

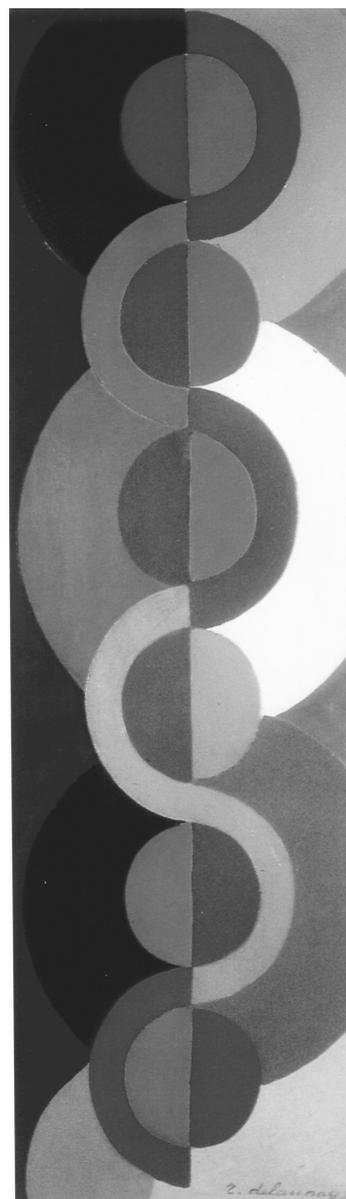
---

## DOSSIER

---

**¿Hegemonía y salud?: cultura y formas de atención a la salud sexual y reproductiva en un colectivo de mujeres en situación de exclusión social (el caso de las mujeres afrocolombianas pobres de la ciudad de Buenaventura)**

*Martha Cecilia Navarro-Valencia*



---

**¿Hegemonía y salud?: cultura y formas de atención a la salud sexual y reproductiva en un colectivo de mujeres en situación de exclusión social (el caso de las mujeres afrocolombianas pobres de la ciudad de Buenaventura)\***

---

**Hegemony and Health?  
Culture and Forms of Assistance to the Sexual and Reproductive Health Demands of a Socially Excluded of Women Collective (the Case of Poor Afro-Colombian Women of the City of Buenaventura)**

---

**Hegemonia e Saúde?  
Cultura e formas de atenção à saúde sexual e reprodutiva num coletivo de mulheres em situação de exclusão social (caso das mulheres afro-colombianas pobres da cidade de Buenaventura)**

---

Fecha de recepción: 30-10-10 Fecha de aceptación: 15-04-11  
SICI: 1657-7027(201106)10:20<14:HYSCFA>2.0.TX;2-W

Martha Cecilia Navarro-Valencia\*\*

---

\* Artículo de reflexión asociado al proyecto “Prácticas de salud en mujeres inmigradas que viven en condiciones de exclusión social”, Universidad de Girona, Cataluña, España.

\*\* Doctora en Antropología Social y Cultural. Profesora invitada al Programa de Sociología, Universidad del Pacífico, Buenaventura, Colombia. Dirección de correspondencia: Calle Migdia 167 5ªA, Girona. Correo electrónico: marta\_palmira@yahoo.com.mx



### Resumen

El presente artículo describe y analiza las percepciones, usos y respuestas que las mujeres afrocolombianas pobres de la ciudad de Buenaventura dan a los problemas de atención a la salud reproductiva. Eventos como nacer, morir, enfermar y atender la salud, si bien ocurren en el cuerpo, deben pensarse como hechos socioculturales respecto de los cuales los distintos grupos de población construyen acciones, técnicas e ideologías. Es entonces desde esta premisa que me aproximo a las situaciones que llevan a las mujeres afrocolombianas pobres a utilizar los dos principales sistemas de atención que hay en la ciudad, el hegemónico o biomédico y el tradicional. En el artículo busco dilucidar cómo la decisión de estas mujeres de optar por una u otra forma de atención a la salud está mediada por factores de orden geográfico, cultural, social y económico. El documento tiene carácter interdisciplinario; está planteado desde la antropología social, la antropología de la salud, los estudios de género y la sociología.

**Palabras clave autor:** exclusión social, pobreza, salud sexual y reproductiva, mujeres afrocolombianas, Pacífico colombiano

**Palabras clave descriptor:** antropología médica, derechos sexuales y reproductivos, seguridad social, atención primaria, medicina doméstica, medio rural

### Abstract

This article is comprised by the description and analysis of the perceptions, customs and answers that poor Afro-Colombian women in the town of Buenaventura have to the problems arising from the assistance given to their reproductive health. Even though events like birth, death and sickness are natural happenings, first and foremost they have to be conceived as sociocultural facts whereby various population groups take action and construct their own techniques and ideologies. It is then from this scope that I approach the situations that lead these women to use the two main systems of health assistance that are in the town; the hegemonic or biomedical system and the traditional system. This article aims at elucidating how the decision of these women to opt for one way of assistance or another is strongly influenced by geographical order, cultural, social and economic factors. The study holds an interdisciplinary character as it was formulated using several viewpoints such as social anthropology, health anthropology, gender studies and sociology.

**Key words author:** Social exclusion, poverty, sexual and reproductive health, Afro-Colombian women, pacific region in Colombia

**Key words plus:** medical anthropology, sexual and reproductive rights, social security, primary health care assistance, domestic medicine, rural context

### Resumo

O artigo presente descreve e analisa as percepções, usos e respostas que mulheres afro-colombianas pobres da cidade de Buenaventura dão aos problemas de atenção à saúde reprodutiva. Ocorrências como nascer, morrer, enfermar e atender à saúde, embora aconteçam no corpo, devem se pensar como fatos sócio-culturais respeito dos quais os diferentes grupos de população constroem ações, técnicas e ideologias. É, então, a partir dessa premissa que me aproximo a situações que levam às mulheres afro-colombianas pobres a utilizar os dois principais sistemas de atenção que a cidade tem, o hegemônico ou biomédico e o tradicional. No artigo, procuro elucidar como é que a decisão das mulheres de optar por uma ou outra forma de atenção à saúde é mediada por fatores de ordem geográfica, cultural, social e econômica. O documento tem caráter interdisciplinar, é exposto desde a antropologia social, antropologia da saúde, estudos de gênero e sociologia.

**Palavras-chave:** exclusão sexual, pobreza, saúde sexual e reprodutiva, mulheres afro-colombianas, Pacífico colombiano

**Palavras-chave descritores:** antropologia médica, direitos sexuais e reprodutivos, segurança social, atenção primária, medicina doméstica, meio rural.

## Introducción

En buena medida, el eje de este artículo está en una pregunta de ida y vuelta: ¿qué pueden decir las dos principales formas de atención a la salud, biomédica y tradicional, que hay en la ciudad de Buenaventura (Colombia) sobre las relaciones económicas y socioculturales de las mujeres afrocolombianas<sup>1</sup> de la ciudad?, pero también, ¿qué pueden decir las relaciones socioeconómicas y culturales de las afrocolombianas de Buenaventura acerca de las prácticas de salud?<sup>2</sup>

Me aproximo a las situaciones que llevan a estas mujeres a utilizar uno u otro sistema de atención a la salud que hay en la ciudad: el biomédico<sup>3</sup> público, concretado en este artículo en el hospital departamental, dos centros y trece puestos de salud, y los sistemas de atención alternativos, a los que pertenece la medicina tradicional,<sup>4</sup> representada

en este estudio por las parteras empíricas capacitadas.

El estudio sobre el cual se basa la reflexión aquí presentada mostró que si bien las afrocolombianas pobres de la ciudad viven situaciones de marginación en el espacio oficial de la atención a la salud, dicha marginación, igualmente, tiene una estrecha vinculación con otras formas de desventaja social, desde ámbitos más amplios, que llevan a estas mujeres a vivir cotidianamente situaciones de marginación y exclusión; tal es el caso de la subordinación de género, socioeconómica y racial.<sup>5</sup>

En la región del Pacífico colombiano, la convergencia de circunstancias como las dificultades de acceso, dadas las condiciones geográficas de esta zona del país, y la desatención económica y política, por parte del Estado, de los servicios públicos –tal es el caso de la salud pública tratada aquí–, es un factor que tradicionalmente ha convertido a las parteras en agentes de salud, con un destacado protagonismo entre la población.

