

**CRENCIAS SOBRE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF) DE LAS
PARTERAS INDÍGENAS DEL ALTO ANDAGUEDA EN EL MUNICIPIO DE
BAGADÓ CHOCÓ-2020-2021**

Línea de Investigación:

Salud sexual y reproductiva, género y diversidad

INVESTIGADORA:

Ledy Manuela Mosquera Moreno

TUTORA Y ASESORA METODOLÓGICA

Mary Luz Mejía Gómez

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE ENFERMERIA

MAESTRÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

BOGOTÁ D.C.

2021.

TABLA DE CONTENIDO

CRENCIA DE LA MGF EN LAS PARTERAS INDÍGENAS DEL ALTO ANDAGUEDA
EN EL MUNICIPIO DE BAGADÓ CHOCÓ 2019-2021.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
JUSTIFICACIÓN	12
OBJETIVOS	14
Objetivo General	14
Objetivos Específicos	15
PROPÓSITO	15
MARCO TEÓRICO O DE REFERENCIA	15
Contexto de estudio	20
1.1. Contexto de los Katío del Alto Andaguada	22
1.2. El curso de vida	25
8. La construcción del cuerpo	29
MARCO METODOLÓGICO	30
<i>Técnicas de producción de información</i>	31
Población y muestra	33
Sobre los Criterios de inclusión	33
Criterios de exclusión	34
Mujeres parteras que no vivan en el resguardo.	34
Escenario de investigación	34
CONSIDERACIONES ÉTICAS	34
PLAN DE ANÁLISIS	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118

ANTECEDENTES

Los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la Mutilación Genital Femenina (MGF), reflejan que es una práctica tradicional en la gran mayoría de los casos; y quienes realizan esta práctica son personas de las comunidades que asisten el parto.

La MGF consiste en la resección parcial o total de los órganos genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales por motivos no médicos. En la mayoría de los casos la MGF es practicada en las niñas desde su nacimiento hasta los 15 años. Y esta práctica puede causar entre muchas complicaciones como: hemorragias graves, problemas urinarios, y más adelante pueden causar infecciones, complicaciones del parto, quistes y aumento del riesgo de muerte de la recién nacida.

La MGF se encuentra en 30 países de África, Oriente Medio y Asia y se estima que más de 200 millones de mujeres y niñas que actualmente viven fueron objeto de la MGF. En muchos lugares, los trabajadores de la salud practican la mutilación genital femenina movidos por creencias como “que el procedimiento es más seguro si se realiza en condiciones medicalizadas” en cualquiera de sus 4 tipos desde el tipo 1 al tipo 4. Como se muestra en la siguiente tabla No 1 **Tipos de MGF:**

<i>CLASIFICACIÓN</i>	<i>IDENTIFICACIÓN</i>	<i>DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO</i>
Tipo 1	Clitoridectomía	comprende; la resección parcial o total del glande del clítoris, es decir, la parte externa y visible del clítoris, identificada como la parte sensible de los

		genitales de la mujer y/o del prepucio o capuchón del clítoris también conocido como pliegue de piel que rodea el glande del clítoris.
Tipo 2	Escisión	Resección parcial o total del glande del clítoris y los labios menores; con o sin escisión de los labios mayores
Tipo 3	Infibulación	Estrechamiento de la abertura vaginal, en este se procede a cortar y recolocar los labios menores o mayores, pueden ser cocidos, con o sin resección del prepucio.
Tipo 4	Procedimientos lesivos de los genitales	Todos procedimientos lesivos de los genitales femeninos con fines no médicos, tales como la punción, perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.

Sin embargo, se considera que, cualquiera que sea el procedimiento, esta es una violación de los derechos humanos de las mujeres y de las niñas. Generando grandes afectaciones en su organismo como se describe en cada uno de los procedimientos que realizan; **Tipo I: Extirpación parcial o total de clítoris**, que consiste en una escisión o un corte total o parcial del clítoris y también el prepucio o piel que lo rodea. **Tipo II: Es la extirpación total o parcial del clítoris y de los labios menores**, con o sin escisión de los labios mayores, en pocas palabras corte total o parcial del clítoris y labios menores. **Tipo III Infibulación**: Consiste en un **estrechamiento del orificio vaginal**, esto lo realizan cortando los labios menores dejándolos unidos para que cicatricen juntos; este procedimiento va acompañado corte total del clítoris y de labios mayores. Esta clasificación es la que tiene las peores consecuencias para la salud de la mujer, incluyendo la dificultad para orinar, para eliminar la sangre durante el periodo menstrual y es un riesgo severo al momento del parto y el **Tipo IV: comprende todos los demás procedimientos perjudiciales de**

los genitales femeninos con fines no médicos, como: punción, perforación, incisión, raspado o cauterización. Y estos causan en las mujeres: problemas inmediatos y a corto y largo plazo como son los sangrados, o hemorragias, las secreción vaginal acuosa profusa y estrechamiento del conducto cervicouterino, dolor intenso, fiebre, infecciones urinarias, problemas vaginales, menstruales y sexuales, quistes y complicaciones en el parto que pueden desembocar en la necesidad de intervenciones quirúrgicas

(OMS 3 de febrero de 2020).

La OMS se opone a toda forma de MGF y solicita a las y los trabajadores de la salud a no realizar esta práctica (medicalización de la MGF).

Las investigaciones realizadas por Unicef, han encontrado que las comunidades que las practican justifican su práctica en preceptos como, desde lo psicosexual: “para disminuir el deseo sexual en la mujer, para mantener su castidad y virginidad antes del matrimonio”. En lo sociológico: “para identificación con la herencia cultural, iniciación de las niñas a la edad adulta y la preservación de la cohesión social”. En cuanto a la higiénica y estética: “En algunas culturas se consideran los genitales externos poco limpios, por ello se deben remover para garantizar su higiene y proporcionar un atractivo estético **(Centro de Investigaciones Inocente de UNICEF 2004).**

La MGF a nivel internacional es reconocida por toda la Organización de las Naciones Unidas como una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas. La MGF muestra una desigualdad entre los sexos muy arraigada en las comunidades que la practican, y constituye una forma extrema de discriminación contra la mujer. Ahora bien, por ser realizada en mujeres y en menores constituye una violación de los derechos de la niña. De igual modo, viola los derechos a la salud, la integridad física, la seguridad, el derecho a no ser sometido a torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes, y viola el derecho a la vida cuando por esta práctica se origina la muerte.

Desde las organizaciones internacionales hace ya más de 20 años; se viene trabajando en acciones sociopolíticas, de fortalecimiento para su erradicación, como: La generación de evidencias y la promoción de medidas que faciliten la reducción y la eliminación la MGF.

A continuación, describiremos las acciones realizadas desde las Naciones Unidas para la erradicación de esta práctica.

En 1997, OMS, UNICEF, UNFPA se declaran contra la MGF y desde entonces a nivel internacional, nacional y subnacional mediante las investigaciones, el trabajo comunitario y nuevas políticas públicas; se realizan múltiples esfuerzos para luchar contra la MGF. Estas acciones han generado:

- Mayor participación de las organizaciones internacionales para la eliminación de la MGF.
- Se crean organismos internacionales para el seguimiento de esta práctica.
- Adopción de políticas públicas y/o resoluciones que condenan la práctica.
- Revisión del ordenamiento legislativo y creciente apoyo político a la eliminación de la mutilación genital femenina, en 26 países de África y el Oriente Medio, y en 33 países industrializados con población inmigrante de países donde se practica la mutilación genital femenina;
- La OMS informa que, en los países, en los cuales se realiza dicha práctica se registra disminución de la misma. Y son muchas las personas entre hombres y mujeres que se declaran a favor de su eliminación; sobre todo en las comunidades afectadas y es por estos últimos que, al decir abandonar esta práctica, se logrará la eliminación de la misma.

De igual modo en 2007, nace el Programa conjunto contra la mutilación/ablación genital femenina creado por el UNFPA y el UNICEF con el objetivo de lograr el abandono total de esta práctica por parte de las comunidades que la practican. En el año 2008 la OMS, de la mano de otros nueve organismos de las Naciones Unidas, publicaron la declaración sobre: **“La eliminación de la mutilación genital femenina:**

declaración interinstitucional”, en esta declaración, se presentaron datos científicos, sobre la práctica de la mutilación genital femenina. En este año, la Asamblea Mundial de la Salud adopta la resolución (WHA61.16) sobre la eliminación de la MGF, y en esta se resalta la necesidad de una acción concertada entre todos los sectores.

En el año 2010 se hace pública la estrategia mundial para impedir que el personal de salud practique la MGF esto gracias a organismos de las Naciones Unidas y organizaciones internacionales.

En diciembre de 2012 se aprobó la resolución relativa a la eliminación de la mutilación genital femenina, por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

En año 2013 el UNICEF presentó un informe sobre 29 países que describe la prevalencia de la mutilación genital femenina, sus convicciones, las actitudes y las tendencias que la acompañan, las respuestas programáticas y las políticas a nivel mundial. Ya para el año 2016 en el mes de mayo, la OMS, con el programa conjunto creado en el 2007, presentan las directrices basadas una revisión sistemática de las mejores evidencias sobre el tratamiento de las complicaciones ocasionadas por la MGF en la salud.

En 2018, se presenta el manual clínico sobre MGF por la OMS. Cuyo objetivo es; Mejorar los conocimientos, actitudes y aptitudes de los prestadores de atención la salud a la hora de prevenir y tratar las complicaciones de esa práctica. **(Organización Mundial de la Salud, OMS, 2020).**

Del 2017 al 2021 la Unicef y el UNFPA en sus objetivos del programa conjunto trabajan para que ocho (8) millones de niñas y mujeres reciban servicios relacionados con la MGF, y diecinueve (19) millones de personas en más de 10,000 comunidades logren declarar públicamente el abandono de la MGF. Se espera que con estos

objetivos dieciséis (16) países tengan una línea de presupuesto y mecanismo de seguimiento a nivel nacional. Además, las organizaciones políticas regionales y subregionales se movilizarán para mejorar los esfuerzos nacionales. **(UNICEF, 2018).**

Algunos estudios realizados en Colombia sobre MGF

Importante mencionar que; estudios realizados en Colombia describen que para algunas comunidades indígenas como el pueblo Emberá Chamí la MGF, es una práctica ancestral, que se conoce como: “curación”, “arreglo”, “curar”, “operación” entre otros formas de nombrarla; algunas veces se realiza de manera oculta, inclusive para las autoridades del grupo étnico, sin embargo, en cierto modo “hay una aprobación” dentro de las opiniones de las comunidades, dado que en estos contextos la mujer mutilada es apetecida para la convivencia sexual y el matrimonio. La MGF en estas comunidades es realizada principalmente por parteras, no es tan frecuente el involucramiento de hombres **(Castañeda., 2015).**

De acuerdo con algunos trabajos de investigación realizados desde cuando se evidenciaron los primeros casos de MGF en Colombia en comunidades del Chocó en el año 2007.” *El 22 de marzo de 2007 se conoció el primer caso colombiano de mutilación genital femenina en la comunidad indígena Emberá Chamí tres niñas recién nacidas que se le habían practicado la ablación fueron llevadas al Hospital San Rafael de Pueblo Rico Risaralda, Colombia las madres dicen que no pudieron sanarlas con medicina tradicional por esta razón decidieron acudir al hospital para que las salvaran. El doctor Hugo Hernando Marsiglia Vargas quien atendió a las niñas señala que el motivo de la consulta fue porque presentaba fiebre, escalofríos y vómitos”* **(Alfonso Herrera, 2011).**

Se estableció que en la comunidad Emberá Chamí, a esta práctica se le denomina como “la curación” por las siguientes razones, provenientes de sus

opiniones: “arreglar un defecto en el cuerpo de la mujer”, porque “así se evita el crecimiento del clítoris impidiendo que este pueda llegar a desarrollar como un órgano copulador masculino”. Por otro lado, se evita que “cuando lleguen a la adolescencia puedan incurrir en actos de infidelidad”; asimismo, “evita que durante las relaciones sexuales se de cualquier tipo de placer sexual” dado que ese es uno de sus propósitos del procedimiento, según su creencia. **(Delgado., 2014).**

Otros estudios de interés son; Ablación genital en las comunidades indígenas del Chocó, Colombia **(Chavarro, 2018).**

Los Emberá, habitan mayoritariamente entre la cordillera central y el océano Pacífico; según su territorio se reconocen a sí mismos como: Emberá Dobida, gente de río; Emberá oibida, gente de selva; Emberá Pusabida, gente de mar, y Emberá Eyabida, gente de montaña. Estos últimos se dividen en dos grupos, catíos y chamíes.

En el caso del departamento del Chocó, los Chamíes, quienes habitan en montañas como los de la comunidad de aguasal Bagadó. Cabe resaltar que para las mujeres indígenas el término de ablación es sinónimo de curación; pues se considera tradicionalmente que esa parte del cuerpo que se quita mediante la práctica de la ablación es una impureza y mediante ese procedimiento se da la limpieza, curación, operación o curación; nombre adoptado por esta cultura, según algunas investigaciones, **González Henao, Raquel. (2011).**

Sin embargo, se han presentado diferentes puntos de vista u opiniones acerca de la práctica de la ablación; que han causado ciertas manifestaciones de rechazo hacia las mismas por parte de toda la sociedad, las organizaciones defensoras de derechos humanos y organizaciones feministas. De allí que, para algunos fue transmitida de manera indirecta el hecho de que los indígenas eran salvajes y retrasados en cuanto a civilización y /o humanización.

Se han emitido programas televisivos en los cuales se representa mediante dramatización, la práctica de dicho ritual y esto ha generado malestar en quienes vieron dicha representación o personificación, los cuales mediante comentarios

negativos consideran que los indígenas que aun practicaban dicho ritual estaban descontextualizados.

Por ejemplo, en el caso de Pueblo Rico, Risaralda, se promulgó una sentencia por parte del juzgado promiscuo municipal de Pueblo Rico, en la cual se solicitó tanto al presidente de la república como al gobernador de Risaralda, alcalde de Pueblo Rico y gobernador mayor del resguardo indígena Emberá-Chamí del rio San Juan de Pueblo Rico, para que expedieran los actos administrativos, decretos, resoluciones, acuerdos u órdenes que sean necesarias para prohibir de forma inmediata y urgente de la práctica de la mutilación genital femenina, en el interior de la comunidad Emberá Chamí del departamento de Risaralda.

Dicha sentencia, motivó e impulsó a defensores de derechos humanos a seguir trabajando por erradicar dicha práctica de entre los indígenas, extendiéndose así a diferentes territorios.

En Colombia la constitución política se convirtió en un sistema idealista que protege la identidad étnica y cultural (**Saidiza & Carvajal, 2016**),

Según **Chavarro Anturi, M. (2018)**. “No se sabe cuándo o dónde se originó la tradición de la mutilación genital femenina Pues la evidencia de momias egipcias sugiere que la infibulación también conocida como el procedimiento faraónico fue practicado hace unos 5000 años”. Sin embargo, para La Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena (1993) y la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2012). “La mutilación genital es una violación de los Derechos Humanos “.

“La práctica de la ablación en las comunidades indígenas del Chocó, Colombia específicamente los Emberá Chamí, atenta contra la dignidad humana, produciendo situaciones peligrosas e inaceptables contra la vida y la salud de las mujeres y de las niñas Emberá Chamí. De conformidad con la Ley 742 de (2002)”. **Chavarro Anturi, M. (2018)**.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Según **Kandala et., (2019); Gibaly et., (2019); Ahmed & Shabu., (2019); Wahlberg., (2018); Hamid et., (2018)**, concluyen en sus estudios que los países

donde se concentra esta práctica se ubican en su mayoría en el continente de África. La gran mayoría de estos estudios presentan las razones que las comunidades tienen para practicar la MGF; muestran profesionales de la salud que hablan de las implicaciones y necesidades de la atención de las mujeres frente a estas prácticas y otro estudio presenta mujeres casadas (egipcias) que hablan acerca de lo que piensan sobre esta práctica.

En Colombia la investigación sobre el tema aun es reducida, se encuentran algunos trabajos centrados en aspectos legales frente a la práctica de MGF, otras investigaciones desde la antropología, y los centrados en salud son los de menor proporción, lo cual puede ser un desafío, si se piensa en la necesidad de conocer las consecuencias para la salud física y emocional que las mujeres que sufren la MGF tiene y la implicación directa en la salud de estas mujeres indígenas así como en la violación de sus derechos humanos, sexuales y reproductivos. concibe que “los procesos de salud-enfermedad y atención, hacen parte de la vida en general, obedecen a dinámicas históricas, culturales y sociales” **.(Almeida Filho, 2000).Almeida Filho, N. (2000). A *Ciencia Da Saúde* (Hucitec (ed.)).**

Importante describir que el **Ministerio de Salud y Protección Colombiano y el UNFPA en el año 2020**; es decir actualmente, han publicado: Las orientaciones y lineamientos para el abordaje y la atención integral en salud de las víctimas de MGF la cual aborda temas de suma importancia en 7 capítulos como; la práctica, su distribución geografía y la comprensión de la práctica tradicional, significado de la práctica, normas y leyes jurídicas, los esfuerzos realizados para la erradicación de la MGF, orientaciones para abordar el tema, consecuencias inmediatas, a corto y largo plazo, el impacto, el manejo por los trabajadores de la salud entre otras consideraciones.

Otras investigaciones; Por todo lo anterior, se genera la importancia y necesidad de analizar las percepciones que tienen las parteras del resguardo Alto

Andágueda sobre la MGF, en el municipio de Bagadó, departamento del Chocó ; es decir que piensan de esta práctica incluyendo las razones que expresan, y los conocimientos que requieren para practicarla.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las Creencias sobre la MGF que tienen las parteras indígenas del resguardo del alto Andágueda en el municipio de Bagadó departamento del Chocó?

JUSTIFICACIÓN

La mutilación genital femenina MGF; “es la extirpación total o parcial de los órganos genitales externos femeninos que tiene como finalidad evitar que la mujer sienta placer sexual además sirve para conservar la virginidad y reduce las posibilidades de infidelidad, por religiosidad, por salud y por razones estéticas. Las niñas y las mujeres que no hacen este procedimiento son rechazadas por la comunidad. La mutilación genital femenina se asocia con ideas culturales de que las niñas o mujeres son puras y bellas solo después de quitar unas partes del cuerpo que son consideradas como algo impuro o sucio”.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su estudio “**Comprender y abordar la violencia contra la mujer mujeres**” con más de 28.000 embarazadas en seis países africanos, se evidencia que, los efectos que tiene la mutilación genital femenina para la salud son preocupantes y concluyen que aquellas mujeres que habían sufrido una MGF corren un riesgo considerablemente mayor de tener complicaciones en el parto, necesitar una cesárea o padecer una hemorragia posparto, en comparación con las mujeres no sometidas a este estudio. Esta práctica mostró que, la tasa de mortalidad neonatal es mayor durante el nacimiento e inmediatamente después, si las madres habían sufrido MGF, en comparación con las no sometidas a ese procedimiento, riesgos que aumentan según la gravedad del tipo de mutilación genital femenina (**Organización Panamericana de la Salud OPS, 2013**).

Desde 1997 a través de trabajos conjuntos las organizaciones internacionales como la OMS, UNICEF, UFPA vienen trabajando por la eliminación de la MTGF, a

través de programas, políticas y seguimientos a los marcos jurídicos de los países inician un trabajo conjunto para la eliminación de la MGF y en el 2008 hacen pública la declaración, titulada: *“La eliminación de la mutilación genital femenina: declaración interinstitucional”*.

La Asamblea General de las Naciones Unidas en la resolución A/RES/70/1 por la cual se establece los objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos en 2015-2030 incluyen la erradicación de la mutilación genital femenina antes del 2030 en el Objetivo 5, dedicado a la igualdad de género - Meta 5.3: Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina (**ONU, 2015**).

La MGF “tiene sentido” para algunas comunidades indígenas, como es el caso de las comunidades Emberá Chamí en el Chocó; esta práctica se realiza en niñas, jóvenes y ocasionalmente en mujeres adultas. La práctica se lleva a cabo principalmente por las parteras; ya que se desempeñan en la comunidad como asistentes de parto. La mutilación genital femenina se hace con cuchillos no esterilizados, hojas de afeitar, tijeras, vidrio cortado, roca afilada, guadasas afiladas, entre otras. Generalmente este procedimiento se realiza sin insumos, sin los conocimientos necesarios, causando graves consecuencias para la salud de las mujeres, como: dolor severo, hemorragias e infecciones la retención de orina, e incluso puede provocar hasta la muerte. Sin desconocer las afectaciones emocionales y las posibilidades de tener una vida sexual libre y placenteras. (**Chavarro, 2019**).

En Colombia la MGF las comunidades indígenas que mantienen esta práctica, como la comunidad Emberá Chamí, manifiestan razones para mantenerla: Como “signo de pureza”, “curaciones al cuerpo”, “preparación para la vida matrimonial”, entre otras.

De otra parte, es importante afirmar que Colombia es un Estado Social de Derecho, pluriétnico y multicultural, que da autonomía a las comunidades indígenas;

de manera que, a partir de la anterior definición, los grupos étnicos y comunidades indígenas “fijan sus normas y sus leyes de acuerdo a su cultura”.

