relaciones simétricas y de reciprocidad. (p. 11)

Para estos autores es claro que el diálogo intercultural debe partir del respeto hacia las diferencias culturales, buscando un punto de consenso ante divergencias en discusión entre las partes. Desde la perspectiva de la Organización de las naciones unidas para la educación, la ciencia y la cultura - UNESCO se entiende como “el intercambio equitativo entre las civilizaciones, culturas y pueblos basados en la mutua comprensión y respeto y en la igual dignidad de las culturas” (s.p). Por otra parte, para el Consejo Europeo de Naciones (2008), el diálogo intercultural:

Abarca el intercambio abierto y respetuoso de opiniones entre personas y grupos con diferentes tradiciones y orígenes étnicos, culturales, religiosos y lingüísticos, en un espíritu de entendimiento y respeto mutuos. La libertad y la capacidad para expresarse, pero también la voluntad y la facultad de escuchar las opiniones de los demás, son elementos indispensables. (p. 21)

Como se puede apreciar, para el Consejo mencionado, es importante el intercambio basado en el respeto entre personas y/o grupos con diferentes orígenes étnicos, culturales,

religiosos, lingüísticos y demás características objeto de discusión; cuyo horizonte sea el entendimiento de una diversidad dialogante, frente al diferente en la otredad de las culturas. En ese contexto, la UNESCO (2012) explica:

La riqueza cultural del mundo es su diversidad dialogante. Una de las misiones principales de la UNESCO es garantizar el espacio y la libertad de expresión de todas las culturas del mundo. La organización considera que cada cultura se nutre de sus propias raíces, pero que sólo se desarrolla en contacto con las demás culturas. Así pues, no se trata de identificar y preservar todas las culturas consideradas separadamente, sino antes bien de revivificarlas, para evitar que queden reducidas, contrarrestar extravíos derivados de la identidad y prevenir conflictos. Este diálogo de las culturas adquiere un sentido nuevo en el marco de la mundialización y del contexto político internacional actual, convirtiéndose así en un instrumento indispensable para garantizar el mantenimiento de la paz y la cohesión del mundo. (s.p)

Precisamente ese diálogo que defiende este organismo multilateral, en función de la cohesión de las diferentes culturas, debería partir de los “sabres” que identifica y nutre cada cultura en virtud de revivificar sus conocimientos, frente al conocimiento occidental dominante como se observa en la actualidad, tratada epistemológicamente en esta investigación a partir del “diálogo intercultural” como instrumento de validación de saberes, frente al conocimiento hegemónico institucionalizado, cercenando lo que las ciencias sociales ha denominado “diálogo de saberes”, el cual para Salas (2013) el diálogo de saberes constituido como aprendizaje mutuo: “busca promover la construcción social del conocimiento mediante el intercambio de ideas, sentires, imágenes, creencias, nociones, conceptos, prácticas, historias, deseos, vivencias y emociones para alcanzar la comprensión común y la plenitud de la vida” (p. 35).

A tenor de lo anteriormente relacionado, desde la óptica de la interculturalidad, Vallardes (2011) argumenta al respecto, que ese diálogo de saberes en el marco de la educación intercultural, necesariamente tiene un proceso de reflexión equilibrado acerca de lo que consideran los pueblos indígenas como saberes y aprendizaje propio, para luego vislumbrar la posibilidad para que dos o más vertientes de conocimiento, la propia y la apropiada, contribuyan a su formación y les permita adquirir nuevo pensamiento (científico) y reforzar su pensamiento propio. Esta construcción, implica entonces para el autor en referencia, no sólo asumir el reto de “adecuar toda práctica educativa a los distintos contextos culturales, cada uno con sus determinados valores, necesidades y problemas, sino también responder al hecho de que los saberes de la ciencia y la tecnología no son los únicos legítimos” (p. 120).

Como se puede observar, lo anterior constituye desde la concepción deductiva, una clara reflexión acerca de que los saberes ancestrales pueden adquirir una connotación científica válida, por cuanto son construidos culturalmente, mediante la experiencia y la práctica de generación en generación, y que pueden ser validados mediante un “diálogo intercultural” respetuoso de la diversidad y del desarrollo de una aproximación pluralista del conocimiento tradicional, que permita comprender en dónde radica su legitimidad y pertinencia identitaria frente al conocimiento occidental hegemónico. Por otra parte, para autores como Tunubalá y Sierra (2021) consideran que:

El diálogo intercultural es una construcción que pretende un equilibrio posible entre las concepciones, conocimientos, contenidos, áreas entre lo global y lo propio de la cultura, que promueve y permite el fortalecimiento de la visión de los pueblos indígenas en el contexto del ser colombiano que asume un diálogo con las tecnologías, los saberes de la ciencia, las comunicaciones y el mundo global. Este lugar requiere una perspectiva de

diferencia y de intercambios entre lo intracultural, lo intercultural y lo transcultural. El diálogo implica aspectos de relaciones, articulaciones y diferencias en lo intercultural, de reconocimientos entre una y otra cultura; lo transcultural en el sentido de aspectos comunes a todos, como la naturaleza y la humanidad, y lo intracultural como los aspectos propios de la raíz cultural dentro de sí misma. (p. 165)

Según los autores, el diálogo intercultural como construcción comunicativa obedece a un equilibrio sustentado en concepciones diversas, que abarca lo global y lo local, que reconoce los valores identitarios de las culturas en función del diálogo con los distintos saberes, partiendo de visiones propias y respetuosas frente a lo intercultural, transcultural y lo intracultural, entendida esta última, en su esencia vital frente a sus propios principios culturales que guían su pervivencia.

En ese sentido, autores como Dussel (2002), manifiestan con propiedad que para llevar un diálogo intercultural adecuado, es necesario una “descolonización epistemológica”, con la que en primera medida sea indispensable reconocer el otro como diferente a mí; donde es necesario tener la mente abierta para lograr comprender al otro y reconocer en ese otro un saber igual de válido al mío, donde los conocimientos dialogan para llegar a un acuerdo y construir en conjunto una idea, una acción enfocada a resolver las diferencias y construir puentes de entendimiento.

Como bien, lo sostiene Ferrão (2010):

Se trata de promover el diálogo y la tolerancia sin afectar las causas de la asimetría social y cultural actualmente vigentes (...) tiene por objetivo disminuir las áreas de tensión y conflicto entre los diversos grupos y movimientos sociales que focalizan cuestiones socio-identitarias, sin afectar la estructura y las relaciones de poder vigentes. (p. 338)

En ese orden de ideas, con relación a la concepción del “diálogo intercultural”, las diferentes posiciones de los diversos autores citados, se observa que: Para Martínez et al. (2022):

El diálogo intercultural es un proceso de comunicación e intercambio que puede traducirse en la interacción entre dos o más individuos y/o grupos que provienen de diferentes orígenes o culturas, en un ambiente de respeto y reconocimiento de las diferencias culturales, a través de relaciones simétricas y de reciprocidad. (s.p)

La UNESCO, lo entiende como: “el intercambio equitativo entre las civilizaciones, culturas y pueblos basados en la mutua comprensión y respeto y en la igual dignidad de las culturas”. De igual manera, para la Consejo Europeo de Naciones (2008), el diálogo intercultural: “Abarca el intercambio abierto y respetuoso de opiniones entre personas y grupos con diferentes tradiciones y orígenes étnicos, culturales, religiosos y lingüísticos, en un espíritu de entendimiento y respeto mutuos” (s.p).

Si se observa las diferentes posiciones de los autores en referencia, encontramos que: Martínez et al. (2022), la UNESCO y el Consejo Europeo de Naciones(2008), tiene en común sendas concepciones, de que el “diálogo intercultural” es un proceso de comunicación e intercambio; un”intercambio equitativo entre las civilizaciones, culturas y pueblos; un intercambio abierto y respetuoso de opiniones entre personas y grupos con diferentes tradiciones y orígenes étnicos, culturales, religiosos y lingüísticos. Estas posiciones se complementan, en el respeto y reconocimiento de las diferencias culturales, basados en la mutua comprensión fundamentada en la igual dignidad de las culturas, precedidas por el intercambio intercultural que se deduce de su enfoque dialogante entre las diferentes culturas.

Esta concepción del diálogo intercultural de Tunubalá y Sierra, trasciende el intercambio ya que permite la construcción visionaria de los pueblos indígenas de lo local a lo global, en

relación con lo intracultural, lo intercultural y lo transcultural, cuyo debate ocupa el contexto epistemológico, dialéctico y problémico actual, en la posmodernidad del siglo XXI. Razón por la cual, esta investigación asume posición con estos autores, al definir e identificarse concretamente con la variable de estudio “diálogo intercultural”, que enfatiza el enfoque del estudio y permite una mirada transversal y holística del fenómeno, acordes con la metodología de la investigación científica.

