

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE GRADUADOS



***“Las parteras sí saben, son importantes, solo que están olvidadas”***  
Situación actual de las parteras en los Andes del sur del Perú (Ayacucho)

Tesis para optar el grado de Magistra en Sociología que presenta:

Luz Giovanna Velarde Bedriñana

Diciembre del 2007

## ÍNDICE

	Pág.
Introducción.....	3-6
Cáp. 1 Planteamiento del problema	7-38
A. Estudio de la situación.....	7-37
B. Las variables.....	37-38
Cáp. 2 Metodología.....	38-44
A. Objetivos.....	38
B. Postulados .....	38
C. Metodología.....	40-44
Cáp. 3 Los actores: parteras, parturientas y personal de salud	45-81
A. Las parteras.....	45-68
B. Las parturientas.....	68-70
C. Personal de salud.....	71-81
Cáp. 4 Un conflicto desigual: parteras y personal de salud	82-96
1. La prohibición.....	82-84
2. Temores e inseguridades y su relación con las amenazas y la prohibición.....	84-86
3. Las represalias y las parturientas.....	86-87
4. Desvaloración de las parteras.....	87-89
5. Competencia.....	89-90
6. Trabas para la transmisión de conocimientos.....	90-92
7. El valor de las parteras.....	92-93
8. Encuentros.....	93-96
Cáp. 5 Las respuestas de las parteras: estrategias de funcionamiento	97-109
A. Las parteras y los modos básicos de respuesta.....	97-102
B. Estrategias de funcionamiento.....	102-108
C. Vigilancia y persecución de parturientas.....	108-109
Cáp. 6 Conclusiones	110-117
Cáp. 7 Referencias Bibliográficas.....	118-121
Anexos	122-123

## INTRODUCCIÓN

El interés por la presente investigación nace de mi experiencia y formación como obstetriz en el departamento de Ayacucho. La formación universitaria poco o nada incorpora tampoco hace alusión a la existencia de otros sistemas de salud que no sea el oficial. Se soslaya el sistema de salud andino, conformado por diversos actores de salud que tienen legitimidad y actualmente solucionan diversas demandas de salud de los pobladores en las comunidades andinas contemporáneas. Sin embargo, cuando un profesional abandona la universidad, durante su actividad laboral encuentra que también existen estos otros actores de salud. Entonces, adopta actitudes diferenciadas frente a ellos que pueden ser de competencia y de cooperación, pero también de rechazo. Todos los individuos que conforman estos sistemas de salud tienen un solo objetivo: garantizar la buena salud en las comunidades.

En este contexto tenemos a la partera, mujer que cumple un rol esencial en el cuidado de la salud reproductiva de las mujeres rurales andinas, que se encuentran en pobreza y pobreza extrema. Las/los parteras/os, en estas zonas altoandinas, rurales y excluidas, atienden a un sector importante de mujeres durante el parto, aún teniendo cerca al personal de salud, tal como afirman diversos estudios cuantitativos y cualitativos. La Encuesta del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) señala que en el Perú el 71% de los partos es asistido por un profesional o técnico de salud. Sin embargo, este resultado disminuye en la Sierra donde alcanza el 51%. Aún menores coberturas se

encuentran en el área rural donde solo alcanza el 44% (ENDES continua 2004. INEI, 2005:17). El 66% de los partos en el área rural es asistido por una partera empírica u otro familiar de la mujer. Lo mismo afirma un estudio encomendado por el Ministerio de Salud y el Proyecto 2000: “El parto no institucional sigue siendo la norma –estadística y, en buena medida ideal- en las zonas rurales” (Anderson 1999:191).

La presente investigación muestra la situación actual de las parteras en los Andes, específicamente en la sierra sur del Perú donde la partería se desarrolla en una situación marginal como parte del sistema de salud andino en un contexto de conflicto con el sistema de salud oficial. Ambos se encuentran en una situación de tensión. Existe una relación en triada, clave para explicar la situación de la partería en tiempos contemporáneos. Estos actores son: la partera, la obstetrix o el médico del establecimiento de salud oficial y las parturientas y sus esposos.

Como consecuencia de la relación entre estos actores se produce el desplazamiento y, más grave aún, la tendencia a la desaparición de la partera del sistema de salud andino. El desplazamiento ocurre por el monopolio de la salud por el personal de los establecimientos del sistema de salud oficial. Se resalta que no es asunto de su personal, sino es por Ley. A ello se suman actitudes de desacreditación, castigos, represalias, amenazas y prohibición de la partería.

Pero en medio de esta realidad las parteras conjuntamente con las parturientas y sus esposos, diseñan y ejecutan diversas estrategias de funcionamiento, muchas veces clandestinas, para continuar atendiendo a las parturientas andinas.

Frente a esta situación mi interés es proponer un enfoque intercultural que permita tender caminos y disminuir la distancia entre estos sistemas de salud. El propósito es mejorar la salud de la población andina, específicamente la salud reproductiva de la mujer rural. Sobretudo pretendo contribuir a promover el desarrollo de la partera y sus capacidades, y entonces brindarle el reconocimiento que merece dentro del diverso sistema de salud peruano.

Finalmente, expreso mi gratitud a quienes hicieron posible esta investigación:

A las parteras y parteros por permitirme conocer sus vivencias, percepciones, actitudes e incluso sus secretos y que en todo momento colaboraron, muchas gracias.

A la obstetriz y al médico del establecimiento de salud por permitirme conocer sus percepciones y actitudes.

A mi padre (Alejandro) y a mi madre (Julia) por su apoyo imprescindible e incomparable en el trabajo de campo.

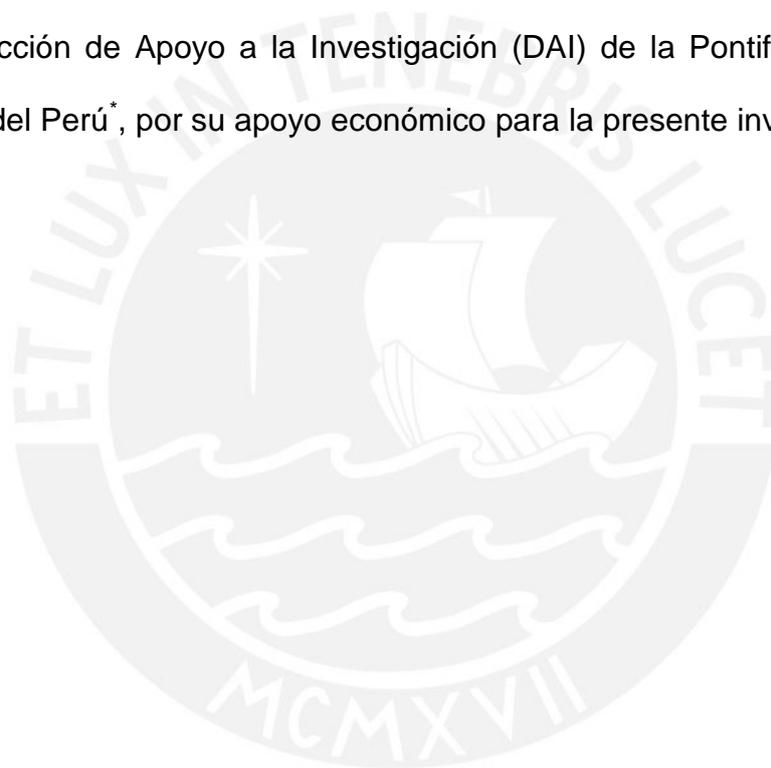
A mi esposo (Gustavo) y mis hijos (Andrea y Adrián) quienes día a día me alentaron con mucho amor.

A mi maestra, Jeanine Anderson por su asesoría muy cálida y profesional.

A Martha Rodríguez, Orlando Plaza y Guillermo Rochabrún, profesores de la maestría de sociología, por sus valiosas sugerencias en diferentes etapas de la elaboración de la tesis.

Al programa de becas de la Fundación Ford y a su coordinador en el Perú el Instituto de Estudios Peruanos por su apoyo económico que hizo posible mi maestría en sociología.

A la Dirección de Apoyo a la Investigación (DAI) de la Pontificia Universidad Católica del Perú\*, por su apoyo económico para la presente investigación.



---

\* El proyecto de esta investigación fue ganador del concurso “Premio de Apoyo a la Investigación de Post grado”- 2007 organizado por la DAI de la PUCP.

## CAPITULO 1

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Esta tesis trata sobre la partería en los Andes y la situación marginal en la que se desarrolla, como parte del sistema de salud andino, en un contexto de conflicto con el sistema de salud oficial. En este capítulo se desarrollan dos grandes secciones: la situación previa y las variables de la investigación.

#### A. Estudio de la situación

En esta sección se describe la situación que constituye el escenario para el presente estudio. Se inicia con la revisión de algunos conceptos teóricos. Luego se ubica al sistema de salud oficial peruano dentro de una gama de instituciones públicas y privadas que funcionan en la zona rural andina. Posteriormente, si bien en el Perú existen diversos sistemas de salud, se concentra en el sistema de salud andino y el sistema de salud oficial. Luego, el estudio se enfoca en las parteras, las parturientas y su interrelación con el personal del establecimiento de salud oficial. Finalmente, se muestra las dificultades y limitaciones de los puestos de salud ubicados en las comunidades andinas.

En esta primera parte se desarrollan algunos conceptos teóricos relevantes para la investigación, basados en Salud Intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales (Alarcón, Vidal y Neyra. 2003:)

La cultura tiene dos grandes dimensiones que convergen: Una cognitiva que sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del aprendizaje. Una material, que corresponde a cómo lo simbólico se manifiesta en conductas, prácticas y normas de relación social entre las personas. En el contexto de salud estas dos dimensiones se articulan en un modelo médico que otorga consistencia a cómo pacientes y especialistas se explican el fenómeno de salud y enfermedad, y a las prácticas o procedimientos con que se enfrentan los procesos de recuperación y mantención de la salud. Generalmente los elementos cognitivos y prácticos difieren entre profesionales y pacientes producto de las diversas historias sociales y culturales de cada uno, del contexto en que ocurre el proceso de socialización de la cultura médica y del contenido propio de la cultura. Además son dinámicos pues se transforman en la medida que el grupo social experimenta nuevos desafíos y problemas. Por ejemplo, tanto la biomedicina como las culturas médicas tradicionales experimentan transformaciones en sus modelos explicativos de enfermedad, incorporan nuevas tecnologías al proceso terapéutico y recrean roles profesionales, técnicos o empíricos para abordar aspectos específicos de salud de los usuarios.

Un sistema médico es un conjunto más o menos organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativas de salud-

enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva. La forma en que estos elementos se organizan internamente, otorgando coherencia al sistema depende del modelo sociocultural en que se desarrolla la medicina. Son construcciones culturales que responden a necesidades de un entorno social específico que tienen dos dimensiones: conceptual –en la biomedicina, los experimentos científicos; en otras culturas, signos de la naturaleza. Y conductual –el proceso terapéutico: cirugía, purgas.