Ahora bien, aunque es considerado un problema por la salud de la mujer (**OMS 2007-2008**) aún es reducido el número de estudios sobre el tema a nivel social y desde el ámbito de la salud; ante este vacío de conocimientos se considera relevante avanzar en la construcción de conocimientos frente al tema, analizando la percepción que tiene las parteras que la realizan al interior del resguardo indígena de Bagadó en Chocó.

En Colombia esta práctica, que sólo pueden llevar a cabo las mujeres, porque se encuentra dentro de su ámbito de conocimiento, específicamente de aquellas mujeres que ejercen como parteras, se ha identificado en comunidades como la Chamí del Departamento del Chocó, se tienen registros de algunas otras comunidades en Caldas y Antioquia (**Henao,2010**).

A pesar de ser una cuestión aceptada en la cultura Emberá y según ellos “fundamental para el desarrollo de las mujeres en esa cultura”, como parte de la creencia el procedimiento es totalmente secreto. Por todo lo expuesto con esta investigación se busca aproximarse a las mujeres que, por tener el conocimiento tradicional, mantienen la norma social en su comunidad, a través de la realización de la práctica de la MGF; que, si bien son prácticas rechazadas por personas y organizaciones defensoras de derechos humanos en occidente, existen y continúan siendo “legítimas para algunas comunidades indígenas” en Colombia.

OBJETIVOS

Objetivo General

Describir las creencias que las parteras tienen sobre la MGF en niñas indígenas del resguardo del Alto Andágueda en el municipio de Bagadó departamento del Chocó.

Objetivos Específicos

- ✓ Identificar el contexto de las normas sociales relacionadas con la práctica MGF en la comunidad indígena del Resguardo del Alto Andágueda en el municipio de Bagadó que incide para que la práctica persista.
- ✓ Describir los conocimientos y experiencias de las parteras que realizan o han realizado la MGF.
- ✓ Analizar las principales razones para practicar la MGF en las niñas indígenas del Resguardo.

PROPÓSITO

Este estudio pretende contribuir al conocimiento sobre este fenómeno (MGF); que permita avances en la construcción de estrategias que conlleven a la eliminación de la práctica y así proteger la salud de las mujeres.

MARCO TEÓRICO O DE REFERENCIA.

Desde 1997 las organizaciones internacionales y las naciones unidas realizan grandes esfuerzos para luchar contra la MGF mediante las investigaciones, el trabajo con las comunidades y el cambio de las políticas públicas en los países más afectados. Los esfuerzos son muchos y esto ha generado una participación internacional más amplia en los esfuerzos por la eliminación de la MGF; la creación de organismos internacionales, el seguimiento y la adopción de resoluciones que condenan la práctica; de hecho, la revisión de los ordenamientos legislativos y el creciente apoyo político a la eliminación de la mutilación genital femenina, así como en otros 33 países con habitantes que ejercen la práctica.

Colombia cuenta con normas y leyes que protegen la identidad étnica y cultural de las poblaciones; sin embargo, este reconocimiento al derecho de identidad cultural es usado como excusa para realizar prácticas que vulneran los derechos de las niñas, las adolescentes y mujeres. **(Marrugo, 2014).**

A la fecha se cuenta con tratados que garantizan la protección de los derechos de las niñas y de las mujeres y de estos podemos citar los siguientes:

- La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, Pacto de Derechos Civiles y Políticos.
- Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
- Convención de los Derechos del Niño, Convención sobre el Estatuto de los Refugiados y su Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados.
- La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (la Carta de Banjul) y su Protocolo sobre los Derechos de la Mujer en África.
- Carta africana sobre los derechos y el bienestar del niño, Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales.
- Declaración de Beijing y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.
- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en Contra la Mujer (1979) manifiesta que es obligación del Estado asegurar por medio de medidas legales “el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los Derechos Humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre” (p. 11). Al generar una ponderación de cargas, en donde ambos géneros para que tengan los mismos derechos y las mismas obligaciones genera una verdadera igualdad de derechos y obligaciones para ambas partes.
- Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD).
- Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural.
- Comisión sobre el Estatus de la Mujer (1) el derecho a la salud física y mental, (2) el derecho a la seguridad, (3) el derecho a la libertad, (4) el

derecho a estar libre de tratos crueles, inhumanos o degradantes, (5) el derecho a la protección contra prácticas tradicionales nocivas y (6) el derecho a la vida cuando el procedimiento resulta en la muerte. Estos derechos están protegidos en el derecho internacional.

- Declaración de los Derechos Humanos (1948), artículo “nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes” (p. 2).
- La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del niño (1990).

La mutilación genital femenina de cualquier tipo es reconocida como una práctica nociva que viola en todas formas los derechos humanos de las niñas y de las mujeres. Es por ello que el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer hace un llamado de atención a los Estados a tomar medidas apropiadas y efectivas para erradicar la práctica de este fenómeno y proporcionar información sobre las medidas que se han tomado al respecto (**Henao, 2010**). En el marco de dichas medidas en el 2012 la ONU declaró el seis de febrero como el Día Internacional de Tolerancia Cero para la Mutilación Genital Femenina decretado. (**ONU 2012 6 de feb**)

La mutilación femenina genital ha sido reconocida por haber desigualdades y desequilibrios de poder entre hombres y mujeres. Esto es una forma de violencia contra las niñas y mujeres pues genera consecuencias físicas y psicológicas. (**García, 2013**). Además, Chavarro (**2018**) afirma que *“la MGF en las comunidades indígenas del Chocó, despoja a las mujeres de hacer una vida independiente de sus cuerpos e infringe la autonomía, de las mujeres Emberá Chamí, violando los derechos entre estos tenemos Derecho al Libre Desarrollo de la Personalidad”*.

Según el artículo 16 de la Constitución Política de Colombia de 1991; afirma que: “todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de la personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico”. (pág.

13) el libre desarrollo de la personalidad se encuentra lesionado con este tipo de prácticas al generar una limitación directa de la libertad sexual, lo cual impide la formación social de las mujeres de dicha comunidad, el Derecho a la Libertad y el derecho a estar libre de todas las formas de discriminación. En este caso, con la MGF, también se infringe el derecho a la libertad de opinión, porque a las mujeres Emberá Chamí no se les permite expresar su opinión sobre la MGF.

Se considera transgredido el derecho a la dignidad humana a las mujeres Emberá Chamí porque con este tipo de procedimientos se está atropellando la autodeterminación individual y se perjudica el derecho a la vida digna que todos tenemos como personas, indistintamente de la etnicidad, costumbre y religión que se tenga. Se lesionan estos derechos a las mujeres Emberá Chamí pues la mutilación genital genera problemas tanto físicos como psicológicas porque no se permite a las mujeres y a las niñas vivir una vida con dignidad. (**Cortes, 2016**). Derecho a no ser sometida a Tratos Crueles e Inhumanos. La mutilación genital femenina es una práctica inhumana y degradante tal como los establece el artículo 3 de la **Convención Europea de Derechos Humanos (1970)**

La Corte Constitucional, en Sentencia T-009 de (2007) relaciona los lineamientos de que tienen los pueblos indígenas en consonancia con la Constitución Política de Colombiana del Artículo 246 en la cual afirma que: “La jurisprudencia constitucional ha determinado que la jurisdicción indígena tiene cuatro elementos: i) la posibilidad de que existan autoridades judiciales propias de los pueblos indígenas; ii) la potestad de estos de establecer normas y procedimientos propios; iii) el respeto a la Constitución y la ley. iv) la competencia del legislador para señalar la forma de coordinación de la jurisdicción indígena con el sistema judicial nacional (p. 50).

Así mismo el Artículo 70 de la Constitución Política reconoce “el derecho a la igualdad y el derecho a la dignidad a todas las diversidades étnicas y culturales de la Nación colombiana”.

En la **Sentencia 254 de 1994, de la Corte Constitucional de Colombia** indica que a pesar de que la Carta Magna en el Artículo 7 proteja la diversidad cultural y las tradiciones de los pueblos indígenas y estos pueden hacer sus propias normas como lo establece la Constitución Política colombiana del 1991; el Artículo 246 indica que, “las tradiciones no deben residir en contra de los derechos humanos de las mujeres y de las niñas”

La Corte Constitucional, en Sentencia expediente 66572-40-89-001-2008-00005-00 de (2008) manifiesta que la MGF pone en peligro la vida y la integridad personal de las niñas y de las mujeres y la Constitución Política de Colombia de 1991, desconociendo así el derecho a la salud sexual y reproductiva y viola los Derechos Humanos.

La MGF como un acto cruel, genera torturas innecesarias, dicha práctica se realiza sin anestesia y sin el consentimiento de la persona, lo cual podría ser una causal de tortura, que podría conllevar a consecuencias penales. (**Aldana & Guarín, 2016**) Se considera violentado el derecho a la salud, por ser una práctica nada higiénica, es un procedimiento peligroso que puede dejar infecciones y complicaciones en el aparato urinario, que en algunos casos podrían llevar al fallecimiento de las mujeres y de las niñas. Además, se produce una serie de problemas de salud tales como: renales, dolor crónico, infecciones, disminución de la actividad sexual. Las mujeres que se someten a esta práctica tienen reacciones adversas durante el parto y cesárea.

Entre los Mecanismos que ha utilizado el Estado colombiano en contra de la Mutilación Genital Femenina, son de destacar inicialmente el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, donde se encuentra el Proyecto encaminado a mejorar la Equidad de Género. Los compromisos de la equidad de género, que hacen parte del Plan Nacional de Desarrollo, tienen una serie de objetivos que buscan mejorar las condiciones de vida de las mujeres colombianas, incluyendo también a las mujeres de las comunidades indígenas (**Garzón, 2013**).

Importante desatacar que Colombia cuenta con un Plan Para la Erradicación de la Mutilación Genital, incluyendo también la Erradicación del matrimonio infantil precoz, para que esas costumbres desaparezcan a partir del año 2030, el Estado está comprometido con los planes de la ONU que busca cumplir los ODS con el “objetivo N° 5 presentado por la Asamblea General de las Naciones Unidas que es lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas”. (ONU, 2016).

Respecto del **Plan 2030, La ONU (2016)** estima que para avanzar en la erradicación de la mutilación genital y el matrimonio infantil precoz y forzado, Colombia deberá realizar los siguientes procedimientos, encaminados a una efectiva igualdad entre los géneros, ante la controversia que ha afectado al país en los últimos años.

Primer procedimiento, deberá antes que nada dar los primeros pasos hacia la igualdad de género lo cual implica la verdadera “eliminación de las violencias contra las mujeres, reducir la mortalidad infantil y materna”. (p. 1) Segundo procedimiento. Se debe mejorar el acceso a la salud de las mujeres indígenas, por medio de la exteriorización del “Plan Nacional para la erradicación de prácticas nocivas para la vida y la salud de las mujeres y niñas indígenas”.

Finalmente, el tercer procedimiento indica que para avanzar en la erradicación de la mutilación genital el Estado deberá investigar a fondo “la magnitud de esta práctica en el país, así como con el registro, documentación y datos sobre los casos de mutilación genital femenina” (**ACNUDH, 2016 VIOLENCIA CONTRA LA MUJER**).

Contexto de estudio

Al describir el contexto de estudio; es importante notificar, que dicha información es analizada y tomada de informes del Proyecto “Parteras de las comunidades de Bagadó Promueven la Salud Sexual y Reproductiva con las Niñas, Adolescentes y Mujeres al Interior de sus Comunidades. **OIM, REDIPARCHOCO (2018)**

En este contexto y conforme a dichos informes, se describen las características y hechos alrededor de las comunidades indígenas de Bagadó; desde el curso de vida,

la gestación, el nacimiento, la infancia, la adolescencia, la adultez, la vejez y la conformación del cuerpo entre otras especificaciones. , de igual modo se contó con documentos del Ministerio del interior, y de autores como Ulloa, en 1992 y del ministerio de cultura. El cual especifica en su investigación que el pueblo indígena Embera (gente), tradicionalmente habitaba los territorios occidentales de Colombia, en lo específico los ríos Atrato, San Juan y Baudó, en la selva tropical húmeda. En la actualidad, se cuenta con alrededor de 138 mil personas que se reconocen como pertenecientes a la etnia Embera, los cuales, debido al desplazamiento y patrones de movilidad propios de su cultura, se encuentran ubicados en 17 departamentos del país más el distrito Capital y Panamá. El pueblo Embera a su vez se divide en diferentes grupos, los Embera Katío o Ayadiba (hombres de montaña), Chamí u Óbida (hombres de selva), Wuounan, Dobida (hombres de río), y los Eperara Siapidara (**Ministerio del Interior, 2013**).

A pesar del patrón de dispersión población de los Embera y la agudización de este fenómeno desde la conquista y más recientemente desde el desplazamiento forzoso, las familias Embera se siguen reconociendo como parte de una Gran Nación que tiene su territorio en la costa pacífica del país y que comparte la misma lengua (con variaciones por cada grupo); la misma Ley de Origen; la misma tradición oral, el jaibanismo y un modelo de organización social que tiene como eje central las familias, las cuales se integran por medio de alianzas en grupos más grandes.

Con relación a los grupos indígenas, sus territorios han sido teatro de guerra y a causa de la misma, en estos últimos años han sufrido graves vulneraciones de sus derechos, tanto que la Corte Constitucional por medio del auto 004 de 2011, hace un importante análisis en donde pone de presente el riesgo de desaparición de las prácticas culturales de este pueblo, como también describe las carencias en cuanto al acceso a derechos y recursos para satisfacer sus necesidades básicas (**Ministerios del Interior, 2013**).

1.1. Contexto de los Katío del Alto Andagueda

Los Embera Katío o ayadiba (gente de montaña) son alrededor de 40 mil en el país, distribuidos entre el departamento de Antioquía, Chocó y Córdoba. La región del Alto Andagueda, entre el departamento del Chocó y de Risaralda es una de las regiones habitada por ellos, y uno de los más grandes centros expulsores de familias Embera hacia el resto del país. Esto se debe a los años de conflicto armado y a las disputas por el control del territorio rico en oro. La primera gran masacre de líderes indígenas fue en el año 1987 y de ahí ha habido varios enfrentamientos que han dejado varias víctimas entre la población y han dado origen a una gran ola de desplazamiento **(Ministerios del Interior, 2013)**.

Sin embargo, la vulnerabilidad y el riesgo de desaparición de aquellas tradiciones y particularidades étnicas de los Katío comenzó con la colonia y se agudizó con los años de la presencia misionera en este territorio y en especial modo con la construcción del internado de Aguasal en la que hoy en día es un asentamiento más de los Katío de esta región. De acuerdo a las palabras del ex párroco y antropólogo Jesús Flórez que estuvo a cargo del internado de Aguasal desde el año 1989: “el internado de Aguasal es un modelo del esfuerzo de la Iglesia Católica de contribuir a la cristianización y escolarización de los indígenas. Un modelo que no fue único y que tenía el objetivo de afectar todo el conjunto de la vida cotidiana indígena, provocado impactos que aún no se logra medir, fue un capítulo de la historia Katío que muy seguramente refleja una experiencia de dolor muy grande” **REDIPARCHOCO 2018**; (proyecto parteras de Bagadó promueven la salud sexual y reproductiva con las niñas, adolescentes y mujeres al interior de sus comunidades).

Las niñas que entraban en el internado venían educadas como buenas amas de casa, es decir al cuidado del hogar y el respeto de la familia. Uno de los primeros imperativos de las religiosas fue la introducción del vestuario y la confección del mismo, para educar las niñas indígenas al pudor y la vergüenza de su propio cuerpo desnudo, tanto que como afirma una enfermera que estuvo viviendo y trabajando en

Aguasal por 4 años “hoy en día las mujeres indígenas no se quitan su ropa ni siquiera para bañarse o parir un hijo” OIM-REDIPARCHOCÓ 2018).

Otra innovación que introdujeron las religiosas y que impactó en las prácticas culturales Emberá, pero también en la organización social debilitando el sistema de parentesco y los lazos familiares, fue la introducción del ritual católico del matrimonio. Antiguamente, la unión de las parejas se relacionaba con dos grandes hitos: el gateo y el rapto.

El rapto, era la manera más común de legitimar la unión, el joven escapaba con la pareja escogida y al cabo de un par de semanas volvía con ella donde las familias, en ese momento la pareja era reconocida por todos los mayores y podían empezar la vida de pareja en comunidad. Con la llegada de las religiosas y la introducción del matrimonio católico se desintegran todas estas prácticas, las jóvenes, que viven en el internado, al cumplir 13 años participaban de una gran celebración, así lo relata una de las seculares claretiana que realizó varias misiones en los años 70 del siglo pasado: “ellas se disponían en círculo, las religiosas invitaban unos cuantos hombres adultos, los cuales tenían la posibilidad de escoger su esposa y llevársela después de una pequeña celebración. Las niñas lloraban, algunas se desesperaban al ser escogidas porque de pronto tenían alguna simpatía por otro joven, pero no había vuelta atrás, su voluntad no se tenía en cuenta” OIM-REDIPARCHOCÓ 2018.

Finalmente, se debe a la administración de la misión, que arrancó en 1958, la introducción de la economía extractiva de la minería, el cultivo para la venta de plátano y maíz y el abandono del sistema de recolección y caza, el asentamiento en grupos humanos más grandes alrededor de escuelas y puestos de policía en vez de la construcción de núcleos de hogares por grupos familiares en zonas dispersas cerca de sus cultivos. Fue la misión a introducir la construcción de tipo rectangular de madera con techo de zinc. Antiguamente, los hogares hospedaban la familia extensa, tenían techo de palma y era de forma circular. Los tambos, se construían levantados del piso, debajo de ellos se guardaba la leña para el fuego y se sepultaban los muertos de la familia. Arriba, había un espacio para dormir y otro para compartir todo sin paredes. A

los lados del tambo se construían otras pequeñas construcciones que servían para guardar comida e insumos como canastos y utensilios y por supuesto había un espacio para el fogón.

Esta construcción, mucho más versátil y de materiales biodegradables siendo sin paredes evitaba la condensación de humo por la cocción de alimentos. Aunque hoy en día, después de varias intervenciones de instituciones nacionales y cooperación internacional, las mujeres Katío, conservan sus cocinas en un espacio aislado del resto del hogar, siguen pasando allá la mayoría del tiempo, y de acuerdo a la educación que recibieron sobre lo privado, dejan las puertas cerradas inhalando ellas mismas y sus hijos, los humos del fogón todo el día.

Finalmente, la larga historia de violencia del pueblo Katío, como bien lo cuenta el antropólogo Jesús Flórez, enseña también acerca del carácter y de las estrategias de resistencia del pueblo Katío: “a ellos se les prohibía todo de manera sistemática. No podían hablar el idioma nativo, no podían celebrar rituales propios, tenían que entregar sus hijos e hijas a los cuales se les enseñaba a repudiar sus orígenes. Pero, encima de todo, siguen ahí, hablando su lengua y hasta lograron sacar la misión de su resguardo” (Entrevista a experto, Quibdó, 2018). Esa resistencia silenciosa llevada a cabo durante años marca aún hoy en día, el patrón de relación entre las comunidades Katío y la sociedad mayoritaria y es razón de la escasa adherencia de procesos de intervención en las comunidades Katío para la transformación de prácticas ancestrales que ponen en riesgo el goce efectivo de derechos de niñas, adolescentes y mujeres.



Ilustración 1 Detalle Iglesia del ex internado de Aguasal y la cárcel

Registro fotográfico de REDIPARCHOCÓ

1.2. El curso de vida

Con relación al curso de vida de las personas Katío se describe la experiencia obtenida por REDIPARCHOCÓ, en el desarrollado de sus proyectos con estas comunidades o en el marco de ejercicios participativos con parteras en los procesos de intervención; (Informe de sistematización, Quibdó, 2018). A partir de esta experiencia diferencial de curso de vida se espera poder abordar los hallazgos de la investigación y así mismo plantear elementos centrales a la hora de recoger la información.

1. Gestación

El curso de vida comienza con la gestación o embarazo, en este momento vital es de extrema relevancia la relación de la gestante y su familia con el jaibaná, esta conexión es fundamental para la salud de la gestante. Cabe aclarar que el jaibaná genera también miedo en las parteras y las gestantes, ya que en su poder está la salud, pero también la enfermedad. Este momento vital, las parteras identificaron también el paso por la institución de salud, sobre todo las parteras más jóvenes y que aprendieron el oficio a través de las capacitaciones dictadas en el pasado por enfermeras de la Diócesis de Quibdó. Las parteras no identificaron el papel del hombre en este momento vital.

2. Nacimiento

Para el nacimiento, las parteras identificaron todos los cuidados del momento, el primer día no se baña al recién nacido; luego su aseo los primeros días es con agua tibia, la necesidad de la limpieza de la madre y el recién nacido, el consumo de hierbas para la limpieza del útero y el acompañamiento al parto. En este caso, tampoco identificaron diferencias entre el recién nacido y la recién nacida, sin embargo, esto se debe a la dificultad de hablar de algunos temas en el espacio público.

3. Los Primeros Años de Vida

En este momento vital, el niño o la niña vive pegado a su madre, amarrado por medio de una faja en la espalda. Por ella recibe el alimento y el cuidado que necesita. En el paso a paso, también su hermana mayor, que puede tener una edad que varía entre los 5 y 12 años lo cuida y lo amarra a su espalda, mientras la madre se encuentra ocupada en otras actividades. Tras la lactancia materna, el primer alimento se recibe después de los 6 meses y no se encuentran diferencias entre la niña y el niño. Los hitos más importantes de este momento vital se relacionan con aprender a hablar y comunicarse y aprender a caminar. En esta etapa, los niños y niñas también aprenden algunos elementos de la socialización en el espacio del fogón en donde comparten con sus padres, abuelos y hermanos/as.