Saber Ancestral de la Partería

El saber ancestral de la partería constituye un cuerpo de conocimientos, que ha sido desarrollado a lo largo de la historia por diversos pueblos y culturas, donde conciben acordes con sus cosmovisiones, la naturaleza de su propia existencia, las concepciones de la filosofía de la vida, los cuidados para conservar la salud y los tratamientos para combatir las enfermedades, de acuerdo con sus propios valores, creencias y espiritualidades.

En ese contexto, es preciso remitirse brevemente a antecedentes académicos e históricos, que buscan desentrañar el perfil ocupacional de las parteras, en ese sentido, en el libro publicado por Jean Towler y Joan Bramall (1997) titulado: “Comadronas en la historia y en la sociedad”, los autores plasman cómo el oficio de la partera ha estado reiteradamente ligado a la vida religiosa y social de varias culturas en diferentes épocas históricas.

A tenor de lo anterior, el recorrido que hacen las autoras inicia con los relatos bíblicos, griegos, romanos, bizantinos y egipcios, para luego dar un salto a la edad media y luego al siglo XIX y XX en Europa, y argumentan, que los debates que acompañaron los dos últimos siglos referenciados aquí, hablan de un tema medular que consiste en el cambio de la partería en términos de reconocimiento, cualificación del oficio, institucionalización del parto, e inserción

en el sistema educativo, que plantean una dialéctica discursiva vigente en la actualidad, en relación al conocimiento ancestral o tradicional frente al conocimiento biomédico occidental.

En ese orden de ideas, el saber ancestral, que en este caso se alude a la partería, tiene un amplio discurso epistemológico, por cuanto de lo que se trata es de conocimientos que emergen de prácticas culturales que son transmitidas de generación en generación, y que en la posmodernidad tienen vigencia independientemente del carácter científico de la biomedicina occidental, donde se entreteje diversidad de argumentos que enriquecen los marcos epistemológicos entre el saber ancestral y el saber occidental. Por lo tanto, el Consejo Internacional para la Ciencia (ICSU) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura -UNESCO (2002), respecto a la demarcación de la pseudociencia respecto al conocimiento tradicional, señala que:

Los conocimientos tradicionales han sido desarrollados por pueblos con historias amplias de interacción con el medio ambiente natural, se originaron de manera independiente de la ciencia, en un entorno cultural particular y también críticamente, independientemente de la cultura occidental. Subraya que el conocimiento tradicional no está en competencia con la ciencia, ni la competencia es el resultado necesario de su interacción. Si alguna competencia se plantea entre la ciencia y los conocimientos tradicionales, la iniciativa ha provenido de la gente que quiere que la ciencia sustituya a estas otras formas de conocimiento. (pp. 11-12)

Como se puede observar, el conocimiento ancestral es el producto de una eclosión de factores que emergen de diferentes concepciones culturales, es decir, del entorno natural y cultural de los pueblos a lo largo de la historia de la humanidad, que de ninguna manera, ha consistido en una competencia con el conocimiento científico moderno, de donde procede claras

pretensiones de sustituir y/o avasallar el conocimiento ancestral o tradicional, aún vigente entre diferentes etnias y pueblos diversos, como se configura en la actualidad la partería. En esa perspectiva, autores como Alarcón et al., (s.f) sostienen que:

La partería tradicional indígena (PTI) es una construcción colectiva de saberes que desde tiempos inmemorables se han transmitido a través de linajes matrilineales, de la abuela a la madre y de la madre a la hija. En muchas ocasiones, el mandato y los saberes también son recibidos a través de los sueños, y se desarrollan mediante la experiencia que van adquiriendo. No cabe duda de que esta práctica se reproduce entre mujeres para acompañar, compartir y asistir a uno de los eventos biológicos y culturales más significativos y universales de la vida. (p. 69)

En concordancia con lo anterior, dada a la riqueza multicultural del pueblo colombiano, en el país la práctica de la partería como saber ancestral se encuentra vigente entre comunidades indígenas y afrodescendientes que cumplen una función importante entre sus comunidades en la atención primaria en salud, sin embargo, este conocimiento sigue siendo tergiversado por la biomedicina occidental dominante, a pesar de ser respaldado y definido claramente por organismos multilaterales. Acorde con lo expresado anteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las parteras tradicionales como:

Una persona (generalmente una mujer) que asiste a la madre en el curso del parto, y que inicialmente adquirió sus habilidades atendiendo ella misma sus partos o trabajando con otras parteras tradicionales. Además del acto del nacimiento, según la OMS las parteras deben realizar otras tareas como la prestación de cuidados básicos a las madres durante el ciclo normal de la maternidad, la atención del recién nacido, la distribución de métodos

modernos de planificación familiar y la intervención en otras actividades de atención primaria de salud. (p. 29)

Como se puede inferir, cada sociedad, pueblo o cultura tiene sus maneras para acompañar el proceso del nacimiento, en el cual objetivamente se evidencia, que ha existido interacción e intercambios numerosos de saberes y prácticas que han adquirido un valor simbólico, afectivo y efectivo, para evaluar mediante el conocimiento ancestral las condiciones de las embarazadas y la atención del parto. De igual manera, para brindar los cuidados prenatales y postnatales, la importancia de la lactancia, la alimentación de la madre, entre otros que se enmarcan en la Atención Primaria en Salud (APS), se configuran en prácticas culturales de cuidado del saber ancestral. Con relación a esa dialéctica, Ramos (2011), define las prácticas culturales de cuidado como:

Aquellas actividades que las personas hacen por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, manteniendo su salud, atender sus enfermedades y conservar su bienestar.

Dichas actividades son guiadas por creencias y valores, que varían considerablemente según los grupos sociales y los sistemas familiares, económicos y sociales. (p. 18)

Dada la importancia del saber ancestral, y la discusión epistemológica emergente de este conocimiento, se puede argumentar que debido a la naturaleza transmisionista mediante la oralidad del saber ancestral, que a la vez se encuentra implícitamente ligado a la concepción educativa del saber de esta práctica cultural, donde se puede decir, que el saber ancestral es indisoluble con las pretensiones de la biomedicina occidental institucionalizada, y muestra de ello, es que a pesar de todo, el saber ancestral de la partería sigue vigente. Al respecto, así lo parece resumir Samboní (2014), citado por Ibarra (2022) cuando sostiene:

Esto constituye un proceso educativo que fluye como elemento vital en la cotidianidad de los seres humanos, ligado a la perpetuación y circulación de los saberes. La educación funciona como eje potenciador de vida que relaciona de manera prevista o imprevista a dos o más seres humanos y los pone en situación de intercambio y de influencias recíprocas. En el caso de la partería, este saber circula entre las parteras dotándolas de conciencia histórica y ancestral que las permea como posibilitadoras y dadoras de vida. (p. 31)

Lo que permite argumentar que, el saber ancestral de la partería constituye un patrimonio cultural tangible que no se puede desconocer, posee una identidad y una memoria histórica para la comunidad colombiana, que construye tejido social mediante su rol dadora de vida, por tal motivo, la práctica de estos sabres y la relevancia sociohistórica y cultural de la partera como se define en la posmodernidad, es digna y merecedora de su permanencia en el tiempo, bajo el amparo de la normatividad nacional y transnacional.

Reconocimiento Cultural de la Partería

El reconocimiento cultural de la partería tiene diferentes matices que la identifican, por ser poseedora de un gran acervo de saberes, enriquecida de experiencias vividas y de una carga simbólica, que brindan una identidad y un desarrollo cultural que cohesionan y vivifican a las comunidades donde se desarrolla esta práctica ancestral. En esa perspectiva, desde el punto de vista normativo, la partería como una práctica arraigada a la cultura del Pacífico y a raíz de la lucha de las parteras por ser reconocidas, en esa perspectiva sus saberes fueran respetados, el 25 de abril del año 2017, mediante la resolución 1077 de 2017 en la cual se estipulan los saberes asociados a la partería afro del pacífico, como patrimonio cultural inmaterial nacional.

Dentro de los puntos de esta resolución, se incluyó la realización y publicación de un Plan Especial de Salvaguardia (PES) como acuerdo social y administrativo. Según el acuerdo, el PES debía describir la manifestación de la partería como práctica y a su vez se debían estipular los saberes asociados a esta.