Los conflictos entre diferentes sistemas médicos no emergen sólo de las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, sino también de la dominación social de un modelo de salud sobre otro. En este contexto la cultura biomédica expresada a través del sistema médico occidental, se ha establecido mundialmente como el modelo capaz de resolver si no todos, la mayoría de los problemas de salud de la población independientemente de los contextos sociales y culturales en que se desarrolle la enfermedad. No obstante, la experiencia de proyectos en salud internacional, muchos de ellos patrocinados por organismos como la OPS y OMS, y dirigidos hacia los sectores más pobres de la humanidad, dan cuenta de importantes dificultades que se enfrentan al no considerar la cultura de los usuarios en el proceso de atención de salud. Situaciones como rechazo y falta de adhesión a las prácticas médicas occidentales, conflictos de poder entre agentes tradicionales y médicos, desarticulación de la estructura social de la comunidad, son elementos frecuentemente descritos en la literatura de salud internacional,

especialmente en países con altos índices de población indígena. (Alarcón, Vidal y Neyra. 2003)

Es importante presentar en los conceptos teóricos la distinción que realiza Anderson entre régimen de salud y sistema de salud. El régimen de salud abarca la relación global que establece la población humana con su entorno. Considera las otras especies que están presentes, su utilización como fuentes de nutrición y su acción como vectores de enfermedad. Abarca factores ambientales como los niveles de contaminación, la calidad del aire y el agua. Además comprende los hábitos de vida de la población, los niveles de educación y el manejo de conocimientos sobre los riesgos y oportunidades que ofrece el medio, la propensión a evitar riesgos, las prácticas de prevención de la salud que forman parte del acervo cultural. En cambio, el sistema médico es el subsistema dentro del régimen de salud que se enfoca en la clasificación y explicación de estados de salud y enfermedad, y en la atención a la enfermedad, incluso la forma organizada e institucionalizada de proveer dicha atención. El sistema biomédico es ejemplo de un complejo de este tipo. En el Perú como en los otros países andinos coexisten varios sistemas médicos: el biomédico, la medicina comunitaria andina, el chamanismo amazónico, y otras variantes locales. El pluralismo médico se vuelve un tema altamente relevante precisamente en relación con la salud reproductiva, donde funcionan en paralelo diversos modos de atención y aun diagnóstico e interpretación de los eventos que forman parte del embarazo, el parto y el puerperio. (Anderson. 2007:13)

Segundo, se ubica el sistema de salud oficial entre una gama de instituciones en las comunidades andinas. En el área rural existen organizaciones estatales y no estatales. Están la iglesia, los medios de comunicación, la policía nacional, el sistema educativo formal: maestros y escuelas, el sistema de salud oficial y las instituciones agrícolas. De todas estas, las escuelas y las postas de salud son las organizaciones que funcionan en un número mayor de comunidades, incluso en aquellas muy alejadas. Están distribuidas más ampliamente con relación a las otras organizaciones. Como refieren Francke y Reynoso:

*“... o bien recurrir a los servicios que ofrece el Estado, que, como también se ha constatado, llegan cada vez más lejos”. (Francke y Reynoso. 2007:54)*

Sin embargo, la actitud de la población hacia la escuela difiere de la actitud que tiene hacia el puesto de salud. La actitud hacia la escuela es de aceptación. Los pobladores envían a sus hijos a estudiar, apoyan al profesor mientras dura su estadía en la comunidad como por ejemplo con cereales, menestras o tubérculos para su alimentación, le proporcionan un habitación para que resida, lo involucran en sus actividades comunales como matrimonios, faenas y funerales. Es más, lo apoyan en las actividades de la escuela, trasladando los libros y/o materiales hasta su comunidad. Mientras tanto, la actitud de la población hacia el puesto de salud y su personal suele ser de menor confianza. El personal generalmente vive dentro de la posta y si no es así, renta alguna habitación en la comunidad. Utiliza generalmente sus propios pecunios para su alimentación. En la mayoría de casos, la población no se

involucra por iniciativa propia en las actividades del establecimiento de salud, salvo que sea motivada con diferentes estímulos para acudir, como por ejemplo recibir alimentos en ciertos programas de salud. \*

Estas actitudes diferenciadas frente a uno y otro organismo del Estado se deben a que las comunidades no cuentan con otra alternativa al sistema educativo formal, es decir no hay un sistema educativo comunal andino. En cambio el sistema de salud formal si tiene una alternativa: el sistema comunal de salud andino. Además la salud está relacionada estrechamente con el cuerpo y el cuerpo tiene un tratamiento distinto en la cultura andina, a comparación de la cultura occidental. Frecuentemente en el sistema oficial, en el tratamiento de la salud, la persona tiene una actitud pasiva, no participa activa ni decididamente en su tratamiento. Se limita a seguir las indicaciones del personal de salud. No se siente comprometido, ni tampoco en confianza. (Anderson, 2001).

Tercero se enfoca el sistema de salud andino y el sistema de salud oficial. El sistema de salud comunal andino y el sistema de salud oficial son las dos alternativas que la población tiene para tratar el problema de salud. Tiene además la posibilidad de seguir uno de estos caminos, o los dos caminos a la vez. Por varias razones la población en las zonas rurales piensa y siente que el sistema comunal andino de salud es el primer recurso para la búsqueda de

---

\* Experiencia recopilada mientras trabajaba en la organización Médicos Sin Fronteras, en el proyecto Reprosalud y en el proyecto AMARES (1998-2005).

solución frente a algún desequilibrio de su salud. El establecimiento de salud en la mayoría de casos es el último recurso donde la población comunal acude. Ocurre cuando sienten u observan que la situación del enfermo es más grave, por temor a represalias, o frente a enfermedades que solo pueden ser tratadas por su personal. En estos casos deciden ir al establecimiento del Ministerio de Salud (MINSA): posta médica o centro de salud. Tal como afirman Francke y Reynoso:

*“Las familias se ven ante dos grandes opciones: pueden acudir a los servicios de salud tradicionales, que al parecer están disponibles en todas las localidades... o bien recurrir a los servicios que ofrece el Estado... Preguntamos a las y los participantes qué problemas de salud son referidos a los curanderos y curanderas o médicos tradicionales y por qué se prefería esta opción... ” (Francke y Reynoso. 2007: 54 y 56)*

El sistema de salud andino funciona en un contexto cultural, social y ecológico determinado, es reconocido y legitimado por los pobladores andinos y tiene vigencia en la actualidad. Este sistema está constituido por gente común que son especialistas. Son gente común porque tienen las mismas estrategias de sobrevivencia que el resto de comuneras/os; es decir se dedican en su mayoría a la agricultura de subsistencia, tienen las mismas costumbres, comparten los mismos conocimientos, tiene rasgos físicos parecidos y tienen una misma historia. Al mismo tiempo son especialistas porque tienen capacidades y técnicas, adquiridas de la experiencia para solucionar determinadas alteraciones de la salud que se pueden presentar. Estos son: la/el partera/o, el/a huesero/a, el/la curioso/a, el/la curandero/a y el/la herbolario/a. Tal como afirma el estudio de Oths:

*“Los curanderos suelen ser autodidactas y ensamblan un estilo propio en gran medida a partir del ensayo y el error”<sup>3</sup>.  
(Oths.1999:12)*

Cada uno de estos especialistas cumple un rol diferente para prevenir y mantener la salud de la comunidad. Contribuyen a dar un orden al sistema andino y buscan establecer un equilibrio entre la salud y enfermedad, pues un/a poblador/a saludable cumplirá sus roles y responsabilidades adecuadamente, para reproducir la vida en los Andes.

Entonces hay un mantenimiento de la sabiduría ancestral andina sumado al continuo aprendizaje por ensayo y error, en un marco de reciprocidad y de competencia. Así por ejemplo la partera atenderá a la esposa del huesero durante el parto y/o el huesero atenderá al hijo de la partera, si éste tuvo una fractura o un disloque en los huesos. Como afirma Crandon Malamud:

*“Las personas negocian sus identidades y cambian de membresía desde un grupo hacia otro a través del proceso de diagnóstico... las tradiciones médica en Kachitu no compiten por pacientes con la misma enfermedad, pero son vistas como alternativas necesarias que etiológicamente reconocen diferentes tipo de enfermedad”. (Crandon Malamud.1991: 202)*

Esta relación se repetirá con cualquier otro miembro de la comunidad. Como afirma Kreimer:

*“En el contexto rural tradicional las relaciones al interior de la comunidad están claramente establecidas alrededor de normas de reciprocidad que dan cohesión y firmeza a su funcionamiento, y de rituales que regulan la tensión entre sus integrantes”  
(Kreimer. 1993:10).*

El sistema comunal de salud andino tiene una existencia anterior al sistema oficial de salud.

Cuando un establecimiento del Ministerio de Salud se instala en la comunidad andina, por norma del Estado Peruano probablemente ocurre un desplazamiento violento y una desacreditación del sistema de salud andino. Este hecho en estas dos últimas décadas, se habría extendido llegando a las comunidades más alejadas. Es decir, si anteriormente solamente existía un hospital en la capital de un departamento andino y un centro de salud en las principales provincias, hoy existen puestos de salud en todas las provincias y distritos. La red de establecimientos se ha ampliado a muchas comunidades especialmente en aquellos denominadas Centros Poblados. Conjuntamente con la infraestructura se habría incrementado el número de profesionales médicos, obstetrices/as, enfermeras/os y técnicos/as de salud. Con ellos llegan los insumos, medicamentos y equipos médicos. Como afirman:

*“ el Estado, a través del Minsa, ha pretendido con diferentes estrategias llegar a los más pobres; sin embargo, pese a haberse triplicado el número de establecimientos y recursos humanos, una cuarta parte de la población —los más pobres y necesitados— no logra satisfacer sus demandas de salud...” (Francke, Arroyo y Guzmán.2006: 24)*

El desplazamiento del sistema de salud andino por el sistema de salud oficial, probablemente hoy sea más evidente.

Además el sistema de salud formal procura establecer un monopolio de la salud bajo el argumento del “conocimiento experto”: Tiene a su cargo personal profesional colegiado. Estos, diseñan e implementan la infraestructura, así como las políticas, normas y protocolos para la atención de la salud de la población. Cuando ingresan a la comunidad lo hacen como los únicos responsables de velar por la salud, proceso que no es asunto de su personal si no es un mandato de ley. Como afirman Francke y Reynoso:

*“Las políticas públicas y los servicios de salud no toman en cuenta las percepciones y expectativas de las poblaciones en situación de pobreza, tampoco reconocen ni valoran las prácticas tradicionales y los conocimientos de los sistemas culturales preexistentes, ni el rol importante de los especialistas de la medicina tradicional y su potencial.” (Francke y Reynoso. 2007:73)*

Frente a este desplazamiento del sistema de salud andino y a la monopolización de la salud por el sistema de salud oficial la población adopta actitudes diferenciadas que pueden ser de rechazo, aceptación indiferencia y desconfianza. Dependiendo de los costos, el tiempo, el idioma y el trato. Como afirman Francke y Reynoso:

*“Los participantes indicaron que algunas condiciones de salud podrían ser atendidas por ambos sistemas, el tradicional y el occidental. Cuando eso sucede, la decisión por optar por uno u otro estará influida por otras consideraciones que actúan entre sí: los costos... el tiempo,...el idioma, la empatía y otros factores culturales que establecen la aceptabilidad del tratamiento y su efectividad percibida.” (Francke y Reynoso.2007:17)*

Los actores del sistema de salud comunal también tienen actitudes diferenciadas frente a los servicios de salud oficial. Los hueseros, curiosos y

herbolarios son indiferentes a la existencia de los servicios de salud, porque su labor no es cuestionada. No compiten por el mismo público para cumplir sus roles, es decir no hay un traumatólogo en la posta de salud que pueda competir con el huesero. Incluso, en ocasiones, si el personal de salud tiene una fractura en los huesos, distensión de músculos, o el disloque de algún hueso, acude al huesero. Tal como afirma Oths:

*La manipulación esquelética es un área de la práctica médica tradicional que parece ser aceptada – o al menos, es menos criticada que otras prácticas – por personal entrenado en la escuela biomédica, ya que los componedores ofrecen servicios no duplicados por los médicos o en la posta de salud. Correspondientemente, el uso de componedores no está estigmatizado por los mestizos y, por lo tanto, el recurrir a ellos no es una clara señal de identidad étnica como puede suceder con otros proveedores como chamanes y yerberos”<sub>3</sub> (Oths. 1999 .17)*

Sin embargo, con la partera sucede todo lo contrario, pues la atención del parto es una especialidad del establecimiento de salud y también la de ella; por lo tanto entran en competencia. Si bien la mayoría de mujeres andinas rurales las prefieren, las parteras cumplen su función bajo diversas limitaciones porque el sistema de salud oficial, en la mayoría de casos, no aprueba la relación entre la partera y la mujer embarazada.