4. La infancia (desde los 6 hasta los 9 años)

Este momento vital es central para el desarrollo de las mujeres y hombres Katío. Es en este momento vital que tanto las niñas como los niños comienzan a acompañar sus padres en diferentes actividades diferenciales en base al género y es en este momento vital que se forman y viven como Katíos. Las niñas, cuidan de sus hermanos y hermanas menores, queman y muelen el maíz, cocinan y acompañan a sus madres y abuelas selva adentro, para la recolección de madera; la siembra y la cosecha de maíz y plátano. Estas tareas, según comentaron las parteras a la antropóloga y enfermera de REDIPARCHOCÓ, son fundamentales para el futuro de la niña cuando tendrá su familia, porque una vez casada ella deberá asumir solas todas estas tareas y en caso de no cumplir a cabalidad con alguna de ellas, el marido ejercerá violencia física hacia ella y en algunos casos podrá abandonarla a su suerte.

Los niños y jóvenes, se ocupan más de tareas del colegio y de acompañar a sus padres a limpiar la tierra para la siembra. Son en su mayoría los niños, los que deben educarse para el estudio ya que en su mayoría seguirán sus estudios de bachillerato. Mientras que las niñas, a los 13 años deberán tomar otro camino.

5. Los trece años

Los 13 años representan por sí solos un hito para las niñas Katío. Esta es la edad que coincide con la primera menstruación, con el enamoramiento y con el matrimonio de las niñas. Usualmente, la mayoría de ellas a esta edad tienen su primer embarazo, mientras los niños siguen con su proceso educativo. Al reflexionar acerca de este momento vital, entre las parteras surgieron los recuerdos de sus infancias, muchas de ellas relataron que, a los 13 años, en el internado fueron obligadas a casarse después de una ceremonia en donde, algunos hombres llegan al salón y debían de escoger entre todas las niñas su futura esposa. Secundariamente, se tenían que casar frente a Dacha Ankoré (Dios) y partir con sus esposos. Muchas veces, algunas de ellas tenían un gusto por otro joven, pero no podían tener preferencias o gustos, sólo los hombres tenían ese derecho para las religiosas.

Las mujeres que están enamoradas o que buscan el amor llevan puesto su mejor atuendo, se maquillan los cachetes y les gusta usar un labial. Pero también, coloran su piel de negro como se hacía tradicionalmente. Hoy en día, muchas niñas quieren escoger sus esposos, y en general se les permite. Sin embargo, las parteras reflexionaban acerca de las relaciones de noviazgo que se dan por fuera de un compromiso serio, que están dejando algunas jóvenes en estado de embarazo, sin tener un compañero que las respalde. Este suceso desencadena una crisis en la comunidad y en lo específico en la familia de la niña, que pierde su honor y culpa a la hija de eso.

6. La adultez

La adultez en el momento vital de mayor trabajo tanto de los hombres como de las mujeres. Comienza una vez casados, con la construcción del hogar y de los trastos para la cocina, pasando por todos los ciclos de gestación de las mujeres que terminan cuando se termina su periodo fértil. La crianza, el cuidado y el trabajo para la producción de la comida para el hogar. La mujer en este momento de su vida se aleja del espacio público, comienza su día a las 5 am cuando sube las montañas hacia las

fincas en busca de leña, y termina por la tarde noche, cuando se acuesta a dormir. El río era antiguamente un gran espacio de socialización para las mujeres, que allí se encontraban para lavar ropa y trastos de la cocina. Hoy en día, la mayoría de las comunidades tienen agua en el hogar, por lo tanto, la mujer no tiene necesidad de salir de la cocina.

Sin embargo, la cocina sigue siendo un espacio de socialización para ellas, las cuales se reúnen alrededor del fogón a preparar y consumir alimentos y bebidas, intercambiar historias, opiniones y reírse. La cocina, es un espacio apartado del resto de la casa, levantada del piso por medio de palos de madera, con una puerta que permanece cerrada. Eso implica que el humo del fogón se mantenga en el cuarto que el espacio en donde tanto ellas como sus hijos e hijas pasan la mayor parte del día y en algunos casos pasan las noches.

7. La vejez

El momento vital de la vejez, comienza con la terminación del ciclo fértil de la mujer, la cual ya con hijos e hijas grandes cuenta con el respaldo de estos para la producción de alimentos. Las mujeres que no han tenido hijos varones o que los han perdido en el transcurso de la vida, deben apoyarse con gran dolor en sus yernos, los cuales deberán hacerse cargo de las fincas de sus suegros y de las mulas de la familia. La vejez es un momento tranquilo, pero también de mucha angustia por las viudas o aquellas mujeres que no cuentan con el respaldo y el respeto de sus hijos. Es también el momento de la muerte, la cual se celebra con la solemnidad que se aprendió de los religiosos que han habitado el territorio. Los muertos se sepultan en el cementerio de la comunidad, algo también que se inauguró por la llegada de los misioneros, ya que anteriormente cada grupo sepultaba sus muertos en las fincas en donde habitaban y se movían constantemente en búsqueda de nuevas tierras.

8. La construcción del cuerpo

Para el pueblo Embera, el ser humano brota de la naturaleza como un ser imperfecto y es justamente a través de explícitas acciones de cuidado que el hombre y la mujer se convierten en seres perfectos. Cuando un bebé nace y es hombre, las parteras se preocupan por el cuidado de su ombligo y cuando nace una mujer se preocupan por el cuidado y limpieza de sus órganos genitales, lo cual, en varias ocasiones, incluye la MGF. Dicha práctica se ha venido debilitando debido a varias medidas e intervenciones que estuvieron a cargo del cabildo y organizaciones internacionales que han trabajado en la región.

Tanto la enfermera, como el ex párroco de la comunidad mencionaron que, en su momento, cuando trabajan en esa región, dicha práctica estaba completamente silenciada. Así que no había conocimiento alguno de esta. Según mencionaron, la razón principal se debe a que en ese entonces las niñas y las mujeres nunca se podían ver desnudas. No había controles a las recién nacidas y durante la atención al parto tampoco las mujeres se desnudaban, por otro lado, en ese entonces todos los partos se atendían de forma vertical así que no había manera de observar el aparato genital femenino. Tampoco, según comentó el ex párroco, había una alta prevalencia de mortalidad perinatal de niñas que generara inquietudes.

De acuerdo al informe de sistematización del proyecto de promoción de los derechos de las mujeres entre Embera Chamí de Risaralda (**UNFPA, 2010**), se observa que las razones por las cuales las parteras Chamí practican la ablación son las mismas que las mencionadas por las parteras Katío:

1. Miedo a que el clítoris crezca demasiado y se vuelva un micropene
2. Miedo a que las mujeres sean poco fieles y propensas a las relaciones sexuales
3. Miedo a que las mujeres se exciten demasiado durante el acto sexual

4. Miedo a que el clítoris si no es extirpado pueda estorbar la relación sexual con el hombre
5. Miedo a que el clítoris si no es extirpado pueda volver lesbianas a las mujeres

Aunque haya pactos políticos en varias regiones de Colombia para que las comunidades Embera tanto Chamí como Katío renuncien a dicha práctica (**UNFPA, 2010**) se sigue practicando, aunque en proporción menor. Eso demuestra que hay una resistencia cultural al cambio y que, si bien los pactos políticos de prohibición han sido de gran utilidad, es necesario seguir trabajando para el reconocimiento del goce efectivo de derechos sobre todo en relación con la salud sexual y reproductiva y el derecho a la autonomía de las mujeres.

Al finalizar la descripción del contexto del estudio; tomado de los informes de procesos desarrollados por la OIM y REDIPARCHCOCÓ, en el municipio de Bagadó se logró mayor interés por avanzar en el proceso y fortaleció la motivación por el presente trabajo

MARCO METODOLÓGICO

En el estudio realizado se utilizó la metodología de estudios fenomenológicos cualitativo descriptivo. Según **Hernández, Fernández y Baptista (2003)**, esta metodología constituye un conjunto de prácticas interpretativas que permiten hacer visibles algunas realidades a través de observaciones, anotaciones, grabaciones etc., que registran las realidades que surgen del contexto donde los sujetos viven y desarrollan su cotidianidad. De ahí se intenta encontrar sentido a los fenómenos, en términos de los significados que las personas asignan, su punto central es reconstruir la realidad tal como la observan los actores sociales.

Por tal razón, el investigador cualitativo, debe ser sensible a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas, debe interactuar con los informantes de un modo natural y no intrusivo (**Taylor y Bogdan., 1987**).

Técnicas de producción de información

Como técnicas para la producción de la información se utilizarán la entrevista a semiestructurada bajo consentimiento informado; firmado voluntariamente por las participantes y observaciones del contexto. Todo esto permitirá confianza, libertad y mayor confiabilidad de la información suministrada.

Entrevista semiestructurada

El instrumento central de la investigación fue la entrevista semiestructurada, aquella en la que se desplegó una estrategia mixta que alternó preguntas estructuradas con preguntas espontáneas que surjan en medio de la conversación que mantiene la persona que entrevista con la persona que es entrevistada. Su principal ventaja es que mientras con las preguntas estructuradas se pueden captar las diferencias entre los actores y sus perspectivas alrededor de los temas más importantes que se quieren abordar, con las preguntas espontáneas se puede profundizar en las características específicas que pueden resaltarse de cada actor, que, si bien no son generalizables, permiten identificar creencias centrales. Este instrumento difiere de un intercambio social espontáneo, en la medida en que el investigador crea una situación concreta -la entrevista- para llevar a cabo la indagación de situaciones específicas de interés para la investigación en curso (**Ruiz, 2012**).

Para la aplicación de esta técnica se construyeron dos guías de entrevista (Anexo No.1) entrevista a parteras y (anexo 2) a solicitud de los gobernadores entrevista a los líderes del resguardo, estos se incluyen en el proceso para el tema de permisos; por ser un tema tan susceptible e íntimo en las poblaciones y al tratarlo requiere autorización de los líderes. Tema ya establecido por los gobiernos o cabildos indígenas.

En las entrevistas se incluyen preguntas sobre los temas que permiten dar respuesta a los objetivos de investigación, las entrevistas se realizarán con las parteras y por solicitud de los líderes del resguardo, a solicitud de los mismos se vincularán al proceso los gobernadores.

Las entrevistas se realizarán en espacios que permitan a las participantes un ambiente de tranquilidad y privacidad; posterior a la firma de un consentimiento informado para facilitar la libertad, el respeto y la autonomía como la confiabilidad del dato, la beneficencia y la justicia en el proceso y la correcta producción de la información, estas entrevistas serán grabadas en audio y quedarán soportadas con la firma del consentimiento informado por parte de las entrevistadas. (Anexos 3) Formato de consentimiento informado.

Las entrevistas, se transcribirán completamente, manteniendo las formas de expresión, el lenguaje y hasta los silencios. Es importante mencionar que, adicional a la entrevista se hará una observación participante de todo aquello que rodea el contexto de la ejecución de la entrevista. Es de conocimiento que el diario de campo en la investigación cualitativa, es un instrumento que permite el registro de detalles que no se alcanza a apreciar, en este caso en las entrevistas, se espera incluir además de las percepciones, sentimientos, emociones del de las entrevistadas, es importante considerar estos aspectos desde el investigador.

Sobre la observación de contexto

Finalmente, desde un comienzo se planteó como elemento central la observación participante, y la elaboración de micro etnografías. Una micro etnografía con las mismas características que una etnografía, diferenciándose de ésta en que implicó una inmersión en campo mucho más corta y se limitó al estudio de aspectos o componentes puntuales de la cultura. Una de las características de la etnografía es que es microscópica (**Geertz, 1983**), pero, aunque se dé a ese nivel, el investigador se encuentra ante una contextura muy densa de la cual debe identificar la información

relevante para el estudio. Por ello, es útil adoptar el concepto semiótico de cultura para entenderla como “sistemas en interacción de signos interpretables” (**Geertz, 1983, pág. 27**), esto es, como estructuras de significación interpretables y comprensibles. En ese sentido, es fundamental que la etnografía logre situar debidamente en contexto la realidad que se está estudiando, ya que es en éste en que dicha realidad adquiere significación y se vuelve interpretable y comprensible.

Población y muestra

Por tratarse de un estudio cualitativo no hablamos de un tamaño de muestra calculado en términos probabilístico dado que el objetivo no es la generalización, hablamos de un muestreo teórico proveniente de la noción propuesta por **Glaser y Strauss (1969)**.

En este tipo de muestreo la principal necesidad no es el número de informantes sino la profundidad de la información producida, en ese sentido se establece como uno de sus principios la saturación, la cual se alcanza cuando después de analizar la información recolectada ya no se encuentra información novedosa. **Hernández et al., (2003)**.

Sobre los Criterios de inclusión

Esta investigación incluyó mujeres parteras de las comunidades del resguardo del Alto Andágueda en el municipio de Bagadó departamento del Chocó. Las actividades se llevarán a cabo con parteras de diferentes comunidades del resguardo, que decidieron participar mediante la firma del consentimiento informado y a quienes se les entregó copia del mismo.

La entrevista a los gobernadores de cada comunidad se realizó en razón, a que ellos ofrecieron su participación, firmaron y autorizaron la participación de ellos y de la parteras de cada zona..

Criterios de exclusión

Mujeres parteras que no vivan en el resguardo. No hubo necesidad de excluir a ninguna de las participantes ya que todas cumplieron con el requisito de inclusión.

Escenario de investigación

Se realizó la investigación en el Resguardo del Alto Andágueda en el municipio de Bagadó departamento del Chocó. Segundo semestre 2021.

Esta comunidad, que se ubica a 12 horas de camino por trochas en medio de la carretera que conecta Quibdó con Santa Cecilia. Como se mencionó con anterioridad, es un lugar que permea el curso de vida de las parteras y mujeres Katío de Bagadó, ya que en Aguasal antiguamente se asentaba el único internado de la zona y había presencia de un misionero claretiano. Para ese entonces Aguasal no era una comunidad, sino la sede de un internado. Es la comunidad más grande del gran resguardo del Alto Andágueda, un punto central y de referencia para todas las parteras que habitan en la región, en donde se tiene un contacto permanente con las personas locales y en donde a pesar de los problemas de orden público que afectan la región, es posible ingresar.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En este estudio se consideró que; “Cuando el ser humano es sujeto de investigación, se deben y se garantizó los principios éticos básicos: beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto por las personas. La beneficencia hace referencia a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar los daños; en ese sentido los investigadores deben ser competentes para proteger el bienestar de los sujetos. La no maleficencia como un principio separado es no causar daño. La Justicia, por su parte es la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo a lo que es correcto y apropiado. El respeto por las personas, incluye el respeto por la autonomía; que las

personas sean capaces de expresar sus decisiones, sentimientos y sean tratadas con respeto” (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), Organización Mundial de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. **Ginebra; (2002).**

Esta investigación se realiza según lo establecido en la Resolución 8430 del 1993, Art 11, del Ministerio de Salud; en la cual se establecen las normas técnicas para la investigación con seres humanos en Colombia. Este estudio se clasifica, según la misma resolución, sin riesgo. Sin embargo, por tratarse de un tema tan susceptible en las comunidades indígenas. A esta investigación se le atribuye el riesgo mínimo; bien sea para las entrevistadas y para la entrevistadora; Por relacionarse con la intimidad de la persona y que pueden representar una vulneración a los derechos humanos. De allí la importancia de contar con autorizaciones o consentimiento informados de sus participantes y ante la complejidad del tema y ante los protocolos de las comunidades por igual se debe contar con sus líderes comunitarios y por este hecho se espera en cada comunidad participante, la participación en las entrevistas.

Igualmente se someterá a evaluación por el Comité de Ética en Investigación de Profamilia CEIP. Para dar el máximo cumplimiento a los estándares éticos de investigación.

PLAN DE ANÁLISIS.

Posterior a la recolección de la información, las entrevistas y los registros en el diario de campo; se organizó los datos a través de unas matrices de análisis en Word; Estas categorías incluyó los descriptores identificados en las entrevistas con el fin de elevar el nivel del análisis y llegar a los temas que respondan a los objetivos del estudio. Este plan de análisis incluye tres fases según lo que propone **Minayo (1998).**

Fase 1) Transcripción y exploración: bajo consentimiento informado de las personas que participarán del estudio se grabarán las conversaciones. Luego se procederá a transcribir el material con el fin de identificar los descriptores claves, que permitan la conformación de las categorías.

Fase 2) Categorización; en esta se definirán y se limitarán las categorías que permitan la conformación de los temas que corresponden a los objetivos del estudio. En este sentido, la categorización nos permite la agrupación de los descriptores de cada texto que tiene propiedades relevantes y similitudes en este caso que dan cuenta de las creencias de la MGF. Cabe destacar que el plan de análisis se realizará a partir de un enfoque de teoría fundamentada, según la cual, las categorías y el análisis, surgen a partir de los datos que se recolectan durante el trabajo de campo.

Como bien lo menciona la literatura y el estado de la cuestión y debido al contexto diferencial de la población Katío de Bagadó., para esta investigación aún no se cuenta con solidas explicaciones del fenómeno social estudiado y eso hace necesario que en análisis se sustente a partir de los hallazgos del trabajo de campo:

El requisito principal es que se trate de una investigación orientada a generar una teoría de un fenómeno, o que se desarrolle en un área en la que no existen explicaciones suficientes y satisfactorias (**Morales, 2015 Pág. 10**).

Fase 3) Síntesis; En esta fase se eleva el nivel de análisis de las categorías con el fin de llegar a macro estructuras semánticas derivadas de microestructuras de significados que integran los temas, en términos generales los temas exponen la coherencia general de la realidad estudiada según los objetivos trazados.

RESULTADOS

Mediante las entrevistas sostenidas con las parteras y los líderes indígenas de la comunidad Emberá Katío se indagaron las creencias, maneras y formas de aplicar la MGF.

HALLAZGOS PARTERAS.

ANÁLISIS DE RESPUESTAS POR CATEGORIA Y SUB CATEGORÍAS. PARTERAS	
Objetivo General	Describir las creencias que las parteras tienen sobre la MGF en niñas indígenas del resguardo del Alto Andágueda en el municipio de Bagadó departamento del Chocó
Definición de Categorías	Respuestas Parteras
Partería tradicional: “En Colombia la partería tradicional es una herencia cultural. Según la Unesco y el Ministerio de Cultura, esta práctica juega un rol crítico en la salud pública de nuestro país, por ser un saber ancestral relacionado con el cuidado de los niños, la gestación, el nacimiento, el puerperio y las comunidades”, (expone el enfermero Daniel	P1: Una partera da la vida a las mujeres embarazadas, por parto, la partera está pendiente de todo, de las embarazadas. Las parteras viven de cultura propia. Actividades como comida típica, danzas, cantos, para sostenerse se trabaja artesanías culturales, artesanía de chaquira.

Suárez Baquero, magíster en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL) y doctor en Enfermería de la Universidad de Texas).

Por este y otros hechos, en mayo de este año la Cámara de Representantes [aprobó la modificación del artículo 9 del proyecto de Ley 350 de 2020](#), “por medio del cual se define la partería tradicional afro del Pacífico colombiano, se exalta y reconoce como oficio ancestral y se adoptan las medidas para su salvaguarda, transmisión y protección”.

([Periódico UNAL](#)/ Partería tradicional, la ancestralidad en torno al cuidado de la mujer. Salud. diciembre 6 de 2021 Palmira).

<http://unperiodico.unal.edu.co/pages/detail/parteria-tradicional-la-ancestralidad-en-torno-al-cuidado-de-la-mujer/>.

La partera, “es la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por si misma o porque las parteras “son un agente comunitario de salud, que forman parte del

P2: La partera atiende la mujer embarazada, examina al bebé, la partera hace partos.

P3: La partera es para atender al niño a la mama. Las parteras aprenden desde los 6 años.

P4: Las parteras las necesitan en un parto para sacar el bebé. Atienden en casa en la comunidad.

aprendizaje con otras parteras tradicionales” OMS. La misma organización, reconoce la medicina tradicional indígena” (Parteras tradicionales. Declaración Conjunta OMS/UNFPA/UNICEF. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD GINEBRA 1993. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38859/9243561502_spa.pdf)

Partería obstétrica: es desarrollada por personas con formación profesional y científica, capacitadas para brindar atención integral a las mujeres a lo largo de su ciclo vital, teniendo capacidades para prevenir patologías, diagnosticar y rehabilitar en procesos patológicos, pueden brindar asistencia durante el embarazo, parto y puerperio, así como asistencia al recién nacido.

Se forman como parteras profesionales, licenciadas en Enfermería y Obstetricia. Emplean instrumentos clínicos y tecnológicos, desarrollando su actividad en el ámbito hospitalario. En Colombia, también existe la partería urbana

que es aplicada por profesionales, en el ámbito de los hogares de las madres gestantes.