En mi experiencia profesional con las afrocolombianas de la ciudad, he podido constatar la existencia de una amplia gama de matices en cuanto a apropiación de uno u otro sistema de atención. Sin desconocer el destacado papel que está jugando el acelerado proceso de homogenización de las prácticas de aten-

- 1 El término afrocolombiano emerge por analogía del afroamericano, propuesto en los Estados Unidos por los movimientos sociales que siguieron al período de lucha por los derechos civiles durante los años sesenta. Igualmente, la autoría del término es del antropólogo norteamericano Melville Herkovits, dado a los descendientes de las poblaciones africanas llegadas desde África a América en condición de esclavos/as.
- 2 Este trabajo es parte de una investigación sustentada en un trabajo de campo realizado entre 2002 y 2003, que incluyó entrevistas en profundidad y observación participante en espacios públicos y privados. No obstante haber realizado las entrevistas en los años mencionados, he seguido vinculada a la ciudad en los años sucesivos, lo que me ha permitido reconstruir las relaciones cotidianas, las dinámicas interpersonales y las acciones sociales de las mujeres afrocolombianas de Buenaventura.
- 3 La biomedicina, llamada también medicina hegemónica, formal, oficial, occidental, científica hace referencia al conjunto de saberes generados de la hegemonización de otros conocimientos, a partir del siglo XVIII, llegando a identificarse en algunos contextos sociales como la forma legítima de acercarse, diagnosticar, explicar, atender u solucionar los problemas relacionados con la atención a la salud (1).
- 4 La medicina tradicional consiste en un sistema de atención a los problemas de salud que va más allá de aspectos curativos específicos, cubriendo un amplio abanico de prácticas y representaciones en

la vida individual y colectiva de los distintos grupos sociales. Si bien ésta alude al cuidado y conservación de la salud, no constituye en modo alguno “un cuerpo homogéneo y compacto” (2:80), sino que es permeable a las relaciones interpersonales y familiares donde converge de forma conflictiva hasta configurar un universo simbólico con cuyas claves se sienten identificados los distintos grupos de población (3,4,5).

- 5 La población afrocolombiana se encuentra a lo largo y ancho del territorio nacional. Su referencia es a unos grupos poblacionales con raíces y descendencia histórica, étnica y cultural africana nacidos en Colombia, con su diversidad racial, lingüística y folklórica (6).



ción a la salud, a través de la medicalización,<sup>6</sup> las afrocolombianas son un colectivo aún proclive a atender los problemas de salud desde la medicina tradicional, desarrollando desde este ámbito de atención a la salud un considerable acervo de habilidades y recursos de tipo simbólico, material y social.

La situación social y económica de los grupos afrocolombianos presenta mayores índices de vulnerabilidad si se compara con la población no negra. Al medir el efecto de ser afrocolombiano dentro de las probabilidades de ser pobre, “se encontró un efecto positivo y estadísticamente significativo en relación a los hogares no negros cuando la pobreza se mide por el método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) tanto para el Censo de 1993 como para la Encuesta de Calidad de Vida de 2003”(6). Esta situación muestra la relevancia del color de la piel, o la condición étnica, como inductor de las desigualdades para los grupos afrocolombianos, independiente de otras variables; unas desventajas “acumulativas” como consecuencia de su pertenencia étnico-racial.

## 1. La salud sexual y reproductiva como parte de los derechos humanos

La Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo de 1994 conllevó la apertura de una nueva dimensión del período reproductivo de las mujeres; así, se incluyeron los derechos sexuales y reproductivos como parte

6 La medicalización lleva a que “ámbitos cada vez más amplios de la vida personal y social de la gente vayan siendo objeto de preocupación, estudio, orientación y, en definitiva, control por parte de la corporación médica” (7). Convertida entonces la medicalización en “uno de los principales referentes culturales ideológicos y cognitivos que los individuos utilizan para interpretar sus circunstancias” ésta, como un medio de dominación “no neutral” (8:34), ha configurado de distinta forma la salud sexual y reproductiva en hombres y mujeres.

de los derechos humanos,<sup>7</sup> acontecimiento que estableció “el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva” y “el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad a lo establecido en los documentos de derechos humanos” (9:456). Partiendo de la premisa anterior, la salud sexual y reproductiva forma parte de los derechos fundamentales de hombres y mujeres, por lo que velar por la consecución de dicho estado, a través de políticas públicas, se considera una obligación de los distintos gobiernos considerados democráticos (10,11).

En Colombia, la esperanza de vida al nacer de la población es de 75 años (12),<sup>8</sup> y la diferencia en la esperanza de vida de las mujeres respecto de los hombres es de 6,1 años a favor de aquéllas (13). En sí misma esta situación podría verse como un factor positivo para las mujeres, en tanto una mayor longevidad. No obstante, para aquellas mujeres que pertenecen a los sectores más empobrecidos del país esto significa un mayor período de exposición a enfermedades sin una cobertura sanitaria adecuada, y por lo tanto, más años de vida, pero en condiciones desfavorables (14),<sup>9</sup> (15). Así, para muchas mujeres colombianas vivir más tiempo significa que dedicarán un largo período de sus vidas a actividades diferentes a la reproducción biológica y la crianza de sus hijos. No obstante, en este

7 El concepto de salud sexual y reproductiva tuvo su origen en los movimientos feministas de las décadas de los sesenta y setenta, que visibilizaron el carácter político de dicho concepto.

8 En el continente latinoamericano, la esperanza de vida más alta la presenta Chile con 78 años y la más baja Bolivia con 57 años (12).

9 Profamilia es una entidad de carácter privado, fundada en 1965, y cuyo objetivo actual es brindar servicios en el área de salud sexual y reproductiva a las mujeres de clase media y baja; es de cobertura nacional y proporciona a las mujeres, de forma directa o indirecta, más del 65% de todos los métodos anticonceptivos que hay en el país (16).

país un número importante de programas de atención a la salud dirigidos a las mujeres se centran, casi exclusivamente, en temas de planificación familiar y atención prenatal. Programas que sin ninguna duda son importantes, aunque finalmente, por lo general, poco se benefician de ellos las mujeres de los sectores con precariedad económica de las áreas rurales y urbanas del país, en la medida que aquéllos raramente son asequibles para estas mujeres.<sup>10</sup> Si bien esto es cierto, la situación a tener en cuenta aquí sería entonces que las mujeres, aparte de la planificación familiar y la atención prenatal, también tienen otras necesidades y el derecho a una adecuada atención a su salud a lo largo de todo su ciclo vital.

Por otra parte, en la evaluación del estado de salud de la población en países en desarrollo es determinante la situación de desigualdad y discriminación de algunos colectivos, mientras que en los países desarrollados y con mayores niveles de bienestar es relevante, a la hora de evaluar el estado de salud, prestar atención a los diferentes estilos de vida de hombres y mujeres<sup>11</sup> (15,17).

## 2. La atención a la salud desde la perspectiva racial

Si bien todos los países de América Latina tienen población afrodescendiente, el país

<sup>10</sup> Esta situación la planteo en el sentido de que si bien es cierto que estas mujeres son las que en mayor medida necesitan de los servicios sanitarios públicos, dado que no tienen capacidad económica para pagarse las consultas privadas, son también las que viven en los lugares más alejados de los centros sanitarios y están más desinformadas sobre los beneficios que podrían recibir desde la salud pública.

<sup>11</sup> Según Romaní (19:13) los estilos de vida son “conjuntos de pautas de acción y cosmovisiones que dentro de los procesos materiales y simbólicos en los cuales se desarrolla la vida de un individuo o grupo, lo caracteriza por las maneras diferentes de vivir”.

que viene demostrando mayores avances en el ámbito de las prácticas de salud, teniendo en cuenta esta condición entre los distintos grupos de población, es Brasil, donde “la salud de la población negra es un campo de estudio, investigación y atención reconocido desde el punto de vista de su legitimidad política” (18:60).

En el Primer Foro sobre Políticas Públicas en Salud, realizado en Porto Alegre en enero de 2002, “se insistió en la defensa de la salud como un derecho, y en el otorgamiento de garantías para la diversidad cultural mediante procesos de participación pública” (20:52). Igualmente, en el marco de dicho foro, según Oliveira (18), hubo un llamamiento unánime a los gobiernos de la región para que a la hora de diseñar políticas públicas en salud, la especificidad racial entre las poblaciones receptoras de dichas políticas sanitarias tuviera un énfasis privilegiado.

En el caso colombiano, y de acuerdo con Franco (21:68), si bien el tema de la salud ha logrado capacidad de convocatoria, aún no ha llegado a una situación de movilización requerida, “sobre todo cuando se trata de acciones sostenidas”. Este hecho tiene que ver con que las organizaciones sociales no han logrado todavía los niveles de consolidación que las lleven a reaccionar, responder y debatir sobre la problemática sanitaria, teniendo en cuenta el componente multirracial y multicultural propio de la población colombiana. La problemática que vengo señalando requeriría, entonces, a la hora de encontrar caminos hacia una normalización, una mayor solidez de los procesos organizativos por parte de los diferentes sectores sociales, incluidos los de las minorías étnicas “a partir del desarrollo de la conciencia del derecho a la salud” y del compromiso adquirido tanto por las organizaciones de base como por el Estado (21:68).