Por su parte el personal de salud tendría también actitudes diferenciadas hacia el sistema de salud andino. El médico parece ser el más reacio a aceptar la legitimidad del sistema de salud comunal. Probablemente se deba a la organización jerarquizada del sistema de salud formal donde el médico tiene la más alta jerarquía y el técnico de salud la menor. El sistema comunal de salud

a veces se convierte en la “cola” de este sistema jerárquico. También, el estatus de médico quizá no le permite relacionarse con los especialistas comunales, y se siente más distante. Los médicos se forman generalmente en universidades costeñas pero mayormente inician su trabajo en la zona andina. Se desplazan de la costa a los Andes con la idea fija que lo andino es de menor categoría que lo costeño. Otra causa es el problema de identidad que acompaña a algunos médicos. Muchos nacieron y crecieron en los Andes, pero no se identifican como andinos. Les es particularmente difícil reconocer un sistema o un conocimiento de salud andino que pueda competir con el adquirido en la universidad. Los otros profesionales de salud, incluyendo la obstetrix, probablemente son menos reacios al sistema de salud andino, pero tienen la seguridad y el *ethos* de que un saber universitario o de instituto, no puede ser comparado con otro que no sea resultado de un aprendizaje formal ni que es reconocido por el Estado.\*

Asimismo, existen problemas de comunicación entre los pobladores, quienes son quechuahablantes, y el personal de los establecimientos de salud, que se comunican en castellano. El quechua es el principal idioma que utilizan los pobladores de las comunidades rurales andinas para comunicarse. Todas las mujeres hablan quechua y pocas son bilingües, es decir hablan castellano y quechua. Estas mujeres probablemente reconozcan en el quechua un idioma de “menor nivel” que el castellano. Esta percepción se evidencia en las actitudes diarias que adoptan. Por ejemplo no valoran los libros en quechua

---

\* Situación observada en experiencia personal, mientras trabajaba en el proyecto Reprosalud 1999-2003.

que les brindan a sus hijos en la escuela. Además manifiestan que sus hijos necesitan aprender castellano y no quechua.

En el establecimiento de salud el personal se comunica en castellano en todos los servicios que brinda, en los diferentes procedimientos que realiza, a la hora de la consulta y durante las recomendaciones. Incluso la receta es escrita en castellano y según pautas de comportamiento ciudadano, como por ejemplo “tomar las pastillas cada 8 horas: una en el desayuno, la siguiente en el almuerzo y la última en la cena”. Sin embargo, el poblador rural generalmente solo tiene dos comidas al día: el desayuno y cena -pues todo el día se encuentra en sus actividades agrícolas y de pastoreo. Por lo tanto no pueden cumplir las indicaciones del servicio de salud. Como afirman Francke y Reynoso:

*“Desconocen o no entienden el lenguaje en que se expresan todos estos aspectos del servicio público de salud y, por tanto no actúan en consecuencia, quedando en muchos casos sujetos a la voluntad de los funcionarios y a la interpretación particular que ellos hacen a las normas” Y grafican con un testimonio “no me entiende ni yo tampoco lo entiendo lo que me dice” (Francke y Reynoso. 2007: 71).*

Es en este contexto, que no es el suyo los pobladores de las comunidades andinas están llenos de desconfianza. La comunicación no es fluida: hay malos entendidos y finalmente se establece un monólogo del personal de salud. La situación de la parturienta quechuahablante probablemente sea la más difícil porque tiene que permanecer más tiempo en el servicio de salud. Todo lo que le rodea, incluyendo el idioma es ajeno. Eso le produce temores y miedos. Esta

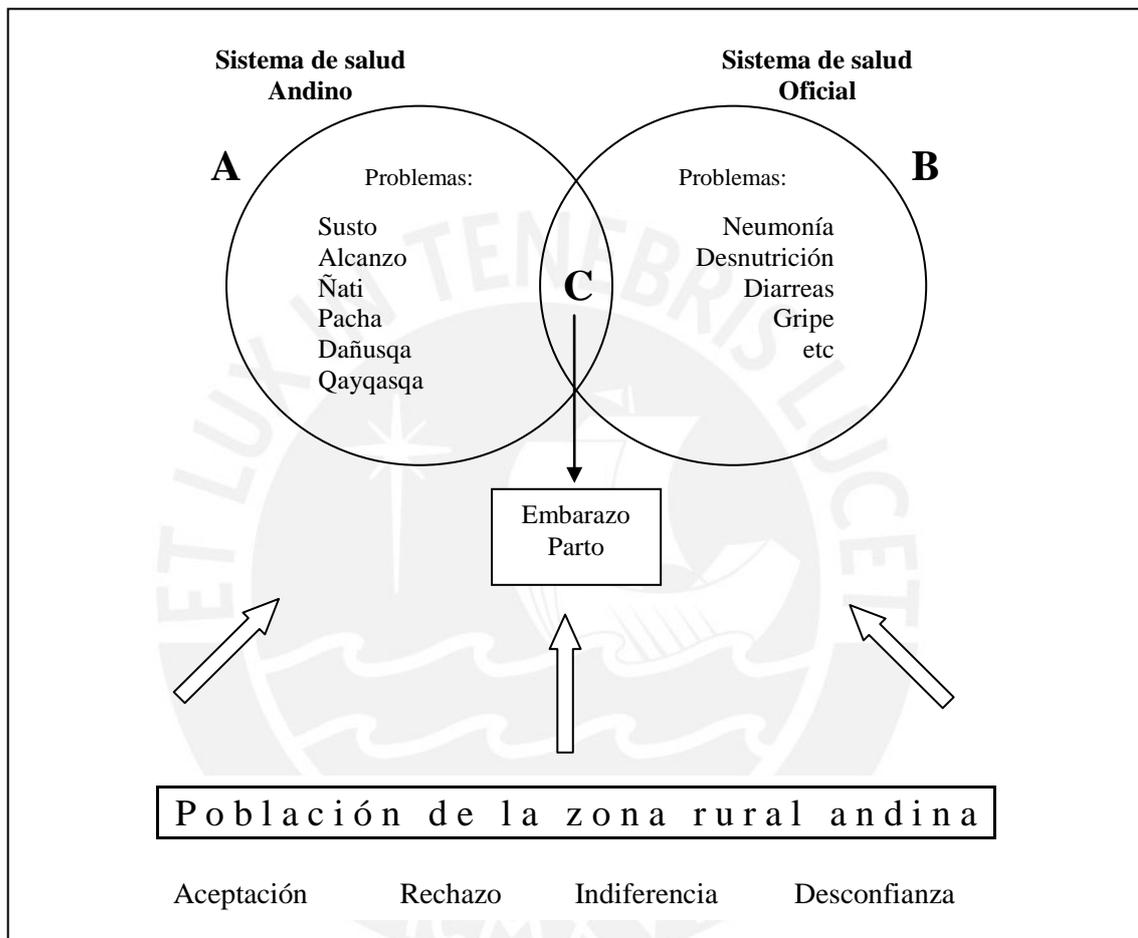
es una, entre otras razones, porque la mujer rural andina prefiere atenderse con la partera.

En esta parte es importante resaltar el concepto de pluralismo médico. Crandon-Malamud refiere lo siguiente:

*“El pluralismo médico es significativo porque las alternativas crean la posibilidad del uso de la medicina –del diálogo médico y de la opción clínica- cómo un lenguaje social a través del cual la negociación de la identidad cultural toma lugar. A través de la negociación de dichas identidades, las relaciones sociales y el acceso a los recursos son reestablecidos, reestructurados o destruidos. Porque la medicina se convierte en un lenguaje efectivo en un ambiente plural medicamente, todas/os las/los involucrados en la discusión, no simplemente el paciente, la sanadora, o el grupo del manejo de la terapia, participan en la adquisición de terapias secundarios.” (Crandon-Malamud. 1991:208)*

Gráfico N° 1:

Relación entre el Sistema de salud Andino y el Sistema de Salud Oficial



En esta siguiente parte, el estudio se enfoca en las parteras, las parturientas y el personal de los establecimientos de salud y su interrelación.

Las parteras.

Los partos en las comunidades andinas tradicionalmente son atendidas por las parteras andinas, quienes están “en el ojo de la tormenta” entre sistemas de salud por diversos motivos. Primero, se trata de una especialidad que compete

tanto a la obstetriz como a la partera. Segundo, uno de los objetivos de los establecimientos de salud es incrementar los partos institucionales -el parto realizado en un establecimiento de salud bajo la atención de un proveedor del sistema oficial- en número y cobertura de atención. Tercero, el sistema de salud oficial se considera como único proveedor que garantiza la salud de la mujer y el niño. Queda planteada, en forma implícita, la prohibición de la partería en los Andes.

La partera\* empírica andina es una persona que posee conocimientos, habilidades y destrezas, producto de su herencia sociocultural como de la experiencia de la madre, abuela u otra mujer que cumplió el rol de partera en la comunidad. También existen parteros. Tal como ilustran Naccarato y Vargas:

*“Es el caso del Perú, país en el cual la partera empírica sigue siendo protagonista en la asistencia al parto manteniendo vivos los conocimientos heredados de otras mujeres, los rituales, la preparación de plantas medicinales y las posiciones para el alumbramiento”<sup>5</sup> (Naccarato y Vargas, 1994:206).*

Dichos conocimientos, habilidades y destrezas no solo se deban a su herencia socio cultural sino también a la práctica, la observación y la experimentación por ensayo y error.

Las herramientas que adquiere le sirven para asistir a las mujeres rurales en el parto, durante toda su vida, sobre todo a las más pobres del Perú. Las

---

\* También existen parteros. Sin embargo la mayoría son parteras, por lo que se utiliza pronombres femeninos.

personas que asisten el parto en el área rural son en su mayoría mujeres adultas y/o adultas mayores, son generalmente analfabetas. Pueden haber recibido algún tipo de capacitación en “Parto Limpio” de la Organización Médicos Sin Fronteras en la década del 90\*. Las parteras se ubican geográficamente en un porcentaje considerable en el área rural; sin embargo también se encuentran en las zonas periurbanas.

Como consecuencia de las interrelaciones entre estos tres actores -parteras, las parturientas y el personal de los establecimientos de salud- existe una determinada imagen de la partera. Hay controversia alrededor de la valoración no solo de la labor que realizan las parteras empíricas andinas sino de la propia partera en sí. Junto con ella se valora positiva o negativamente los conocimientos, habilidades y destrezas que posee.

La imagen positiva probablemente provenga de las propias mujeres rurales, quienes continúan confiando en las parteras. Como afirman Francke y Reynoso:

*La partera (o partero en un caso) es el recurso preferido de las mujeres rurales cuando tienen que atenderse durante el embarazo... Pero es en las zonas andinas donde percibimos verdadero rechazo a acudir al puesto o centro de salud”. (Francke y Reynoso. 2007: 40)*

De allí que el 66% de partos en el área rural son, aún, asistidos por la partera empírica. Responden así a la demanda que se genera en su comunidad. Esta

---

\* Experiencia personal, mientras trabajaba en la organización internacional Médicos Sin Fronteras durante 1998 en el Proyecto de atención primaria en comunidades desplazadas, retornantes y en extrema pobreza en Huancavelica.

valoración positiva se traduce en la confianza que depositan las mujeres rurales en las parteras empíricas. Incluso aquellas que se encuentran fuera de su comunidad por razones de trabajo u otras, adoptan la conducta de retornar, cuando se acerca el momento de su parto, para dar a luz con la asistencia de la partera, a pesar de contar en la ciudad con la cercanía del hospital, el equipo médico y el seguro integral de salud que cubre los costos del parto. Aún en estas condiciones, la mujer rural prefiere retornar y dar a luz con la partera, en su pueblo. Tal como afirman Seoane, Kaune y Córdova:

*El sistema tradicional (partera) sigue siendo una alternativa válida y legítima porque representa un trato humanizado que genera confianza y familiaridad. (Seoane, Kaune y Córdova. 1996: 188)*

Los varones de su comunidad también las valoran positivamente por la atención solidaria y respetuosa que brindan estas mujeres a las otras mujeres de su comunidad. Se sienten útiles en el momento del parto, participan activamente en el proceso del parto de la mujer como soporte de afecto y cariño que las mujeres necesitan en un momento decisivo, como es el de traer un nuevo ser al mundo. Como afirman Francke y Reynoso:

*En las localidades serranas los varones sí se involucran en estos eventos, acompañando a las mujeres en sus partos y asumiendo tareas domésticas "fémicas" en la primera etapa del puerperio (Francke y Reynoso. 2007:40)*

También, reconocen en la partera su experiencia, es decir el conocimiento adquirido en la práctica como afirma un testimonio recogido en el estudio encomendado por el Ministerio de Salud y el proyecto 2000:

*“... Las parteras tienen más experiencia que los doctores, porque con el caso acá, pues, poco acuden al doctor; más es a las parteras...”<sup>2</sup> (Anderson 1999:165).*

Es importante resaltar los lazos de reciprocidad y solidaridad entre mujeres desarrollados en las comunidades y pueblos rurales andinos, específicamente durante el proceso del parto. Usualmente la misma partera atiende a la mujer en su primer parto y en los siguientes. Valorar el rol de la partera es fortalecer esa construcción. En los Andes no solo hay parteras, si no también hay parteros o familiares varones en quienes las mujeres confían y los aceptan al igual que confían y aceptan a la partera. Esto no sucede con el obstetra, el médico o el técnico. Tal como afirma Anderson:

*“Allí, los primeros partos solían ser atendidos por el padre o suegro, contando con el marido como asistente. Luego el marido solo asumía la atención. La capacidad del marido de atender en forma competente los partos de su mujer constituye una prueba de madurez del esposo y de la solidez de la relación conyugal”<sup>2</sup> (Anderson 1999:62).*

La imagen negativa o ambigua, mayormente proviene del sistema oficial de salud -el Ministerio de Salud- representado por el personal de los establecimientos ubicados en la zona rural, quienes afirman que la asistencia impartida por la partera no es calificada, ni es técnica ni es oficial. Refieren ser los únicos calificados técnica y oficialmente por mandato de la ley. Entonces promueven la atención del parto institucional, afirmando que es la mejor opción para la madre y el niño. El personal descalifica pública y también sutilmente a la partera empírica, así como los conocimientos y prácticas que posee, relacionando la imagen de partera empírica con las muertes maternas. Sin

embargo, algunas investigaciones sugieren (comunicación personal. J. Anderson: 02/2007) que más mujeres han muerto en presencia del personal de salud, que en su domicilio en presencia de una partera empírica, en situaciones cuando jóvenes serumistas son destacados a los puestos de salud más alejados sin la presencia de sistemas de respaldo con especialistas de mayor experiencia.