Lo anterior, permite establecer que al menos en la norma la partería ha sido reconocida culturalmente, al representar una serie de saberes que, aunque no siguen un método científico como la biomedicina occidental, son saberes que evidencian ser fructíferos y vitales en comunidades dispersas de la geografía colombiana. En ese contexto, el reconocimiento cultural de la partería está asociado a razones evidentes, que la hacen imprescindible para la vida. En ese escenario, para autores como Laureano et al. (2016) argumentan que:

El liderazgo y reconocimiento social de las parteras tradicionales se ha fundamentado en la manera en que su práctica responde a estos determinantes sociales que generan inequidad entre el contexto rural y urbano, trabajo que se inscribe dentro de los principios de Atención Primaria de la Salud, por lo que se pueden considerar un motor para subsanar desigualdades en materia de salud. Su participación disminuye las brechas de inaccesibilidad geográfica, económica y cultural a los servicios de salud. (p. 280)

En ese orden contextual, se puede plantear que el reconocimiento tácito, normativo o teórico de la partería, tiene diversidad de razones que configuran una episteme desde diversas vertientes de concebir esta práctica ancestral. Pero más allá de esa consideración social del reconocimiento, existe prácticas hostiles en contra de esta práctica, así lo parece corroborar el Ministerio de Cultura (2017) mediante la Resolución número 1077.

Sin embargo, uno de los principales problemas de esta práctica sigue siendo el debate con el sistema tradicional de salud de nuestro país, ya que el personal médico del sistema de salud

colombiano desapruaba esta práctica y reprende a las parturientas desanimándolas de continuar bajo los cuidados de las parteras. A estos se le suma que hasta el momento no existe una política pública del Sistema de Salud que avale y regule la Partería por lo que la articulación de ambos sistemas de saberes depende de la voluntad y visión particular de los interlocutores con lo que las parteras se encuentran en dichos escenarios.

Como es evidente, al no existir una política pública del Sistema de Salud que avale y regule la partería, va existir una colisión entre los saberes de la partería con la biomedicina occidental, donde esta última, se encuentra institucionalizada por el Estado, ejerciendo un hegemonía frente al sistema sanitario y paralelamente, la partería es reconocida culturalmente en mayor proporción, en escenarios dispersos y alejados, como se ha mencionado en teoría, el sistema sanitario oficial es casi nulo o inexistente. Como bien lo sostienen autores como Aguilar et al. (2018):

El reconocimiento cultural tiene su arraigo por el papel importante que han tenido las parteras en cada una de las comunidades, donde han asistido a las madres en el momento del parto ya sea porque prefieren este tipo de atención o porque no es factible la atención por parte de profesionales del área de la salud. (p. 92)

Acorde con lo anterior, el reconocimiento cultural de la partería es sin duda claro por comunidades, organismos multilaterales y tóricos de diversas vertientes y tendencias defensoras de la salud y la salud reproductiva, sin embargo, el desconocimiento científico de esta práctica ancestral es en cierta manera relativa, cuando se habla de su vigorización que de alguna manera respaldan su pervivencia. En ese orden de ideas, la Organización Mundial de la Salud - OMS (2011), en la 64ª Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra (Suiza), generó nuevas resoluciones sobre el fortalecimiento de la partería y el fortalecimiento del personal de salud.

De igual manera, el Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD (2015), según diversos estudios, indican que el fortalecimiento de las competencias de la partería es un componente esencial de los programas para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas, contribuyendo de esta manera al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible - ODS (2017), referente al objetivo 3: Salud y bienestar, el cual tiene como objetivo: garantizar una vida, sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Textualmente sostiene:

De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos. Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. (p. 14)

En esa misma dirección en las Américas, el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano/Salud de la Mujer y Reproductiva, Área Salud Familiar y Comunitaria de la Organización Panamericana de la Salud -OPS (2010), mencionada por Vanegas (2021), construye unas “herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional: lineamientos para tomadores de decisiones y planificadores para fortalecer la regulación, acreditación y educación de las parteras tradicionales”. En la introducción de este documento de la Organización mencionada, se afirma que:

El interés internacional en la función de la partera profesional sigue siendo evidente en las estrategias mundiales para la salud de la mujer. De hecho, el fortalecimiento de la

función y la participación de las parteras profesionales es un componente central en el aporte especial de la OMS a la Iniciativa Mundial para una Maternidad Segura, Reducir los Riesgos del Embarazo. Esta se lanzó en 2000, después de la Consulta Técnica de diez años para examinar la iniciativa para una maternidad segura, en Colombo, Sri Lanka, en 1997. En dicha consulta mundial sin precedente se trabajó arduamente en examinar las intervenciones eficaces para obtener mejores resultados en el embarazo y el parto. La conclusión fue que, sin proveedores de servicios sanitarios con determinadas aptitudes y competencias de partería, sobre todo las aptitudes para salvar vidas, no se pueden alcanzar las metas de la salud de la madre y el recién nacido. (p. 32)

Como se puede observar, la partería desde una perspectiva histórica de las políticas sanitarias globales, en lo referente a la atención primaria y reproductiva en salud, ha sido considerada su participación cultural, sobre todo, cuando se trata de evitar la mortalidad materna y neonatal, como metas viables que hoy se traducen en términos recientes en los ODS.

Aunque en este caso, se alude como partera profesional, lo cierto es que la partería como práctica ancestral ha estado presente independientemente de los escenarios hostiles, con lo que les ha tocado lidiar en contextos nacionales, donde su práctica es tergiversada, maltratada y avasallada por la biomedicina occidental institucionalizada. En ese orden de ideas, para la OPS es imperioso minimizar los riesgos de muerte de la mujer en edad reproductiva, por lo cual, plantea rutas de acción y plantea al respecto que:

Los componentes fundamentales del enfoque estratégico para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas, así como para promover la salud de la mujer desde el principio hasta el final de su vida reproductiva, son: La redefinición de la función de la partera profesional. La actualización de los programas educativos para atender las necesidades de

la comunidad. El establecimiento de normas precisas para el ejercicio de la partería a fin de determinar las competencias esenciales que deben tener los profesionales clínicos y los educadores, así como para el sistema de salud que se necesita para apoyar el funcionamiento de una partera profesional, y el establecimiento de un marco legislativo y normativo favorable al ejercicio de la partería profesional. (pp. 32-33)

Lo anterior permite argumentar, que el ejercicio de la partería, a pesar de considerarse imprescindible en el rol sanitario en la atención primaria en salud, adolece de un verdadero marco legislativo que haga posible una auténtica política pública para su ejercicio libre. Lo cual no quiere decir, que no goza de un reconocimiento cultural, y muestra de ello, son las diversas citaciones que organismos multilaterales (OMS, OPS, PNUD, entre otras) hacen de la partería, asimismo, como de innumerables autores que hilvanan y contribuyen con sus aportes a reforzar y a validar la práctica de este conocimiento ancestral.

La Biomedicina Occidental

La biomedicina se ha erigido como el paradigma biomédico global, y cuyo conocimiento se fundamenta en el positivismo que emerge por la razón y la lógica para producir los saberes, tratar la enfermedad y conservar la vida, mediante diversas técnicas y procedimientos a través del método científico occidental. Sin embargo, la hegemonía de la biomedicina en la posmodernidad no cubre la totalidad de la cobertura en la Atención Primaria en Salud (APS) en amplias zonas de la geografía mundial, que ha conllevado al surgimiento de una dialéctica, entre los saberes ancestrales configurada por la partería y la biomedicina, donde esta última, institucionalizada por el Estado e instituciones sociales, ha desplazado, desacreditado y avasallado al saber ancestral, hasta minimizar su participación en el sistema sanitario de los

países, que ha dado lugar a una epistemología que pretende explicar la coexistencia entre estos saberes.

Si embargo, dada la científicidad del presente estudio, es necesario sustentar desde líneas históricas este proceso, en función de tener una noción clara de la misma para comprender etiológicamente el predominio de la biomedicina frente a los demás saberes. En ese contexto, un estudio llevado a cabo por Ramos (2016) siguiendo a Federici (2017) apoyado en la teoría de Luciano Parineto hace un análisis social e histórico de los siglos XVI al XXI, de los mecanismos utilizados en Europa, exportado hacia América y reciclado nuevamente a Europa, para desarticular y desaparecer las partería pre y pos hispánicas y las parterías europeas a través de interacciones de estas partería con ciencias bio-exactas: medicina, biología, física, química y matemáticas; y con dimensiones propiamente sociales: jurídicas, religiosas, expresión misógina, económica y pedagógica. En esa perspectiva histórica, autores como Alarcón et al. (2021) argumentan que:

Los hechos históricos por medio de las cuales estos, estas ciencias y dimensiones sociales, mediadas por mecanismos ideológicos de poder, implicaron para las parterías tradicionales tanto la eliminación física de sus integrantes, como la estigmatización, condena, desplazamiento, suplantación, confiscación, reformulación y desaparición, practicas e instrumentos, y como impacto irreversible la desarticulación y desaparición de las matronas originarias de Europa, la desaparición parcial de las parterías prehispánicas y la paulatina desarticulación de las partería panhispánicas. (p. 24)