### 3. Formas de atención a la salud en las afrocolombianas de Buenaventura

Entre la población de la ciudad existen dos discursos dominantes en torno a las prácticas de atención a la salud: el biomédico y el tradicional. He encontrado que las afrocolombianas fácilmente pasan de la utilización de un sistema de atención a otro, o inclusive, en muchas ocasiones, utilizan los dos sistemas de forma simultánea, secuencial o aun paralela, utilizando los dos sistemas de atención, no sólo para diferentes síntomas, sino para una misma enfermedad. Autores como Mallart (22) señalan que el hecho de que un sistema médico aparezca, en algunos casos, con más fuerza que otro, no significa que los dos no formen parte del sistema médico que configura la sociedad. Esta variedad de modos a los que acuden los distintos grupos de población a la hora de encontrar salidas a los problemas de salud, se encuadraría dentro de lo que se conoce como pluralismo médico, es decir, aquel conjunto de respuestas disponibles que en un momento dado una sociedad puede ofrecer a sus miembros.

Otros autores, como Pendersen (23), plantean el pluralismo médico como el conjunto de estrategias de sobrevivencia, relacionadas con prácticas de salud, que desarrollan las poblaciones desbordando las propuestas venidas desde el sector oficial. Para el autor, los distintos sistemas médicos, como estructuras pluralistas, cumplen un papel de representación social, hecho propiciatorio para que su práctica mantenga una relación que unas veces es complementaria y otras veces es competitiva en los tratamientos de las enfermedades, en contextos sociales culturalmente diversos y estratificados.

Las mujeres afrocolombianas del estudio se acogen, inicialmente, a uno u otro sistema de atención, en función de la gravedad o

empeoramiento que perciban del problema de salud.<sup>12</sup> En la elección que hacen de una u otra forma de atención a la salud intervienen factores como la situación económica que estén atravesando y la educación formal adquirida; también son relevantes el conocimiento y el acercamiento, la socialización que hayan logrado con algunos medicamentos de patente, o prácticas de salud tradicionales. Así mismo, la experiencia tiene un papel relevante en la decisión, directa o indirecta, desde su entorno –parientes y vecinas–, respecto de la utilización de uno u otro sistema de atención. Todas las mujeres del estudio señalaron que en algún momento, en mayor o menor medida, han seguido las dos formas de tratamiento ante complicaciones de salud. Al respecto una de ellas afirma: “... las yerbas no cuestan tanto como ir al Hospital, la mayoría de los de por aquí como somos pobres, no vamos para allá; uno si sabe sus cosas se queda en casa y si se agrava ahí sí va al Hospital” (Elvira, 33 años).

Si bien los factores señalados anteriormente son válidos, detrás de esta decisión en la práctica cotidiana, a la hora de elegir una u otra forma de atención, las mujeres señalaron una multiplicidad de factores por los que eligen una opción u otra, y donde la decisión está condicionada por la percepción que en un momento dado tenga la mujer del problema de salud que le aqueje. Esta situación lleva a sugerir que la enfermedad no necesariamente es un problema físico, sino que también remite a la subjetividad, en este caso de las afrocolombianas; a cómo éstas responden e identifican los problemas relacionados con su salud. En esta dirección, autores como Kleinman (24) señalan el dualismo mente/cuerpo, disfunción orgánica/disfunción mental, para referirse, desde una dimensión culturalista, a las experiencias que sobre los padecimientos

<sup>12</sup> La muestra estuvo conformada por 20 mujeres afrocolombianas pobres, con edades comprendidas entre 16 y 75 años.

tienen los individuos. Igualmente, Kleinman afirma que las enfermedades y los padecimientos no pueden considerarse entidades en sí mismas, dado que se trata de construcciones culturales.

Taussig (25:110), por su parte, argumenta que las distintas acciones que grupos e individuos realizan para conservar la salud y atender las enfermedades no compete, en exclusiva, a los ámbitos biológico y físico, sino que éstos son también “signos de relaciones sociales disfrazadas como cosas naturales, ocultando sus orígenes en la reciprocidad humana”. Para el autor, en las sociedades contemporáneas hay la tendencia a negar en las relaciones humanas –en el caso concreto de la atención a la salud– síntomas, signos y terapias, y además de la mitificación de estos procesos, se produce su cosificación biológica y física.

En cuanto a los recorridos que las mujeres afrocolombianas pobres de la ciudad de Buenaventura hacen a la hora de atender la salud reproductiva, el estudio mostró que ellas primero se atienden en casa, desde las prácticas de salud tradicionales, con yerbas, masajes o baños, o bien acuden a la automedicación, y si el problema de salud persiste acuden, bien al hospital, o bien a alguno de los centros o puestos de Salud que hay en la ciudad. El estudio mostró, además, que cuando las mujeres consideran que su problema de salud persiste a corto o mediano plazo, una vez han acudido a la biomedicina vuelven al tratamiento desde la medicina tradicional, ya sea de forma exclusiva, o combinándola con el tratamiento desde las prácticas de salud biomédicas.

Entre las mujeres pobres de Buenaventura hay la tendencia a utilizar antibióticos, entre otros medicamentos; así ocurre con las pastillas anticonceptivas, recomendadas por farmacéuticos que muchas veces no

han realizado estudios formales, sino que aprendieron el oficio de forma autodidacta, una vez realizada una vinculación laboral en este campo. También es frecuente entre las afrocolombianas de la ciudad automedicarse, obedeciendo a la repetición de una situación anterior en otro miembro de la familia, o en una amiga que haya sido recetada con el mismo medicamento:

... Nadie me recomendó a mí estas pastillas, una amiga me las dio y entonces empecé a tomarlas para así no tener más niños, las dos tomamos “Microginol” (...), también tengo una amiga que entiende mucho de estas cosas y cuando me hago exámenes (análisis) se los muestro a ella para que me informe si están normales y para que me recomiende las cosas que tengo que tomar.  
(Lucía, 26 años)

El estudio mostró que uno de los medicamentos con que están familiarizadas las afrocolombianas del estudio es el Pitosín, aunque no manifestaron tener conocimiento de qué las llevó a elegirlo entre otros medicamentos que hay en el mercado. Como justificación o valoración positiva de este cambio, no es el resultado de las visitas a los ginecólogos a los que pueden asistir, sino la eficacia en una amiga que tenía un problema, según ellas, similar.

Igualmente, la tendencia entre las afrocolombianas pobres de Buenaventura, a la hora de atender su salud reproductiva, es acudir como primera opción a las prácticas de salud tradicional con yerbas, masajes o baños, o bien automedicarse, y si el problema de salud persiste, acuden al hospital o alguno de los centros o puestos de salud que hay en la ciudad. Inclusive, algunas mujeres cuando consideran que no hay mejoría a corto o mediano plazo, una vez han acudido a la biomedicina vuelven al tratamiento desde la medicina tradicional, utilizando de forma



simultánea medicamentos desde los dos sistemas de atención.

Cuando yo di a luz, (...) a mí me dio algo muy feo (...) tenía un dolor de cabeza tan fuerte que tuvieron que llevarme al hospital, ¿sabe? Casi me muero. Las pastillas que me mandaron me las tomé pero no me hicieron ningún efecto, yo pienso que lo que de verdad me sirvió fueron las yerbas. Me dieron agua de nacedera<sup>13</sup> con viche para bajar el pasmo... (Polonia, 21 años)

Esta entrevistada hace referencia al *pasmo* como un problema de salud, el cual se define de la siguiente forma: "... es como si el frío se te metiera por dentro del cuerpo, no es doloroso que se diga, sólo que no es bueno tenerlo..." Si bien Polonia habla del pasmo como de un malestar que llega como consecuencia de una situación de parto o posparto, autoras como Sheper Hughes (26:185) señalan que este malestar forma parte de una amplia gama de molestias que son "comunes entre la gente pobre y marginada de muchas partes del mundo", y que la autora define como un fenómeno *folk* "difícilmente específico" y bajo el cual caben otros tipos de afecciones populares entre las cuales están, aparte del pasmo, la parálisis nerviosa o susto, el mal de ojo; "tensiones maritales y rabia reprimida", pero también con la persona que "está enferma y débil carente de fuerza y resistencia" (26:173) como un malestar que, en términos generales, proviene de condiciones socioeconómicas desfavorables.