“Desde el ámbito internacional organismos multilaterales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), también han promovido la partería profesional como una intervención que contribuirá a brindar una atención obstétrica de calidad para todas las mujeres, así como a reducir la razón de muerte materna. “

(Boletín CONAMED-OPS, 2018, “La contribución de la partería para mejorar la calidad de la atención durante los eventos obstétricos”)

Mutilación genital femenina (MFG): “La mutilación genital femenina constituye una violación de los derechos humanos reconocida internacionalmente” (UNICEF, 2017)

La MFG consiste en “todo procedimiento que suponga la extirpación parcial o total de los genitales externos femeninos, u otro tipo de lesión a los órganos genitales femeninos por motivos no médicos” (UNICEF, 2017)

En la mayoría de los casos la MGF es practicada en las niñas desde su nacimiento hasta los 15 años. Y esta práctica puede causar entre muchas complicaciones como: hemorragias graves, problemas urinarios, y más adelante pueden causar infecciones, complicaciones del parto, quistes y aumento del riesgo de muerte de la recién nacida.

P1: Son prácticas dejadas por los abuelos; son prácticas de mutilación y la mayoría decían no; si no se hace eso la niña queda muy arrecha y buscan cualquier hombre. La mutilación es un rito que si no se hace la niña queda arrecha.

P2: corte de la cosita.

P3: es el corte del clítoris

P4: Anteriormente mandaba las mamás y cortaban el pipi para dejar la arrechera.

<p>Características, funciones y roles de la partera tradicional: De acuerdo a las definiciones de la OMS, UNFPA y UNICEF la partera tradicional “Aunque a menudo es analfabeta, habla el idioma local y no solo comprende el sistema cultural y religioso, sino que forma parte integrante del mismo. La PT suele ser una mujer ponderada e inteligente, elegida por las mujeres de su familia o aldea a causa de su sentido práctico y experiencia.” (UNFPA, UNICEF, OMS; 1993; pp.11)</p>	<p>P1: la partera aprende desde los 16 años, la mayor de edad pierde muchos aprendizajes y debe estar pendiente de 5 claves: 1; visita casa a casa, 2; mujeres embarazadas, 3; pendiente cuando va a dar a luz, 4; pendiente del recién nacido, 5; pendiente de todo cómo va el niño, la madre, cuando este la cama.</p> <p>P2: la partera enseña a otras atiende el parto, después del parto dan plantas para el dolor de parto. se capacita cualquiera a cualquier edad.</p> <p>P3: Las parteras atienden la familia, trabajan en atenciones en la noche, en la madrugada, visita cada semana, examina cuando hay dolor, acompañan</p> <p>P4: Las parteras se necesitan para sacar el bebé, desde los 12 a los 16 años son elegidas por la comunidad y pueden iniciar la práctica de la partería. Se atienden muchos niños en las casas de la comunidad, se usa</p>
--	---

	tijeras, baldes, escobas, gorros, tapabocas, guantes, agua y jabón.
<p>Formación de las parteras: las parteras tradicionales adquieren sus conocimientos mediante la tradición oral y la práctica. “Su proceso de aprendizaje es informal, la mayoría los adquiere a raíz de experiencias propias o circunstancias accidentales que las forzaron a atender un parto; esto ocurre a la edad de 19 años promedio. Lo predominante en su aprendizaje es la observación y la práctica. Su conocimiento se enriquece durante muchos años de práctica empírica”. (Laza, Celmira; Hospital San José, Bogotá, 2012)</p>	<p>P1: Una compañera Débora, una persona mayor de edad, rol de partera era familiar</p> <p>P2: Avelinda partera de experiencia en la comunidad, sabe más que otras.</p> <p>P3: De la mamá y abuelas mayores o viejas del pueblo.</p> <p>P4: Una viejita partera de la comunidad que enseñaba a otras.</p>
<p>Estatus de las parteras: “Muchas PT tienen una personalidad dinámica y disfrutan de una autoridad reconocida en la comunidad. Su ejercicio profesional constituye una forma de práctica privada en la que ellas mismas discuten su retribución con la clientela. A veces se</p>	<p>P1: La partera es reconocida en la comunidad, los líderes piensan que las parteras dan primeros auxilios en la comunidad. trabajan voluntariamente. voluntariamente nos ayudan a atender el parto los lideres consideran que si no hay partera no hay vida de las mujeres.</p>

<p>les paga en metálico o con donativos y, en general, su retribución entraña un alto grado de estima en el seno de la comunidad.” (UNFPA, UNICEF, OMS; 1993; pp.11)</p>	<p>P2: las parteras son reconocidas cuando le da dolor a las embarazada en cualquier momento, son las que revisan al bebé. Las parteras que más saben capacitan a las demás.</p> <p>P3: Las parteras son importantes para atender las embarazadas, los partos, son reconocidas por su trabajo a voluntad. Y las mamás llaman al esposo para llamar a la partera cuando ya hay dolor.</p> <p>P4: Son para sacar a los niños. Líder importante como partera. Es reconocida como partera, defiende la vida mucho, le llaman en la noche es duro cuando hay fiebre y dolor de cabeza, en los dolores de la gestante.</p>
<p>Organizaciones y funciones de las asociaciones de partería tradicional: las principales organizaciones que nuclean a parteras y parteros tradicionales en Colombia son ASOREDIPARCHOCO, ASOREDIPARCAUCA, ASOREDIPARNARIÑO(MANGUIPALLÁN), La</p>	<p>P1: ASOREDIPARCHOCO, tiene como partera estar pendiente de todas las parteras, si cumple con sus deberes.</p>

<p>Cigueña(Nariño), ASOPARUPA, Mujeres Bachué(Cundinamarca) y Fundación Baylor(Guajira).</p> <p>El acercamiento a territorio se dio a través de ASOREDIPARCHOCÓ, asociación presente en los 30 municipios del Chocó, en cada municipio existen de 10 a 120 parteras/ros. Adicionalmente, cada municipio tiene un líder o lideresa, que suele ser la persona más activa y destacada en la atención de partos; adicionalmente tiene el rol de transmisión de conocimientos a sus pares.</p> <p>En cuanto a las funciones y propósito, “Desde ASOREDIPARCHOCÓ queremos aportar significativamente a la reducción de la morbimortalidad infantil y materno Infantil en el departamento del Chocó. También, lo que se busca es la resignificación de la partería en la región y el país” expresa Ledy Mosquera.</p> <p>El Programa Inclusión para la Paz ha apoyado el fortalecimiento de Asorediparchocó a través del proyecto “Parteras afrodescendientes e Indígenas de Bojayá promueven derechos de las niñas, adolescentes y mujeres</p>	<p>P2: Cree que no pertenece a ninguna asociación, pero recibe capacitación y kit de parto por medio de la red de parteras.</p> <p>P3: Si soy patera de la asociación, atiendo partos y reporto a la partera Belinda desde la comunidad.</p> <p>P4: ser partera, atender niños, cuidar gestantes.</p>
--	--

<p>en sus comunidades”, el cual tiene como propósito construir un plan estratégico participativo y diferencial para el fortalecimiento de la partería tradicional y la promoción de los derechos de las niñas, adolescentes y mujeres indígenas y afrodescendientes del municipio de Bojayá (Chocó).” (OIM, 2020).</p>	
<p>Liderazgo de las parteras indígenas en los cabildos: las mujeres indígenas se ven atravesadas por una doble discriminación, debido a su género y etnia “ha habido dificultades para que las mujeres participen de los procesos organizativos debido al maltrato físico y moral al que son sometidas por sus maridos quienes no permiten que las compañeras asistan a las reuniones, a las capacitaciones o los encuentros; la marginación por el machismo de los dirigentes y el estado; por falta de educación en la que se capaciten en áreas como: formación política, derechos humanos, trabajo comunitario; la capacitación para labores productivas como huertas comunitarias y soberanía alimentaria; artesanías, salud ancestral basada en los conocimientos tradicionales de las plantas medicinales, entre otras, que les permitan desarrollarse y participar activamente</p>	<p>P1: No hacen parte. Porque los hombres no eligen.</p> <p>P2: Son aceptadas por los lideres, solo en el trabajo con las embarazadas. y cuidados con él bebe.</p> <p>P3: No, porque los hombres tienen estudio y solo ellos están en el cabildo</p> <p>P4: No les gusta que las mujeres estén en eso. Y no eligen.</p>

en el plan de vida de la comunidad.” (Montoya, Nora; FUCLA, 2013, pp.9)	
---	--

ANÁLISIS DE CATEGORIA Y SUB CATEGORÍAS PARTERAS	
Objetivo Específico 1	Identificar el contexto de las normas sociales relacionadas con la práctica MGF en la comunidad indígena del Resguardo del Alto Andagueda en el

	municipio de Bagadó que incide para que la práctica persista.
Categoría	Respuestas Parteras
<p>Contexto: el pueblo indígena Embera (gente), tradicionalmente habitaba los territorios occidentales de Colombia, en lo específico los ríos Atrato, San Juan y Baudó, en la selva tropical húmeda. En la actualidad, cuenta con alrededor de 138 mil personas que se reconocen como pertenecientes a la etnia Embera, los cuales, debido al desplazamiento y patrones de movilidad propios de su cultura, se encuentran ubicados en 17 departamentos del país más el distrito Capital y Panamá. El pueblo Embera a su vez se divide en diferentes grupos, los Embera Katío o Ayadiba (hombres de montaña), Chamí u Óibida (hombres de selva), Wuounan, Dobida (hombres de río), y los Eperara Siapidara (Ministerio del Interior, 2013).</p>	<p>P1: Los partos se atienden en casa de familia, los insumos más utilizados para decir en verdad se utiliza plantas medicinales, las parteras se sienten líder, porque tiene experiencia de vida con las mujeres embarazadas, se trabaja entre las dos medicinas, lo tradicional y lo medicinal.</p> <p>P2: la partera enseña a otras en la comunidad, atiende el parto en casa, después del parto dan plantas para el dolor de parto. se capacita cualquiera a cualquier edad.</p> <p>P3: Las parteras atienden la familia, trabajan en atenciones en la noche, en la madrugada, visita cada semana, examina cuando hay dolor, acompañan hasta terminar el parto y cuando sana el ombligo.</p>

	<p>P4: Se atienden muchos niños en las casas de la comunidad, se usa tijeras, baldes, escobas, gorros, tapabocas, guantes, las parteras lo hace en las casas y solo participa la mamá.</p>
<p>Normas: “El vocablo «norma» procede del latín (norma), y en alemán (Norm) ha adquirido la condición de un extranjerismo con el que se designa —si no exclusivamente, sí al menos en primer lugar— una prescripción, un precepto, un mandato. Mandar no es, sin embargo, la única función de una norma. Autorizar, permitir y derogar son también funciones de las normas. Se habla de normas de la moral y de normas del derecho como de preceptos para la conducta recíproca de los hombres, y con ello se quiere expresar que lo que denominamos «moral» o «derecho» consiste en normas, que es un agregado o un sistema de normas. “ (Kelsen, Hans; “Teoría de las normas”, 2018, pp. 26)</p>	<p>P1: Otras parteras si lo hacen y otros en casa de familia si lo hacen.</p> <p>P2: se dice que no se debe cortar más y se tiene una ley.</p> <p>P3: Se hizo en un tiempo las abuelas.</p> <p>P4: En reuniones por ley no se hace, ni se habla. Es prohibido mutilar.</p>

Creencias: "Conjunto de principios ideológicos de una persona, un grupo social o un partido político . Una creencia es una actitud mental que consiste en la aceptación de una experiencia, una idea o una teoría, considerándolas verdaderas sin que medien ni hagan falta demostraciones argumentales o empíricas. Es decir, es aquello que decidimos creer y afirmar sin que tengamos el conocimiento o las evidencias de que sea o pueda ser cierto.

Fuente: <https://concepto.de/creencia/#ixzz71cHdZQ9v>

P1: Para mi da lástima la mutilación. No lo hago porque me da lástima.

P2: A nosotros nos decían que si no se saca esa cosita de allí y cuando ya quede grande y coja el marido, con esa cosita no puede hacer el parto y queda estorbando y esa cosita que tiene que el clítoris queda como hombre, como mujer cree que le cortaron y no tiene. las abuelas no decían que iban a hacer esa cosa, no ha visto crecer el clítoris porque no miran a la mujer.

P3: La mama no debe permitir el corte porque se puede morir. La niña bota mucha sangre y se muere y en los tiempos de las abuelas se murieron niñas.

P4: Se cortaba para que no de arrechera, y no saliera a buscar a los maridos. Anteriormente se cortaba por ley no se hace y algunas niñas murieron, ni estoy de acuerdo que lo corten porque se siente dolor.

<p>Características de las atenciones del parto: De acuerdo a las recomendaciones de la OMS una adecuada atención del trabajo de parto supone la preservación de la dignidad, privacidad, confidencialidad; asegurando la integridad física así como un trato adecuado de la mujer gestante. Supone las siguientes etapas:</p> <p>Período de dilatación, período expulsivo, alumbramiento, atención del recién nacido, atención de la mujer tras el nacimiento. (OMS, 2018, "Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva")</p>	<p>P1: Visitan a las familias, atienden el parto, cuidan a las mujeres y a los bebés. La madre autoriza la MGF y la abuela es quien realiza el corte. A pesar de ser partera, ella no le aplicó la MGF a sus hijas, fue la abuela mayor quien le hizo, a ella se le practicó, pero impidió que a su hija mejor se le realizara.</p> <p>P2: La niña nace, se saca el ombligo y se seca, Para atender el parto se lava las niñas después de un día, se seca los partos se atiende en la casa de la dueña, usa, tijeras, guantes, tapabocas, batas, el cordón se amarra con un hilo de coser, ya no se corta.</p> <p>P3: Se acompaña el parto un mes antes en la casa de la gestante, no se trabaja para acompañar, se usan las hierbas como costeña, se corta el cordón con tijeras, se amarra con hilo, se limpia con agua caliente y se seca con toallas, No cuenta con dotación.</p>

	<p>P4: los bebés nacen y se bañan a los tres días, se usa</p>
<p>Forma de castigos a las mujeres indígenas: “Al respecto, resulta relevante el trabajo de María Eugenia Albornoz Vazquez y Aude Argouse, “Mencionar y tratar el cuerpo”, donde se analiza, en particular, la violencia jurídica aplicada sobre las mujeres, en base a principios teológicos y morales, como así también la “violencia ejercida por mujeres sobre otros cuerpos femeninos” a partir de estructuras de estratificación colonial y diferenciación social. Por su parte, Alejandra Araya Espinosa, en un interesante trabajo, examina el castigo físico como elemento significativo del proceso de occidentalización de América. Al respecto, la autora indaga en las concepciones de “persona” y “cuerpo” implícitas en el castigo físico y en la presunción diferencial de culpabilidad de acuerdo a la “calidad y condición” social de los sujetos. (...) Asimismo, que el castigo sobre las mujeres, implicó, además de una pedagogía de gobierno sobre sus</p>	<p>P1: Cuando se escapan con hombres se les corta el cabello.</p> <p>P2: La mutilación es para que dejen la arrechera.</p> <p>P3: El castigo no se permite en la comunidad, hay que proteger a los niños y mujeres, no se debe golpear ni agredir. Si se mutila se va a la cárcel por la guardia indígena. Cuando se van con hombres o solas las persiguen los alguaciles, algunas logran escaparse y no vuelven.</p> <p>P4: Cortar el clítoris para dejar la arrechera y que no se volaran con marido.</p>

<p>cuerpos, un medio de control sobre los varones, ya que marcar los cuerpos femeninos significó también marcar límites de acción política sobre los mismos. (...) Además, a través de los castigos físicos se canalizaron venganzas entre facciones. La amenaza del azote, por su parte, conformó un medio atroz de escarmiento dirigido a “mujeres y esposas” de enemigos políticos y en un mecanismo utilizado para violentar sexualmente a mujeres de los pueblos. “ (Quarleri, Lía; “Castigos físicos y control de los cuerpos: mujeres guaraníes, trabajo y poder colonial”; 2018, pp. 10)</p>	
<p>Ciclo menstrual: “El ciclo menstrual es la serie de cambios que el cuerpo de la mujer experimenta todos los meses en preparación para la posibilidad de un embarazo. Cada mes, uno de los ovarios libera un óvulo en un proceso llamado ovulación. Al mismo tiempo, se producen cambios hormonales que preparan al útero para el embarazo. Si se produce la ovulación pero no se fertiliza el óvulo, el tejido que recubre el útero se expulsa a través de la vagina. Este es el período menstrual.” (Mayo Clinic, 2019)</p>	<p>P1: este sabe la mama, ella le explica que es una señorita, hoy en día ya no preparan como antiguamente, respetaban a sus papás y a sus mamás, las niñas jóvenes cogen sus maridos escondidas.</p> <p>P2: No se enseña a las niñas para que no aprendan sobre eso, las niñas preguntan cuándo sale sangre por la vagina a la mama y la mama le dice manéjese bien y no vaya a mostrar a otras gentes, se usan las nosotras. Cuando no tienen se prestan con otras.</p>

	<p>P3: Ellas lo cuentan a la mamá y ella les dice que no se diga a nadie.</p> <p>P4: En la menstruación cuando llega la menstruación se le pega una hoja para el sangrado.</p>
--	--

ANÁLISIS DE CATEGORIA Y SUB CATEGORÍAS PARTERAS	
Objetivo Específico 2	Describir los conocimientos y experiencias de las parteras que realizan o han realizado la MGF
Categoría	Respuestas Parteras
Mutilación genital femenina (MGF): “La mutilación genital femenina constituye una violación de los derechos humanos reconocida internacionalmente” (UNICEF, 2017)	P1: Son prácticas dejadas por los abuelos; son prácticas de mutilación y la mayoría decían no; si no se hace eso la niña queda muy arrecha y buscan cualquier

<p>La MFG consiste en “todo procedimiento que suponga la extirpación parcial o total de los genitales externos femeninos, u otro tipo de lesión a los órganos genitales femeninos por motivos no médicos” (UNICEF, 2017)</p> <p>En la mayoría de los casos la MGF es practicada en las niñas desde su nacimiento hasta los 15 años. Y esta práctica puede causar entre muchas complicaciones como: hemorragias graves, problemas urinarios, y más adelante pueden causar infecciones, complicaciones del parto, quistes y aumento del riesgo de muerte de la recién nacida. Procedimientos que realizan; Tipo I: Extirpación parcial o total de clítoris, que consiste en una escisión o un corte total o parcial del clítoris y también el prepucio o piel que lo rodea. Tipo II: Es la extirpación total o parcial del clítoris y de los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores, en pocas palabras corte total o parcial del clítoris y labios menores. Tipo III Infibulación: Consiste en un estrechamiento del orificio vaginal, esto lo realizan cortando los labios menores dejándolos unidos para que cicatricen juntos; este procedimiento va acompañado corte total del clítoris y de</p>	<p>hombre. La mutilación es un rito que si no se hace la niña queda arrecha.</p> <p>P2: “corte de la cosita, mutilación pues”.</p> <p>P3: es el corte del clítoris, para que no crezca y no quede como hombre.</p> <p>P4: Anteriormente mandaba las mamás y cortaban el pipi para dejar la arrechera. Hoy día ya no se hace.</p>
--	--

<p>labios mayores. Esta clasificación es la que tiene las peores consecuencias para la salud de la mujer, incluyendo la dificultad para orinar, para eliminar la sangre durante el periodo menstrual y es un riesgo severo al momento del parto y el Tipo IV: comprende todos los demás procedimientos perjudiciales de los genitales femeninos con fines no médicos, como: punción, perforación, incisión, raspado o cauterización.</p>	
<p>La práctica: Tipo I: Extirpación parcial o total de clítoris, que consiste en una escisión o un corte total o parcial del clítoris y también el prepucio o piel que lo rodea. Tipo II: Es la extirpación total o parcial del clítoris y de los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores, en pocas palabras corte total o parcial del clítoris y labios menores. Tipo III Infibulación: Consiste en un estrechamiento del orificio vaginal, esto lo realizan cortando los labios menores dejándolos unidos para que cicatricen juntos; este procedimiento va acompañado corte total del clítoris y de labios mayores. Esta clasificación es la que tiene las peores consecuencias para la salud de la mujer, incluyendo la dificultad para</p>	<p>P1: Queda liso, sin nada, se cortaba con cuchilla o cuchillito y sangraban mucho antes algunas murieron.</p> <p>P2: Esa cosita, clítoris, que no crezca como hombre para que quede sin crecer.</p> <p>P3: Corte de la cosita. Pipi como se llama esa cosita, el clítoris.</p>

orinar, para eliminar la sangre durante el periodo menstrual y es un riesgo severo al momento del parto y el Tipo IV: comprende todos los demás procedimientos perjudiciales de los genitales femeninos con fines no médicos, como: punción, perforación, incisión, raspado o cauterización.

En el caso de la comunidad Emberá Chamí, ante la muerte de algunas niñas se ha generado cierta resistencia ante la práctica de la MGF, así que algunos no hacen el corte, pero sí implementan otras estrategias para garantizar que las niñas se conviertan en “buenas mujeres”, lo que significa impedirles de una vida sexual plena y libre. Allí frotan un huevo de gallina tibio para que el clítoris disminuya su tamaño:

“Entonces ya fue uno pensando, allí mucha gente decía: “hombre, con unos huevos, apenas se ponen calienticos, ahí mismo sobarle allá”. Cuando la gallina coloca el huevo, ahí mismo hay que cogerle y con eso

P4: El pipi. Como se llama para que no crezca clítoris. Se mutila antes ya ahora no. Era antes.