Lo anterior permite establecer, que el terreno apropiado para que la biomedicina surgiera fortalecida fue posteriormente después del siglo XVI, donde la práctica de la partería fue pauperizada por diversos factores, tanto sociales como institucionales, donde el poder del Estado

confabuló en contra del saber ancestral y legitimó la medicina occidental, importando a las Américas desde Europa una serie de mecanismos ideológicos que implantó como paradigma para deslegitimar la partería en la atención primaria en salud (APS). Así lo parece corroborar un estudio llevado a cabo por Posada (1995), cuyo discurso permanece vigente actualmente respecto a esta realidad, según plantea:

Es ampliamente conocido que en Latinoamérica el modelo biomédico analiza la realidad a partir del paradigma analítico, reduccionista, positivista e individualista, a la vez que provoca que los servicios de salud del siglo XXI denoten deficiencias estructurales básicas en su provisión y administración. (s.p)

En ese orden de ideas, las razones históricas y sociales actuales que permiten evidenciar el dominio biomédico frente a los demás saberes, permiten establecer que la biomedicina como modelo hegemónico frente a la salud y la enfermedad, parece estar respaldada de injusticias, por cuanto se encuentra institucionalizado, soslayando de manera notable la coexistencia con el saber ancestral frente a la APS, donde la partería también tiene su propia y legítima historia, para tratar con sus propios dominios el tratamiento exitoso del embarazo, el parto y puerperio y demás cuidados pregravídico de la mujer. En ese contexto, Rich (2019) citada por Macias (2021) afirma que:

Nadie discute que hasta el siglo XVIII, el parto era competencia de las mujeres. Sin embargo, la aparición de los hombres en la sala de partos como médicos profesionales al mismo tiempo que desplazaba a las mujeres de esta labor, les negó la posibilidad de alcanzar la categoría de profesionales, pues solo los varones podían estudiar medicina. (p. 195)

De acuerdo con lo anterior, es claro que el dominio biomédico alcanzara la posición global que ostenta hoy, debido entre otras razones, a lo que se ha denominado el patriarcado del conocimiento, considerando que el tratamiento a que fue sometida la partería fue de una exclusión categórica y de violencia de derechos, conllevando a esta práctica a una casi invisibilización de su ejercicio. En ese contexto, Chávez (2018) sostiene “desde este patriarcado del conocimiento se monopoliza y legitima la construcción del saber legítimo, visto desde esta crítica: conocer se ha convertido en un acto de desconocimiento o de despojo de los conocimientos populares” (p. 17). Como se puede apreciar, la calificación de patriarcado tiene una connotación excluyente que viola derechos y reivindicaciones del saber ancestral, desconociendo dimensiones socioculturales, en los cuales los pueblos construyen sus propios dominios frente a la enfermedad y la vida, en la atención primaria en salud.

Como bien lo afirman Ehrenreich y English (1981) “Los médicos se convirtieron en los únicos sanadores legales y autorizados” (p. 22). Como se puede deducir, la expulsión de las parteras de las salas de parto significó un punto de quiebre, que avizoró un panorama desalentador para su ejercicio libre, deslegitimando y avasallando sus saberes. Como lo sostiene Federici (2010) “Pero para que esto ocurriera, las mujeres que se reunían a acompañar a la futura madre fueron expulsadas de la sala de partos y las parteras fueron puestas bajo vigilancia del médico o reclutadas para vigilar a otras” (p. 137).

En ese orden de ideas, la biomedicina gracias a las razones expuestas soportadas por diversos autores, permiten plantear un panorama que facilitó a la medicina occidental penetrar en el dominio del conocimiento validado por el mismo Estado, utilizando para ello, recursos denigrantes y poco decorosos en contra del saber ancestral de la partería. En ese sentido, Chávez (2018) argumenta:

Cuando decimos que alguna de estas prácticas está fuera del orden de un sistema, podemos también evidenciar que es este mismo sistema, el biomédico en este caso, el que ha negado y excluido a las mujeres, a sus prácticas y a sus saberes, desde su lógica científicista, patriarcal y colonial. El orden simbólico patriarcal desde el que se despliega la biomedicina ha subordinado y señalado de “sucios” los saberes de las parteras por siglos, así como la vivencia placentera del cuerpo, el control autónomo de nuestras potenciales y capacidades procreativas. (p. 62)

Lo anterior permite interpretar que, la partería ha sido casi invisibilizada como practica en términos de saber ancestral, en el cual, la biomedicina amparada en el poder del Estado ha segregado en la atención primaria en salud a la partería, desprestigiando y desconociendo a esta práctica ancestral aún vigente en la sociedad del siglo XXI. En esa perspectiva, autores como Alarcón et al. (2021), puntualizaron tres mecanismos ideológicos de poder, que han sido entrelazados y transformados en el tiempo para coadyuvar al etnocidio de las parterías tradicionales, como se describe a continuación:

a) la razón de verdad, con sus raíces en las filosofías del siglo XVII; (Cassirer 1993) extendiendo esta aplicación al siglo XIX; b) las evidencias científicas del siglo XX; c) la capacitación dirigida a comadronas desde el siglo XV en España (Gallego, 2005, p.603) y acentuadas en sus colonias desde el siglo XIX por razón de verdad y, en los siglos XX y XXI, utilizando el concepto justificante basado(a) en evidencias científicas. (p. 26)

Comprendiendo lo anteriormente mencionado, el recorrido histórico de la corriente contra la partería, tiene sus orígenes en la filosofía de los siglos XVII y XVIII, la cual sustenta el punto de partida del pensamiento moderno en su conjunto, que tiene sus inicios en la veracidad de los contenidos de nuestra conciencia fundamentado con el método científico occidental,

mediante la razón autónoma, y sobre esta plataforma racional-deductiva, se desarrolla y valida el conocimiento biomédico dominante. En el cual los mencionados autores, plantean:

En este proceso, la medicina ha sido nutrida evolucionando a biomedicina y, posteriormente se ha estructurado como el paradigma biomédico global, el cual ha sido utilizado dualmente: como instrumento de beneficio social y como arma de control y etnocida contra las parterías tradicionales. (p. 24)

De ese modo, la biomedicina se ha posicionado como el “saber valido” que se apoya en el método científico verificable, desconociendo e ignorando otros dominios de saberes socioculturales construidos de generación en generación igualmente rentables para el cuidado de la salud y el tratamiento de la enfermedad, que aunque no se apoya en el cientificismo occidental, son conocimientos que por sus resultados en la APS, gozan de reconocimiento social y, por lo tanto, merecen coexistir en un mundo donde la cobertura en materia de salubridad publica adolece de ser exitosa y reconocida. Como lo critica constructivamente Ramos (2016), cuando argumenta:

Lo que se pretende comunicar, es la visión de que aún existen saberes y practica medicas útiles paralela a la biomedicina, para coadyuvar a aliviar el dolor innecesario, y en lo posible, evitar la muerte materna. Lo que propongo es la idea que ambos saberes y prácticas médicas deben seguir existiendo en este planeta. Lo que cuestiono es la manipulación de los “objetivos, alcance y función” de ambas, para convertir el sistema biomédico mundial (homogeneizante, controlador, acumulador de capital, desarticulador y depredador de formas de conocer y abordar los procesos reproductivos femeninos desde prácticas alternas), en el único que puede ejercer, libremente y sin fronteras el dominio ideológico y económico planetario. (p. 170)

Según el mencionado autor, se puede establecer desde el punto de vista deductivo, que es necesario tender puentes de entendimiento que contribuyan a la construcción de un auténtico diálogo intercultural entre los saberes occidentales configurada por la biomedicina, y el saber ancestral representada por la partería. Cuya coexistencia de saberes, no solamente se potenciaría la APS, sino también, coadyuvaría a cimentar el terreno para ser viable la construcción de una política pública, que posibilite el ejercicio libre de la partería con los lineamientos normativos idóneos y socioculturales que esta conllevaría, en los albores del siglo XXI.

Análisis de la Información

Con el fin de llevar a cabo esta investigación se desarrolló una acción participativa realizando labores en resguardos y consejos comunitarios sobre conocimientos, actitudes y prácticas.

Esta iniciativa tenía como enfoque primordial establecer diálogos con las comunidades de las etnias Eperara Siapidara, Dóbida, Wounaan, Chamí y Katios, realizando encuentros para intercambio de saberes entre medicina occidental y la tradicional sobre manejo de la gestación y alumbramiento, esto con el fin de destacar la diversidad de prácticas y conocimientos ancestrales, sino también demostrar que se puede crear un espacio donde pueda coexistir de manera armoniosa y colaborativa con la biomedicina.

Contexto

Santa Bárbara de Timbiquí se encuentra ubicado al occidente del departamento del Cauca, a orillas del océano pacífico, fue declarado oficialmente como municipio en 1.915. Tiene una temperatura promedio de 28 °C., y la humedad cerca del 93%, esto es debido a las corrientes marinas y los vientos alisios del sur y los del suroeste.