13 Esta es una planta utilizada con mucha frecuencia entre las mujeres afrocolombianas pobres de la ciudad, dentro de las prácticas de salud tradicionales. Según un médico del hospital, la planta tiene propiedades oxitólicas y provoca contracciones uterinas que ayudan a expulsar restos de placenta o sangre que hayan quedado en el útero después de un parto (ginecólogo del hospital, 2001).

## 4. Prácticas de salud desde la medicina tradicional

### 4.1. Las parteras

En América Latina, en la etapa postcolonial, los médicos calificaron como hechicería las prácticas de salud realizadas por las parteras y, en general, las prácticas de atención a la salud de indígenas, negros y mestizos. La monopolización de la profesión médica en este continente ha tenido fundamentos no sólo sexistas y clasistas, sino también racistas, a la hora de demostrar la supremacía de la medicina europea hegemónica como un elemento que se sumó a la gesta colonizadora (27).

En el siglo xx, en los países occidentales, el sistema sanitario biomédico, haciendo acopio de los avances técnicos y de diagnóstico, ha querido sustituir el papel de las parteras, y ha logrado su objetivo sólo parcialmente, pues si bien el médico ha podido satisfacer, en alguna medida, las necesidades físicas respecto de la atención a la salud reproductiva de las mujeres, no ha logrado ser una alternativa a sus necesidades psicológicas o emocionales.

Actualmente, en América Latina recibe el nombre de partera aquella persona, hombre o mujer, que atiende partos sin haber realizado estudios formales y cuyos conocimientos parten en buena medida de factores como la experiencia y la imitación.

Dentro del gremio de las parteras hay dos categorías: las parteras empíricas tradicionales y las empíricas adiestradas (28). Las parteras empíricas tradicionales son aquellas que han adquirido los conocimientos por tradición oral y a través de la práctica, sin ningún tipo de intervención externa o del sector biomédico, mientras que las parteras empíricas adiestradas, si bien reúnen

las condiciones de las anteriores, también han recibido capacitación desde el sistema sanitario hegemónico. En Buenaventura los cursillos son ofrecidos principalmente por la Secretaría de Salud Departamental. En dicha ciudad se encuentran las dos categorías de parteras señaladas anteriormente.<sup>14</sup>

Las capacitaciones dirigidas a las parteras desde el sector biomédico pueden verse como parte del proceso homogeneizante, a través de la medicalización, de eventos que en este caso serían la atención al parto y, en general, la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. La consolidación del gremio de las parteras se perfila como una subdisciplina que depende cada vez más de las prácticas de salud oficiales o formales, de manera que se produce una subordinación progresiva de la significación cultural que el oficio de partera pudo tener para las afrodescendientes de la región del Pacífico colombiano.

De todos modos, las parteras de Buenaventura, si bien combinan en la práctica de atención al parto y a la criatura elementos de atención provenientes tanto de la medicina tradicional como de la biomedicina, el uso de una u otra práctica de salud queda subordinado a los niveles de eficacia reconocidos por las parteras y por las mismas mujeres; es decir, se produce lo que Menéndez (5:190) llama “proceso de apropiación”, por parte de los curadores tradicionales, al utilizar una síntesis de elementos tradicionales y biomédicos en la atención a la salud, en

la búsqueda de una mayor eficacia en los tratamientos.

#### 4.2. Parteras empíricas tradicionales

Al hilo de la afirmación de Canals (29:194),<sup>15</sup> cuando señala que la atención al parto, para el caso de España, ha sido tarea de “casi cualquier mujer con experiencia”, yo afirmaré que para el caso de algunas áreas de Colombia muchas veces se carece de tal experiencia. Esta situación se da en la región del Pacífico colombiano, lugar de origen de las mujeres del estudio. En esta región del país, más que una experiencia previa o una posible capacitación que haya podido recibir una mujer para entrar en el oficio de partera, muchas veces, a la hora de atender un parto, cuenta tan sólo la circunstancia de que esté cerca una pariente o amiga que, por una u otra razón, esté al margen del sistema sanitario biomédico. De todos modos, la dinámica más general es que las mujeres vayan adquiriendo experiencia ayudando a otras parteras antes de entrar de lleno en el oficio o de ser reconocidas por el grupo como tales:

...Yo empecé ayudando a coger (aguantar, tener) a las mujeres cuando estaban naciendo los muchachitos. Y ahora aunque voy a capacitaciones sigo haciendo mucho de lo que he visto, casi todo lo he aprendido viendo (Cleotilde, 49 años)... me atendí los partos con una partera y luego la partera me enseñó a mí. (Pastora, 71 años)

Según Kroeger (30), en América Latina hay la tendencia a localizar la proliferación de parteras en las áreas rurales. El autor refuta esta tendencia señalando que es en el gremio de las parteras empíricas donde el modelo tradicional de atención a la salud tiene mayor visibilidad, y no sólo en las áreas rurales, sino

<sup>14</sup> En el caso de la ciudad de Buenaventura es difícil hablar de una clara división entre los dos tipos de parteras. Dado que si bien las parteras empíricas son aquellas que no reciben “adiestramiento” desde el sector sanitario hegemónico, también pueden estar modificando sus prácticas de atención, influidas por factores como la apertura de esta zona del país, de forma masiva, a los medios de comunicación, o por la información, informal, que circula en su entorno.

<sup>15</sup> Cuando el autor hace esta afirmación, alude a la experiencia obtenida estando presente en partos con otras parteras y luego en su propia práctica.



también en las áreas urbanas. Considero que la situación planteada por Kroeger ocurre en la región del Pacífico colombiano, como es el caso de la ciudad de Buenaventura.

En esta ciudad las parteras gozan de gran consideración entre la población, ejercen un fuerte liderazgo en su comunidad, e influyen, además de la atención a la salud reproductiva de las mujeres, en las relaciones sociales intragrupo.

Es difícil tener un registro exacto del número de parteras que hay en la ciudad, dado que no se cuenta con estudios específicos acerca de este gremio, sino tan sólo con registros puntuales.

La destacada función que cumplen las parteras empíricas tradicionales y adiestradas entre la población femenina de la ciudad no pasa desapercibida para la institución biomédica pública, que no puede negar el papel de estas mujeres dentro de la comunidad:

Yo, como Secretario de Salud y como ginecólogo, me preocupo porque muchos médicos ven a la partera como un enemigo de la práctica médica, y la han tenido un poco en el ostracismo, a pesar del alto índice de mortalidad prenatal que tenemos aquí en Buenaventura. Tenemos el triste récord de ser uno de los más altos de todo el país. Pienso que no hay por qué estar separados de las parteras. Todos estamos haciendo salud y nuestro problema aquí es muy especial en relación con otras partes. Debemos trabajar “en llavería” (en equipo) y no disociados. Yo creo que esto está dando resultado,<sup>16</sup> a pesar de que recibo mucha crítica de los colegas.

La afirmación del entonces Secretario de Salud de la ciudad muestra dos aspectos destacables: por una parte, permite ver que situaciones locales como bajos índices de cobertura por parte del sector sanitario público, así como los graves problemas de mortalidad materna en la región, hacen que las parteras sean un recurso a tener en cuenta.

La otra situación es que si bien la capacitación a las parteras, en un principio, es de interés del Ministerio de Salud colombiano, no todos los profesionales del sector biomédico comparten el criterio en cuanto a la necesidad de unirse con el gremio de las parteras para paliar de forma conjunta las problemáticas relacionadas con la atención a la salud de las mujeres.

No obstante, pese a la percepción de tensión en las relaciones entre el personal sanitario y las parteras, también es posible vislumbrar disposición de algunos profesionales del sector biomédico para afrontar los problemas relacionados con la baja cobertura y la alta mortalidad entre las mujeres; tal es el caso del testimonio del entonces Secretario de Salud. Así mismo, hay disposición por parte de las mismas parteras, en el sentido de ver como positivo este diálogo. Esta situación lleva a desvelar la discrepancia entre una parte del personal sanitario de la ciudad y la institución sanitaria pública. Sin embargo, estos hechos no significan que la corporación biomédica esté en crisis; por el contrario: su auge, control y extensión son cada vez mayores.

En cuanto a la percepción manifestada por las parteras adiestradas o capacitadas desde el sector biomédico, éstas evalúan positivamente dichos cambios; por ejemplo, la posición de la mujer a la hora del parto en la fase de expulsión. Las parteras muestran ahora preferencia por que la mujer esté de forma horizontal, y no de pie ni en cuclillas,

<sup>16</sup> Esta alusión la hacía en referencia al trabajo de acercamiento, a través de cursillos de capacitación, que venía haciendo con las parteras.

posiciones que hasta tiempos recientes eran comunes entre las mujeres afrocolombianas de la ciudad. No obstante esta práctica aún es frecuente entre las mujeres de las áreas rurales de la región.