Así mismo, el personal de salud refiere que un conocimiento institucional, un saber universitario, un saber académico, un saber de instituto, no puede compararse ni mucho menos competir con el saber de una mujer analfabeta, sin instrucción, quechuahablante, e indígena y no se puede aprender de ellas. Difunden que la partera empírica y sus conocimientos no sirven, son malos y por ello entre otras causas se mueren las mujeres durante el parto incrementando los índices de mortalidad materna. Sin embargo una investigación desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud afirma:

*Los curanderos y los parteros son agentes de la medicina tradicional sumamente valiosos, y sin su presencia la comunidad estaría en el abandono, [...] y existe una comunicación entre ellos y los profesionales de salud, basada mas que nada en una relación patriarcal, vertical, en la cual ambos creen que el profesional sabe más por ser universitario y el partero sabe menos por ser generalmente analfabeto (Broker Ángela, et al 2001:11).*

El personal de salud refiere que la partera es un obstáculo, una barrera para que los índices de mortalidad materna disminuyan, y solo se las utiliza como

intermediarias para avisar o referir a las gestantes al establecimiento de salud.

Como afirman Seoane, Saune y Córdova:

*“En suma, la generalidad de los proveedores de salud asumen una posición de desconfianza e incluso de desvaloración del sistema tradicional (partera). Se percibe que los actores y prácticas del mismo, antes de ser una ayuda, perjudican o interfieren en la labor de servicios institucionalizados. El único valor que se le otorga es como una alternativa en caso de inaccesibilidad al sistema institucional o como un refuerzo psicológico a la madre” (Seoane, Saune y Córdova.1996: 188)*

También, un estudio sobre partos domiciliarios y hospitalarios en Bolivia afirma:

*La partera tiene un lugar de ambigüedad: por un lado cuando está “capacitada” representa para la gente médica la posibilidad de modernizar e incorporar a la vida rural dentro del mundo supuestamente “limpio” urbano. Esta ambigüedad está netamente expresada en la idea de que se debe enseñar a las parteras “el parto limpio” y así incorporarlas como el estrato más bajo del sistema médico formal, ..., y se observa un proceso de definición étnica en la relación entre personal médico formal y las parteras donde los practicantes de la medicina occidental logran definirse como “urbanos” y “modernos” por el hecho de no utilizar las prácticas de las parteras, que son vistas como “del campo” y fuera del mundo moderno. Se trata de convertirla en urbana y moderna a través de los programas de “capacitación a parteras” y de la “captación de embarazadas”, que actúan con movimiento de pinza para erosionar por un lado los conocimientos y prácticas tradicionales de las parteras y por el otro minan la confianza de las mujeres embarazadas en sus propias parteras y formas de atención. (Aguilar y Bradly 1995:6)*

El personal de salud oculta la existencia de las parteras como una forma de menosprecio. Esto no impide a la partera que continúe practicando su oficio, tal como sostienen Aguilar y Bradly:

*“Nuestro acceso a la partera no fue a través del personal de la posta, quienes generalmente negaron que hubieran parteras en el barrio,..., la casa de la partera quedaba frente a la posta... ella*

*nos recibió con entusiasmo y con ganas de hablar acerca de su profesión y experiencia.”(Aguilar y Bradly. 1995:14)*

El documento Guía Nacional de Atención Integral de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud que norma la salud materna en el país, no menciona a la partera como un agente que forma parte del sistema comunitario de salud, que cumple un rol importante en la asistencia de las mujeres durante el embarazo, parto y después del parto. El Estado peruano no la considera como un recurso valioso para la salud reproductiva de las mujeres andinas. Sin embargo, el mismo Estado, según la política actual de interculturalidad que se oficializó en el 17 de agosto 2006\* promueve el respeto a la diversidad. Existen diversas políticas de inclusión social en sus diferentes niveles y programas de desarrollo social. No se cumplen en el caso específico de las parteras empíricas. Al contrario, en la mayoría de zonas del país, probablemente sean excluidas e incluso perseguidas. Como afirman Francke y Reynoso:

*“... ni se promueve el desarrollo de actitudes abiertas y comprensivas hacia los sistemas de salud alternativos, de actitudes que permitan tender puentes con los curanderos, parteras... Las políticas de salud y la manera como se están implementando reflejan el etnocentrismo y éste legitima la reproducción, en el trato de cara a cara, del racismo y el desprecio por el otro que es distinto...” (Francke y Reynoso. 2007:74)*

Pueden establecerse, incluso, represalias en contra de la partera y las parturientas que insisten en atenderse fuera del sistema oficial. Las represalias

---

\* Mediante Resolución Ministerial No. 111-2002 111-2005/MINSA, se aprobaron los “Lineamientos de Política de Promoción de la salud”, que contiene los enfoques transversales de “equidad de género”, “equidad de salud” e “interculturalidad”, con el propósito de generar igualdad de oportunidad para mujeres y hombres con el propósito y lograr un mejor acceso a los recursos sanitarios y el respeto de las diferencias culturales”.

en contra de la partera empírica probablemente sean establecidas generalmente por el personal de salud local como la responsabilización penal por las consecuencias negativas que pueden resultar del rol que cumplen estas mujeres en la comunidad. Son culpabilizadas del desenlace malo que puede ocurrir en el momento del parto. Sin embargo poco o nada se informa o menciona sobre la cantidad de mujeres que fueron atendidas por estas parteras, con desenlace feliz. Frente a las represalias las parteras tienen una serie de sentimientos negativos que dañan su calidad de vida como seres humanos, parteras y mujeres, tal como ilustran Aguilar y Bradly:

*La partera dijo tener miedo y su hija acotó -las enfermeras se enojan cuando ella hace nacer- y frente a un desenlace en la que el bebé de una mujer que atendió murió, ella fue castigada, culpabilizada, acusada. El clima actual es de desconfianza, acusación y de clandestinidad. (Aguilar y Bradly, 1995:104).*

Las represalias son sentidas por las parteras y muchas veces también por sus familiares tal como ilustra la investigación desarrollada en el departamento de Ayacucho, por CARE- Perú a través del testimonio de una partera:

*“... les dije que la señora no podría dar a luz sola y de repente me llevarían presa, si se muere en mis brazos”. (Allen y Esquiche, 2000:29).*

Así mismo, es latente el rechazo y la exclusión de las parteras por parte del personal de salud así como el maltrato que sufren continuamente tal como ilustra la misma investigación:

*“Unas parteras fueron rechazadas por el establecimiento de salud en su área y les requintaban por participar en los partos de la*

*comunidad*". Graficado en el siguiente testimonio de otra partera. "Desde que me han gritado, ya no voy a atender". (Allen y Esquiche 2000:30).

Estas represalias no solo podrían darse en contra de las parteras sino también son dirigidas hacia las mujeres que son asistidas por la partera, negando así su derecho a elegir libremente dónde y con quién atenderse. El personal de salud podría establecer el cobro de multas, la no prescripción del certificado de nacimiento para el hijo/a y una serie de amenazas, gestos y uso de diversos adjetivos. Como afirman: Francke y Reynoso:

*Los trabajadores y trabajadoras de las postas y centros de salud les dicen en la cara y sin tapujos que huelen mal, que están sucios, que son descuidados e ignorantes, haciendo despliegue de su propia ignorancia respecto a las condiciones cotidianas de vida, la falta de agua, la escasez...al que estas personas están sometidas (Francke y Reynoso. 2007:74)*

Esto originaría que muchas mujeres acudan al establecimiento de salud en su control prenatal para evitar las represalias. Pero deciden dar a luz con una partera u otro familiar. Podrían tener una doble relación: durante su embarazo podrían relacionarse con el personal de salud para su control prenatal y paralelamente, también con la partera para los masajes y otras técnicas. Para dar a luz deciden quedarse en casa con la asistencia de la partera u otro familiar. Lo que explicaría el 81,6% de cobertura de control prenatal y solo, el 44% de parto institucional<sub>1</sub> (ENDES continua 2004. INEI, 2005:17). La investigación desarrollada en Bolivia, llama a este proceso "Pluralismo médico", la tendencia de creer y practicar más de un sistema médico a la vez e ilustran:

*Un ejemplo que hemos visto es la práctica de dos mujeres jóvenes en el grupo de asistir a controles prenatales en los dos sistemas médicos durante el embarazo. Las dos tuvieron sus hijos en casa... (Aguilar y Bradly, 1995: 120)*

Cómo consecuencia de dichas actitudes probables del personal de salud, las parteras empíricas asistirían a las mujeres durante el parto en condiciones cada vez más clandestinas, a pesar de encontrarse en su propia comunidad y de practicar conocimientos ancestrales y afinados por ensayo y error continuamente, de su cultura con mujeres de su misma cultura.

Probablemente exista una relación a escondidas, de perfil bajo entre la partera y la mujer embarazada, pero con una comunicación fluida y de confianza. Podría ser como una subrelación, no porque sea menos fructífera, al contrario, sino porque oficialmente no es evidente, pues el sistema de salud oficial ve con “malos ojos” la relación partera empírica andina y mujer embarazada andina.

Cuando el puesto de salud se instala en la comunidad o el personal llega a la comunidad a través de las visitas, probablemente el mensaje que transmitan es que poseen las capacidades para solucionar cualquier problema de salud de la comunidad y aquello que la comunidad conoce, no es válido ni bueno. Entonces, se estaría generando una corriente de continuar practicando lo que se ha construido por años, pero en forma clandestina. Tal como afirma Crandon Malamud:

*“El trabajo de Marjorie Balzer sobre los Shanti de Liberia (1987) demuestra que incluso bajo la soviétización, el chamanismo Shanti no pudo ser erradicado. Simplemente se mantuvo clandestinamente. Esto es porque como la religión..., la medicina puede movilizar recursos, particularmente relaciones sociales y poder”. (Crandon Malamud. 1991:209):*

Los encuentros entre partera y embarazada probablemente sean a escondidas, pero con la complicidad de familiares y amigos. La relación es mejor si el personal de salud no se entera o solo se entera al final del embarazo. En un ambiente de este tipo recién ponen en práctica sus propios recursos como los diferentes masajes, la ingesta de infusiones, incluso la costumbre de confraternizar entre comuneras/os y de profundizar relaciones con sus redes sociales. Es decir actúan y dan rienda suelta a su libertad, a la libertad de hacer lo que realmente saben hacer y que ha funcionado por mucho años. Partera y embarazada se sienten “libres” probablemente solamente en circunstancias de tipo clandestino; pero pública y oficialmente ante la institución que norma la salud en su comunidad, esto no se estaría evidenciando. A la partera empírica, la mujer rural andina embarazada probablemente la busque, la cite, se comunique, busque el encuentro. Posiblemente sea una relación a escondidas y de complicidad.