El municipio de Timbiquí está conformado por una prolífica diversidad étnica, destacándose comunidades afrodescendientes e indígenas pertenecientes mayoritariamente al pueblo Eperara Siapidara. En un importante porcentaje las comunidades se encuentran ubicadas en zona rural dispersa.

La E.SE. Occidente, de este municipio con el apoyo de la Gobernación del departamento y dentro la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas, ha tomado la decisión de emprender acciones tendientes a propiciar encuentros de saberes entre la ancestralidad y la academia brindando todo el apoyo para iniciar esta concertación que nos llevará a una visibilización de los

saberes ancestrales empleando para difundir lo que ha existido desde mucho antes de la penetración cultural.

Teniendo en cuenta esta apertura, se escogió a Timbiquí para llevar a cabo el inicio de labores de validación del material educativo con enfoque diferencial diseñado en conjunto con agentes de salud ancestrales en muchos días de visita a resguardos y veredas por parte del maestrante dentro de este proceso de investigación.

Consideraciones Éticas

En el contexto de la solicitud de permiso para la publicación de material fotográfico derivado de la investigación sobre el diálogo intercultural para visibilizar la partería frente a la medicina occidental, se impone un análisis ético profundo. Este proceso, que busca compartir visualmente la riqueza cultural y las interacciones entre dos sistemas de atención en salud, exige un compromiso ético riguroso para salvaguardar la privacidad, la dignidad y los derechos de las personas y comunidades involucradas.

Esta introducción a las consideraciones éticas se sumerge en la responsabilidad de obtener y utilizar el material fotográfico de manera ética y respetuosa. Reconociendo la sensibilidad de las imágenes capturadas en entornos de salud y cuidado, se busca establecer un marco ético que garantice el consentimiento informado, la confidencialidad y el respeto a la autonomía de aquellos que son protagonistas de estas representaciones visuales. La ética en la publicación de material fotográfico se erige como un pilar fundamental para asegurar que la difusión de estas imágenes se realice con integridad y consideración hacia las personas y comunidades retratadas.

Actividades Desarrolladas

La iniciativa se inauguró con tareas conjuntas de convocatoria, donde se trabajó de la mano con comunidades locales, líderes étnicos y organizaciones de salud. Este esfuerzo colaborativo garantizó una participación diversa y representativa en el diálogo intercultural. Debido a las dificultades de amenazas antrópicas, exorbitantes costos de combustible, alimentación, edad avanzada de muchas parteras con el peligro que esto significa para su movilidad, y sobre todo teniendo en cuenta que este trabajo no se circunscribe a algo coyuntural y están programados otros eventos, se decidió realizar encuentros en puntos estratégicos equidistantes escogiendo inicialmente un grupo de parteras residentes en la jurisdicción del municipio Olaya Herrera que como es costumbre en estos lugares de bautizarlos con diferentes nombres es conocido igualmente como Satinga para continuar posteriormente en el Chocó.

Por lo disperso de la zona las labores de convocatoria se requirieron varias semanas para lograr la comunicación dando a conocer la realización del encuentro, fecha, hora y detalles logísticos.

Durante estos encuentros, se facilitó un profundo intercambio de conocimientos, actitudes y prácticas entre parteras y profesionales de la medicina occidental. Se buscó comprender las perspectivas y abordajes de ambas disciplinas, promoviendo un entendimiento mutuo y respetuoso.

Asistieron al primer conversatorio, durante tres días, cuarenta y tres (43) personas de la zona urbana y rural, con presencia de afro e indígenas Eperara Siapidara.

En los municipios de Alto Baudó (Pie de Pató) y Bajo Baudó (Pizarro) se contó con la presencia de ciento treinta y cuatro parteras (134).

Luego de explicación sobre la dinámica de los encuentros con la invaluable ayuda de traductoras bilingües, se diligenció el formato para recoger información concerniente a nombre, edad, lugar de residencia, experiencia (partera o aprendiz), tiempo de ejercicio.

Tabla 1

Pertenencia Étnica de las Participantes

Pertenencia étnica	Numero de participantes
Afrodescendientes	35
Wounaam Noam	80
Embera Dobida	19
Total	134

Nota. Datos estadísticos de la población de parteras asistentes a los diálogos

Tabla 2

Trayectoria de las Participantes

Trayectoria	Numero de participantes
Partera	96
Aprendiez	38
Total	134

Nota. Datos estadísticos de la población de parteras asistentes a los diálogos

Tabla 3*Formato de Caracterización*

Datos anteriores al embarazo actual														
Nro	Nombres	Lugar de residencia	Edad	Historia de los embarazos anteriores							Atención de partos anteriores			
				Nro de embarazos sin contar el actual	Partos	Normal	Cesárea	Abortos	Muerte en primer año	Fecha ultimo parto	Fecha último periodo menstrual	Fecha probable de parto	Hospital	Partera
1														
2														
3														
4														
5														

Nota. Formato de caracterización simplificado y diseñado para la comprensión de las parteras participantes al encuentro

A continuación, se procedió a la formación de subgrupos de trabajo destinados a analizar preguntas vinculadas a los conocimientos fundamentales en la atención de embarazadas y el proceso de parto.

En seguida, se llevaron a cabo discusiones en plenarias enfocadas en cada uno de los temas, permitiendo un intercambio detallado de ideas y experiencias entre los participantes. En los conversatorios afloraron múltiples prácticas de las parteras en relación con el manejo de la salud de la mujer desde su concepción hasta el parto y por ello queremos consignar algunos ejemplos sin pretender entablar disquisiciones sobre el quehacer médico, optando por buscar puntos de encuentro entre dos culturas.

Cuando la mujer se encuentra en su etapa de gestación recibe atención continua de la partera para determinar y detectar precozmente posibles complicaciones, pero fundamentalmente para brindarle orientaciones. En lo que respecta a la situación del niño la comadrona realiza revisión empleando sus manos y “sobijos” que buscan acomodarlo en una posición que lo vaya direccionando en la búsqueda del canal vaginal para un nacimiento sin dificultades. Una partera expresó: “en mis treinta años de experiencia ha logrado evitar problemas en el momento final precisamente por acomodar al niño a tiempo” (Martha, Partera Afro, comunicación personal, 2023).

La doctora Guadalupe Camacho (2019) define técnicamente estos movimientos denominados las maniobras de Leopold (descritas por primera vez en 1984), como una serie de movimientos que hacen los ginecólogos, enfermeras obstétricas y parteras para conocer como “viene” el bebé, de acuerdo con los resultados los expertos determinarán y recomendarán si el pequeño nacerá vía cesárea o vaginal.

Esto nos muestran coincidencias en el actuar buscando los mismos objetivos, con la gran diferencia que los médicos cuentan con el recurso de la ecografía que permiten conocer detalladamente la posición del bebe, sin embargo, debe crearse un puente de comunicación para que las parteras puedan remitir los casos complicados.

Continuando con otros temas relacionados al parto, el ámbito académico representado en diversas organizaciones de ginecología y obstetricia ha sostenido que una maniobra realizada por las parteras, que implica la rotación de la cabeza del niño y la protección de la zona perineal de las mujeres, era contraproducente. Según la perspectiva académica, lo correcto sería llevar a cabo una escisión para allanar el camino para la salida del niño. En el encuentro una partera longeva planteó que ella empleando una práctica aprendida de su mamá que también era partera, logra que el alumbramiento “se produzca sin necesidad de emplear ningún aparato” (Rosmilda, Partera Afro, comunicación personal, 2023).

Figura 1

Partera Afro Puerto Saija, Cauca



Lo que mencionan las parteras se denomina episiotomía que como lo explica García (2016), consiste en la sección perineo vaginal realizada comúnmente en sentido medio lateral o en la línea media. Esta incisión se realiza en muchos países como un procedimiento más dentro de la rutina diaria de la atención de partos. No por esto se debe tomar como imprescindible su uso y realizar episiotomías a todas las mujeres que estén en trabajo de parto.

Figura 2

Mesa de Trabajo con Parteras de la Comunidad en Timbiquí, Cauca



Albina (2009) en *Uso Rutinario de la Episiotomía y Complicaciones Asociadas*, recomienda que dentro de la práctica de la episiotomía se deben tomar en cuenta que no solo se limita al corte que se realiza, sino también a otros factores como: la técnica, las posibles complicaciones inmediatas, mediatas y a largo plazo, entre otras. En un estudio que se realizó, la herida resultante de la episiotomía tardaba más tiempo en cicatrizar que la herida resultante de un desgarro, es decir de un parto vaginal sin episiotomía.