Resulta de interés el planteamiento de Módena (6:176) en relación con las parteras en México, cuando afirma que los cambios de posición llegado el momento del parto, introducidos por las prácticas biomédicas hegemónicas, así como el título formal exigido a las mujeres para desempeñar el oficio de parteras –lo que en Colombia sería el carnet que cada vez más deben acreditar estas mujeres, son símbolos que “... nos hablan cómo las parteras dirigen su mirada a la exterioridad de algunas manifestaciones de la práctica biomédica, buscando en la adopción de las mismas una legitimidad que sienten dudosa”.

Hubo parteras, tal fue el caso de Rosmilda (49 años), que en algunos momentos de la entrevista calificó como positivos los cambios ocurridos como consecuencia de las capacitaciones, al tiempo que mostró una actitud de ambivalencia o de confrontación respecto de las prácticas endógenas que ella, no obstante, aún gestiona de forma eficaz.

Si bien el conocimiento biomédico aparece unívoco e irrefutable, las parteras también muestran la eficacia de las prácticas de salud endógenas que continúan realizando en la atención a las mujeres durante el parto y postparto. De todos modos, como vengo señalando, es clara la ambigüedad mostrada a la hora de atender a las mujeres. Es posible ver lo que autoras como Módena (6:156) designan como “la lucha entre lo hegemónico y lo subalterno”.

Pese a la aún destacada presencia de las prácticas de salud tradicionales entre poblaciones

como las de la costa Pacífica colombiana, la biomedicina opera como un vínculo privilegiado y se expande, con una alta legitimación social, hacia procesos específicos, tales como los relacionados con la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

## **5. La atención a la salud de las afrocolombianas desde el sistema sanitario público de la ciudad**

Lo que está en juego aquí no es la construcción cultural de una realidad clínica, sino la construcción y reconstrucción clínica de una realidad convertida en mercancía. Hasta que esto se reconozca, y se actúe como corresponde, la medicina humanística es una contradicción en sus términos. (Michael Taussig, *Un gigante en convulsiones*)

### **5.1. El encuentro médico / paciente: condicionantes y obstáculos**

Autores como Laín (31), Taussig (25), Uribe (32) e Illick (33) señalan como utopía el pretender quitar a la profesión médica el carácter inmediato en su relación con los pacientes, o considerar que el encuentro personal no es condición necesaria a la hora de diagnosticar un problema de salud. Puesto que la relación médico-paciente es cuasidiádica, en la medida que el diagnóstico del médico no se hace a partir del conocimiento de un objeto pasivo, el paciente, realizado por un sujeto activo, el médico, sino el resultado de un encuentro entre la percepción del médico y una realidad, la del enfermo, fundamental y dotada de intencionalidad.

Contrario a lo que creen los médicos, el reconocimiento que hacen de sus pacientes mediante la consulta no es sólo un diagnósti-



co sino, sobre todo, una actividad terapéutica condicionada por la confianza en su destreza y otras sensaciones positivas que el médico logre despertar en el paciente una vez terminada la visita, así como la motivación que lo ha llevado a asistir a ella. El tratamiento empieza antes y termina después de que médico y paciente se encuentren, por lo que el tratamiento es un acto social por excelencia.

El paciente, como objeto de la acción médica, ha sido tomado como un receptor obligado de pautas y normas del conocimiento médico. Al paciente se le impone una condición pasiva, que se le transfiere en el uso mismo del término “paciente”. Desde el momento en que se concede el monopolio legal a un determinado especialista, se anula e ignora el punto de vista profano, y se excluye su iniciativa tanto en la determinación de las decisiones, como en su capacidad personal de enjuiciar la situación y el tránsito de sano a enfermo y viceversa. Acudir al médico, entonces, no es sólo el comienzo de un proceso, sino también “la continuación de un sistema de búsqueda de ayuda también profana” (32:94).

## 5.2. El tiempo destinado a la consulta

Si bien el tiempo es resultado de un consenso arbitrario en que se está de acuerdo en asumir como real, su “realidad” la da el carácter social de las actividades de los individuos. En el proceso salud/enfermedad el tiempo es un elemento posibilitador de la actividad de los médicos y, en alguna medida, inductor de las decisiones que éstos adopten. Según Uribe (32:239), en la asistencia sanitaria actualmente hay dos formas, paralelas y unilaterales, de tratar el tiempo: el tiempo circular, esto es, aquél caracterizado por la recurrencia de los síntomas y tenido en cuenta tan sólo por el usuario, y el tiempo lineal, aquél que construye el médico “como

connotación lógica de fases en la evolución prevista de la enfermedad. En el tiempo lineal, en tanto producto de la ciencia médica, hay una sobrevaloración que puede llevar a la significativa situación de que estar enfermo se traduzca en esperar/aguantar a que la enfermedad se desarrolle”.

En el tiempo destinado a la consulta, más allá de la existencia de situaciones que puedan operar de forma negativa o positiva, si se trata de que a través de su padecer-punto de vista (*illness*), el sujeto encuentre una salida a su problema, ello supone “reconocer la necesidad de disponer de un intervalo de tiempo que no siempre guarda relación entre las disposiciones institucionales con las urgencias personales, familiares y grupales” (34:183). Menéndez señala que dar la palabra al sujeto en términos de su padecimiento supone una “determinada dimensión del tiempo, que en la medida que incluyan factores culturales hacen más complejo el manejo de dicha temporalidad”.

En Buenaventura el poco tiempo destinado a los pacientes en las consultas del hospital es reconocido incluso por el personal sanitario de dicho centro. Un ginecólogo entrevistado hizo la siguiente descripción:

... aquí en el Hospital se tiene estipulado por paciente aproximadamente cinco minutos. Ahora con la ley 100 se tiene muy en cuenta la productividad o sea, entre más pacientes atiende cada ginecólogo mejor. En una hora hay que ver aproximadamente diez o doce pacientes. La visita de cinco minutos implica un interrogatorio: ¿Señora, qué le duele? ¿Por qué viene? Y ella puede contestar que tiene un flujo, entonces se le hace una inspección ginecológica muy rápida, una especulocopia, para ver en qué estado está el cuello. Luego se le dice que se vista, que se sospecha qué tiene, se le da un medicamento, y fuera. Si está embarazada se hace un tacto

vaginal, se calcula la edad gestacional y se le recomiendan exámenes, que se los haga y que vuelva. Y si ya viene con los exámenes, pues se facilita más el trabajo rápido. Se miran los exámenes y se da una prescripción y algunas recomendaciones, todo muy rápido porque no hay tiempo para más... (Ginecólogo del hospital)

El control del tiempo por el médico se aplica como un elemento de legitimación donde tanto el paso del tiempo, o duración de la consulta, como la agrupación o dispersión de las visitas sintetizan y conforman el discurso del médico “hasta dar con la versión médica abordable, magnificando o minimizando los hallazgos sobre la biografía del usuario” (32:240).

En el caso de las mujeres afrocolombianas de Buenaventura es relevante el contraste entre las expectativas que ellas puedan tener cuando, no con facilidad, deciden entrar en el proceso de controlar su embarazo, y el tiempo que dedican médicos, enfermeras y tocólogas para responder a las demandas de las mujeres que acuden a la consulta. La situación es aún más compleja si partimos de la tesis de que la relación médico-paciente es “disimétrica” (35:91), esto es, el médico escucha y, por lo general, realiza otras actividades de rutina como solicitar análisis y ecografías, mientras que la paciente, además de acudir a aquél para curarse, espera información y desea ser escuchada e interpretada respecto de su padecimiento, de forma inteligible; es desde esta expectativa que se ubica como paciente.

El paciente, en su demanda no manifiesta, se dirige al profesional de la salud, que no solamente desconoce, sino que disocia la enfermedad del sujeto, profundizando como consecuencia “en la separación de éste con su cuerpo, en el que se reconoce sólo fragmentariamente” (35:94). Al hilo de

la argumentación de Cortés, considero que para las afrocolombianas de Buenaventura, en la medida que sus expectativas como pacientes no se cumplen, el anterior es un factor relevante para que pierdan el interés y decidan apartarse de los servicios sanitarios públicos de la ciudad.