Probablemente, las parteras andinas son discriminadas por su condición de ser mujeres indígenas porque aún documentos oficiales de organizaciones internacionales como es el caso de la Organización de las Naciones Unidas (2005:118) reconoce:

*“Las mujeres indígenas son especialmente vulnerables a la violencia y enfrentan otras barreras para el disfrute de sus derechos humanos por el hecho de ser mujeres indígenas”.* (Informe de la ONU. E/CN.6/2005/2:118)

Y junto con ella son discriminados los conocimientos que poseen para la asistencia y el cuidado de la mujer durante el parto porque provienen de la cultura andina y continúa:

*“Los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y la comunidad internacional han contribuido a mejorar la situación de las mujeres indígenas y han adoptado medidas para proteger sus derechos y libertades. No obstante, en vista de los muchos obstáculos y dificultades que siguen existiendo, entre los que figuran numerosas formas de discriminación por motivos de género, raza y origen étnico, y de las repercusiones de la globalización y la degradación ambiental, deben aplicarse medidas generales para abordar todas las formas de discriminación, marginación y exclusión que impiden que las mujeres indígenas disfruten plenamente de sus derechos. Todas las políticas relacionadas con las esferas de especial preocupación, en particular las relacionadas con el desarrollo socioeconómico, deberían incorporar las perspectivas y conocimientos de las mujeres indígenas”... y aplicar sus conocimientos en pro del desarrollo sostenible.* (Informe de la ONU. E/CN.6/2005/2:122 y 123)

Finalmente se enfoca las limitaciones y dificultades del sistema de salud oficial que llega a los Andes, usualmente, a través de los puestos y centros de salud.

Los establecimientos de salud ubicados en las comunidades altoandinas más alejadas del país se caracterizan por tener dificultades y limitaciones<sup>\*</sup>. Primero, según la Oficina de Estadística e Informática del MINSA el sistema de salud oficial cuenta con 7151 establecimientos. Los puestos de salud son los

---

<sup>\*</sup> Experiencia recopilada mientras trabajaba en el Proyecto Reprosalud y en el Proyecto AMARES (1999-2005)

establecimientos ubicados en su mayoría en las zonas más alejadas y altoandinas. Constituyen el 77% (5481 puestos de salud) del total de establecimientos del MINSA distribuidos en el territorio peruano. El personal que labora en las postas de salud más alejadas, generalmente es el técnico en salud. Este personal es egresado de un instituto técnico en salud. Están entrenados en la aplicación de inyectables y primeros auxilios. Su principal función es garantizar la limpieza del instrumental quirúrgico, el confort y comodidad de las habitaciones, brindar apoyo a los pacientes para que puedan cumplir sus necesidades fisiológicas. Al llegar al puesto de salud más alejado se encuentran solos. No cuentan con los conocimientos y capacidades para atender el parto de una mujer rural, entre muchos otros problemas de salud que pueden encontrar. En su mayoría el personal técnico que cubre las plazas en los puestos de salud más alejados es varón. Son escogidos teniendo en cuenta la lejanía de la zona y la difícil geografía. Es mejor si son solteros.

Las postas de salud cuentan generalmente con instrumental médico, insumos y medicamentos básicos y mínimos para hacer frente a emergencias. Muchas veces dichos insumos no son utilizados adecuadamente porque el personal técnico no está capacitado ni entrenado.

En cuanto a los medios de comunicación, los centros de salud en su mayoría cuentan con equipos de radio comunicación. En los tres últimos años los Proyectos PAR-Salud y AMARES\* les dotaron con este equipo. Sin embargo, la mayoría de puestos de salud –establecimientos ubicados en su mayoría en

---

\* Estos proyectos intervinieron en Ayacucho, dotando de radios a los establecimientos de salud, priorizando los centros de salud. Sin embargo, la mayoría de puestos de salud aún no cuentan con equipo de radiocomunicación.

las comunidades más alejadas- no cuentan aún con este equipo. Además, en muchas de estas comunidades no existe energía eléctrica o solo cuentan con ella por horas. Entonces, aún si tuvieran radio, no pueden comunicarse. Las postas de salud no cuentan con Internet porque implica contar con un equipo de cómputo y el costo que genera mensualmente, aún si llegara la señal a la zona. Es importante resaltar que en estos tres últimos años en estas comunidades en su mayoría se han instalado teléfonos. Sin embargo, pierden la señal en las noches. Además, están ubicados en la tienda principal de la comunidad, sujeto a los horarios del propietario.

Los puestos de salud en su mayoría tampoco cuentan con ambulancias. Algunos, muy pocos, cuentan con motos para movilizarse personalmente, pero no pueden trasladar ningún paciente y mucho menos una gestante en situación de emergencia. En la mayoría de puestos de salud se observan las motos chinas malogradas.

Al respecto Francke y Reynoso afirman:

*“Respecto a la calidad de los servicios públicos en salud... se llega a los más pobres, se amplía la cobertura, pero con una calidad cada vez más disminuida. La calidad de la atención en los servicios públicos es muchas veces más deficiente y esto no solo se manifiesta en el trato que se brinda a las personas sino también en la efectividad para tratar las afecciones y lograr su curación.” ( Francke y Reynoso. 2007:78)*

## B. Las variables

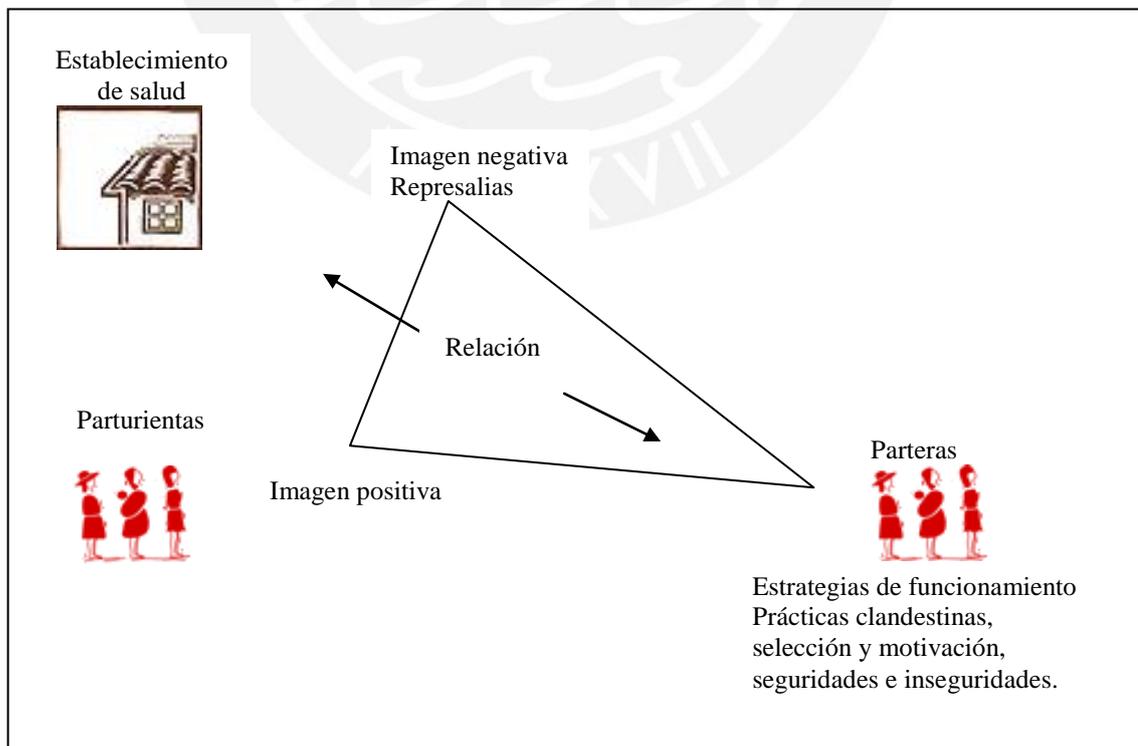
En esta sección se muestra las variables que fueron estudiadas. Teniendo en cuenta los estudios anteriores que han problematizado la situación de las parteras, sus inseguridades y desincentivos, se encuentra una probable

situación conflictiva entre el Ministerio de Salud y los sistemas alternos de salud. Entonces, se consideró pertinente estudiar la situación actual de las parteras. Para ello se reconoció tres grandes niveles:

- (a). las parteras y su formación, quienes son, la situación social de la partería, las motivaciones para seguir siendo parteras, sus dificultades, su experiencia en la atención del parto.
- (b). la relación difícil con el sistema de salud oficial (personal), sus riesgos y prohibiciones, las represalias, amenazas y las estrategias de funcionamiento.
- (c). las parturientas.

Gráfico N° 2:

Desplazamiento de las parteras por parte del sistema de salud oficial.



En esta realidad en que el discurso no es coherente con lo que sucede en la práctica específicamente en el caso de las parteras empíricas andinas peruanas, quienes son desplazadas por el sistema de salud oficial, se desarrolló el presente estudio de investigación en un distrito del departamento andino de Ayacucho. Para ello se formuló las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son las estrategias de funcionamiento que adoptan las parteras para continuar atendiendo a las mujeres rurales durante su parto, teniendo en cuenta las prohibiciones, represalias, amenazas del personal de salud.
2. ¿Cómo se incrementan las inseguridades y temores en las parteras de acuerdo a la valoración, represalias, amenazas que tiene el personal de salud en su contra?
3. ¿Se incrementa el riesgo de pérdida de la partera del sistema de salud andino por la calificación negativa y las represalias ejercidas por el personal de salud en contra de la partera y de las mujeres que atiende?
4. ¿Qué actitudes adoptan las gestantes, parturientas y sus maridos, teniendo en cuenta que la atención del embarazo, parto y puerperio competen tanto a la partera como al personal de salud?

## CAPÍTULO 2

### METODOLOGÍA

Este capítulo tiene tres secciones. Estas tratan del objetivo, los postulados y la metodología utilizada en la investigación.

#### A. El objetivo.

La presente investigación tiene como objetivo analizar la situación actual de las parteras y el papel que cumplen en el sistema de salud andino y en el sistema de salud oficial en la sierra sur del país, teniendo en cuenta las actitudes contradictorias y diferenciadas de personal de salud oficial y su impacto sobre la población que busca atención. El caso estudiado es el de un distrito del departamento de Ayacucho en el año 2007.

El enfoque utilizado fue el Interaccionismo social – simbólico. (Blumer, 1982). Se examinó los significados y los procesos de la interacción social entre la partera empírica y el personal de salud, así como entre las mujeres asistidas durante el embarazo, parto y después del parto.

#### B. Los postulados.

El estudio parte de los siguientes postulados:

1. En el Perú la convivencia entre el sistema de salud oficial del Ministerio de Salud y el sistema de salud comunitario andino es dificultosa y conflictiva.
2. El sistema de salud oficial no se da abasto para abordar la gama de demandas y problemas de salud sentidos e interpretados por la propia población; y por lo tanto los otros recursos, como las parteras, son necesarios y al país le interesa.
3. Las políticas actuales de interculturalidad no son suficientes para resolver la brecha entre el sistema oficial y los sistemas alternativos que realmente utiliza la población peruana, tomando en cuenta la manera como los diversos problemas de salud son construidos culturalmente.

#### C. La metodología.

Esta sección trata sobre la metodología que se utilizó en la presente investigación.

El diseño.

En el diseño se tuvo en cuenta tres niveles:

1. Las parteras: estrategias de atención del parto, percepciones, sentimientos, inseguridades y temores.
2. El personal de salud: calificación y valoración de las parteras empíricas, represalias, castigos, amenazas, percepciones.

3. Las mujeres y varones: percepciones, calificación y valoración de las parteras empíricas.

Para responder las respectivas preguntas, se utilizó la metodología cualitativa y de construcción de datos en el campo. Primero se identificó a los sujetos de estudio: las parteras, el personal del centro de salud, mujeres y varones. Luego se definió las características de los sujetos de estudio: la partera que ejerce o ejerció su rol en los últimos dos años, la obstetriz responsable de la atención del parto del establecimiento de salud, el médico del establecimiento de salud y las mujeres con factores de variación: experiencia de atención por la partera o por personal del centro de salud o por ambos.

El trabajo de campo.