Por otra parte, entre los muchos intercambios de saberes en los encuentros realizados, se encontraron otras prácticas de algunas comunidades indígenas y afro, entre estas existe la costumbre de colocar en el muñón umbilical elementos como partes de animal, hierbas entre otras cosas aspirando que cuando el niño crezca tendrá las características positivas por ejemplo del animal (si fue un pelo de tigre, tendrá una gran agilidad) y este felino no lo atacará.

Figura 3

Bebidas Ancestrales para la Atención del Parto



María una indígena Eperara explicó el procedimiento subrayando la realidad de esta costumbre que en su comunidad se ha comprobado en todos los casos en que los infantes fueron ombligados, nombre que se da a ese ritual. Analizando esta costumbre y luego de escuchar a Dolores una partera afro, quedó en evidencia una parte de esta costumbre que es nociva y es el empleo de una resina llamada anime, para sellar el ombligo, porque al cerrar herméticamente el muñón convertimos esta parte del cuerpo en un caldo de cultivo de la bacteria anaeróbica *Clostridium Tetani* origen del tétano neonatal,

Este tema de la ombligada produjo una enriquecedora discusión llegando a un consenso en el sentido de inicialmente no emplear el anime, una especie de resina que al ser utilizado favorece el crecimiento del *Clostridium Tetani*, vector del tétanos neonatal.

Durante los encuentros, se abordó otro tema relevante relacionado con las prácticas de bioseguridad, específicamente en lo que respecta al tratamiento de la placenta. Según las directrices de bioseguridad, se sugiere clasificar la placenta como residuo hospitalario. Sin embargo, desde una perspectiva ancestral, los indígenas atribuyen una importancia crucial a la placenta al considerarla la morada del niño durante el embarazo.

De acuerdo con la creencia de un sabedor, la placenta llega a convertirse en "su otro yo". Debido a esta percepción, demandan a la medicina occidental que se les entregue la placenta para llevar a cabo rituales de acuerdo con sus costumbres.

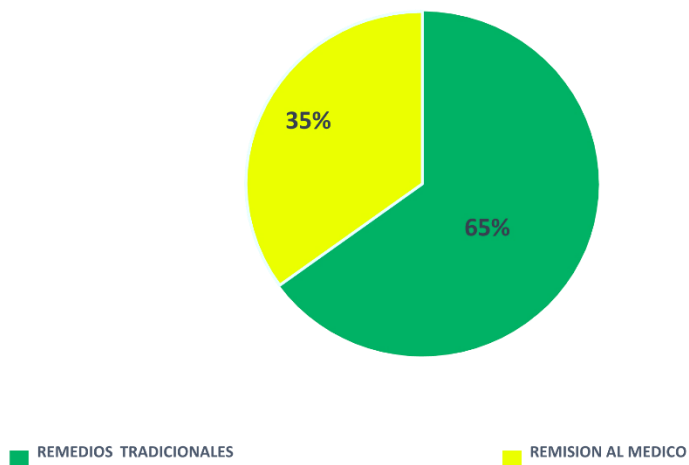
Al preguntarse a las asistentes sobre el conocimiento que tienen sobre derechos relacionados con su cultura de acuerdo con la normatividad existente en Colombia, se detectó su desconocimiento. Acorde con esta situación se hizo explicación sobre diferentes tópicos relacionados con este tema.

El rol de comadronas "traedoras de vida" sigue teniendo preponderancia especialmente en las comunidades étnicas, convirtiéndose en bastiones para la defensa del binomio madre-hijo, logrando la pervivencia de quienes representan nuestro origen.

Al aplicar un instrumento de recolección de datos con preguntas orientadas a conocer la postura de las parteras respecto a problemas que puedan presentar las mujeres en su etapa de gestación, los resultados nos mostraron la defensa férrea que ellas hacen de los tratamientos tradicionales llegando su empleo al sesenta y cinco por ciento (65%) comparado con la atención por parte de la medicina formal.

Figura 4

Estadística de Embarazadas con Problemas de Salud



Nota. Porcentaje de casos de partos en estado de complicación tratados con parteras y remisiones a centros asistenciales.

En las discusiones finales, el noventa por ciento (90%) expresó su decisión de continuar con la aplicación de remedios caseros de manera preventiva ante las señales de peligro de una embarazada o hacerlo mientras se realizan las gestiones para remitir a la paciente a un centro médico. Los argumentos de quienes no se mostraron completamente de acuerdo en remitir a pacientes con complicaciones al médico occidental, se manifestaron entre las parteras indígenas, argumentando que en los hospitales no hay cuidados ni afecto, poco respeto a la privacidad y trato desconsiderado.

Entre estos diálogos se socializó que la concertación para el trabajo mancomunado entre la medicina occidental y la ancestral con realce de las parteras, son importantes pilares para la atención de embarazadas con problemas que siguen acudiendo a ellas como único recurso existente en esas zonas dispersas y olvidadas. Como lo sustenta Laza y Ruiz (2010), evidenciaron como “los choques culturales se volvieron parte de las experiencias y recuerdos

negativos de las parturientas en los encuentros con los servicios y profesionales de salud durante la atención del parto; como resultado del desconocimiento de la realidad social y las prácticas y creencias culturales de estas comunidades rurales. Así, además de las dificultades para el acceso a los servicios de salud de esta región, la preferencia por los cuidados de la partera se relacionaba con los problemas de acceso cultural y etnocentrismo evidenciados en no ser escuchadas, el no reconocimiento de sus prácticas y creencias culturales; la infraestructura hospitalaria considerada como fría y poco cómoda; la imposibilidad de estar acompañada por su familia; el trato de los profesionales de la salud y el desacuerdo con procedimientos para la atención del parto como la cesárea.

A pesar de la importancia que se otorga al ritual denominado “Chigualo” cuando muere un niño recién nacido porque se piensa se convertirá en ángel por estar libre de pecado, se hizo por parte del maestrante la presentación de la frase de su cosecha: “es mejor apar que chigualear” (Gómez, 2023), que hace referencia a que es mejor apar (cargar el niño a la espalda) que chigualear (hacer una fiesta ante la muerte del niño) recibiendo unanimidad por parte de los participantes en los encuentros, tomando sentido y resaltando la importancia de cuidar la vida por encima de todo.

En aras de lograr un acercamiento entre ambos saberes, con presencia de autoridades de salud, funcionarios de administraciones municipales autoridades indígenas y miembros de consejos comunitarios afro, se establecieron diez rutas para llevar a cabo los traslados de pacientes desde las comunidades hasta los centros de salud, involucrando en estas operaciones los diferentes estamentos, convirtiéndose este logro en uno de los más positivos, vislumbrándose esta situación como la posibilidad de alcanzar el objetivo de esta investigación, en los municipios donde se desarrolló.

Figura 5*Diseño de Rutas con la Comunidad*

Nota. Diseño de rutas que se deben tener en cuenta para los traslados de pacientes con complicaciones

En los encuentros realizados se obtuvieron informaciones de primera mano plenas de contenidos ancestrales que se compartieron con autoridades de salud estatales y que se encuentran en proceso para presentarlas en el ámbito académico pensando en que este es un proceso en ciernes y requiere muchas y arduas jornadas de trabajo y procesamiento.

Figura 6*Diálogos Establecidos con las Comunidades*

Nota. Acercamiento entre parteras afro Satinga y entidades estatales.

Conclusiones

El diálogo sigue siendo la fórmula providencial para dirimir cualquier tipo de diferencias especialmente las conceptuales. A pesar de todas las arremetidas, las parteras siguen teniendo gran vigencia en comunidades vulnerables como las de la costa pacífica y por ello requieren total y real apoyo otorgándoles el sitio que se merecen.

El encuentro de saberes en este caso específico debe ser una salida a asumir con plena apertura que permita crecimiento en ambas orillas trayendo como uno de los principales beneficios, la cualificación en la atención de mujeres que pertenecen a la franja más olvidada de nuestra patria.

Las discusiones al interior de los subgrupos y en las plenarias, fueron enriquecedoras permitiendo hallazgos que se convierten en un preciado filón de sabiduría que nos muestra a las claras cómo los saberes ancestrales deben ser coadyuvantes en la construcción de escenarios para manejo de situaciones difíciles en el campo de la salud.

En el total de las apreciaciones entregadas la postura de las parteras fue la de subrayar las tareas que llevan a cabo en medio de la indiferencia y falta de apoyo y la decisión de continuar dando el apoyo a mujeres que ven en ellas su única esperanza.

Al contrastar lo tradicional con lo occidental con base en las preguntas orientadoras plantearon la necesidad de revisión en algunas concepciones, debido a cambios que han tenido ocurrencia como producto de investigaciones siendo preciso buscar caminos para lograr un trabajo mancomunado con la medicina occidental en los casos en que la situación de la paciente se sale de control.