### 5.3. De accesibilidad y económicos

Otro factor unido al tiempo destinado a cada consulta es el costo, en términos económicos, que estas visitas representan para las mujeres afrocolombianas pobres de la ciudad. En el estudio hallé coincidencias entre el personal sanitario y las mujeres en algunos de los factores que condicionan negativamente la decisión de recibir atención a través del sistema de salud biomédico y decantarse por las prácticas de salud tradicionales. Tanto los profesionales del ámbito sanitario público tenido en cuenta en el estudio, como las mujeres, reconocieron la accesibilidad y el alto costo de los servicios médicos como problema relevante en la utilización de los servicios de atención sanitaria públicos.<sup>17</sup> La enfermera del centro de salud afirmaba al respecto lo siguiente:

Son muchas las razones para que las mujeres no vengan (al Hospital o centros y puestos de salud) o para que vengan sólo parcialmente. Un problema es la accesibilidad geográfica (...) Otro gran factor es el económico porque los gastos en salud, a raíz de la Ley 100, deben garantizar la auto-rentabilidad del Hospital. Entonces esto hace que se disparen las tarifas, que a veces son inmanejables (...) en cierta época se hacía un control completo y la mujer no pagaba, o pagaba unas tarifas ínfimas, pero ahora no. Ahora hay que pagar

<sup>17</sup> Para este estudio fueron entrevistados los siguientes funcionarios: el secretario municipal, dos ginecólogos del hospital departamental de la ciudad, la epidemióloga de este mismo centro hospitalario y dos enfermeras de puestos de salud de la ciudad.



por el parto. Para usted poder comenzar con el control (de embarazo) tiene que hacerse unos exámenes. Y más o menos los exámenes te suman más de 50 mil pesos.<sup>18</sup> Entonces hay mujeres que se llevan los nueve meses recogiendo para pagar estos exámenes. (Enfermera, centro de salud)

El Sistema General de Seguridad Social en Salud consta de un plan llamado Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), al que deberían estar vinculadas todas las personas en condiciones de precariedad, una vez estudiaba su situación económica y sus condiciones de vida en general.<sup>19</sup> La población susceptible de ser amparada por dicho plan y de vincularse al Plan Obligatorio de Salud (POS) subsidiado por el Estado sería beneficiaria de la asistencia sanitaria desde las Empresas Prestadoras de Servicios (EPS), públicas y privadas. Estaría entonces cubierta la atención a la salud reproductiva de las mujeres, mediante programas destinados a atender los problemas de salud relacionados con sus embarazos, partos y postpartos, así como la atención y prevención del cáncer de mama y cuello uterino, del mismo modo que la atención y prevención de enfermedades de transmisión sexual como el SIDA y la sífilis.

No obstante encontrarse la situación anterior contemplada en la normativa, en este estudio se pudo constatar que entre las mujeres afrocolombianas de Buenaventura, por lo general, no hay un conocimiento adecuado ni suficiente, sino fragmentario y confuso, acerca de los beneficios que pudiera traerles el sistema sanitario público actual. Inclusive esta desinformación es compartida con alguna parte del personal, funcionarios que trabajan en el sector sanitario público de la ciudad.

18 Lo que representa, aproximadamente, 25 euros.

19 Las mujeres de este estudio entrarían en el perfil señalado por el SISBEN.

#### 5.4. Dificultades en la comunicación

Para Taussig (25) hay dos realidades diferentes en las personas, la enfermedad y el malestar; este último es lo que según Kleinman (24) es el padecimiento. Taussig argumenta que si bien la enfermedad es una disfunción orgánica que puede ser medida y diagnosticada a través de técnicas biomédicas, el malestar es aquello que la disfunción orgánica significa para la persona, o lo que sería el significado cultural de la enfermedad, que necesariamente difiere del punto de vista del médico. Para el autor estas dos realidades –malestar y enfermedad– son de gran importancia y el personal sanitario biomédico no está preparado, “entrenado”, para identificar y, consecuentemente, actuar en la búsqueda de un replanteamiento en la relación médico-paciente que lo haga avanzar en el mejoramiento de la eficacia terapéutica.

Yo pienso que una razón para que las mujeres no vengan por aquí es el trato que a veces se les ha dado. Porque como dice el dicho “en todas partes se cuecen habas”, y no voy a decir que nosotros somos perfectos. A veces las mujeres están muy angustiadas y no se tiene ese sentir de que la señora está estresada, que está asustada, que hay que relajarla (...) O están pasando las contracciones y las auxiliares van, le miran los líquidos (...) pero no se las acompaña en el proceso. Y así va todo, no solamente aquí sino en casi todas partes se limitan a pesar, medir, tallar, mirar si tienen un signo de alarma y hasta ahí se llega. La educación que se da es muy poquita, todo es muy general. En parte porque no hay tiempo y en parte porque no se quiere (...) Lo que si le digo es que a la gente le gusta que uno la eduque, hay que trabajar mucho en eso. Y yo creo que si se hace funciona, porque ya cuando uno les habla muy claramente y les explica las cosas y se les dicen las consecuencias positivas que

pueden tener al hacerse los controles, entonces sí vienen. Creo que la desinformación también es importante para que no vengan. (Enfermera, puesto de salud, 2002)

La enfermera de la cita, de forma explícita, menciona algunas de las razones por las que las mujeres son renuentes a asistir a la consulta o atenderse desde el sistema sanitario público. Señala, además, cual debería ser el trato para las mujeres usuarias de los servicios biomédicos, aspecto que, según ella, ha incorporado en su propia consulta. Lo relatado por esta enfermera deja entrever una situación de diferenciación al interior de la institución sanitaria, mediada por la actitud del personal médico y por la del personal de enfermería, donde las enfermeras, por lo general, tienen una actitud de mayor cercanía al sufrimiento de los pacientes. Aquí es importante recordar que en la formación de los médicos en las universidades, el trato hacia los pacientes no es una variable a tener en cuenta en el desempeño de su trabajo como profesionales en la consulta. Este hecho se convierte en un factor negativo que contribuye a aumentar el vacío creado en los pacientes por el dolor (36).

### 5.5. Percepción por parte del personal sanitario acerca del estado de la salud pública en la ciudad

La salud pública de Buenaventura es el reflejo de la complicada situación económica y administrativa que atraviesa el sector en el país. Entre los funcionarios del hospital, de los puestos y centros de salud, fue unánime la alusión a la crisis que atraviesa el sector, la que se ha venido manifestando en aplazamientos del pago de salarios al personal, recortes de plantilla y cierres del hospital, problema éste que, a su vez, se expresa en los funcionarios a través de actitudes de apatía o desinterés hacia los pacientes a la hora de desempeñar sus funciones.

Buena parte de los médicos que trabajan en el sector sanitario público de Buenaventura le salen al paso a las dificultades económicas, propiciadas por el incumplimiento de salarios por parte de la institución, alternando con consultas privadas fuera del horario de trabajo. En los consultorios privados hay diferencias importantes respecto de los consultorios públicos, tales como un mayor tiempo dedicado a cada consulta.<sup>20</sup> Así mismo, según las mujeres que participaron en el estudio, el trato es más cercano, pero a este tipo de consulta muy rara vez acceden las mujeres que viven en condiciones de pobreza económica, como las incluidas en este estudio. De todos modos, las mujeres, muchas veces, ante una enfermedad que perciban grave, optan por acudir al sector privado de atención, bien sea el de la ciudad, o bien el de Cali, la capital del departamento, aunque los costos vayan más allá de sus posibilidades económicas.

Del mismo modo, la situación económica fue uno de los factores considerados por los funcionarios como claves a la hora de señalar los inconvenientes que afronta la salud pública. Aquéllos mostraron desesperanza, y a veces incluso apatía, dado que no ven reconocida su labor, como debería ser, por parte de la institución, respondiendo de forma adecuada con el pago de salarios y prestaciones pactadas:

Nuestra salud en Buenaventura hace cuatro años viene congelada. En este momento la ciudad no cuenta con la cobertura necesaria para una población que sumándole las áreas rurales, podría estar rondando más o menos las seiscientos mil personas y tenemos tan sólo 6 ginecólogos para toda esa población. La Ley 100 le dio muy fuerte al Hospital, porque casi se acabaron los subsidios. Se comenzó a hablar de autosuficiencia. El

<sup>20</sup> El ginecólogo del hospital señaló un mínimo de 15 minutos por consulta, comparados con los cinco minutos, como promedio, que deben dedicar a cada consulta en el hospital.



lema es producir, y si no se logra se van privatizando los servicios. Así el Estado evade sus responsabilidades. Es un problema sobre todo de presupuestos ya que éstos, los más grandes, se están yendo para financiar la guerra, se sacan partidas de la salud, de la educación, todo esto para cubrir los faltantes (...) En Buenaventura la gente es muy pobre. Los maridos traen a las señoras y vienen sólo con lo del pasaje (billete de autobús) y acá tenemos que resolver las cosas. (Secretario de Salud)

La crisis financiera hace que la gente baje la guardia. No hay un estímulo para el funcionario (...) La gente a veces tiene que vivir de prestar dinero aquí y allí. El municipio ha llegado a deberle a los trabajadores salarios hasta por quince meses. Este es un problema en el que no se puede exigir que cumplan, hay funcionarios que se limitan a hacer lo estrictamente necesario. Como salida a esto que estamos viviendo yo lo que veo es que primero que todo hay que solucionar el problema financiero. Pero a la par con eso hay que empezar el trabajo con la gente que está aquí trabajando, pero desmotivada. A mí me dicen: ¡oiga, usted siempre vive sonriendo, vive animada! Pero es que a mí si no me han pagado ya me pagaran, algún día me van a pagar, claro que también tiene correspondencia de qué tanto nos guste lo que hacemos y el que haya unos profesionales que estamos más casados con nuestro trabajo que otros. Pero claro, finalmente todos terminaremos cansándonos. (Epidemióloga del hospital)

Los puntos de vista de los funcionarios del hospital respecto de la crisis económica y organizativa que vive la institución, pueden verse como la materialización de los efectos de la aplicación de la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Ley 100. Entre los efectos de la reforma estaría la ruptura o desequilibrio entre las viejas y las nuevas concepciones acerca del sistema

sanitario público del país. Si bien ya ha pasado más de una década desde la puesta en marcha del nuevo sistema, el sector aún continúa en lo que podría llamarse una fase de adaptación o reacomodo.