El trabajo de campo se realizó en un distrito del departamento de Ayacucho. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI. Banco de información distrital. Censo 2005), el pueblo se encuentra a 3, 219 msnm. Tiene un clima frío y seco. Cuenta con una población de 17, 596 hab. Con una tasa de analfabetismo de las mujeres de 15 años a más de 69. 8%. Se halla conectado por vía terrestre a la capital del departamento, la ciudad de Ayacucho a tres horas en automóvil y a la capital del Perú, en la costa, aproximadamente 11 horas. Es el distrito puerto o aduana del departamento en su zona oriental. Es allí donde convergen todos los caminos de selva alta. Tiene un índice de desarrollo humano bajo (0.323 - 0.457). Se seleccionó este distrito por tener la más alta prevalencia de muertes maternas del

departamento en los últimos años (6 muertes maternas en un año, de un total de 20 en el departamento en el año 2004).

Se inició coordinando con personas del lugar para hacer una lista de las parteras de la zona. Luego ubiqué a las parteras e informé a cada una sobre la investigación. Se entrevistaron a ocho parteras, dos varones y seis mujeres. Los varones además de parteros son también curanderos y componedores. Tres parteras se dedican exclusivamente a atender partos, tres también son componedoras y dos son además curanderas.

Las entrevistas fueron semiestructuradas y a profundidad. Teniendo en cuenta que las parteras son quechuahablantes, el idioma que se utilizó fue el quechua. Desde su construcción la guía de la entrevista fue internalizada progresivamente en quechua.

Físicamente, la guía solo se utilizó en la primera entrevista. Esta primera partera mostró cierta incomodidad ante el papel blanco que resplandecía en el entorno de la entrevista. Posteriormente, se tuvo la guía de la entrevista en la mente y se siguió el curso de la reflexión de las parteras, reformulando las preguntas según lo diseñado, pero también a medida que se iban encontrando respuestas que ameritaban profundizar.

Al inicio de la entrevista las parteras mostraban cierto temor y desconfianza, pero luego en el curso de la entrevista entraban en confianza. Sin embargo,

cuando se ingresaba en la conversación al tema del establecimiento de salud y su personal, nuevamente retornaban las dudas y los temores. Una solución adoptada fue dejar que, en lo posible, el tema de personal de salud o establecimiento de salud surgiera espontáneamente en la entrevistada. Esto se logró en el 90% de los casos. Finalmente se culminaron las entrevistas en un entorno de confianza. Incluso cuando ya se había dado por finalizada la entrevista, en la conversación informal surgían nuevamente temas relacionados e importantes por lo que se tuvo que volver a encender la grabadora para continuar con la conversación.

Al finalizar la entrevista se coordinó con las parteras para hacer una lista de las mujeres que fueron atendidas por ellas en los últimos dos años. Tres de ellas indicaron a cuatro mujeres a quienes las atendieron hace un mes. Informaron cómo ubicarlas. Dos de dichas mujeres habían viajado a la selva. Se encontró a una mujer atendida por la partera hace aproximadamente un mes. La señora aceptó ser entrevistada. Esta mujer tiene 7 hijos y todos nacieron en manos de la partera. La otra mujer fue atendida por la partera hace dos años, pero hace cinco días tuvo otro hijo. En este último parto fue atendida por el personal del establecimiento de salud. Es así que se entrevistaron a dos mujeres con factores de variación: experiencias de atención con la partera y con el personal de salud.

Finalmente, en el establecimiento de salud se coordinó con el médico e inmediatamente se entabló la entrevista en su consultorio. En un inicio no

aceptó la grabación, pero luego accedió, después de una explicación más clara acerca de los objetivos de la investigación. La entrevista se realizó en castellano. Ese día no se pudo encontrar a la obstetriz. Después de tres días se logró ubicarla. Se le informó sobre la investigación y accedió inmediatamente.

Además de las entrevistas semiestructuradas en profundidad se utilizó la observación. Las parteras presentan rasgos faciales característicos como las líneas profundas en el rostro producto de los años. La vestimenta consiste en polleras, chompas con botones y una blusa que sobresale. Son vestidos viejos pero muy coloridos y alegres. Sobre los hombros llevan un mantón que las protege del frío de la zona. La mayoría tiene un chumpi en la cintura, lo cual usan cuando atienden el parto. Es un chumpi especial, delgado y más delicado que los otros. Usan zapatos muy sencillos algunas tienen ojotas, dejando visibles las marcas de las inclemencias del clima en contacto con el pie descubierto. Tienen cicatrices de heridas producto de sus actividades agrícolas. Sus manos, que evidencian las diversas labores que realizan, son ásperas y duras. El escenario en el que se desenvuelven es generalmente una pequeña casa rústica de adobe con piedras, piso de tierra y dos habitaciones. Se respira una atmósfera de carencia y abandono. La excepción es el caso de una partera cuya casa es amplia, con material de adobe y fachada blanca, con jardines, piso de cemento, con varias habitaciones. En el distrito de estudio los dos varones que se registraron como parteros, como se mencionó, son también curanderos. El curanderismo es el rol más importante que cumplen.

Ocasionalmente atienden partos. No permiten generalizar su papel es tangencial frente al papel de las parteras.

El trabajo de campo fue realizado entre los meses de Julio y Agosto. El tiempo de permanencia fue un mes, alternando tres semanas en la comunidad y una semana en contacto con el personal de salud.

El procesamiento de los datos.

Los datos se procesaron entre agosto y noviembre. Primero se escucharon todas las entrevistas. Luego fueron transcritas y traducidas al castellano. En el transcurso se buscaron los temas comunes y los puntos de contraste en lo conversado con personas dentro de cada categoría, sobre todo las parteras y parturientas, teniendo en cuenta las preguntas de investigación. Se seleccionaron los acontecimientos y anécdotas que ilustran los diferentes puntos de tensión, pero también los encuentros. A continuación, con los resultados se conformaron cuatro grandes bloques: las parteras, las parturientas y personal de salud y la relación entre ellos.

## CAPITULO 3

### LOS ACTORES: PARTERAS, PARTURIENTAS Y PERSONAL DE SALUD

Este capítulo presenta la información que se recopiló en el campo de Ayacucho sobre las parteras, el personal de salud (obstetrix y médico) y las parturientas. Estos tres conjuntos de personas son los actores fundamentales que intervienen en los procesos de embarazo, parto y puerperio en los Andes. Estos actores están estrechamente relacionados unos con otros. El capítulo contiene tres grandes secciones. La primera sección trata sobre las parteras: quienes son, su forma de aprendizaje de la partería, las técnicas de atención, la función preventiva, número de mujeres atendidas, su vigencia, la partería como medio de vida. La segunda sección trata sobre las parturientas y sus actitudes frente a la partera y al personal de salud. La tercera se refiere al personal de salud: sus dilemas, sus actitudes y su situación laboral.

#### A. Las parteras

Las parteras, en el distrito de estudio, son en su mayoría mujeres. Son especialistas que asisten a las mujeres de las comunidades rurales y periurbanas durante el embarazo y el parto. Las edades de las parteras entrevistadas oscilan entre 55 y 80 años. Son grandes multíparas. El número de hijos que tienen se halla en el intervalo de 7 y 12. Mayormente, son casadas, aunque algunas son viudas. Perdieron a sus maridos durante la época de violencia socio política que desoló el departamento. Todas son

analfabetas. Son mujeres comunes con las mismas características que el resto de las mujeres de sus comunidades. Todas son quechuahablantes. Se dedican a diversas actividades para sobrevivir. Alternan diferentes ámbitos entre la casa, la chacra y los pequeños negocios. Hilan, tejen mantas, medias, gorras y los venden. También cultivan hortalizas y cereales para luego venderlas. Y una de sus actividades importantes es la partería. En su mayoría son mujeres muy pobres en cuanto a ingresos económicos. Carecen de libertad para desarrollar sus capacidades. Varias características las diferencian del resto de mujeres. Tienen ascendencia en su comunidad y son respetadas por sus autoridades y sus pobladores. Muchas de ellas se desenvuelven también como curanderas y como componedoras.

Tabla 1:

## Características de las parteras

Estudio realizado en un distrito del departamento de Ayacucho 2007.

Características	Rango
Edad*	55-80
Nº de hijos	7-12
Educación	Sin instrucción
Ocupación habitual	Labores en casa. Además agricultura, tejido y negocio de subsistencia.

\* Un partero varón tiene 40 años.

## 1. El proceso de enseñanza y aprendizaje de la partería

El proceso de enseñanza y aprendizaje de la partería se inicia a partir de la misma experiencia que tienen las mujeres de dar a luz sumado a la enseñanza de otra partera mayor. La partera maestra, mientras las atiende durante sus partos, les enseña el procedimiento de las diferentes técnicas como el suysu<sup>\*</sup>, el masaje, la ingesta de diversas infusiones, las diferentes posiciones. Otros estudios hallan que el aprendizaje de la partería ocurre desde la niñez, al lado de una mujer mayor. En la presente muestra asume particular importancia la experiencia propia de muchos embarazos y partos.

El proceso de enseñanza y aprendizaje ocurre en su propio cuerpo. Presencia los signos y síntomas que caracterizan al parto en repetidas ocasiones, porque las mujeres parteras son grandes multíparas (entre siete y 12 hijos). Es decir aprenden en y con su propio cuerpo, teniendo la guía de una partera maestra con experiencia.

*“Entonces esa mi suegra me enseñaba pues, así y así vas a atender diciendo, yo no voy a estar siempre, ni voy a vivir siempre, así y así vas a atender, primero en tu propio cuerpo, colocándote en paltampa (echada con la espalda hacia el piso o de cúbito dorsal), cuando así se mueve, asisito te vas a arreglar, asisito te vas a arreglar, bien pero muy bien bonito, de aquí y de allá asisito te vas a arreglar. Entonces, quizá pues seas como partera, entonces si haces enfermar, entonces agua de manzanilla vas a hervir, luego agua de toronjil vas a hervir, entonces así como a ti te estoy dando, así”(Wayra)*

*“He entrado, cuando la partera me atendía, me hacía el suysu (suysuwaptin), cuando estaba con atraso y me hacían dar a luz,*

---

\* La técnica del suysu se detalla más adelante.

*cómo también haciendo, y así he aprendido, pues me llegó a mi cabeza y aprendí cómo también para hacer, cómo hace ella, y entonces me indicó asisito hay que hacer, me indicó, y así aprendí, de allí es que aprendí.”(Chaska)*

La partera maestra que las inició en esta especialización en su mayoría es una persona muy cercana. Puede ser la madre, la suegra, un familiar o una conocida. Esta maestra es quién permanentemente las enseña. Primero, mientras las atiende durante sus embarazos y partos. Luego, es su acompañante y ayudante cuando acude al domicilio de otra mujer a atenderla en su parto. Después, cuando ésta envejece o enferma, comienza a reemplazarla. En un inicio tiene en cuenta las indicaciones de la partera maestra, quien le indica las hierbas o técnicas a utilizar dependiendo de cada situación. Finalmente, la mujer aprendiz está preparada para atender a la mujer durante el parto, sola.

*“Mi mamá pues era partera... Mi mamá hacía dar a luz. Mi mamá pues me enseñaba, entonces mi mamá ya se puso enfermiza, entonces me decía –tú ya también ahora corre anda -así, así vas a hacer- me decía. Entonces yo iba... me decía -corre, asisito vas a ayudar.” (Killa)*

*“Mi suegra era partera. Entonces esa mi suegra me enseñaba pues, así y así vas a atender diciendo, yo no voy a estar siempre, ni voy a vivir siempre, así y así vas atender, primero en tu propio cuerpo, colocándote en paltampa, cuando así se mueve, asisito te vas a arreglar, bien pero muy bien bonito, de aquí y de allá asisito te vas a arreglar. Quizá pues seas partera.” (Wayra)*

*“Mi mamá pues sabía, mi mamá pues sabía, a quién sea, dónde sea mi mamá iba, iba a Vicus, la llevaban a Chahuamayo, Mawayura.... Mi mamá pues sabía, a quién pues mi mamá no le ha atendido, a toditas pues mi mamá las ha atendido. Allí he aprendido, yo le acompañaba donde sea.”(Wayta)*

La edad de inicio en la partería fluctúa entre los veinte y treinta y cinco años. Se inician jóvenes. Está relacionada con la edad en la que tuvieron el primer hijo y la experiencia sucesiva de los embarazos y partos posteriores. Si tuvieron el primer hijo a una edad muy temprana (13, 15 años), son parteras a los 20 años. Mientras si tuvieron el primer hijo a una mayor edad (20 años), comienzan más tarde. Una se hizo partera a los 35. En las mujeres rurales andinas, el primer embarazo ocurre en la mayoría de los casos, a más temprana edad que en las mujeres ciudadinas.