<p>sobrarle allá en la vagina. Si eso no se hace, cuando ya va creciendo la niña, cuando tenga un añito, entonces se va alborotando más, por eso no se puede dejar eso así. [...] Ahora eso [ablación] no se hace pero lo del huevo sí (Testimonio de mujer emberá chamí, 2009).” (González, Raquel; “La ablación genital femenina en comunidades Emberá Chamí; Universidad Nacional de Colombia, 2011)</p>	
<p>Forma de nombrarla, forma de realizarla, donde y cuando: “estudios realizados en Colombia describen que para algunas comunidades indígenas como el pueblo Emberá Chamí la MGF, es una práctica ancestral, que se conoce como: “curación”, “arreglo”, “curar”, “operación” entre otros formas de nombrarla; algunas veces se realiza de manera oculta, inclusive para las autoridades del grupo étnico, sin embargo, en cierto modo “hay una aprobación” dentro de las opiniones de las comunidades, dado que en estos contextos la mujer mutilada es apetecida para la convivencia sexual y el matrimonio. La MGF en estas comunidades es realizada</p>	<p>P1: Son tres formas; cuando nace, cuando es de 15 días, cuando es un mes y si no se hizo cuando nació, se hace ya mayor. Se corta con la tijera el clítoris y con el clavo se quema, se usa más el clavo, anteriormente se morían muchas niñas, Lo corta las señoras que saben, algunas parteras saben hacerlo, no todas, la mamá se obliga, no es el papá.</p> <p>P2: Se corta con cuchillos y cuchillas después de dos días.</p>

<p>principalmente por parteras, no es tan frecuente el involucramiento de hombres” (Castañeda., 2015).</p>	<p>P3: Hace tiempo la mamá dice que se cortaba la cosita.</p> <p>P4: Nace la niña, se cortaba un pedacito con tijeras, sale mucha sangre y se pega la hojita molida dura esta hoja tres días y sana poco a poco y la quitan y la ponen.</p>
<p>Tipos de capacitaciones: “En 1984, el Ministerio de salud creó el Programa de capacitación formal de parteras. Este se estableció como una estrategia para mejorar las coberturas de la atención y disminuir la morbilidad y mortalidad materna perinatal, ya que, para ese momento, la tercera parte de los partos en las áreas marginales y rurales del país eran atendidos por parteras tradicionales.⁸ Sin embargo, de su implementación se desconoce la cobertura y la evaluación de la misma. Para el 2009, el Instituto Nacional de Salud (INS 2009), dentro de las acciones de vigilancia epidemiológica del evento de la mortalidad materna propuso incluir en las acciones de vigilancia comunitaria, como medidas encaminadas a</p>	<p>P1: Se capacitan como parteras, hay veces vienen de Bogotá a Quibdó para enseñarnos, de otro grupo y entre las dos aprendimos, las parteras, les habla de ´posiciones, como se hace, por medio de esos aprendizajes trabajamos, hablan de prevención de cuidados de los niños. En el 2007 se hicieron talleres sobre mutilación, se dieron clases a hombres y a mujeres para que no se realizaran más.</p> <p>P2: Parteras que atiende y saben más enseñan a revisar a la que está embarazada, el que viene</p>

<p>la detección y seguimiento de las alteraciones de la mujer gestante, la participación de líderes de las comunidades, resaltando la figura de la partera tradicional.⁹ (Laza, Celmira; “Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia”, Hospital San José, 2012)</p>	<p>atravesado, sacar el ombligo, bañar a los niños con jabón, lo lavan y limpian con toallas.</p> <p>P3: Se ha capacitado con la Red de Parteras, enseñan como limpiar al niño, cuando sale sucio, como amarrar para cortar, cuando tiene un día echar alcohol al ombligo.</p> <p>P4: Son capacitadas por la red de parteras ASOREDIPARCHOCO y Fundación Chocó.</p>
---	---

ANÁLISIS DE CATEGORIA Y SUB CATEGORÍAS PARTERAS	
Objetivo Específico 3	Analizar las principales razones para practicar la MGF
Categoría	Respuestas Parteras

Contexto histórico de la MGF: “(...) de acuerdo con el historiador Víctor Zuluaga Gómez, quien se ha dedicado a estudiar por años a los Embera. Por un lado está la idea de que se trata de una práctica ancestral de la comunidad, por el otro que fue introducido por un grupo de monjas a principios del siglo XX y, finalmente que fue algo que los indígenas adoptaron de esclavos negros musulmanes provenientes de Malí en torno al siglo XVIII. Zuluaga Gómez está convencido de que esto último fue lo que ocurrió. “ (BBC, "Cortó con una tijerita el clítoris de la bebé y le empezó a salir un chorro de sangre": el silencioso problema de la mutilación genital femenina en Colombia”, 2016)

En concordancia con la teoría de Zuluaga, se verificó que la práctica es proveniente de la Iglesia Católica:

(...)la práctica que fue traída a Colombia por los sacerdotes Españoles en la época del descubrimiento y de la conquista ya que los indígenas eran politeístas y no

P1: Dicen que es maluco, los hombres dicen que es un hombre y para ellas no les gusta que digan eso, le dicen vulgaridad, les hablan a los hombres que no digan vulgaridades.

P2: Anteriormente se corta con cuchillos y cuchillas para que no crezca esa cosita. No se debe seguir cortando, dice que se está cortando parte del cuerpo, la mitad del cuerpo.

P3: Me duele si muere una niña, lloran mucho y se mueren, se lastima no me siento bien, no se debe cortar, genera dolor y llorar. Me gustaría ir a mi comunidad que no se puede cortar la cosita porque la niña se puede morir.

<p>tenían conocimiento de la biblia cristiana. (Valenzuela, Leonardo; “La ablación femenina o MGF en Colombia, Universidad Militar Nueva Granada, 2013)</p>	
<p>Curaciones y salud en la cosmovisión indígena: “Para los indígenas, la salud es entendida como un estado de equilibrio que le permite a cada uno interactuar y convivir armónicamente con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminado al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social. De este modo, la salud se expresa en las relaciones dinámicas y equilibrio entre los componentes inseparables de lo que es individual (físico, mental, emocional y espiritual) y lo que es colectivo (ecológico, político, económico, cultural, social y, una vez más, espiritual) (20). “ (Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca, Enfoque intercultural de salud en la población indígena que vive en territorio colombiano, 2021)</p> <p>La medicina indígena supone el empleo de yerbas medicinales:</p>	<p>P1: Las curaciones se hace, se saca la niña y buscan 4 personas para que la niña no se mueva. Se usa una planta y no lo hago a mis hijas porque da lástima, a mis dos hijas lo hice, mandé que le hicieran y después de mis talleres me da lástima.</p> <p>P2: Estos días se suspendió esas cosas en toda la comunidad. Se hacía con cuchillos después de dos días.</p> <p>P3: al cortar la cosita se echaba la hierba conchi, para coromia en la cosita, se limpia la cosita de un día de nacida.</p> <p>P4: Cuando cortan el clítoris se le pega una hoja para evitar el sangrado, hay una niña que se</p>

<p>“Los indígenas a través de los tiempos hemos venido manejando la salud desde el conocimiento tradicional de los mayores, que hacían tratamientos con plantas medicinales que se encontraban en los bosques. Estas plantas que contenían los principios activos con el que se curaban los males, han venido desapareciendo debido a la pérdida de los bosques. Nuestros bosques son nuestra botica médica y por eso cuando se rompe el equilibrio con la naturaleza somos mucho más frágiles y vulnerables ante los males de salud.” (Procuraduría General de la Nación, Caracterización del Pueblo Indígena Emberá Katío, 2019)</p>	<p>murió. Cundo no saben cortar, se corta y se pega la hoja molida por tres días poco a poco va sanando. El proceso lo hacen las parteras anteriormente.</p>
<p>Matrimonio, creencias y ritos:</p> <p>“Al llegar a la pubertad las muchachas, se efectúa un ritual de iniciación para el cual se prepara chicha y se invita un numeroso grupo de vecinos. La muchacha se pinta y se</p>	<p>P1: Piden permiso a los familiares, dialogan entre los dos, se unen y allí hablan, cuando se cogen y cuando se casan, no puede maltratar a la mujer, si la maltrata se le mete al cepo; se casan desde los 14 años. Se hace chicha de maíz, se le da a la muchacha, la madre del hombre busca a la</p>

<p>adorna con sus mejores prendas y se esconde luego, después de haber bebido una buena cantidad de chicha, debajo de un montón de telas, trapos y hojas que se acumulan en un rincón de la casa. Ya avanzada la fiesta, se “descubre” la joven y los asistentes la llevan en hombros y bailan con ella. No hay rito de iniciación para varones, ni tampoco parece haber un ritual especial para el matrimonio. “(Procuraduría General de la Nación, Caracterización del Pueblo Indígena Emberá Katío, 2019)</p>	<p>mujer un hombre trabajador, que sabe trabajar; después viven solos. hoy día ya no preparan como antiguamente lo hacían, muchas niñas cogen su marido y se escapan.</p> <p>P2: Se casan desde los 13 y 14 años, se hacen novios y se cogen, se hacen fiestas, toman y beben celebrando la fiesta.</p> <p>P3: Para casarse están contentos y se casan desde los 18 años o los 15 para ennoviar.</p> <p>P4: Se hace una fiesta antes de casarse, se le prepara el cuerpo con hierbas.</p>
<p>Relacionamiento entre las madres y las parteras: “A diferencia de lo que ocurre con otros ritos de paso en los que participa toda la comunidad, de la "curación" solo se enteran la</p>	<p>P1: Todo lo conversan las mamás a las parteras</p>

<p>madre, la abuela y la partera que la realiza. En algunos casos, ni siquiera la madre participa del mismo, puesto que ocurre cuando ésta aún se encuentra en recuperación luego del parto.” (González, Raquel; “La ablación genital femenina en comunidades Emberá Chamí; Universidad Nacional de Colombia, 2011)</p> <p>Aunque el artículo hace referencia a la comunidad Emberá Chamí y no la Emberá Katío, son las madres y las abuelas quienes piden la “curación” a las parteras. Aunque se trata de una práctica de control de la sexualidad femenina, las mujeres cooperan en el sostenimiento de esta costumbre, por considerar que hace a la mujer apetecible para el matrimonio, no hacerlo supondría un rechazo por parte de los hombres.</p>	<p>P2: Las mamás o abuela hacen hablan para eso</p> <p>P3: Las mamás llaman a las parteras y si no hay mamá el esposo es quien busca a la partera.</p> <p>P4: Las madres con las abuelas se comunican con la partera.</p>
<p>Quién autoriza la MGF: “Cuando se preguntó sobre las razones para hacer el procedimiento, las mujeres respondieron con frases como: “así decían los antiguos”, “eso lo aprendí de mi mamá”, “esa es costumbre de nosotros los emberá”. Casi siempre es la abuela quien comunica a la madre que debe</p>	<p>P1: La madre se obliga, es la madre quien lo decide a las mujeres que lo saben hacer.</p> <p>P2: Las abuelas es escucha uno, ellas antes mandaban hacer a las niñas, pero ya no.</p>

<p>practicarse el “arreglo”, ya sea que lo asuma directamente la anciana cuando tiene conocimientos de partería o se busque a una partera de la comunidad.”</p> <p>(González, Raquel; “La ablación genital femenina en comunidades emberá Chamí; Universidad Nacional de Colombia, 2011)</p> <p>De acuerdo a la investigación realizada en la comunidad Emberá Chamí, prevalece la determinación de la abuela de la niña, quien informa a la madre que se le debe hacer la “curación”, en el caso de la comunidad Emberá Katío la determinación puede provenir de la madre o de la abuela.</p>	<p>P3: La mamá de la niña lo dice a las parteras o ella en su casa también lo hace si quiere, pero es prohibido.</p> <p>P4: La mamá toma la decisión es cosa de ella si lo hace a su hija.</p>
<p>Los líderes hablan de mutilación:</p> <p>Una experiencia de cambio cultural para la eliminación de la ablación genital femenina Colombia – América Latina</p> <p>Presentación / Introduction</p> <p>El proyecto Embera Wera, que significa “Mujer Embera”, durante los últimos cuatro años, ha arrojado importantes resultados, demostrando su efectividad y el</p>	<p>P1: Los lideres dan orientaciones de no maltratar a los niños, dicen a la comunidad que no se puede dejar porque es costumbre de los ancestros.</p> <p>P2: los lideres no hablan de eso es tema de las parteras.</p> <p>P3: No hablan es tema de en asamblea. Es tema de las parteras en sus reuniones y capacitaciones. Y en</p>

acuerdo en los enfoques, metodologías y estrategias innovadoras desarrolladas. Antes, no se hablaba de la ablación, era un tema secreto, que pertenecía únicamente a las parteras; la comunidad creía que era una práctica cultural; y la situación de los derechos de las mujeres y las violencias ejercidas contra ellas no constituían motivo de preocupación.

Hoy las autoridades embera de Pueblo Rico y Mistrató, las mujeres y la comunidad, han levantado la voz para prohibir la ablación genital de sus niñas; han entendido que causa enfermedad y muerte, y que no se trata de una costumbre ancestral; las mujeres se han organizado y ocupan lugares de poder en el escenario público, reclaman el respeto por sus derechos y todo el pueblo embera se ha comprometido con la erradicación de la práctica de la ablación.

<https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/proyectoembera%20%281%29%20%281%29.pdf>.

las asambleas dicen que eso está prohibido por las organizaciones.

P4: Si hablan en las reuniones, por ley no se debe hacer.

HALLAZGOS LIDERES

En las siguientes tablas se describen las categorías y sub categorías lideres

CATEGORIA Y SUB CATEGORÍAS LÍDERES	
Objetivo General	Describir las creencias que las parteras tiene sobre la MGF en niñas indígenas del resguardo del Alto Andágueda en el municipio de Bagadó departamento del Chocó
Categoría	Respuestas Líderes
Partería. “En Colombia la partería tradicional es una herencia cultural. Según la Unesco y el Ministerio de Cultura, esta práctica juega un rol crítico en la salud pública de nuestro país, por ser un saber ancestral relacionado con el cuidado de los niños, la gestación, el nacimiento, el puerperio y las comunidades”, (expone el enfermero Daniel Suárez Baquero, magíster en Enfermería de la Universidad Nacional de	<p>L1: Las parteras son señoras, mujeres de los resguardos como Juanita Murillo. Son importantes para recuperar las mujeres, se necesitan para hacer alianza, sin parteras mujeres no se vive y se vive bueno. Cada zona tiene sus parteras. Cada ser necesita su partera, en la zona hay 26.</p> <p>L2: Es muy importante por las parteras se da a luz. Son importantes, ojalá les den más estudios</p>

Colombia (UNAL) y doctor en Enfermería de la Universidad de Texas).

Por este y otros hechos, en mayo de este año la Cámara de Representantes aprobó la modificación del artículo 9 del proyecto de Ley 350 de 2020, “por medio del cual se define la partería tradicional afro del Pacífico colombiano, se exalta y reconoce como oficio ancestral y se adoptan las medidas para su salvaguarda, transmisión y protección”.

(Periódico UNAL/ Partería tradicional, la ancestralidad en torno al cuidado de la mujer. Salud. diciembre 6 de 2021 Palmira).

<http://unperiodico.unal.edu.co/pages/detail/parteria-tradicional-la-ancestralidad-en-torno-al-cuidado-de-la-mujer/>.

La partera, “es la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por si misma o por aprendizaje con otras parteras tradicionales” OMS. La misma organización, reconoce que las parteras “son un agente comunitario de

L3: Ellas en la casa mantienen el listado de las gestantes digamos y ya que tengo alguien de cuatro o seis meses entonces las parteras van mirando y las revisa

L4: la partera es un agente es una persona que recibe el parto al cómo tanto a las mujeres están. Con el día dé a luz

<p>salud, que forman parte de la medicina tradicional indígena” (Parteras tradicionales. Declaración Conjunta OMS/UNFPA/UNICEF. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD GINEBRA 1993. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38859/9243561502_spa.pdf)</p>	
<p>Características de las parteras: “la partería se considera el oficio que es ejercido en forma exclusiva por mujeres, cuyo promedio de edad supera los 55 años y quienes han permanecido conviviendo durante mucho tiempo en la comunidad y por tanto tienen un conocimiento muy familiar de la misma. (...) A los cuidados empíricos también se le suma los sentimientos de solidaridad, de ayuda mutua, acompañamiento y apoyo de las parteras, por lo cual la atención del parto y los cuidados por parte de la partera se desarrollaban "con amor de madre". Su imagen aún es ambigua ya que su oficio se asocia más con la curandera y con prácticas mágicas condenables y peligrosas. (Laza,</p>	<p>L1: Saben trabajar con las parteras, conocen los ancestros y la mutilación, conoce las mujeres unos meses realizan visitas, consultas, como está la embarazada, como está formando malo el bebé.</p> <p>L2: Las parteras están allí, vienen a las comunidades, en las comunidades pequeñas hay dos y en las grandes hay tres. limpian todo, también visitan, hacen prácticas, mueven las barrigas si está bien o si hay dificultad ellas se interesan.</p> <p>L3: La eligen en la comunidad y lo segundo que tratando capacitación con la asociación entonces está interesada en aprender del parto. Por eso la partera cuando hay</p>

<p>Celmira; “Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia”, Hospital San José, 2012)</p>	<p>quien esté dando a luz lo arriman allá en la casa de ella y ella se lo atienden.</p> <p>L4: Las parteras son elegidas por la comunidad. Encargadas del censo de lactantes y gestantes</p>
<p>De quién aprendió este oficio: “Su proceso de aprendizaje es informal, la mayoría los adquiere a raíz de experiencias propias o circunstancias accidentales que las forzaron a atender un parto; esto ocurre a la edad de 19 años promedio. Lo predominante en su aprendizaje es la observación y la práctica. Su conocimiento se enriquece durante muchos años de práctica empírica.” (Laza, Celmira; “Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia”, Hospital San José, 2012)</p>	<p>L1: De parteras mayores ancianas. Ellas enseñan a las parteras jóvenes en las casas.</p> <p>L2: Sabiduría de las mayores que dejaron aprendido a las niñas.</p> <p>L3: Primeros que a ellas vieron una enseñanza que les dieron las mayores</p> <p>L4: De las mayores, abuelas , entre mujeres se aprende.</p>
<p>Estatus de las parteras: “ Muchas PT tienen una personalidad dinámica y disfrutan de una autoridad reconocida en la comunidad. Su ejercicio profesional constituye una forma de práctica privada en la que ellas mismas discuten su retribución con la clientela. A veces se</p>	<p>L1: Las parteras son importantes en los Pueblos Katios, como apoyo con ellas mujeres. Saben trabajar con las parteras, conocen a las mujeres.</p>

<p>les paga en metálico o con donativos y, en general, su retribución entraña un alto grado de estima en el seno de la comunidad.” (UNFPA, UNICEF, OMS; 1993; pp.11)</p>	<p>L2: Las parteras no reciben remuneración. Son importantes porque dan a luz a nosotros</p> <p>L3: Las parteras deben cuidar, vigilar, como enfermeras, son importantes para nosotros porque atiendan en la casa, visitas y dan recomendaciones como agua hervida.</p> <p>L4: Son importantes porque no hay centros de salud en la comunidad, atienden a las gestantes en su casa.</p>
<p>Organizaciones y funciones de las asociaciones de partería tradicional: las principales organizaciones que nuclean a parteras y parteros tradicionales en Colombia son ASOREDIPARCHOCO, ASOREDIPARCAUCA, ASOREDIPARNARIÑO(MANGUIPALLÁN), La Cigüeña (Nariño), ASOPARUPA, Mujeres Bachué (Cundinamarca) y Fundación Baylor(Guajira).</p> <p>El acercamiento a territorio se dio a través de ASOREDIPARCHOCÓ, asociación presente en los 30 municipios del Chocó, en cada municipio existen de 10 a 120</p>	<p>L1: las parteras son de asoredipar en Chocó, la red de parteras las capacita y entrega kit.</p> <p>L2: Hacen parte de la organización de parteras y atienden los partos de las mamas. Visitan en casas.</p> <p>L3 las parteras son de la asociación que las capacita en Choco y les dan su kit para atender como batas.</p>

parteras/ros. Adicionalmente, cada municipio tiene un líder o lideresa, que suele ser la persona más activa y destacada en la atención de partos; adicionalmente tiene el rol de transmisión de conocimientos a sus pares.

En cuanto a las funciones y propósito, “Desde ASOREDIPARCHOCÓ queremos aportar significativamente a la reducción de la morbilidad infantil y materno Infantil en el departamento del Chocó. También, lo que se busca es la resignificación de la partería en la región y el país” expresa Ledy Mosquera.

El Programa Inclusión para la Paz ha apoyado el fortalecimiento de Asorediparchocó a través del proyecto “Parteras afrodescendientes e Indígenas de Bojayá promueven derechos de las niñas, adolescentes y mujeres en sus comunidades”, el cual tiene como propósito construir un plan estratégico participativo y diferencial para el fortalecimiento de la partería tradicional y la promoción de los derechos de las niñas, adolescentes y mujeres indígenas y

L4: ASOREDIPARCHOCO, se capacitan en todas las comunidades.