Como se viene señalando, el sistema biomédico público de Buenaventura está conformado por el hospital departamental, los puestos y los centros de salud de la ciudad, y en su funcionamiento están concentrados, por una parte, el Estado como organizador y legitimador de las prácticas de salud públicas, así como los grupos de poder económicos y políticos de la región, mientras que, por otra parte, están los médicos y demás personal sanitario y administrativo, que si bien son parte de la institución, sus decisiones y criterios no son relevantes a la hora de los pactos y la consolidación de este poder en la ciudad.

La hegemonía de la biomedicina persiste y se fortalece, no obstante el poco consenso que muchas veces puede encontrar desde la población, así como por parte de algunos sectores de los profesionales que gestionan las prácticas de salud, tal es el caso señalado por el mismo personal sanitario que participó en este estudio:

Yo siempre he sido un cuestionador del manejo que se ha dado a la salud, de la forma irresponsable en que tanto el gobierno central, como el departamental y el municipal han manejado la salud de Buenaventura y de la costa Pacífica. Es preocupante porque Buenaventura es la ciudad que recoge toda la población del Litoral Pacífico que son aproximadamente 1.200 kilómetros de costa. Y que aún así no tengamos, en los albores del siglo XXI, un Hospital del tercer milenio. Toda la gente del Pacífico confluye aquí en Buenaventura en busca de salud, por ser Buenaventura la ciudad supuestamente más desarrollada de la zona; y, que bien mirado, cuenta con una atención de urgencias

en condiciones deplorables. Desde hace cuatro años es de nivel 2 pero por como está todo, correspondería más a un nivel 1. Con el agravante que estamos a más o menos 3 horas de Cali (la capital). Cuando hay un deslizamiento, porque la carretera sufre muchos deslizamientos, nos quedamos aislados sin poder llegar hasta allí, donde sí hay centros de niveles 3 y 4, o muchas veces cuando llegamos ya es demasiado tarde. (Secretario de Salud)

Dentro del campo biomédico público de la ciudad se observa cómo la búsqueda de salidas o soluciones a la situación que atraviesa el sistema se produce, por lo general, de forma individual, es decir, desde algunos funcionarios del sector; desde el “olfato” que pueda darles, en un momento dado, factores como el pertenecer al grupo receptor de los servicios de salud, o por cualidades relacionadas con valores de tipo personal como la solidaridad o la sensibilidad ante situaciones de dolor y sufrimiento de los pacientes. Es en estos casos que el personal sanitario aparece como una figura comprometida que socorre y salva vidas.

Es en situaciones como las señaladas anteriormente que estos funcionarios comprometidos intentan enfrentar y responder al sufrimiento, aportando una actitud de humanidad hacia las problemáticas sanitarias de la población; aunque igualmente encuentro que no es desde la buena voluntad de una parte del personal sanitario que, de forma aislada y eventual, va haciendo cambios dentro de sus respectivos ámbitos de competencia que esta problemática encontraría una solución, sino a partir del compromiso y la implicación de las autoridades políticas y administrativas correspondientes, en el sentido de generar cambios en la estructura del sistema de la salud pública de la ciudad.

## 6. Reflexiones finales

1. Las mujeres afrocolombianas de la ciudad de Buenaventura, que viven en condiciones de precariedad económica, negocian y reapropian, en el proceso de atender los problemas de salud sexual y reproductiva, prácticas de salud tanto biomédicas como tradicionales. Así, utilizan de forma progresiva fármacos de patente, bien sea recetados a partir de una consulta, o bien adquiridos teniendo en cuenta las distintas experiencias dentro de la dinámica social de la ciudad. En cuanto a las prácticas de salud tradicionales, cuando las mujeres afrocolombianas pobres de Buenaventura acuden a la medicina tradicional, si bien están aludiendo a la eficacia curativa, su referencia es también en términos socioculturales, esto es, más allá de lo estrictamente biológico, como una respuesta a comportamientos culturales en la cual es posible encontrar continuidades históricas y sentidos ideológicos diferentes a los propuestos por las prácticas de salud hegemónicas.
2. Las diversas formas de alteridad que se concentran en la ciudad de Buenaventura son el producto de procesos históricos y sociales concretos que propician el encuentro, la confrontación o la mezcla de los diversos grupos sociales involucrados, así como de sus respectivas formas de ordenar y conducirse en ámbitos de primer orden, como son los relacionados con el cuidado de la salud. Son entonces estos distintos grupos de población los que dan cuenta de cómo se gestionan procesos inscritos en la dinámica del comportamiento social e individual, respecto de eventos como el parto, la salud y la enfermedad.
3. Las afrocolombianas de la ciudad de Buenaventura, ante un quebranto de salud, tienen una serie de nociones sobre cómo



deben actuar; no obstante, hay diferencias internas entre unas y otras mujeres a la hora de acudir, bien a la biomedicina, o bien a la medicina tradicional. He encontrado estas diferencias en relación con el nivel educativo formal alcanzado por las mujeres.<sup>21</sup>

El estudio mostró que las mujeres con mayor nivel de estudios formales se habían realizado totalmente los controles durante los embarazos. Así mismo, estas mujeres, más educadas, manifestaron asistir con regularidad a controles, con independencia de estar o no embarazadas, aunque también dijeron aceptar los consejos de sus madres, amigas o parteras de su entorno, así como utilizar baños recomendados por las parteras durante el embarazo, de forma simultánea con los controles que llevan desde el sistema biomédico u oficial. Igualmente, las cinco mujeres con mayores estudios formales afirmaron acudir a la automedicación en los casos que consideraban que no tenían mayor complicación para su salud reproductiva, como por ejemplo el cólico menstrual, siendo la tendencia en estos casos recurrir de forma rutinaria al mismo medicamento de patente. Aunque estas mujeres más educadas continúan utilizando prácticas de salud tradicionales, el acercamiento a éstas varía en relación con las mujeres de bajos niveles educativos. Las que habían logrado mayores niveles educativos demostraron hacer converger lo que pueden alcanzar de uno y otro sistema de atención a la salud, optimizando, quizá desde una mirada más racional, lo que pueden aprovechar del sistema biomédico y no encuentran en las prácticas de salud tradicional, pero, en cualquier

caso, sin dejar de lado totalmente estas prácticas endógenas.

Del mismo modo, el estudio permitió observar que en las mujeres que acceden a la educación, ésta es decisiva a la hora de tomar decisiones y, en general, contribuye a su empoderamiento, al logro de una actitud activa que las lleva a niveles de autonomía en distintos ámbitos de sus vidas; tal es el caso de las decisiones relacionadas con el cuidado y la conservación de la salud en la etapa reproductiva.

En cuanto a las mujeres con bajos niveles de escolaridad, lo que prevalece en la toma de decisiones a la hora de la utilizar los servicios públicos biomédicos, o en el abierto rechazo hacia éstos, es la experiencia, negativa o positiva, vivida por otras mujeres de su entorno más cercano como amigas, vecinas o familiares.

Así mismo, cuando las mujeres se apartaron de los servicios sanitarios biomédicos públicos, entre los argumentos dominantes fueron citadas las condiciones socioeconómicas que viven, y como un segundo factor, unido al anterior, estuvo el desconocimiento y la incertidumbre acerca de los derechos en salud desde el sector público.