*“Tenía, no sé cuantos tendría, creo que 20, estaba joven todavía, pero ya tenía hijos.”(Para)*

*“Creo que desde mis 20, además yo solita ya me enfermaba porque yo tenía miedo, incluso mi mamá me daba miedo” (Mayu)*

*“Mi mamá pues era partera, y cuando aún estaba viva pues empecé, ella me enseñaba, sería pues a los 30.” (Killa)*

Tabla N° 2

Las parteras: sus maestras y la edad de inicio de su rol.  
Estudio de un distrito del departamento de Ayacucho, 2007.

Partera	¿Quién le enseñó?	Edad de inicio
Killa	La partera (su madre)	30
Chaska	La partera (conocida)	35
Wayra	La partera (su suegra)	18
Mayu	Atendía sola sus partos.	20
Wayta	La partera (su madre)	20
Para	La partera ( su suegra)	20

## 2. Técnicas de atención.

Las parteras utilizan diversas técnicas en el embarazo y durante la atención del parto. Entre estas tenemos:

### 2.1 La técnica del suysu

El suysu denomina una técnica muy importante para atender el parto. Se trata de sacudidas especiales que se realizan en forma ordenada con movimientos definidos de un lugar hacia otro específico. También pueden ser masajes y otras manipulaciones que afectan la situación que presenta el feto en relación al cuerpo de la madre. Siempre se cuida el equilibrio y bienestar del cuerpo de la mujer. Es utilizada por todas las parteras y todos los parteros. Tiene versiones diferentes que dependen de los casos que se pueden presentar. Si el feto se encuentra en situación longitudinal y presentación cefálica, solo necesita un masaje simple en la barriga y un masaje general del cuerpo, tratando de juntar, reunir o poner un orden las diferentes partes. Si el feto está ligeramente oblicuo o está completamente oblicuo, los masajes son más intensos e implican colocar a la mujer en diferentes posiciones. También pueden ser sacudidas en orden mientras la mujer está parada y luego echada en una manta. Cuando el bebe se encuentra en situación transversa (chaka) la mujer es sacudida en orden mientras se encuentra boca abajo. Esta técnica la puede realizar la partera directamente dependiendo de las diferentes versiones. También el esposo u otro varón lo realiza cuando la técnica requiere de mayor fuerza, pero siempre con la indicación de la partera.

El suysu se realiza durante el embarazo, para que la mujer pueda llevar un embarazo “liviano” durante los nueve meses. También, se usa para que el aumento del peso y tamaño de su barriga no la afecte ni retarde sus labores cotidianas. Además le permite descansar con comodidad en las noches. También se realiza durante el parto para que sea más “fácil y rápido” la salida del bebe. Solo es posible realizarlo antes del periodo expulsivo.

Es importante resaltar que tanto las mujeres y la obstetriz como las parteras afirman que esta técnica evita que las mujeres, cuyos fetos se encuentran en situación transversa o con procidencia de manos, sean cesareadas. Esta técnica permite la solución y el logro de un parto normal en mujeres con dicho diagnóstico.

*“Yo sea como sea yo puedo atender, si es falso también le enderezo, porque si le llevan a Ayacucho ya es para que le hagan cesárea pues. Si estuviese en mis manos yo nunca le haría hacer la cesárea, incluso si está chueco yo lo enderezo, incluso cuando está chaka, su cabeza aquí y su pie aquí, cuando estás suysundule nada más parada o echada y con la cabeza abajo, cuando estás haciendo eso nada más el bebé se coloca, solito se coloca el bebe, pero ya en el momento que va a nacer, cuando está con sus dolores ya para enfermarse... A veces también, cuando su mano está naciendo, en ese caso le sacudes en orden pero con la cabeza abajo (uraysinqampata), un varón amarra sus piecitos y del amarrado se cuelga en su cuello y comienza a sacudirle en orden con la cabeza abajo y regresa la mano, y en ese caso no le hacen cesárea, regresa su manito y el bebito se acomoda. Puede sacudirle en orden su esposo u otro también, pero tiene que ser varón.” (Mayu)*

*“Si está derechito, derecho baja, si está chueco o su mano también ha pasado, entonces le enderezas. O también le colocas en Pachkampa, la echas, entonces con un varón le haces sacudir en orden (suysurachinki), con chumpi y ligeramente le sacude en orden, entonces se endereza pues. Así, un día (risas de la*

*señora) le dije a una señora en el hospital – a Ayacucho a Ayacucho- decía porque la mano del bebe ya había nacido. Entonces le dije – doctora, cómo pues a Ayacucho, eso devuélvelo. -Cómo pues hija voy a devolver. Yo le dije – devuélvelo- y ella me dijo –devuélvelo hija- y yo le dije –ya. Entonces, nos encerraron, y me dijo-ponte guantes- y le dije –con guantes no voy a poder. Entonces, pedí aceite rosada, me bañé y después lo hice devolver, y luego se igualó, y de potito (puytimpa) pues el bebe nació... Ya no cuando va ha nacer, incluso le sacudes en orden también cuando el dolor le agarra, nada más...si está derecho, si está chueco sí, pero cuando empieza a agarrar fuerza, cuando va a nacer ya, ya no”(Killa)*

## 2.2 Tomar el pulso

Otra técnica muy importante que utilizan las parteras para reconocer si la mujer está o no embarazada es tomarle el pulso. Se toma en diferentes momentos para conocer si se encuentra en trabajo de parto o no y si es inminente su entrada al periodo expulsivo. El pulso permite reconocer si ya ingresó al expulsivo y se va a producir el nacimiento del bebe.

Las pulsaciones son diferentes en cada una de las etapas mencionadas. Así cuando la mujer no está embarazada las pulsaciones son más lentas. Son más rápidas en el embarazo. Cuando está en trabajo de parto son mucho más rápidas y el curso de la sangre “*corre hacia delante*” –sensación que le da a la partera. Si es inminente el ingreso de la mujer al periodo expulsivo el pulso es aún mucho más rápido y el curso de la sangre “*corre hacia atrás*” (turbulento). Finalmente, en el preciso instante en que el bebé es expulsado al exterior, el pulso desaparece.

Esta técnica permite a las parteras la conducción de la atención del parto de las mujeres. Previamente comprueban si el feto se encuentra en una situación longitudinal y cefálica. Además se ayudan de un tacto vaginal para corroborar si la cabeza del bebe se encuentra en el canal vaginal y agregan a ello el deseo que tiene la mujer de pujar. Entonces, comunican a la parturienta el preciso instante en el que tienen que empezar a pujar.

*“Su venita lo agarras, entonces para que se enferme su venita regresa muy seguidito a su cuerpo, para que no se enferme todavía igual trabaja, si ya le va agarrar dolor, al cuerpo nada más ya regresa, la vena se loquea y el dolor ya le está agarrando, si solo le duele, pero no está con los dolores para enfermarse aún, salta así... En la vena mamacha, agarras la venita así, entonces tu venita se enloquece, pero cuando todavía se va ha demorar la vena está bien normal salta, pero para que le de el dolor salta muy bonito y apuradito salta regresando al cuerpo y salta enloquecidamente, y cada vez es más intenso, último nada más ya último para que nazca nada más ya, la vena ya no hay también, la vena también desaparece, ya cuando te libras la vena comienza ya altear poco a poco ya y así solo en la venita.”  
(Wayta)*

*“Porque entiendo su vena, vas a ver agarra mi vena cuando todavía está alejado, y cuando ya está cerca es bien rapidito y ya para que nazca desaparece.”(Killa)*

### 2.3 El qayapu

El qayapu es otra técnica que acompaña al suysu y al “pulseo”. Mientras, la partera realiza el suysu paralelamente le hace el qayapu a la mujer. El qayapu es un rezo especial que realiza la partera al útero de la mujer para aliviarla del susto. Las contracciones del útero para expulsar al feto y todos los

movimientos que implica, la asustan. Un útero (madre) temeroso no podrá llevar a cabo el proceso del parto rápidamente. Entonces es muy importante hacerle el *qayapu* para tranquilizarla y relajarla, lo que conlleva a un parto más fácil y menos doloroso. El *qayapu* es acompañado con la ingesta de infusiones de pétalos de rosas.

*“Hay que qayapar, si va a saltar la vena, así le qayapas: madre querida, madre apurada, no te asustes pues, este tu mal cuerpo está asustado, está temeroso señora diciendo, disimuladamente, nadie te escucha, nadie te mira, entonces ya... Bien bonito lo arreglas, bien bonito qayapando a la madre y cuando lo arreglas así entonces es normal. Lo mismo también cuando es Uriwa, el bebe se coloca mal, entonces qayapándole le arreglas bonito, luego le pones florcitas, ya se endereza” (Wayta)*

#### 2.4 Romper la *wichqa* \* (Ruptura artificial de membranas)

Romper la *wichqa* es una técnica practicada por la mayoría de las/los parteras/os. Se realiza cuando el bebé no puede salir del canal vaginal porque las bolsas amnióticas están íntegras y dificultan la expulsión del bebe y alargan el trabajo de parto. A las membranas amnióticas las llaman *Wichqa*. Para solucionar utilizan la uña con la cual rasgan cuidadosamente y rompen la membrana amniótica. Se evidencia la ruptura cuando sale el *umachki* (líquido amniótico) por el canal vaginal. Inmediatamente luego sigue la expulsión del bebé.

---

\* *Wichqa*, palabra quechua que se utiliza cuando durante el nacimiento la membrana amniótica cubre la cabeza del bebe y no permite su salida del canal vaginal hacia al exterior.

*“Cuando está con wichqa, muy difícil pasa, y si ese wichqa bonito no más lo rompes, entonces su umachqi ya va a pasar, en cima de un pellejito el bebé nace, en un cuarto que es calientito”. (Killa)*

*“Y es allí también que se ve en la cabecita del bebe la wichqa también que está colgando, a la vista un poquito áspero y cuando lo haces así (con su uña) a la vista plash diciendo revienta, entonces el bebe ya pasó. Entonces así pues señorita las hago dar a luz.”(Wayra)*

*“Es como un algodón que tapa la cabecita del bebe, entonces no puede nacer, de nacer nace el bebe, pero eso lo ataja, en su parto ya está el bebe, pero no nacería si eso está. Entonces con tu uñita rompes eso, así con tu uña hasta que adelgace y cuando lo rompes por allí nace el bebe, eso es pues wichqa, es por eso que mi uña es así, negro y no puedo pelar la papa para nada mi uña está topayrusqa\*”. (Mayu)*

### 3. Los periodos del parto.

La partera conoce el proceso del parto y diferencia sus tres periodos: las contracciones, el expulsivo y el alumbramiento. A sí mismo, reconoce la importancia de la situación longitudinal y la presentación cefálica del feto, para que el parto ocurra con normalidad. La atención que brinda la partera a la mujer en cada uno de estos periodos es diferente.

En el primer periodo las hace caminar, mantienen el cuerpo de la mujer caliente con infusiones y garantizando un ambiente abrigado. Las toman el pulso y lo contrastan con las características de las contracciones uterinas así como con la situación y presentación del feto. Así mismo, si evidencian algún problema como el aya, uriwa, el aire, el frío, o posiciones incorrectas del feto, que dificultan o alargan el proceso del parto, toman las medidas correctivas. Las parteras conocen que la mujer culmina el primer periodo cuando las

---

\* Topayrusqa, palabra quechua, indica que la uña del dedo de la mano –en este caso- ya no crece, porque es utilizada permanentemente para realizar la ruptura de la membrana amniótica para facilitar la salida del bebe, mientras atiende un parto.

contracciones uterinas aumentan, el pulso late *como regresando hacia el cuerpo* (enloquece), la cabeza del bebé está en el canal vaginal, y la mujer sí siente deseos de pujar.

*“Le qayapus a su madre, aquí pues en nuestra barriguita abajo está nuestra madre y a ella pues le dice madre querida, madre apurada no te asustes, este tu mal cuerpo está en medio de tanto dolor, sin asustarte líbrale, dale salvación, señora virgen María madre mía, ya esito nada más tú dices. Entonces tú le haces caminar, camina, camina diciendo y cuando camina más ya aumenta...”(Wayta)*

En el segundo periodo la partera indica a la mujer que inicie con los pujos y realiza la ruptura de la *wichqa*, si éstas aún se encuentran íntegras. Si la mujer tiene procidencia de brazo, utiliza la técnica del *suysu* para devolver la mano y ayuda al feto a tomar una posición cómoda. Reconoce que el feto es activo y que solo, con un poco de ayuda, se acomoda.