Recomendaciones

Es preciso puntualizar que el lenguaje técnico empleado por los profesionales de la salud egresados de la academia para la población es una forma más de reproducción de la subyugación, por esto se requiere como una forma de lucha decolonial, rescatar, fortalecer y visibilizar las lenguas maternas, recomendando a las personas que lean este trabajo de investigación el tacto humanizado al momento del ejercicio profesional. En la medida que se logren derruir “pedestales del saber” se lograrán cambios actitudinales que producirán acercamientos al sistema de salud regido actualmente en el país.

A la Universidad Nacional Abierta y a Distancia se recomienda persista en su compromiso con la promoción de la valorización de la cultura y la diversidad, especialmente en el contexto del diálogo intercultural. El trabajo significativo realizado en el proceso de diálogo intercultural para permitir el reconocimiento cultural de la partería frente a la medicina occidental, específicamente en comunidades afrodescendientes e indígenas de las etnias: Eperara Siapidara, Dóbida, Wounaan, Chamí y Katio, ubicadas en los municipios de Pizarro y Litoral del San Juan, así como en Timbiquí en los departamentos del Chocó y Cauca, debe servir como modelo y base para futuras iniciativas.

Para ello, se sugiere continuar fortaleciendo y ampliando los espacios de diálogo intercultural, asegurando la representación equitativa de perspectivas culturales diversas. Además, la universidad puede considerar la integración de contenidos relacionados con la partería y la atención culturalmente competente en sus programas académicos y eventos, promoviendo así la comprensión y aprecio de las prácticas culturales en el ámbito de la salud. Este enfoque contribuirá a consolidar un entorno universitario que no solo celebre la diversidad,

sino que también respalde activamente el reconocimiento cultural y la colaboración respetuosa entre la partería y la medicina occidental.

Referencias Bibliográficas

- Adriana Rosas Consuegra, J. S. (2018). Apropiación Cultural Caribe. Mejoras.
<https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/7057/Aptopiacionculturacaribe.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alarcón, R., Alarcón, T. A., Arana, V., Araya, M. J., Brandao, T., Casillas, S. M., . . . Sieglin, V. (2021). Las parterías tradicionales en América Latina: cambios y continuidades ante un etnocidio programado. Luscinia C.E.
<https://air.uniud.it/retrieve/handle/11390/1207655/543270/Parteri%CC%81as%20tradicionales%20en%20Am%C3%A9rica>
- Albina, F. (2009). Uso Rutinario de la Episiotomía y Complicaciones Asociadas en Mujeres Nulíparas Atendidas de Parto Vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana. *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad*, 1(4), 100-110.
<https://inppares.org/magazine/Revista%20IV%202009/7-%20Uso%20Episiotomia.pdf>
- Argüello, H. E. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? *Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. LiminaR*, 12(2). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272014000200002
- Bello, L. M. (2016). Caracterización de la mortalidad materna en comunidades indígenas colombianas.
https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/58771/52818209_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Briñez, L. F. (2017). La partería como saber médico tradicional en el resguardo indígena de vuelta del Rio-Ortega, Tolima: un estudio de caso.

<https://repository.ut.edu.co/server/api/core/bitstreams/be10e502-56e1-42a9-8ceb-358cee27f1e9/content>

Carvajal, R. (12 de enero de 2018). Panorama académico y político que enfrentan las parteras tradicionales en América Latina . <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2018.v44n3/e1061/es>

Colombia, R. d. (25 de Abril de 2017). Ministerio de Cultura. Resolucion 1077:

<https://www.mincultura.gov.co/prensa/noticias/Documents/Patrimonio/20-Parter%C3%ADa%20afro%20del%20Pac%C3%ADfico%20-%20Resoluci%C3%B3n.pdf>

Congreso de la República Colombia. (27 de Agosto de 1993). Ley 70.

<https://www.minagricultura.gov.co/Normatividad/Leyes/Ley%2070%20de%201993.pdf>

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (19 de Agosto de 1997). Acuerdo 72 .

<https://www.riadis.org/wp-content/uploads/2020/10/Acuerdo-72.pdf>

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (29 de Diciembre de 1998). Acuerdo 117.

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14530>

Duarte, M. B., Palacio, L. S., Leyva, R., & Noreña, C. (2011). Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes.

<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2015.v31n12/2635-2648/es>

Europa, C. d. (Junio de 2008). LibroBlancosobreelDiálogo Intercultural:

“Vivirjuntosconigualdignidad”.

https://www.coe.int/t/dg4/intercultural/Source/Pub_White_Paper/WhitePaper_ID_SpanishVersion.pdf

- Fernandez, F. (2006). Conversación, Diálogo y Lenguaje en el Pensamiento de Hans-Georg Gadamer. *Anuario Filosófico* , 39(1), 55-76. <https://revistas.unav.edu/index.php/anuario-filosofico/article/view/29314>
- Ferrão, V. M. (2010). Educación Intercultural en América Latina: Distintas Concepciones y Tensiones Actuales . *Estudios Pedagógicos*, 36(2), 333-342.
<https://www.scielo.cl/pdf/estped/v36n2/art19.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF. (Diciembre de 2008). Salud Materna y Neonatal.
<https://books.google.com.co/books?id=MIMawU9tPuIC&pg=PA51&lpg=PA51&dq=%E2%80%9CReducir+las+muerteres+maternas+derivadas+de+complicaciones+en+el+parto+es+totalmente+posible+aumentando+el+n%C3%BAmero+de+nacimientos+asistidos+por+un+trabajador+sanitario+capaci>
- Garcia, E. (2016). La Episiotomía en la Era de un Parto humanizado. *Fundación de la Enfermería de Cantabria*: <https://www.index-f.com/nuberos/2016pdf/1869.pdf>
- Ibarra, M. C. (Marzo de 2022). Conocimiento de la partera Chol para la identificación de signos y síntomas de alarma en el embarazo, parto y puerperio en las usuarias de Arimatea municipio de Palenque Chiapas en el año 2021 .
<http://www.repositorio.unach.mx:8080/jspui/bitstream/123456789/3583/1/12021005%20%20MARY%20CARMEN%20IBARRA%20MEJ%c3%8dA%20-%20Mary%20Carmen%20Ibarra%20Mejia.pdf>
- Laureano, J., Villaseñor, M., Mejía, M. L., & Ramirez, H. (2016). Ejercicio tradicional de la partería frente a su profesionalización: estudio de caso en Jalisco, México. *Revista*

Facultad Nacional de Salud Pública, 34(3), 278-284.

<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n3a02>

Macias, M. G. (Marzo de 2021). Alwatalab: disputas contemporáneas de mujeres tének por el cuerpo y la salud frente a la biomedicina .

<https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstreams/1e6e5e91-6ee9-41a8-947c-5b7163913fc7/content>

Martínez, A. J., Arango, M. C., & Hoyos, E. (2022). Diálogo intercultural con los niños y las niñas Emberá Chami para facilitar la enseñanza de las estrellas y el fenómeno de la luz. Repositorio Institucional Universidad de Antioquia:

https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/30111/2/MartinezAstrid_2022_DialogoInterculturalEmberacham%C3%AD.pdf

Organizacion Mundial de la Salud-OMS. (6 de Febrero de 2023). Estrategia Mundial de la OMS sobre Medicina Tradicional. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152\(18\)-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152(18)-sp.pdf)

Parra, L., & Pacheco, A. M. (2006). ¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud. *Revista Ciencias de la Salud*, 4, 110-121. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/544/468>

Portela, H., Astaiza, N., Guerrero, N. Y., & Rodriguez, S. (2013). Rescatar la medicina tradicional en salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas a través del diálogo intercultural. *Universidad y Salud*, 15(2), 238-255. <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v15n2/v15n2a14.pdf>

Posada, J. (1995). *Un arte de curar, aventura por los caminos de la bioenergética*. Normas.

- Prieto, D. M. (2014). Diálogo Intercultural y Políticas de Salud en la Comunidad Indígena de Cartagena Departamento del Amazonas.
- <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/47652/52822613.2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- República de Colombia . (25 de Febrero de 2000). Ministerio de Salud. Resolución Número 412.
- <https://convergenciagnoa.org/wp-content/uploads/2017/07/Resolucion-412.pdf>
- República de Colombia. (Julio de 1991). Corte Constitucional . Constitución Política Colombia.
- <https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%202015.pdf>
- República de Colombia. (16 de Febrero de 2015). Ley estatutaria 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
- https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- República de Colombia. (11 de Mayo de 2015). Ministerio de Salud y Protección Social.
- Resolución Número 1536.
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1536-de-2015.pdf>
- República de Colombia. (25 de Abril de 2017). Ministerio de Cultura. Resolución 1077.
- <https://www.mincultura.gov.co/prensa/noticias/Documents/Patrimonio/20-Parter%C3%ADa%20afro%20del%20Pac%C3%ADfico%20-%20Resoluci%C3%B3n.pdf>
- Rozo, S. M. (2019). ¿Cómo promover el diálogo intercultural desde una perspectiva bioética en una institución de salud?

https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/5357/Rozo_Mateus_Sandra_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sorókina, T. N. (2018). Diálogo: El Problema de la Conceptualización y de las Definiciones Terminológicas. Cuadernos de la ALFAL, 10(2), 29-56.

https://www.mundoalfal.org/sites/default/files/revista/10_2_cuaderno_005.pdf

Towler, Jean; Bramall, Joan. (1997). Barcelona: Masson.