<p>afrodescendientes del municipio de Bojayá (Chocó).” (OIM, 2020)</p>	
<p>Liderazgo de las parteras en los cabildos: “La mujer indígena en la búsqueda de su liderazgo y dignidad como persona, ha tenido que afrontar dificultades y arriesgarse para poder encontrar su lugar en medio de una realidad en donde muchas veces prima la desigualdad, el egoísmo, la no aceptación de las diferencias y sobre todo la no aceptación de sus valores y derechos que tienen como ciudadanas. A lo largo de la historia se ha limitado a ejercer ciertas funciones en su vida cotidiana. Es la mujer encargada del hogar, cuidar los hijos, cocinar, atender al marido, en fin, se ha visto como la que sirve solo en el hogar. 12 Por eso, es necesario que dentro de sus procesos organizativos se tome en cuenta el tema de los derechos para que los indígenas y en especial la mujer, pueda encontrar mejores condiciones de vida y juntos contribuyan al desarrollo de su propia cultura desde el reconocimiento de sus valores y su dignidad como persona.” (Montoya, Nora; FUCLA, 2013; pp. 9)</p>	<p>L1: No se les permite ser cabildo en todas las zonas, creo que las mujeres si deben ser del cabildo y pueden ocupar las mismas funciones como gobernadora, las asambleas no dejan</p> <p>L2: Las mujeres no tienen política o estudio mucho menos por eso se está dando oportunidad para que sean secretarias, consejeras departamentales, los hombres son estudiados y a ellos se ocupan</p> <p>L3: No hacen parte del cabildo, no hay en justicia, no son secretarias, ellas no están en el cabildo porque no estudian, estará en programas de mujeres, podrán estar más adelante como tesoreras o en justicia, pueden ser y estar en cualquier cargo.</p> <p>L4: Las parteras no hacen parte del cabildo. No hay ninguna mujer sea cabildo o gobierno, por la falta de estudios</p>

--	--

ANÁLISIS DE CATEGORIA Y SUB CATEGORÍAS LÍDERES	
Objetivo Específico 1	Identificar el contexto de las normas sociales relacionadas con la práctica MGF en la comunidad indígena del Resguardo del Alto Andagueda en el municipio de Bagadó que incide para que la práctica persista.
Categoría	Respuestas Líderes
El Contexto: la comunidad indígena Emberáa Katío o ayadiba (gente de montaña) está conformada por cerca de 40 mil personas en el país, distribuidos entre el departamento de Antioquía, Chocó y Córdoba. La región del Alto Andagueda, entre el departamento del Chocó y de Risaralda es una de las regiones habitada por ellos, y uno de los más grandes centros expulsores de familias Embera hacia el resto del país. El conflicto armado, así como las disputas por el control de territorios ricos en oro, han constituido factores de expulsión. En 1987 se dio una vasta masacre de líderes indígenas, seguidos	<p>L1: Los lideres somos un apoyo importante para las parteras, las parteras en cada zona se necesitan y zona una tiene 26 parteras zona 4 necesita 15 parteras. Saben trabajar con las parteras, saben lo ancestral y las mutilaciones y conoce a las mujeres para vivir en tranquilidad.</p> <p>L2: Se atiende en casa incomodas, las parteras son importantes porque estamos de ellas, como autoridad son importantes y ojalá les dieran más estudio, mi zona</p>

por varios enfrentamientos que dejaron víctimas y una ola de desplazamiento.

“Las mujeres, tradicionalmente consideradas inferiores, controlando su cuerpo y sexualidad mitigando el deseo sexual. Algunas etnias creen que la ablación incrementa la feminidad, en muchas ocasiones es sinónimo de docilidad y obediencia poniendo en duda la capacidad de las mujeres no mutiladas de ser fieles por propia voluntad. En algunas culturas se realiza porque contribuye a aumentar el placer sexual del hombre, en otras donde se practica la poligamia se realiza para limitar las demandas sexuales de las mujeres para que el hombre pueda satisfacer las necesidades de todas sus esposas. Más razones halladas son que la ablación mejora el parto y lo facilita, otras creen que si el bebé al nacer toca el clítoris puede morir.” (Gea, Ana; “El abordaje transcultural de la mutilación genital femenina”, Universidad de Alicante, 2013;pp.13)

En el caso de la comunidad Emberaá Katío, no consideran que el clítoris pueda matar al bebé, pero sí que incomoda al hombre

tiene 27 parteras en 10 comunidades. Hacen recorridos en las comunidades, las presentan en las reuniones hay hasta tres en comunidades grandes y en comunidades pequeñas dos.

L3: Cuando una niña nace le hacen una curación, le cortan el ombligo y le cortan el clítoris en la comunidad creo que sí se hace algunos, todos no.

L4: las parteras que saben el cortar clítoris lo hacen por la mama y en la casa se atiende el parto, solo las mujeres saben y ven eso.

<p>durante la relación sexual, además existe el temor de que crezca tanto que se iguale al pene; constituyendo así una cruda manifestación de la desigualdad de género existente en dicha comunidad.</p>	
<p>Normas: “El vocablo «norma» procede del latín (norma), y en alemán (Norm) ha adquirido la condición de un extranjerismo con el que se designa —si no exclusivamente, sí al menos en primer lugar— una prescripción, un precepto, un mandato. Mandar no es, sin embargo, la única función de una norma. Autorizar, permitir y derogar son también funciones de las normas. Se habla de normas de la moral y de normas del derecho como de preceptos para la conducta recíproca de los hombres, y con ello se quiere expresar que lo que denominamos «moral» o «derecho» consiste en normas, que es un agregado o un sistema de normas. “ (Kelsen, Hans; “Teoría de las normas”, 2018, pp. 26)</p>	<p>L1: Por ley o reglamento quedó que se debe hacer esta práctica, los hombres no sabe, un líder dijo que no se debe hacer por los sangrados.</p> <p>L2: La mutilación se hace y al momento con direccionamiento ya no se está haciendo, si la ley lo exige se deja así.</p> <p>L3: La comunidad no tiene reglamento ni norma, en asambleas se habló por encima. No es regla solamente lo hacen las parteras y le cuentan a la familia, quien lo hace puede ir a la cárcel si le pasa algo a la niña, ya hace 6 años paso un caso y cuando llegaron al hospital preguntaron quien le hizo eso a la niña y la mama dijo</p>

	<p>que la partera y las cogieron a las dos y está en la cárcel la partera y la mama. es un tema prohibido por el ministerio de salud.</p> <p>L4: No existe ninguna norma que prohíba o autorice la mutilación, todo hace parte de una creencia.</p>
<p>Creencias: “Jodelet (27, 29) propone que las creencias, como representaciones sociales, tienen tres componentes básicos: 1. La información: “que se refiere al volumen de conocimientos de un objeto social, a su cantidad y calidad, que puede ir desde la más estereotipada hasta la más original”. Esta información incluye datos tanto cualitativos como cuantitativos de la realidad y está influenciada por el contexto social en que se presenta. 2. El campo de la representación: “es la estructura y organización con la que, a partir de un mínimo de información, se constituye un espacio figurativo significativamente articulado (imágenes culturales)”. 3. La</p>	<p>L1: Las parteras hacen las curaciones. Todas las mamás no cumplen estas directrices de hacer esta práctica.</p> <p>L2: La mutilación se hacía por dificultad para que quedara bonita el labio, los abuelos contaban que todo mundo motilaba, para que quedara bonito y no se viera el clítoris, es doloroso que sigan mochando, a uno le duelen no quiero que sigan mochando.</p> <p>L3: Hace parte de nuestra cultura, para que las niñas no se tenga más arrechera, no se vayan con cualquier</p>

<p>actitud: “que expresa la orientación (de acción) general, positiva o negativa frente al objeto de representación”.</p> <p>Las representaciones sociales forman parte de los procesos de categorización a través de los cuales el grupo (social) organiza y sistematiza en un esquema coherente el conjunto de datos, informaciones, percepciones, etc., que recibe (el sujeto). En consecuencia, Jodelet (29) plantea que, dentro de las funciones sociales que cumple la representación, está la de orientar la conducta de los individuos, guiar las relaciones sociales y las comunicaciones sociales.” (Melguizo, Estela y Alzate, Martha; “Creencias y prácticas en el cuidado de la salud, 2008; pp. 116)</p>	<p>hombre, es de las abuelas, los hombres no sabemos de esto pero las mujeres y las mama y parteras sí.</p> <p>L4: Como cultura se sigue haciendo lo de cortar el clítoris a las mujeres</p>
<p>Características de las atenciones del parto: De acuerdo a las recomendaciones de la OMS una adecuada atención del trabajo de parto supone la preservación de la dignidad, privacidad, confidencialidad; asegurando la integridad física así como un trato adecuado de la mujer gestante. Supone las siguientes etapas:</p>	<p>L1: Cuando las niñas nacen se les da hierba a la mama y a las niñas, se corta el cordón umbilical y también se van y cortan el clítoris, la curación la hacen las parteras con las plantas.</p>

<p>Período de dilatación, período expulsivo, alumbramiento, atención del recién nacido, atención de la mujer tras el nacimiento. (OMS, 2018, “Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva“)</p>	<p>L2: No he visto, los hombres no saben ni nos damos cuenta es cosas de las mujeres. Las parteras con las mamas si sabe de eso.</p> <p>L3: Este tema es de parteras. Ellas con orden de la mamá saben de esto si cortan o no, uno no ve, la partera si sabe.</p> <p>L4: No sé de eso, seguro que solo parteras saben que hacen.</p>
<p>Forma de castigos a las mujeres: “Al respecto, resulta relevante el trabajo de María Eugenia Albornoz Vazquez y Aude Argouse, “Mencionar y tratar el cuerpo”, donde se analiza, en particular, la violencia jurídica aplicada sobre las mujeres, en base a principios teológicos y morales, como así también la “violencia ejercida por mujeres sobre otros cuerpos femeninos” a partir de estructuras de estratificación colonial y diferenciación social. Por su parte, Alejandra Araya Espinosa, en un</p>	<p>L1: no se maltrata ya a la mujer, es malo y por eso se habla en asamblea de no maltratar a los niños también.</p> <p>L2: las que se escapan con hombre se busca y se castiga, o se casan.</p>

<p>interesante trabajo, examina el castigo físico como elemento significativo del proceso de occidentalización de América. Al respecto, la autora indaga en las concepciones de “persona” y “cuerpo” implícitas en el castigo físico y en la presunción diferencial de culpabilidad de acuerdo a la “calidad y condición” social de los sujetos. (...) Asimismo, que el castigo sobre las mujeres, implicó, además de una pedagogía de gobierno sobre sus cuerpos, un medio de control sobre los varones, ya que marcar los cuerpos femeninos significó también marcar límites de acción política sobre los mismos. (...) Además, a través de los castigos físicos se canalizaron venganzas entre facciones. La amenaza del azote, por su parte, conformó un medio atroz de escarmiento dirigido a “mujeres y esposas” de enemigos políticos y en una mecanismo utilizado para violentar sexualmente a mujeres de los pueblos. “ (Quarleri, Lía; “Castigos físicos y control de los cuerpos: mujeres guaraníes, trabajo y poder colonial”; 2018, pp. 10)</p>	<p>L3: Ya no se maltratan, se cuidan, si abortan si tiene castigo, si el aborto fue provocado por golpes. como reglamento no se debe maltratar a las mujeres.</p> <p>L4: nosotros no castigamos, ya se usa cepo para cuando no hacen caso a lo que le dicen.</p>
<p>Ciclo menstrual: “El ciclo menstrual es la serie de cambios que el cuerpo de la mujer experimenta todos los meses en preparación para la posibilidad de un embarazo. Cada mes, uno de los ovarios libera un óvulo en un proceso llamado ovulación.</p>	<p>L1: No sé de eso. Las niñas y la mamá se encargan de eso. Solo ellas. Uno no ve.</p> <p>L2: Esa parte se habla con la mamá y se le dice que no deje mostrar nada de sangre, usaban trapo y este se</p>

<p>Al mismo tiempo, se producen cambios hormonales que preparan al útero para el embarazo. Si se produce la ovulación pero no se fertiliza el óvulo, el tejido que recubre el útero se expulsa a través de la vagina. Este es el período menstrual.” (Mayo Clinic, 2019)</p>	<p>soltaba cuando lo van a lavar, ahora se usa pañal, nosotras protector.</p> <p>L3: A la niña se le dice que es una hemorragia y las sabias le hablan a la niña, que hay que tomar una planta, le colocan una hierba. Se protegen y que no le va a pasar nada. Se colocan toalla higiénica.</p> <p>L4: No sabe de este tema nada, las mamas con sus hijas , eso es de mujeres los hombres no sabemos.</p>
--	--

ANÁLISIS DE CATEGORIA Y SUB CATEGORÍAS LÍDERES	
Objetivo Específico 2	Describir los conocimientos y experiencias de las parteras que realizan o han realizado la MGF
Categoría	Respuestas Líderes

<p>Mutilación genital femenina (MFG): “La mutilación genital femenina constituye una violación de los derechos humanos reconocida internacionalmente” (UNICEF, 2017)</p> <p>La MFG consiste en “todo procedimiento que suponga la extirpación parcial o total de los genitales externos femeninos, u otro tipo de lesión a los órganos genitales femeninos por motivos no médicos” (UNICEF, 2017)</p> <p>En la mayoría de los casos la MGF es practicada en las niñas desde su nacimiento hasta los 15 años. Y esta práctica puede causar entre muchas complicaciones como: hemorragias graves, problemas urinarios, y más adelante pueden causar infecciones, complicaciones del parto, quistes y aumento del riesgo de muerte de la recién nacida.</p>	<p>L1: No sé, eso no veo porque solo mujeres lo saben. Y uno no ve nada. A las mujeres no se les mira nada. Jajajajaja</p> <p>L2: No se puede mutilar y ese direccionamiento lo dan a las parteras en las capacitaciones, desde hace más de tres años se viene prohibiendo esta práctica.</p> <p>L3: Se corta el clítoris para que no quede grande porque no le gusta al marido y en la relación chocaba con el hombre.</p> <p>L4: No se. No se. La mamá cuando nacen le dicen a las abuelas y ellas son las que saben.</p>
<p>Forma de nombrarla, forma de realizarla, donde y cuando: “estudios realizados en Colombia describen que para algunas comunidades indígenas como el pueblo Emberá Chamí la MGF, es una práctica ancestral,</p>	<p>L1: Al nacer se corta el ombligo y el clítoris. El tratamiento lo hacen las parteras, ellas son las maestras con las plantas.</p> <p>L2: Ese tema no lo sé. Nace y a los tres días hacían eso, lo mochaban con tijeras y se hacía curación con una planta, no</p>

<p>que se conoce como: “curación”, “arreglo”, “curar”, “operación” entre otros formas de nombrarla; algunas veces se realiza de manera oculta, inclusive para las autoridades del grupo étnico, sin embargo, en cierto modo “hay una aprobación” dentro de las opiniones de las comunidades, dado que en estos contextos la mujer mutilada es apetecida para la convivencia sexual y el matrimonio. La MGF en estas comunidades es realizada principalmente por parteras, no es tan frecuente el involucramiento de hombres” (Castañeda., 2015).</p>	<p>se sabe el nombre, a los líderes no le dicen, antes mochaban todo, ahora les da miedo. A penas cortaban echaban sus plantas molidas bien moliditas y sacaban sin sangre y de allí sanaban. También se puede quemar a los dos días y también es doloroso.</p> <p>L3: Lo cortan para que no quede grande y porque así no le gusta al marido, se corta con un cuchillo y le curaba con una planta que solo las abuelas tienen el saber.</p> <p>L4: No sabe de eso, Porque a las mujeres no se miran, uno no sabe y ellas no lo dicen.</p>
<p>Tipo de Capacitaciones que reciben las parteras: “En 1984, el Ministerio de salud creó el Programa de capacitación formal de parteras. Este se estableció como una estrategia para mejorar las coberturas de la atención y disminuir la morbilidad y mortalidad materna perinatal, ya que para ese momento, la tercera parte de los partos en las áreas marginales y rurales del país eran atendidos por parteras tradicionales.⁸ Sin embargo, de su implementación se desconoce la cobertura y la evaluación de la misma. Para el 2009, el Instituto</p>	<p>L1: Las parteras se capacitan con sabias, ancianas, con varios sabios o docentes, coordinadoras, con afro se capacitan, hay muchas gentes y los afros también necesitan, todos somos iguales.</p> <p>L2: No sebe uno como hombre nada, las parteras son las que se capacitan con otras en comunidad y vienen otras parteras, doctores y capacitan, lo hacían si la mamá les decía, yo no sé nada más.</p>

<p>Nacional de Salud (INS 2009), dentro de las acciones de vigilancia epidemiológica del evento de la mortalidad materna propuso incluir en las acciones de vigilancia comunitaria, como medidas encaminadas a la detección y seguimiento de las alteraciones de la mujer gestante, la participación de líderes de las comunidades, resaltando la figura de la partera tradicional.⁹ (Laza, Celmira; “Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia”, Hospital San José, 2012)</p>	<p>L3: Son capacitadas por fundaciones como despertar del chocó, CPI, médicos especialistas y el DPS, ACNUR, Hablan de salud, de parteras.</p> <p>L4: La capacitación es por medio de una fundación. leyendo, orientación.</p>
---	--

CATEGORIA Y SUB CATEGORÍAS LÍDERES		
Objetivo Específico 3	Analizar las principales razones para practicar la MGF	
Categoría	Respuestas Líderes	
Razonamiento ante la MGF: “Las razones que explican la perpetuación de la MGF las encontramos en las estructuras socioculturales de las sociedades practicantes. Es una práctica que otorga identidad étnica y de género a las niñas y se realiza creyendo que ayuda a preservar la virginidad, prevenir la	L1: Como hombre no sabemos, cuando el niño nace, no he visto. Es importante porque a veces según dicen que las niñas salen arrechás, por las ganas se va con cualquier hombre, no respeta a las mamás, como hombre que se siga haciendo este trabajo, no tengo	

<p>promiscuidad y aumentar las oportunidades matrimoniales. Se relaciona directamente con la belleza y existe la creencia que, si no se realiza, el clítoris puede crecer demasiado. Se considera que tener una MGF es más higiénico, ayuda a mantener una buena salud, potencia la fertilidad y facilita el parto (previniendo la muerte de los recién nacidos).” (Kaplan, Adriana; “Aspectos socioculturales y legales de la mutilación genital femenina: experiencias transnacionales de prevención y protección”, Universidad Autónoma de Barcelona, 2013; pp.24)</p>	<p>hijas, pero me gusta para las demás, mi hija es muy grande, pero no tengo conocimiento si se le hizo esto, la práctica debe seguir para tranquilidad de los padres.</p> <p>L2: Los abuelos contaban que todos mutilaban y lo cortaban para que se viera bonito, es doloroso y no quisiera que se hiciera más.</p> <p>L3: Hace parte de nuestra cultura lo que hacemos nosotros, las abuelitas tienen el saber. No estoy de acuerdo que se haga, se le hizo a una niña y la niña murió y están presas la mamá y la partera.</p> <p>L4: Cree que actualmente en la comunidad se realiza.</p>
<p>Curaciones y salud en la cosmovisión indígena: “Para los indígenas, la salud es entendida como un estado de equilibrio que le permite a cada uno interactuar y convivir armónicamente con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminado al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social. De este modo, la salud se expresa en las</p>	<p>L1: Las curaciones las hace las parteras, los papás como líderes no sabemos eso.</p> <p>L2: No sé. Se usaban plantas molidas.</p>

relaciones dinámicas y equilibrio **entre** los componentes inseparables de lo que es individual (físico, mental, emocional y espiritual) y lo que es colectivo (ecológico, político, económico, cultural, social y, una vez más, espiritual) (20). “ (Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca, Enfoque intercultural de salud en la población indígena que vive en territorio colombiano, 2021)

La medicina indígena supone el empleo de yerbas medicinales:

“Los indígenas a través de los tiempos hemos venido manejando la salud desde el conocimiento tradicional de los mayores, que hacían tratamientos con plantas medicinales que se encontraban en los bosques. Estas plantas que contenían los principios activos con el que se curaban los males, han venido desapareciendo debido a la pérdida de los bosques. Nuestros bosques son nuestra botica médica y por eso cuando se rompe el equilibrio con la naturaleza somos mucho más frágiles y vulnerables ante los males de salud.” (Procuraduría General de la Nación, Caracterización del Pueblo Indígena Emberá Katío, 2019)

L3: Con una hierba, porque quedaba grande como el hombre, no le gusta al marido.

L4: Con hierbas y con medicamentos. En los partos mismos.