4. Finalizaría afirmando que las problemáticas que vive la población de la ciudad de Buenaventura, y de la región Pacífica en general, relacionadas con situaciones de marginación en ámbitos como el económico y de la salud, ocurren en el crisol del proceso de globalización neoliberal que viven actualmente algunos grupos sociales bajo este nuevo orden mundial. La globalización económica y cultural en que está atrapada la región Pacífica repercute de forma negativa en dos sentidos: no sólo es incapaz de mejorar las condiciones de vida de los grupos de población afectados, sino que, por el contrario, contribuye a que sus

21 Entre las mujeres que conforman la muestra, cuatro tenían estudios superiores y una no llegó a culminar la carrera, mientras que las demás mujeres que participaron de forma intensiva en el estudio no presentaron esta constante.

condiciones empeoren. Así, en buena medida, gracias a los patrones de desarrollo propuestos a partir de las políticas neoliberales y de globalización, la precariedad entre algunos grupos de población ha alcanzado una solidez como significados de subdesarrollo y desigualdad social que parecen imposibles de quebrantar, y donde tecnologías y políticas que intentan erradicarlos han propiciado el efecto contrario: una dramática multiplicación cuyas opciones de encontrar una salida son cada vez más complejas.<sup>22</sup>

### Referencias bibliográficas

1. Menéndez E, Di Pardo R. De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización. México: Ciesas; 1996.
2. Bartoli P. ¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México. *Revista de Antropología Social*. 2005; (14): 71-100.
3. Haro JA. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: Perdigüero E, Comelles JM, editores. *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra; 2000, pp. 101-61.
4. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Colectiva*. 2003; 8 (1): 185-207.
5. Módena ME. Madres, médicos y curanderos. Diferencia cultural e identidad ideológica. México: Ediciones de la Casa Chata; 1990.
6. Plan integral de largo plazo para la población negra/ afrocolombiana palenquera y raizal. Propuestas para el capítulo de fortalecimiento de los grupos étnicos y de las relaciones interculturales del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010; Bogotá, 2007.
7. Romani O. Las drogas. Sueños y razones. Barcelona: Ariel; 2004.
8. Castro R. Formas de precariedad y autoritarismo presentes en la vivencia de la reproducción en el área rural de Morelos. En: Stern C, Echarri CJ, coordinadores. *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México: El Colegio de México; 2000, pp. 33-66.
9. Thomas F. Debates contemporáneos sobre derechos sexuales y reproductivos. Resignificando la maternidad a la luz de los derechos sexuales y reproductivos. En: Viveros M, editora. *Saberes culturales y derechos sexuales en Colombia*. Bogotá: Tercer Mundo Editores; 2006, pp. 451-63.
10. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Plataforma de Acción de la IV Conferencia Internacional sobre la Mujer, Beijing, 1995.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo: ¡Cada madre y cada niño contarán! Suiza: OMS; 2005.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe estadístico sobre la salud en el mundo. Ginebra, 2007.
13. Tovar P. De historias histerias e histerectomías: la construcción de los discursos médicos y los imaginarios sobre la reproducción femenina. En: Viveros M, editora. *Saberes culturales y derechos sexuales en Colombia*. Bogotá: Tercer Mundo Editores; 2006, pp. 35-61.
14. Profamilia. *Derechos sexuales y reproductivos*. Bogotá: Profamilia; 2005.
15. Canaval G. Salud de la mujer en el contexto de América Latina. *Avances en Medicina Social*. 1996; (6): 12-16.
16. Viveros M. El aborto en Colombia: debate público y dimensiones socioculturales. [Citado en <http://www.inicia.es/de/cgarciam/fuller.html>], 1999.
17. Szasz I. Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno-infantil. En: Figueroa JG, compilador. *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México: El Colegio de México; 1998, pp. 313-31.
18. Oliveira F. Políticas públicas, salud de la mujer y agenda feminista. En: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. *Mujeres negras e indígenas alzan su voz*. Santiago de Chile: Cuadernos Mujer y Salud; 2003, pp. 60-69.

22 La globalización es un fenómeno multifacético en el que convergen dimensiones económicas, sociales, culturales, políticas, religiosas y jurídicas relacionadas entre sí. En los últimos 30 años, la globalización combina, por un lado, la universalización y la eliminación de fronteras nacionales, y por el otro, el particularismo y la diversidad local, la identidad étnica y el retorno al comunitarismo. Interactúa, además, con otras transformaciones que le son comunes o convergentes con el sistema a escala mundial, como son, “el aumento dramático de las desigualdades entre países ricos y países pobres y, en cada país, entre ricos y pobres, la sobreexplotación, la catástrofe ambiental, los conflictos étnicos, la migración internacional masiva, la emergencia de nuevos Estados y la desaparición o implosión de otros. Así como también la proliferación de guerras civiles, el crimen globalmente organizado, la democracia formal como condición política para la ayuda internacional” (37:167).



19. Romaní O. La salut dels joves a Catalunya. Un estudi exploratori. e-quaderns, 2, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Generalitat de Catalunya/ Secretaria General de Joventut, 2006.
20. Domínguez LC. Diferencia, igualdad e idoneidad: una aproximación al proyecto multicultural del sistema sanitario colombiano. Revista Gerencia Política y Salud. 2006; (10): 50-69.
21. Franco Agudelo S. Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social en Colombia. Revista Gerencia, Política y Salud. 2003; (4): 58-69.
22. Mallart L. Soy hijo de los Evuzok. Barcelona: Ariel Antropología; 1996.
23. Pendersen D. La construcción cultural de la salud y la enfermedad en la América Latina. En: Pinzón CE, Suárez PG, Garay A, compiladores. Cultura y salud en la construcción de las Américas. Reflexiones sobre el sujeto social. Primer volumen. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura, Instituto Colombiano de Antropología, Comiato Internazionale per lo Sviluppò del Popoli; 1988; pp. 141-51.
24. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980.
25. Tasussig M. La reificación y la conciencia del paciente. En: Tasussig M. Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente. Barcelona: Gedisa; 1995, pp. 110-43.
26. Scheper-Hughes N. La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil. Barcelona: Ariel Antropología; 1997.
27. Zolla C, Carrillo AM. La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano. En: González Montes S, compiladora. La salud de las mujeres. México: El Colegio de México; 1998, pp. 71-92.
28. Mosquera MT. La articulación de saberes populares y biomédicos entre las comadronas de Rabinal, Baja Verapaz, Guatemala. Tesis doctoral, Tarragona, 2000.
29. Canals J. Cuidar y curar: funciones femeninas y saberes masculinos. Trabajo Social y Salud. 1998; 29 (660): 191-99.
30. Kroeger A et al. La atención primaria en salud y los procesos de reforma, Ecuador, 1997.
31. Lain Estralgo P. La relación médico-enfermo. Madrid: Alianza; 1983.
32. Uribe JM. Educar y curar. El diálogo cultural en atención primaria. Madrid: Ministerio de Cultura; 1996.
33. Illich I et al. Las profesiones inhabilitantes. Madrid: Blume Editores; 1981.
34. Menéndez E. Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos. En: Perdiguero E, Comelles JM, editores. Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2000, pp. 163-88.
35. Cortés B. Experiencia de enfermedad y narración. El malentendido de la cura. En: Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales: Enfermedad y muerte: La parte negada de la cultura (México). 1997; (16): pp. 52-53
36. Ponce De León O. El médico enfermo. Análisis sociológico del conflicto de roles. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS); 1997.
37. De Sousa Santos B. La caída del Angelus Novus: ensayos para una nueva teoría social y una nueva práctica política. Bogotá: Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos (ILSA) y Universidad Nacional de Colombia - Facultades de Derecho y de Ciencias Políticas y Sociales; 2003.

### Cómo citar este artículo

Navarro MC. ¿Hegemonía y salud?: cultura y formas de atención a la salud sexual y reproductiva en un colectivo de mujeres en situación de exclusión social (el caso de las mujeres afrocolombianas pobres de la ciudad de Buenaventura). Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2011; 10(20): 14-33

# PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Personería Jurídica Res. No. 73, diciembre 13 1933 Min. Gobierno



## POSGRADOS

### PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

#### ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD CON ÉNFASIS EN SEGURIDAD SOCIAL

(Registro Icfes No. 170153626581100111200)

**Duración: tres semestres**

Título que otorga

Especialista en Administración de Salud  
con énfasis en Seguridad Social

#### ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA HOSPITALARIA

(Registro Icfes No. 170153620111100111100)

**Duración: dos semestres**

Título que otorga

Especialista en Gerencia Hospitalaria

#### INSCRIPCIONES ABIERTAS

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Calle 40 N° 6-23, Piso 8, Edificio Gabriel Giraldo. PBX: (571) 320 8320, ext. 5426-5427

[www.javeriana.edu.co/passos](http://www.javeriana.edu.co/passos)

Bogotá D.C., Colombia