Tunubalá, G., & Fayad Sierra, J. (2021). Voces Invisibilizadas: Hacia un Diálogo Intercultural Entre el Saber Misak y el Conocimiento Global. Nodos y Nudos, 7(50), 159-172.

<https://revistas.pedagogica.edu.co/index.php/NYN/article/view/12610/10422>

UNESCO- ICSU. (1 de Julio de 1999). Declaración Sobre la Ciencia y el Uso del Saber Científico. <https://ilamdocs.org/lector/2870/>

UNESCO. (s.f.). Naciones Unidas. Día Mundial de la Diversidad Cultural para el Diálogo y el Desarrollo : <https://www.un.org/es/observances/cultural-diversity-day/background>

Vallardes, L. (2011). Un modelo dialógico intercultural de educación científica. Cuadernos Interculturales, 9(16), 119-134. <https://www.redalyc.org/pdf/552/55218731008.pdf>

Velazco, A. y. (2009). Una síntesis de la teoría del diálogo. Argos, 26(50).

https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0254-16372009000100006&script=sci_arttext

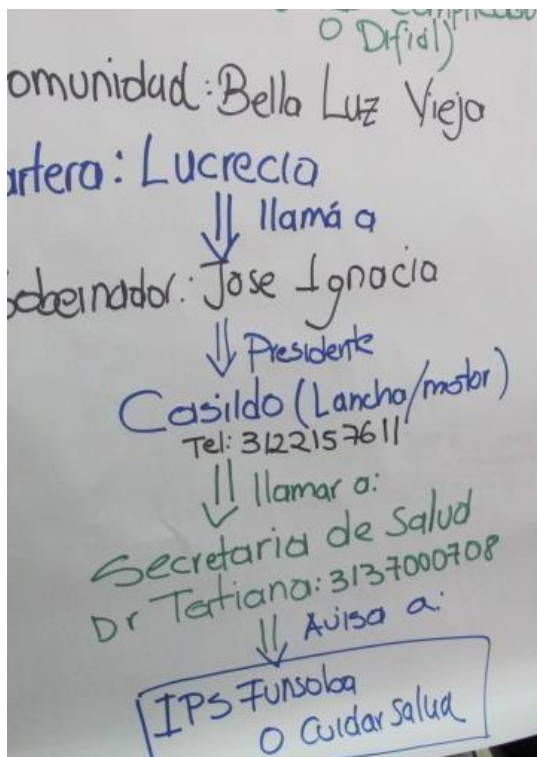
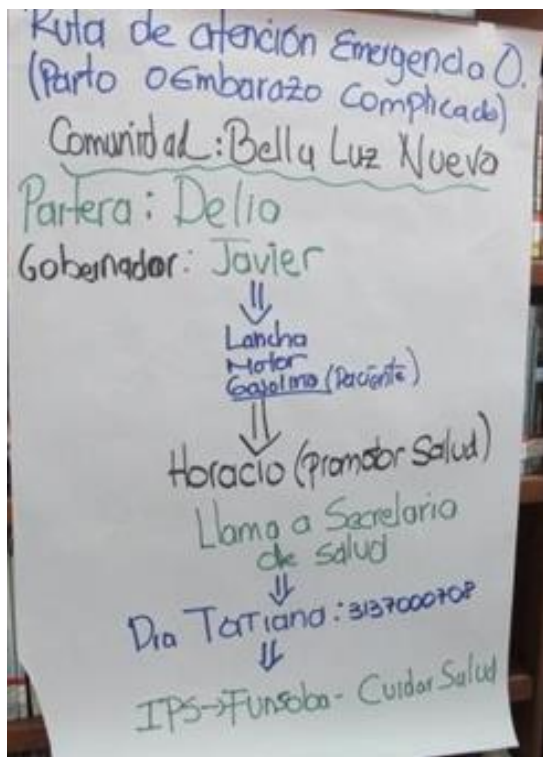
Walsh, C. (2005). La Interculturalidad en la Educación. Ministerio de Educación Perú & UNICEF.

https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/La%20interculturalidad%20en%20la%20educacion_0.pdf

Apéndice

Apéndice A

Rutas para el Traslado de Mujeres Gestantes



Apendice B*Registro de Material Educativo Contextualizado*

Apendice C

Demostraciones con el Material Contextualizado



Apéndice D

Señales de Peligro para Mujeres Gestantes Contextualizadas



SI LA EMBARAZADA TIENE ALGUNO DE ESTOS PROBLEMAS DEBE IR A PARIR AL HOSPITAL RÁPIDO, EN MOTOR, NO EN POTRILLO.

INVESTIGACION, ADAPTACION, DISEÑO OSCAR ARLEY GOMEZ OSPINA.

 <p>LE DUELE LA CABEZA EN DEMASIA COMO SI LA TUVIERA TAPIADA O SI LE ZUMBAN LOS OIDOS O ESCUCHA PITOS</p>	 <p>BARRIGA MUY GRANDE. AL MEDIRLA TIENE MAS DE 35 CENTIMETROS O SE ALCANZA CUANDO RESPIRA</p>	 <p>TIENE LA CARA, LAS MANOS O LOS PIES HINCHADISIMOS</p>	 <p>VE LUCECITAS COMO COCUYOS AUNQUE SEA DE DIA</p>
 <p>VE TODO COMO BORRONADO COMO BORROSO COMO SI TUVIERA TELARANAS EN LOS OJOS</p>	 <p>LE SALEN LIQUIDOS O SANGRE POR LA VAGINA COMO SI TUVIERA EL PERIODO O TIENE UNA DIARREA QUE NO SE LE QUITA</p>	 <p>VOMITA SIN PARAR. NADA DE LO QUE COME SE LE QUEDA EN EL ESTOMAGO O SIENDE MUCHAS NAUSEAS</p>	 <p>SIENDE ARDOR EN LA BOCA DEL ESTOMAGO O ARDOR BAJITO CUANDO ORINA O TIENE FIEBRE</p>
 <p>EL NINO NO SE SIENDE, NO SE MUEVE NI CON LOS SOBIJOS COMO SI ESTUVIERA MUERTO EN UN CHIGUALO</p>	 <p>SIENDE DOLORS ANTES DE TIEMPO ANTES DE LLEGAR LA FECHA DEL PARTO</p>	 <p>TIENE MENOS DE QUINCE AÑOS</p>	 <p>TIENE MAS DE TREINTA Y CINCO AÑOS</p>

NO OLVIDE IR A LOS CONTROLES DE EMBARAZO NO PUEDE TOMAR VICHE, NINGUN LICOR, NI FUMAR

DERECHOS RESERVADOS DE AUTOR - OSCAR ARLEY GÓMEZ OSPINA - FUNDACIÓN NAYUPA

**SEÑALES PARA QUE UNA EMBARAZADA VAYA ADONDE EL
THE' WALA, LA PARTERA O AL HOSPITAL**

<p>MUY FUERTE DOLOR DE CABEZA</p>  <p>DXIKTHE SENA AKÁ</p>	<p>BARRIGA MUY GRANDE</p>  <p>TUDX WALA</p>	<p>PIES MUY INCHADOS</p>  <p>ÇXIDA XSUXÍ</p>	<p>VE LUCECITAS O BORROSO</p>  <p>ÇEITHE UYUT</p>
<p>DUERME MUCHO DE DÍA</p>  <p>EENKUDEJEK</p>	<p>LE SALEN LÍQUIDOS O SANGRE POR LA VAGINA</p>  <p>EEYUSEJÉ</p>	<p>VOMITA SIN PARAR</p>  <p>SENA PUGAK</p>	<p>ARDOR EN LA BOCA DEL ESTÓMAGO O AL ORINAR</p>  <p>TUDXAÇXA'</p>
<p>NO SIENTE EL NIÑO</p>  <p>LUXÇWE ESEKWE</p>	<p>SIENTE DOLORS ANTES DE TIEMPO</p>  <p>EWMEU'PNA</p>	<p>TIENE MENOS DE QUINCE AÑOS</p>  <p>KSEBAE'Z ÇXASKIMENA</p>	<p>TIENE MAS DE TREINTA Y CINCO AÑOS</p>  <p>KSEBA TEKTAÇ TAKWEÇ JIPNA</p>