<p>Matrimonio, creencias y ritos:</p> <p>“Al llegar a la pubertad las muchachas, se efectúa un ritual de iniciación para el cual se prepara chicha y se invita un numeroso grupo de vecinos. La muchacha se pinta y se adorna con sus mejores prendas y se esconde luego, después de haber bebido una buena cantidad de chicha, debajo de un montón de telas, trapos y hojas que se acumulan en un rincón de la casa. Ya avanzada la fiesta, se “descubre” la joven y los asistentes la llevan en hombros y bailan con ella. No hay rito de iniciación para varones, ni tampoco parece haber un ritual especial para el matrimonio. “(Procuraduría General de la Nación, Caracterización del Pueblo Indígena Emberá Katío, 2019)</p>	<p>L1: Nosotros los indígenas nos reunimos como los familiares y si gusta con este señor o esta señora, Los papás dialogan para casarse.</p> <p>L2: Se habla con el papa y la mama, y si ella quiere se casa desde los 14 y 16 años.</p> <p>L3: El matrimonio se prepara hay que buscar recursos, ropa para el hombre y para ellas, para que no pelen por celos hay que tener la casa.</p> <p>L4: No existe un rito como tal, solo se enamoran y se cogen. Se casan a partir de los 14 años</p>
<p>Relacionamiento entre las madres y las parteras: “A diferencia de lo que ocurre con otros ritos de paso en los que participa toda la comunidad, de la "curación" solo se enteran la madre, la abuela y la partera que la realiza. En algunos casos,</p>	<p>L1: Lo que pasa con los recién nacidos, las parteras cuando el niño nace, los papas autorizan y las parteras pueden curar, no le dan comida mala, les dan orientación a los papás.</p>

<p>ni siquiera la madre participa del mismo, puesto que ocurre cuando ésta aún se encuentra en recuperación luego del parto.” (González, Raquel; “La ablación genital femenina en comunidades Emberá Chamí; Universidad Nacional de Colombia, 2011)</p> <p>Aunque el artículo hace referencia a la comunidad Emberá Chamí y no la Emberá Katío, son las madres y las abuelas quienes piden la “curación” a las parteras. Aunque se trata de una práctica de control de la sexualidad femenina, las mujeres cooperan en el sostenimiento de esta costumbre, por considerar que hace a la mujer apetecible para el matrimonio, no hacerlo supondría un rechazo por parte de los hombres.</p>	<p>L2: no sé cómo hacen, pero mama y parteras y hablan entre ellas.</p> <p>L3: La mama y las abuelas hablan con las parteras.</p> <p>L4 Las abuelas se hablan con las mamás y allí toman decisiones con ellas para atender. se hablan con las mamás.</p>
<p>Quién autoriza la MGF: “Cuando se preguntó sobre las razones para hacer el procedimiento, las mujeres respondieron con frases como: “así decían los antiguos”, “eso lo aprendí de mi mamá”, “esa es costumbre de nosotros los emberá”. Casi siempre es la abuela quien comunica a la madre que debe practicarse el “arreglo”, ya sea que lo asuma directamente la</p>	<p>L1: La mamá. Cuando habla con la parteras , ellas se hablan para eso y antes las abuelas.</p> <p>L2: La mamá. Solo se eso de ellas que la mama lo hacía con la abuela.</p>

<p>anciana cuando tiene conocimientos de partería o se busque a una partera de la comunidad.”</p> <p>(González, Raquel; “La ablación genital femenina en comunidades emberá Chamí; Universidad Nacional de Colombia, 2011)</p> <p>De acuerdo a la investigación realizada en la comunidad Emberá Chamí, prevalece la determinación de la abuela de la niña, quien informa a la madre que se le debe hacer la “curación”, en el caso de la comunidad Emberá Katío la determinación puede provenir de la madre o de la abuela.</p>	<p>L3: La partera lo decide con la mamá y ellas lo hablan juntas.</p> <p>L4: La partera con la autorización de los padres, pero más la mamá.</p>
<p>Los líderes hablan de la mutilación: Una experiencia de cambio cultural para la eliminación de la ablación genital femenina Colombia – América Latina</p> <p>Presentación / Introduction</p> <p>El proyecto Embera Wera, que significa “Mujer Embera”, durante los últimos cuatro años, ha arrojado importantes resultados, demostrando su efectividad y el acierto en los enfoques, metodologías y estrategias innovadoras</p>	<p>L1: Los líderes no saben de este tema, no he visto, se sabe que se hace por la historia y por la autorización de la ley. Se habla este tema unos no están de acuerdo por los sangrados, otros si están de acuerdo, se habla con asesorías, como autoridad autoriza, pero es trabajo de las parteras. Si estoy de acuerdo que se realice esta práctica.</p>

desarrolladas. Antes, no se hablaba de la ablación, era un tema secreto, que pertenecía únicamente a las parteras; la comunidad creía que era una práctica cultural; y la situación de los derechos de las mujeres y las violencias ejercidas contra ellas no constituían motivo de preocupación.

Hoy las autoridades embera de Pueblo Rico y Mistrató, las mujeres y la comunidad, han levantado la voz para prohibir la ablación genital de sus niñas; han entendido que causa enfermedad y muerte, y que no se trata de una costumbre ancestral; las mujeres se han organizado y ocupan lugares de poder en el escenario público, reclaman el respeto por sus derechos y todo el pueblo embera se ha comprometido con la erradicación de la práctica de la ablación.

<https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/proyectoembera%20%281%29%20%281%29.pdf>.

L2: No hablan de eso, solo las parteras y las mujeres de los partos.

L3: si hablan en las asambleas. Y se dan orientaciones de no hacerlo más en la comunidad. Y está prohibido por el ministerio de salud.

L4: Si se habla este tema en la asamblea, para que no se haga más eso a las niñas.

ANALISIS.

Partería tradicional; La partería tradicional y obstétrica es ejercida principalmente por mujeres, identificándose con el rol de cuidado de la salud y de la vida asignado tradicionalmente a las mismas. Constituyendo agentes comunitarios de salud que cuidan de la embarazada durante todo el ciclo, así como del recién nacido.

En el proceso de este trabajo de campo cuando se interroga a las parteras indígenas, del resguardo del Alto Andágueda en el municipio de Bagadó departamento del Chocó, sobre el saber y sentir de su identidad de partera; ellas expresan claramente características que definen su identidad, resaltando que la partera “está pendiente de todo”, cumpliendo múltiples roles en su comunidad.

Además de los elementos de su arraigo, identidad, y misión, ellas expresan tener conocimientos para el cumplimiento de sus roles, atendiendo a la mujer embarazada y examinando al bebé.

Al ser una actividad desarrollada por mujeres valoradas en sus comunidades, los organismos internacionales han reconocido en las parteras, tanto tradicionales como obstétricas, una vital herramienta para la lucha contra la violencia obstétrica, destacando la calidad de atención que brindan.

Mutilación genital femenina (MFG):

La MGF constituye una práctica que expresa la desigualdad de género y es reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos. Aunque el Estado colombiano es pluriétnico y reconoce la autonomía de los pueblos ancestrales, se adhirió a los convenios internacionales para la eliminación de toda forma de violencia y discriminación contra las mujeres; en este sentido, pese a ser una práctica arraigada en creencias culturales, infringe el derecho internacional.

Es fundamental, resaltar que esta práctica se aplica a niñas y adolescentes indígenas, vulnerando sus derechos sexuales y reproductivos, así como su integridad y libre desarrollo de la personalidad.

La MFG no obedece a motivos médicos, sino a creencias fuertemente arraigadas en esta comunidad, expresan que evita la “arrechera” (deseo sexual), funcionando como un mecanismo de control de la sexualidad de niñas y adolescentes indígenas, sus impactos sobre la salud física y psicológica son severos, incluyendo consecuencias irreversibles en su salud sexual y reproductiva.

Características, funciones y roles de la partera tradicional:

La partera tradicional cumple un importante rol en la comunidad, pese a que algunas de ellas son analfabetas, han acumulado grandes conocimientos sobre el embarazo y los cuidados del recién nacido; “la partera aprende desde los 16 años, la mayor de edad pierde muchos aprendizajes y debe estar pendiente de 5 claves: 1; visita casa a casa, 2; mujeres embarazadas, 3; pendiente cuando va a dar a luz, 4; pendiente del recién nacido, 5; pendiente de todo cómo va el niño, la madre, cuando este la cama” (P1)

Realizan visitas a la casa antes del parto, están atentas al momento del parto, se encargan del nacimiento, dan plantas y curaciones para aliviar el dolor y hacer más sencilla la fase del puerperio. “la partera enseña a otras atiende el parto, después del parto dan plantas para el dolor de parto. se capacita cualquiera a cualquier edad” (P2)

Formación de las parteras:

En el ámbito tradicional la formación se da mediante la tradición oral y la práctica empírica, en el caso de la partería obstétrica se da mediante formación académica; sin embargo, en Colombia no se cuenta con instituciones educativas para este propósito.

Las parteras tradicionales asociadas a la red desarrollan un proceso de formación continuo, trimestralmente reciben capacitaciones por parte de organismos internacionales, adicionalmente las secretarías de salud con sus referentes en el marco del Plan de Intervención de Políticas Públicas les ofrecen formación. Actualmente se están fortaleciendo las habilidades y visibilizando sus saberes en el marco de los PDET.

La principal vía de formación de las parteras tradicionales es a través de las mayores:
“P4: Una viejita partera de la comunidad que enseñaba a otras.”

Estatus de las parteras:

Las parteras constituyen una autoridad espiritual, son reconocidas por las comunidades, incluso los líderes las reconocen como autoridades para encargarse de todo lo vinculado a la salud reproductiva de las mujeres, no interfiriendo en sus procedimientos:

“P1: La partera es reconocida en la comunidad, los líderes piensan que las parteras dan primeros auxilios en la comunidad. Trabajan voluntariamente. Nos ayudan a atender el parto los líderes consideran que si no hay partera no hay vida de las mujeres.”

Las parteras manifiestan la necesidad de contar con más voz y voto en la comunidad, reconocen las necesidades de capacitación y los insumos que requieren para desarrollar mejor su labor.

Organizaciones y funciones de las asociaciones de partería tradicional:

La red integra más de 1250 personas que ejercen la partería, 97% mujeres y 3% hombres; 57% son indígenas y el resto afrodescendientes.

“**P1:** ASOREDIPARCHOCO, tiene como partera estar Pendiente de todas las parteras, si cumple con sus deberes”.

ASOREDIPARCHOCO se encuentra en un proceso de crecimiento y fortalecimiento, sin embargo, aún no se tiene pleno reconocimiento por parte de todas las integrantes de la red, como es el caso de una entrevistada que recibió un kit y también capacitaciones, pero no visibiliza su pertenencia.

“**P2:** Cree que no pertenezco a ninguna asociación, pero recibe capacitación y kit de parto por medio de la red de parteras”.

Muchas han considerado que la asociación solamente brinda capacitación, sin reconocer la importancia de estar agremiadas, aún no se han apropiado del espacio. Se identifica la necesidad de fortalecer la identidad a nivel interno y externo, pues la participación no es lo suficientemente activa. “**P3:** Si soy partera de la asociación, atiendo partos y reporto a la partera Belinda desde la comunidad.”

Liderazgo de las parteras indígenas en los cabildos: Las parteras indígenas y las mujeres indígenas en general, han sido relegadas al rol doméstico, limitándolas al cuidado del hogar.

En el caso de las parteras, existe el deseo manifiesto de ocupar un rol más activo y protagónico en las decisiones de la comunidad, sin embargo, encuentran resistencias por parte de los líderes que no les permiten participar en el cabildo:

“P1: No hacemos parte. Porque los hombres no nos eligen.”

“P4: No les gusta que las mujeres estén en eso. Y no nos eligen.”

Contexto:

El pueblo indígena Embera preserva el uso de la medicina tradicional, que aplican en la partería, cuentan con un plan de vida que prescribe los lineamientos de su cultura, tradición, normas y creencias, incluyendo el cuidado del medio ambiente, la preservación de su lengua y costumbres:

“P1: Los partos se atienden en casa de familia, los insumos más utilizados para decir en verdad se utiliza plantas medicinales, las parteras se sienten líder, porque tiene experiencia de viva con las mujeres embarazadas, se trabaja entre las dos medicinas, lo tradicional y lo medicinal.”

En cuanto al lugar donde realizan los partos y los implementos que usan, mencionaron:

“P4: Se atienden muchos niños en las casas de la comunidad, se usa tijeras, baldes, escobas, gorros, tapabocas, guantes, las parteras lo hace en las casas y solo participa la mamá.”

Creencias: El conjunto de valores de esta comunidad, acepta que la “cosita” (clítoris) debe ser cortada para que no estorbe en el parto, para que la mujer no se masculinice

y evitar que sienta deseo sexual. La tradición oral refuerza estas creencias, expresando que la mujer a la que no se le aplique esta práctica no consigue pareja:

“P4: Se cortaba para que no de arrechera, y no saliera a buscar a los maridos. Anteriormente se cortaba por ley no se hace y algunas niñas murieron, ni estoy de acuerdo que lo corten porque se siente dolor.”

“P2: A nosotros nos decían que si no se saca esa cosita de allí y cuando ya quede grande y coja el marido, con esa cosita no puede hacer el parto y queda estorbando y esa cosita que tiene que el clítoris queda como hombre, como mujer cree que le cortaron y no tiene. Las abuelas no decían que iban a hacer esa cosa, no ha visto crecer el clítoris porque no miran a la mujer.”

Sin embargo, algunas parteras no defienden esta práctica, por el peligro de muerte que supone, por las hemorragias y el intenso dolor que viven las niñas:

“P1: Para mi da lástima la mutilación. No lo hago porque me da lástima.”

“P3: La mama no debe permitir el corte porque se puede morir. La niña bota mucha sangre y se muere y en los tiempos de las abuelas se murieron niñas.”

Características de las atenciones del parto:

Las parteras acompañan todo el proceso de embarazo, brindando atención un mes antes de la fecha estimada de parto, visitan a las familias, atienden el momento del parto y posteriormente también están presentes en el puerperio de la madre y la lactancia del recién nacido. Son las abuelas las que autorizan durante la atención del parto que se realice la MGF:

“P1: Visitamos a las familias, atendemos el parto, cuidamos a las mujeres y a los bebés. La madre autoriza la MGF y la abuela es quien realiza el corte. A pesar de ser partera, no se lo hice a mis hijas, fue la abuela mayor quien le hizo, a mí me lo hicieron, pero impedí que se lo hicieran a mi hija menor. En el posparto se da raíz de lulo, se cocina y se toma, no es amargo es como un agua aromática. Se hace para quitar la sangre.”

Las visitas se hacen en la casa de la gestante, secan el ombligo, cuidan del recién nacido, emplean hierbas y realizan toda la limpieza necesaria, manifiestan que les faltan insumos para la atención del parto:

“P2: La niña nace, se saca el ombligo y se seca, Para atender el parto se lava las niñas después de un día, se seca los partos se atiende en la casa de la dueña, usa, tijeras, guantes, tapabocas, batas, el cordón se amarra con un hilo de coser, ya no se corta.”

“P3: Se acompaña el parto un mes antes en la casa de la gestante, no se trabaja para acompañar, se usan las hierbas como costeña, se corta el cordón con tijeras, se amarra con hilo, se limpia con agua caliente y se seca con toallas. No cuento con dotación.”

Forma de castigos a las mujeres indígenas: La época de la colonización dejó como legado formas de castigo sobre los cuerpos de las mujeres indígenas, con el propósito de controlar su sexualidad, autonomía y libertad de movimiento.

Como formas de castigo las/os entrevistados expresan el corte de cabello, cuando se escapan con hombres, y el corte de clítoris para evitar que sientan deseo sexual y una vida sexual activa y placentera. Cuando intentan escapar las meten en el cepo:

“P1: Cuando se escapan con hombres se les corta el cabello.”

“P2: La mutilación es para que dejen la arrechera.”

“P4: Cortar el clítoris para dejar la arrechera y que no se volaran con marido.”

Una de las parteras expresó que en la comunidad no se castiga, sin embargo, listó rápidamente los diferentes tipos de castigo que se aplican:

“P3: El castigo no se permite en la comunidad, hay que proteger a los niños y mujeres, no se debe golpear ni agredir. Si se mutila se va a la cárcel por la guardia indígena. Cuando se van con hombres o solas las persiguen los alguaciles, algunas logran escaparse y no vuelven.”

Ciclo menstrual; La menstruación es abordada con secretismo, de forma muy oculta, no se le cuenta nada a los hombres y es responsabilidad de las abuelas y madres:

“P2: No se enseña a las niñas para que no aprendan sobre eso, las niñas preguntan cuándo sale sangre por la vagina a la mamá y la mamá le dice manéjese bien y no vaya a mostrar a otras gentes, se usan las nosotras. Cuando no tienen se prestan con otras.”

“P3: Ellas lo cuentan a la mamá y ella les dice que no se diga a nadie.”

Se gestiona como una enfermedad y no como parte del ciclo vital de la mujer, al punto de expresarle a las niñas que en los días de su período deben cuidarse, les explican que ahora entran en una etapa reproductiva, expresándoles que ya son “señoritas”. Emplean plantas para el sangrado:

“P1: este sabe la mamá, ella le explica que es una señorita, hoy en día ya no preparan como antiguamente, respetaban a sus papás y a sus mamás, las niñas jóvenes cogen sus maridos escondidas. A las señoritas en la menstruación se le da owacá y se colocan hojas de aguacate en el panty.”

“P4: En la menstruación cuando llega la menstruación se le pega una hoja para el sangrado.”

Mutilación genital femenina (MFG):

La MGF constituye una práctica que expresa la desigualdad de género, mencionan que son herencia de los abuelos y que debe hacerse para que la niña no tenga apetito

sexual. La MFG no obedece a motivos médicos, sino a creencias fuertemente arraigadas en esta comunidad, expresan que evita la “arrechera”(deseo sexual), para que no crezca y quede como el miembro del hombre, funcionando como un mecanismo de control de la sexualidad de niñas y adolescentes indígenas:

“P1: Son prácticas dejadas por los abuelos; son prácticas de mutilación y la mayoría decían no; si no se hace eso la niña queda muy arrecha y buscan cualquier hombre. La mutilación es un rito que si no se hace la niña queda arrecha.”

“P3: es el corte del clítoris, para que no crezca y no quede como hombre.”

La práctica:

La práctica de la MGF, es relativizada por las personas entrevistadas, refiriéndose como “corte de la cosita” o del “pipí”, para que no crezca como el miembro del hombre y quede liso:

“P1: Queda liso, sin nada, se cortaba con cuchilla o cuchillito y sangraban mucho antes algunas murieron.”

“P2: Esa cosita, clítoris, que no crezca como hombre para que quede sin crecer.”

“P3: Corte de la cosita. Pipi como se llama esa cosita, el clítoris.”

Forma de nombrarla, forma de realizarla, donde y cuando

Aunque las personas entrevistadas consideran que es una práctica ancestral, no expresan argumentos religiosos o propios de su cultura para justificarlo, lo realizan al

momento de nacer, a los quince días o ya en la adolescencia, es la madre quien lo define:

“P1: Son tres formas; cuando nace, cuando es de 15 días, cuando es un mes y si no se hizo cuando nació, se hace ya mayor. Se corta con la tijera el clítoris y con el clavo se quema, se usa más el clavo, anteriormente se morían muchas niñas, lo corta las señoras que saben, algunas parteras saben hacerlo, no todas, la mamá se obliga, no es el papá.”

“P3: Hace tiempo la mamá dice que se cortaba la cosita.”

Posteriormente colocan una hoja molida para ayudar a la sanación. El “arreglo” busca preservar la castidad de las mujeres, inhibiendo el desarrollo libre de su sexualidad:

“P4: Nace la niña, se cortaba un pedacito con tijeras, sale mucha sangre y se pega la hojita molida dura esta hoja tres días y sana poco a poco y la quitan y la ponen.”

Tipos de capacitaciones

La mayoría de capacitaciones que reciben las parteras provienen de organismos internacionales y asociaciones locales.

Con estas capacitaciones se busca introducir aprendizajes en torno a la asepsia, cuidados para la mujer gestante, cuidados para el recién nacido. Adicionalmente se han brindado capacitaciones informativas sobre los peligros y lo que representa la MGF:

“P4: Somos capacitadas por la red de parteras ASOREDIPARCHOCO y Fundación Chocó.”

“P1: Se capacitan como parteras, hay veces vienen de Bogotá a Quibdó para enseñarnos, de otro grupo y entre las dos aprendimos, las parteras, les habla de posiciones, como se hace, por medio de esos aprendizajes trabajamos, hablan de prevención de cuidados de los niños. En el 2007 se hicieron talleres sobre mutilación, se dieron clases a hombres y a mujeres para que no se realizaran más.”

“P3: Se ha capacitado con la Red de Parteras, enseñan como limpiar al niño, cuando sale sucio, como amarrar para cortar, cuando tiene un día echar alcohol al ombligo.”

Contexto histórico de la MGF

Practican la MGF porque consideran que el clítoris es “maluco” y puede tornarse tan grande que pueden convertirse en hombres:

“P1: Dicen que es maluco, los hombres dicen que es un hombre y para ellas no les gusta que digan eso, le dicen vulgaridad, les hablan a los hombres que no digan vulgaridades.”

Otros expresan que no debe practicarse la MGF pues se pone en riesgo la vida de las niñas:

Curaciones y salud en la cosmovisión indígena:

Aunque la MGF es denominada como una “curación”, al analizar el concepto de salud para las comunidades indígenas colombianas, resulta evidente que la práctica no condice con su visión del bienestar.

Emplean cuchillos, colocan hierbas molidas, reconocen el riesgo de vida al que se somete a las niñas y admiten que se han practicado MGF:

“P3: Al cortar la cosita se echaba la hierba, se limpia la cosita de un día de nacida.

“P4: Cuando cortan el clítoris se le pega una hoja para evitar el sangrado, hay una niña que se murió. Cuando no saben cortar, se corta y se pega la hoja molida por tres días poco a poco va sanando. El proceso lo hacen las parteras anteriormente.”

“P2: Estos días se suspendió esas cosas en toda la comunidad. Se hacía con cuchillos después de dos días.”

Matrimonio, creencias y ritos:

El matrimonio se inicia desde los 13 años, aunque no hay un rito específico para el matrimonio, sí lo hay para celebrar la pubertad de las adolescentes, le dan una buena cantidad de chicha de maíz e invitan a los vecinos. Los familiares piden permiso:

“P1: Piden permiso a los familiares, dialogan entre los dos, se unen y allí hablan, cuando se cogen y cuando se casan, no puede maltratar a la mujer, si la maltrata se le mete al cepo; se casan desde los 14 años. Se hace chicha de maíz, se le da a la muchacha, la madre del hombre busca a la mujer un hombre trabajador, que sabe trabajar; después viven solos. hoy día ya no preparan como antiguamente lo hacían, muchas niñas cogen su marido y se escapan.”

P2: Se casan desde los 13 y 14 años, se hacen novios y se cogen, se hacen fiestas, toman y beben celebrando la fiesta.”

Sin embargo, una de las entrevistadas informó la existencia de ritos previos al matrimonio, expresando que se prepara el cuerpo con hierbas previo a la ceremonia:

“P4: Se hace una fiesta antes de casarse, se le prepara el cuerpo con hierbas.”

En el caso de los varones, no se identifica ningún rito de iniciación.

Relacionamiento entre las madres y las parteras:

La comunicación y el vínculo se da exclusivamente entre las parteras con las madres y abuelas, no hay interferencia de nadie más:

“P1: Todo lo conversan las mamás a las parteras

P2: Las mamás o abuela hacen hablan para eso.

P3: Las mamás llaman a las parteras y si no hay mamá el esposo es quien busca a la partera.

P4: Las madres con las abuelas se comunican con la partera.

Quién autoriza la MGF

La MGF es autorizada por madres y abuelas, quienes en conjunto con las parteras y bajo un pacto de silencio aplican esta perjudicial intervención a las niñas y adolescentes de la comunidad, algunas manifiestan que ya no se hace; pero otras verifican que la práctica persiste:

“P1: La madre se obliga, es la madre quien lo decide a las mujeres que lo saben hacer.”

“P2: Las abuelas es escucha uno, ellas antes mandaban hacer a las niñas, pero ya no.”

“P3: La mamá de la niña lo dice a las parteras o ella en su casa también lo hace si quiere, pero es prohibido.”

“P4: La mamá toma la decisión es cosa de ella si lo hace a su hija.”

Los líderes hablan de mutilación:

Aunque los hombres están por fuera de la determinación que autoriza la MGF, en el momento del matrimonio rechazan a las mujeres que no fueron objeto de esta intervención.

Algunos expresan que no se deben maltratar a los niños de la comunidad, pero que esta costumbre se debe mantener porque es ancestral: Manifiestan que es asunto de

las parteras. Sin embargo, muchos reconocen que está contra la ley y que no se debería hacer.

“P1: Los líderes dan orientaciones de no maltratar a los niños, dicen a la comunidad que no se puede dejar porque es costumbre de los ancestros.”

“P2: los líderes no hablan de eso es tema de las parteras.”

“P3: No hablan es tema de en asamblea. Es tema de las parteras en sus reuniones y capacitaciones. Y en las asambleas dicen que eso está prohibido por las organizaciones.”

“P4: Si hablan en las reuniones, por ley no se debe hacer.”

ANÁLISIS DE CATEGORIA Y SUB CATEGORÍAS LÍDERES

Partería.

Se encuentra que los Líderes de las comunidades, sede del presente trabajo expresan gran consideración, respeto y reconocimiento por las parteras, se refieren a ellas como:

“L1: Las parteras son señoras, mujeres de los resguardos como Juanita Murillo. Son importantes para recuperar las mujeres, se necesitan para hacer alianza, sin parteras mujeres no se vive y se vive bueno. Cada zona tiene sus parteras. Cada ser necesita su partera, en la zona hay 26.”

Son agentes importantes en la comunidad:

“L4: la partera es un agente, es una persona que recibe el parto y está al tanto de cómo están las mujeres, hasta que dan a luz.”

Características de las parteras:

Los líderes ven en las parteras mujeres con muchos saberes, suelen ser muy valoradas y respetadas por su entorno, conocen de la mutilación:

“L1: Saben trabajar con las parteras, conocen los ancestros y la mutilación, conoce las mujeres unos meses realizan visitas, consultas, como está la embarazada, como está formando malo el bebé.”

“L2: Las parteras están allí, vienen a las comunidades, en las comunidades pequeñas hay dos y en las grandes hay tres. Limpian todo, también visitan, hacen prácticas, mueven las barrigas si está bien o si hay dificultad ellas se interesan.”

Son elegidas por la comunidad, tienen la responsabilidad de realizar el censo de los/as lactantes y gestantes:

“L4: Las parteras son elegidas por la comunidad. Encargadas del censo de lactantes y gestantes.”

El Contexto; Los líderes respetan y valora la presencia y actuar de las parteras, reconocen la necesidad de más recursos y capacitación para desarrollar su labor. Reconocen que son muy importantes para la comunidad, ven en ellas una autoridad, ellos también las respaldan para la organización:

“L1: Los líderes somos un apoyo importante para las parteras, las parteras en cada zona se necesitan y zona una tiene 26 parteras zona 4 necesita 15 parteras. Saben trabajar con las parteras, saben lo ancestral y las mutilaciones y conoce a las mujeres para vivir en tranquilidad.”

También expresan que son las parteras quienes saben hacer el corte o “curación”. Los líderes identifican que a las parteras les faltan recursos para desarrollar su labor:

“L2: Se atiende en casa incomodas, las parteras son importantes porque estamos de ellas, como autoridad son importantes y ojalá les dieran más estudio, mi zona tiene 27 parteras en 10 comunidades. Hacen recorridos en las comunidades, las presentan en las reuniones hay hasta tres en comunidades grandes y en comunidades pequeñas dos.”

“L4: las parteras que saben el cortar clítoris lo hacen por la mama y en la casa se atiende el parto, solo las mujeres saben y ven eso.”

Normas

La MGF responde a una norma social defendida parcialmente por la comunidad Emberá Katío, pero saben que está en contravención con la normativa del país:

L1: Por ley o reglamento quedó que no se debe hacer esta práctica, los hombres no sabe, un líder dijo que no se debe hacer por los sangrados.”

“**L2:** La mutilación se hace y al momento con direccionamiento ya no se está haciendo, si la ley lo exige se deja así.”

Creencias: Los líderes expresan que la MGF se hace para que los genitales de la mujer queden “bonitos” y para que las niñas no tengan deseo sexual:

L2: *La mutilación se hacía por dificultad para que quedara bonita el labio, los abuelos contaban que todo mundo motilaba, para que quedara bonito y no se viera el clítoris, es doloroso que sigan mochando, a uno le duelen no quiero que sigan mochando.*

L3: *Hace parte de nuestra cultura, para que las niñas no se tenga más arrechera, no se vayan con cualquier hombre, es de las abuelas, los hombres no sabemos de esto pero las mujeres y las mama y parteras sí.*

Los líderes confirman que pese a estar prohibida por ley, la MGF se continúa haciendo:

“**L4:** *Como cultura se sigue haciendo lo de cortar el clítoris a las mujeres*”

Mutilación genital femenina (MFG):

Algunos de los líderes entrevistados manifestaron desconocer sobre la MGF, algunos reconocen que no debe hacerse, que está prohibido. Sin embargo, otros manifiestan que se hace para agradar al marido, para evitar que el clítoris choque con el hombre.

“L1: No sé, eso no veo porque solo mujeres lo saben. Y uno no ve nada. A las mujeres no se les mira nada (se ríe).”

“L2: No se puede mutilar y ese direccionamiento lo dan a las parteras en las capacitaciones, desde hace más de tres años se viene prohibiendo esta práctica.”

“L3: Se corta el clítoris para que no quede grande porque no le gusta al marido y en la relación chocaba con el hombre.”

Forma de nombrarla, forma de realizarla, donde y cuando:

Los líderes saben que la MGF se realiza casi siempre al nacer o a los tres días, con cuchillo o quemando la zona:

“L1: Al nacer se corta el ombligo y el clítoris. El tratamiento lo hacen las parteras, ellas son las maestras con las plantas.”

“L2: Ese tema no lo sé. Nace y a los tres días hacían eso, lo mochaban con tijeras y se hacía curación con una planta, no se sabe el nombre, a los líderes no le dicen, antes mochaban todo, ahora les da miedo. A penas cortaban echaban sus plantas molidas bien moliditas y sacaban sin sangre y de allí sanaban. También se puede quemar a los dos días y también es doloroso”.

Tipo de Capacitaciones que reciben las parteras:

Los líderes saben que las parteras se capacitan con mayores, médicos y con las asociaciones:

“L1: Las parteras se capacitan con sabias, ancianas, con varios sabios o docentes, coordinadoras, con afro se capacitan, hay muchas gentes y los afros también necesitan, todos somos iguales.”

“L3: Son capacitadas por fundaciones como despertar del chocó, CPI, médicos especialistas y el DPS, ACNUR, Hablan de salud, de parteras.”

Razonamiento ante la MGF

Los principales motivos para el ejercicio de esta perjudicial práctica, es evitar que la mujer se vaya con otros hombres, para que no tenga apetito sexual, para que los genitales femeninos se vean más bonitos:

“L1: Como hombre no sabemos, cuando el niño nace, no he visto. Es importante porque a veces según dicen que las niñas salen arrechas, por las ganas se va con cualquier hombre, no respeta a las mamas, como hombre que se siga haciendo este trabajo, no tengo hijas, pero me gusta para las demás, mi hija es muy grande, pero no tengo conocimiento si se le hizo esto, la práctica debe seguir para tranquilidad de los padres.”

“L2: Los abuelos contaban que todos mutilaban y lo cortaban para que se viera bonito, es doloroso y no quisiera que se hiciera más.”

Existen visiones contrarias respecto a la MGF, algunos consideran que debe continuarse, otros no están de acuerdo, por las muertes que se han dado y por el dolor que implica:

“L3: Hace parte de nuestra cultura lo que hacemos nosotros, las abuelitas tienen el saber. No estoy de acuerdo que se haga, se le hizo a una niña y la niña murió y están presas la mamá y la partera.”

Quién autoriza la MGF:

La mayoría de entrevistados/as expresan que todo lo relativo al parto y la definición de realizar una MGF está en el ámbito de dominio de las mujeres, particularmente de la madre:

“L1: La mamá. Cuando habla con la parteras, ellas se hablan para eso y antes las abuelas.”

Los líderes hablan de la mutilación:

Existen visiones compartimentadas en relación a la MGF, algunos no están de acuerdo debido a las hemorragias y peligros que acarrea, pero otros sí consideran que se debe realizar.

En algunos casos se manifiesta que es un asunto que solo se habla entre las parteras, desconociendo la responsabilidad de los líderes, en otros casos si se ha abordado en asambleas:

L1: “Los líderes no saben de este tema, no he visto, se sabe que se hace por la historia y por la autorización de la ley. Se habla este tema unos no están de acuerdo por los

sangrados, otros si están de acuerdo, se habla con asesorías, como autoridad autoriza, pero es trabajo de las parteras. Si estoy de acuerdo que se realice esta práctica.”

L3: “si hablan en las asambleas. Y se dan orientaciones de no hacerlo más en la comunidad. Y está prohibido por el ministerio de salud.”

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las parteras constituyen figuras de autoridad en la comunidad, los líderes reconocen en ellas todos los saberes para la atención de las madres gestantes y de los recién nacidos, son quienes visitan mes a mes a las gestantes, siempre atentas pese a los horarios o distancias.

Su formación se da mediante la trasmisión oral, siendo muy relevantes las mayores que son quienes tienen los mayores conocimientos, aunque también reciben capacitaciones de asociaciones locales y organismos internacionales.

Tanto las parteras como los líderes identifican con claridad los insumos que se requieren para que puedan desarrollar mejor su labor, viendo la necesidad de más capacitaciones y la necesidad de remuneración por su trabajo.

La MGF es una práctica abordada con secretismo en la comunidad Emberá Katío, hacen un enorme esfuerzo por ocultar la práctica, en los testimonios se refleja que hay familias enteras que continúan haciéndolo. Saben que están infringiendo la ley, por este motivo pese a que algunos están de acuerdo, pues consideran que es ancestral y además es una forma de controlar la sexualidad de las mujeres.

Hay familias que ya no lo practican, porque reconocen que pone en riesgo la vida de las niñas, identifican las consecuencias para la niña y para la partera.

Es relevante resaltar que los líderes tienen pleno conocimiento que el Ministerio de Salud colombiano prohíbe esta práctica. Consideran que es parte de su cultura, que es una práctica ancestral, desconociendo que proviene desde la época de la colonización, ejercido por integrantes de la Iglesia Católica.

En los orígenes consideran que solamente las abuelas y los mayores les inculcaron esta práctica, no reconocen de dónde provienen, han dejado de hacerlo por las consecuencias legales y por las capacitaciones que han recibido; por este motivo en las asambleas ratifican que esta práctica no se debe hacer. Pese a ser abordado en las asambleas y definido su prohibición, algunas parteras continúan haciéndolo autorizadas por las madres de las niñas y respaldadas por el pacto de silencio de los líderes y los padres.

Los hombres de la comunidad dicen desconocer sobre el ejercicio de esta práctica, relegan la responsabilidad en las mujeres, particularmente en las mamás y abuelas; sin embargo, rechazan a las mujeres que no han pasado por esta práctica, pues consideran que es feo y que choca con los genitales del hombre. Además temen que el clítoris crezca tanto que se asimile al miembro masculino.

Como recomendaciones se sugiere:

- Capacitación en perspectiva de género y los efectos nocivos que implica la MGF para las niñas, adolescentes y mujeres de la comunidad; para las parteras, las madres y los líderes indígenas que integran las organizaciones y que permanecen en el territorio.
- Sensibilización y capacitaciones sobre los nuevos lineamientos del gobierno en términos de salud sexual y reproductiva.
- Se requieren más datos e investigación sobre la MGF, particularmente en el departamento del Chocó con las comunidades Embera que son quienes sostienen la práctica.
- Un mayor compromiso por parte del Estado, con apoyo de las organizaciones internacionales, mediante acciones que contribuyan a la erradicación de esta práctica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Organización Mundial de la Salud (Sede Web). Mutilación genital Femenina Notas descriptivas 3 de febrero 2020. (Acceso el 28 de diciembre de 2020). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/index.html>

Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina (centro de investigaciones de Unicef 2004).

Organización Mundial de la Salud (Sede Web). Mutilación genital Femenina Notas descriptivas 3 de febrero 2020. (Acceso el 28 de diciembre de 2020). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/index.html>

UNICEF (2018) female genital mutilation/cutting: a global concern.

Castañeda reyes (consultado: 17.02.2014). MGF en España. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/...> 5, J.C. Fronteras del placer; fronteras de la culpa.

Alfonso Herrera Restrepo L. A. (Febrero de 2011). Diversidad cultura y derechos humanos. Agenda Cultural Alma Máter, (173), 9. Recuperado.

Delgado Becerra, Magda Liliana. Intervención ritual sobre los genitales femeninos: ¿subordinación o resistencia étnica Embera?

Chavarro Anturi, M. (2018). Ablación genital en las comunidades indígenas del Chocó, Colombia. Revista Verba Iuris, 14 (41). pp. 89-108.

González Henao, Raquel. (2011). La ablación genital femenina en comunidades Emberá Chamí.

Hugo Fernando **Saidiza** Peñuela, Jorge Enrique **Carvajal** Martínez., (2016) Crisis del Estado de derecho en Colombia: un análisis desde la perspectiva de la legislación penal.

Chavarro Anturi, M. (2018). Ablación genital en las comunidades indígenas del Chocó, Colombia.

Kandala et., (2019); Gibaly et., (2019); Ahmed & Shabu., (2019); Wahlberg., (2018); Hamid et., (2018) VIOLATION OF WOMEN'S RIGHTS: FEMALE GENITAL MUTILATION.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/abordaje-atencion-mutilacion-genital-femenina.pdf>. Orientaciones y lineamientos para el abordaje y la atención integral en salud de las víctimas de mutilación genital femenina en Colombia.

Almeida Filho, (2000). Almeida Filho, N. (2000). *A Ciência Da Saúde* (Hucitec (ed.)) APORTES AL TRABAJO SOCIAL DE LOS CONCEPTOS “CONDICIONES DE VIDA” Y “MODO DE VIDA”.

Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (2013). **Comprender** y abordar la **violencia** contra las mujeres: **violencia** sexual.

ONU 2015. La Asamblea General de las Naciones Unidas en la resolución A/RES/70/1 por la cual se establece los objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos en 2015-2030. Meta 5.3: Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.

ONU (2005) <http://los17ods.org/los-17-objetivos-para-2030/igualdad-de-genero/>
Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.

Maritza **Chavarro** Anturi. **Ablación** genital en las comunidades Indígenas del chocó. Enero-junio **2019** • pp. 89-108 • Bogotá D.C. Colombia • ISSN: 0121-3474.

Programa Conjunto OMS, UNICEF, UFPA 2 feb. 2017 — **declaración** conjunta de 27 de febrero de **2008** sobre la **eliminación de la mutilación genital femenina.**

OMS, (2008) Informe sobre la salud en el mundo.08_report_es.pdf.

Henao, (2010). El problema de investigación que se plantea nInforma/pdfs/DGVG__Informa___MGF.pdf. Delgado, M. L. (2014). Intervención ritual.

ONU 2012 la Asamblea General de la ONU designó el 6 de febrero como el [Día Internacional de Tolerancia Cero para la Mutilación Genital Femenina](https://www.un.org/es/observances/female-genital-mutilation-day)
<https://www.un.org/es/observances/female-genital-mutilation-day>

N Marrugo Núñez · (2014) La Ablación o Mutilación Genital Femenina (A/MGF).

Henao, R. (2010). La ablación del clítoris como problema jurídico. Trabajo de Grado. Universidad de Manizales. Facultad de derecho.

García (2013) La mutilación genital femenina (**MGF**) Sentencia de la Audiencia Nacional 9/**2013** de 4 de abril de **2013**.

Chavarro Anturi, M. (2018). Ablación genital en las comunidades indígenas del Chocó, Colombia

Convención Europea de Derechos Humanos (1970) modificado de conformidad con las disposiciones del Protocolo n° 3 (STE n° 45), entrado en vigor el 21 de septiembre de **1970**.

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia No. T-254/94, Jurisdicción especial indígena, derecho colombiano y normativa internacional: la necesidad de un equilibrio en el marco de la extracción de minerales y el impacto de género.

Javier **Aldana** Rojas, Édgar Antonio **Guarín** Ramírez. Estado jurisdiccional y bien común. Los límites de la teoría del equilibrio como alternativa de solución a la cuestión de la prevalencia del poder del Alto Tribunal de lo Constitucional en Colombia. 2016

Plan de desarrollo 2014-2018; <https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/pnd/pnd%202014-2018%20tomo%201%20internet.pdf>

Fernando Garzón 2013.
<https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/cuaderlam/article/view/1251/818> Descripción de prácticas de responsabilidad social en entidad de justicia que atiende a mujeres víctimas de violencia de pareja en la localidad de Kennedy - Bogotá - Colombiana

ONU (2016) Programa para erradicar la Mutilación Genital 2016. Segundo programa para sensibilizar y erradicar la Mutilación Genital Femenina (MGF).

ONU (2016) Plan 2030. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

ACNUDH Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.

OIM, REDIPARCHOCO 2018; Proyecto Parteras de Bagadó Promueven la Salud Sexual y Reproductiva con las Niñas, Adolescentes y Mujeres al Interior de sus Comunidades.

http://www.mininterior.gov.co/sites/default/files/p.s_embera_chami_risaralda.pdf. Plan salvaguarda de los Embera Chamí del departamento de Risaralda

Ministerio de cultura <https://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/APP-de-lenguas-nativas/Documents/Embera.pdf>.

<https://www.mincultura.gov.co/SiteAssets/documentos/editores/20658/Caracterizaci%C3%B3n%20del%20pueblo%20Embera%20Cham%C3%AD.pdf>.

OIM, REDIPARCHOCO 2018; Proyecto Parteras de Bagadó Promueven la Salud Sexual y Reproductiva con las Niñas, Adolescentes y Mujeres al Interior de sus Comunidades.

UNFPA 2010 El proyecto Embera Wera, Sistematización auspiciada por: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Programa Integral contra las Violencias de Género del F-ODM Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Hernández R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2003) Metodología de la investigación, 3. ed. México D.F.: McGraw-Hill. 705 pp.

Taylor y Bogdan.1987.Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Título original: Introduction to Qualitative Research Methods. The Search for Meanings © 1984 by John Wiley and Sons, Inc., Nueva York.

José Ignacio Ruiz, 2012. Metodología de la investigación cualitativa. <https://books.google.es/books?id=WdaAt6ogAykC&printsec=copyright&hl=es#v=onepage&q&f=false>.

Clifford Geertz (1983).Conocimiento local Ensayos sobre la interpretación de las culturas. Geertz-c-1983-conocimiento-local.pdf.

B. GLASSER y A. STRAUSS, Ed. THE DISCOVERY OF GROUNDED THEORY STRATEGIES FOR QUALITATIVE RESEARCH. Aldine Publishing Company. 1969. New York (Traducción Floreal Forni). EL MUESTREO TEÓRICO.

Hernández et al., (2003). Marco Metodológico, tipos de investigación.

Consejo de Organizaciones Internacionales de las ciencias médicas Ginebra (2012) Pautas Éticas Internacionales.

MINSALUD, RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993 Art 11.

MARIA CECÍLIA DE SOUZA MINAYO Washington: BID; **1998**. 25. Relaciones entre Procesos Sociales, Violencia y Calidad de Vida

Dagoberto Páramo Morales, 2015 Pág. 10 La teoría fundamentada (Grounded Theory), metodología cualitativa de investigación científica.