*“Le sacudes en orden bien, bien, si el dolor es más ya, le apura, y entonces toma ya fuerza le dices cuando le agarras su vena y ya está, quién sufre un poco sufre un poco se dificulta, quien no con las mismas se enferma... Entonces le agarras su cintura y le dices quieres pujo ya, y cuando hace el pujo, ya el bebe ya está en el suelo. Cuando es aquella que se dificulta, que sufre con cuatro o cinco dolores, quien no es la que sufre, la que se dificulta con un dolor nada más se libra”(Rosa)*

*“Entonces ya estará ya diciendo le pulseas... El parto pues lo pulseas cuando se pone de cuclillas, si está lejos, o si ya apuntó ya su cabeza, ya va dar a luz, ya su *umachki*\* va pasar diciendo estás y cuando está con *wichqa*, bonito no más lo rompes” (Killa)*

En el tercer periodo, la partera ayuda la salida de la placenta, solo cuando se demora su expulsión. Realiza una ligera tensión del cordón umbilical, con movimientos delicados de arriba a abajo y de derecha a izquierda,

---

\* *Umachki*, palabra quechua que significa líquido amniótico.

comunicándose constantemente con la placenta, pues la considera con vida. Luego de la salida de la placenta confecciona un rollete con un chumpi, lo coloca sobre el vientre y luego lo amarra en la cintura. El rollete ejerce presión sobre el útero, favorece su contracción y por lo tanto evita el sangrado uterino. El uso del rollete reemplaza a la inyección administrada a la mujer en el establecimiento de salud, inmediatamente luego de la salida de la placenta.

*“Asisito yo hago enfermar, no con otras cosas, entonces si la placenta no pasa fácilmente, entonces el hilo de la placenta agarro asisito y así haces tutututuutu (como a un gatito) le dices entonces la placenta también pasó... Entonces la medicita, doblando y doblando lo colocamos en el estómago, entonces encima, colocamos el chumpicito, y luego lo ajustamos. Cuando el bebé ha salido, nuestra madre camina como un loco, es por eso que colocamos el chumpicito. Pero aquí en la posta las enfermeras le ponen inyección, con inyección están pues las mujeres que dan a luz. Pero yo sigo haciendo enfermar con mi propio chumpicito.” (Wayra)*

#### 4. La partera y su función preventiva

La partera acompaña más allá de la atención propiamente dicha del parto. Enfatiza en la prevención de la salud general de la madre. Cuida de la mujer como un todo. Está pendiente de su tranquilidad psicológica no solo durante el proceso del parto si no también durante el embarazo. Respeta las decisiones de la mujer, garantiza la comodidad de la parturienta. Por ejemplo si siente vergüenza por la presencia de otras personas, la atiende sola. Si se siente más segura y cómoda con la presencia del esposo, le hace participe a éste, en la atención de su mujer. Si la percibe temerosa, le toma el pulso y si confirma su temor, le hace el qayapu para tranquilizarla y mantenerla serena.

*“Otras, son rabiosas o con preocupaciones, cuando eres novicia (primeriza) piensas cómo estaré diciendo, con esas preocupaciones, eso llega al bebido y por eso el bebido está diferente, incluso cuando aún no es tu tiempo el dolor te podría agarrar, también solo puedes dormir para un lado, no para otros lados. Esas cosas pasan, cuando estás aburrida, estás preocupada, entonces el dolor te pasa, el dolor se va”(Para)*

*“Cuando está asustada, la venita está temblando y es desigual por eso le qayapus, entonces cuando la vena a igual ya corre, entonces está bien” (Wayta)*

*“Ya no vas a hacer enfriar tu cadera, siempre mantenlo calentito, porque si le pasa frío es difícil el parto”(Killa)*

La partera conoce la importancia de la buena alimentación de la mujer durante la gestación y en el post parto. Sin embargo, refiere que la alimentación y nutrición de la mujer después del parto ha variado a través del tiempo. Reconoce que anteriormente los alimentos que consumían las mujeres durante el parto tenían un alto contenido de proteínas, pero ahora la cantidad de los nutrientes ha disminuido considerablemente.

*“Peor aún ahora, incluso la chica que dio a luz en mi casa, con un kilo de carne nada más ya se enfermó. Pero en mis tiempos, en solo cinco días comíamos un carnero entero, durante cinco días nos servían una sopa espesa, pero espesa solo de carne pura y la mujer era fuerte y más sana”(Killa)*

La partera conoce y usa diversas hierbas para solucionar los problemas que pueden dificultar el proceso del parto. Para el Aya\* utiliza la hortiga con el cual le soba el cuerpo a la mujer, colocando la hortiga en una bolsa plástica para evitar que su cuerpo se asuste al estar la piel en contacto directo con la hortiga.

---

\* Aya, palabra quechua, indica que la mujer se ha topado con un *mal aire*. Presenta dolor de cabeza, vómitos. Tiene contracciones uterinas (dolores de parto) antes del parto.

Indica también que la mujer ingiera el agua de raíces hervidas del marco, la chinchilcoma y la qapia-qapia con una pizca de sal.

Para facilitar el proceso del parto, indica el café caliente con diferentes hierbas como el sillkau, toronjil, manzanilla y algunos productos como la timolina y el agua florida.

Para la rabia y otras preocupaciones que puede presentar la mujer, indica una infusión caliente de ruda.

Estas infusiones y preparados siempre son recomendados tomarlas muy calientes. Incluso las deben tomar soplando, para que el cuerpo de la mujer entre en calor, y así expulsar al bebé más fácilmente. Específicamente, para el frío recomienda una infusión de millma mutuy.

*“Hay también Aya, con el aya dolor te agarra cuando aún no estás en tu tiempo, te duele como si ya vas a dar a luz, entonces para eso tomas hortiga, o bien te lo hace pasar y para que tu cuerpo no se asuste, cubriendo con un plástico aya, aya y le haces pasar con hortiga su cuerpo y todo el cuerpo, poniendo en un plástico, aya aya diciendo va pasar.”(Para)*

*“Si está con “aya”, se queja de dolor en la cintura – mi cinturita, mi cinturita- diciendo, entonces el marco, la chinchilcoma y la qapia, qapia, las raíces de los tres, los hierves y le haces tomar con un poquito de sal, caminado soplando, tomando, ya con eso (qispikurun) da a luz... A veces el agua de olluco apura, pero más apura el sillkau con el café cargado, lo haces hervir y soplando, soplando le haces tomar... Esa millma mutuy pues mamacita, cuando en el frío no puede dar a luz, ese millma mutuy es muy bueno.” (Wayta)*

*“Para las preocupaciones, y para la rabia es bueno tomar Ruda, un poquito caliente, entonces luego vas a estar bien.” (Para).*

*Cuando tiene su dolor le das cafecito, haces hervir manzanillita luego toronjil, hirviendo todo eso, sobre eso echas el café y lo mueves, así tal cual como harinita luego de molerlo, lo mueves,*

*luego ahí mismo le echas timolina, ahí mismo también agua florida (Wayra)*

## 5. Posiciones durante el parto

La mujer para dar a luz adopta la posición de cuclillas. Como dicen las parteras “*Ni tan parada, ni muy sentada*”. Se apoyan ligeramente al borde de un banco especial que tienen las parteras o en la rodilla del esposo, quien también adopta una posición similar a la de la mujer. Éste le sostiene de la cintura con fuerza, una vez que se inicia el periodo expulsivo y la mujer puja para expulsar al bebe, mientras la partera ayuda a la mujer por adelante. Algunas, aún utilizan una soga colgada de un tronco de madera, de donde se coge la mujer para que tome más fuerza y pueda pujar y expulsar al bebe. Luego de la salida de la placenta, la mujer adopta la posición horizontal, de costado bien cobijada en su cama por indicación de la partera.

Es necesario aclarar que la posición que adopta la mujer durante el parto está cambiando. Anteriormente, cogerse de una soga para dar a luz era muy frecuente. Hoy, esta técnica genera risas y sonrisas en las mismas parteras. Están optando por dejar dicha posición, y están en la búsqueda de una posición de atención similar o más cercana a aquella utilizada en el establecimiento de salud. Esto significa que los sistemas de salud no funcionan en forma paralela, separadas y sin comunicación. En este caso específico entre las parteras y los sistemas de salud oficial existe un entrecruzamiento y una

interpenetración entre ambos. Esta situación es dinámica y está cambiando constantemente.

*Entonces, uno agarra por delante y el varón le agarra pues de la cintura, por detrás, entonces tú le vas sobando por adelante. Antes cuando éramos jóvenes, en lo alto amarrábamos una soga y allí nos colgábamos, nos enfermábamos (jijiji risas) Pero, ahora ya no, entonces uno le agarra por detrás y por delante le digo – agárrate de mi, agárrate de mi- nada más ya – haz fuerza. Mientras, la señora se sienta en un banquito especial. (Killa)*

*“Entonces luego de terminar o de hacer dar a luz, la pongo en la cama, para que no qipu, le pongo una almohada grande, y luego de hacer eso uhmm no le pongo en paltampa\*, sino así para un costadito (waqtampata).” (Wayra)*

## 6. Involucramiento de la familia.

La atención del parto es un acontecimiento que involucra no solo a la partera sino también a los familiares y vecinos más cercanos de la mujer como el esposo, la madre, la suegra, las hijas, las sobrinas, las comadres. La partera acude a la casa de la mujer solo cogiendo su manta. Si es en la noche coge además su linterna. Desde que entra en contacto con los familiares, da una serie de indicaciones como la preparación de la flor para el qayapu. Mientras, la partera atiende a la mujer, indica a los otros familiares la preparación de las diversas infusiones. También le pide al esposo u otro familiar varón para el suysu, si la mujer lo necesita. El corte del cordón umbilical lo realiza la partera u otra mujer que se convierte en la comadre de la mujer que da a luz. Entonces, la familia participa activamente en la atención del parto. Están pendientes y conocen el progreso del parto.

---

\* Paltampa es una palabra quechua que indica la posición de cubito dorsal.

*“Así nada más, me voy a cualquier hora, sea de noche cuando vienen a buscarte, te ruegan, entonces pues vas... “Te dicen pues –mamayay, tu ya pues córtate su pupu a ese niño- diciendo cuando le haces dar a luz, entonces tu dices tráeme una callana jijijijij, con callanita se cortaba, luego le bañas.”(Killa)*

*“Florcita, florcita me lo alistan diciendo les digo. Entonces me lo alista florcito y con esa florcita le qayapu del estómago, de la madre y ya. Entonces les digo vayan a hacer hervir toronjil con millma mutuy, lo hacen hervir”(Wayta)*

*“Anda por hortiga papito, entonces le vamos a sobar diciendo pues, y la mujercita muy débil ya está diciendo ay! Agárrame, ay! Agárrame. Entonces le mandé por hortiga....”(Para)*

*“Su esposo es el que arregla su casa más grande y cuando ya se libra le digo tiéndeselo, entonces se lo tiende. Una vez que tuvo su bebe le pongo el chumpi, y su esposo ya atiende el resto. Yo no le corto su pupo. A otra persona, buscan para su compadre o comadre.”(Tayta)*

## 7. La partería como medio de vida.

La partería es una especialidad que genera ingresos que consiste en un medio de vida para muchas personas que la ejercen. Solo la ejercen ciertas personas poseedoras de cualidades y conocimientos específicos. Para ello la mujer tiene que pasar una serie de aprendizajes y experiencias, primero en su cuerpo y luego en el cuerpo de las otras mujeres. Tiene que sortear caminatas nocturnas peligrosas bajo lluvias torrenciales para llegar a la casa de las mujeres que darán a luz, pasar noches enteras sin dormir, soportar climas fríos mientras ayuda a la mujer durante su parto. Asimismo, implica huidas y retiros llenos de temores de la presencia del personal de salud oficial y soportar sus amenazas y represalias. Implica también mucho tiempo invertido para aprender y conocer las diversas hierbas y su adecuada preparación, las diferentes técnicas como el

suysu, el pulseo y el qayapu. Todo ello sirve para que finalmente pueda desenvolverse en una actividad tan delicada como es la atención del parto.

Esta especialidad es un medio de vida que les permite subsistir y sobrevivir en un entorno históricamente excluido, donde la pobreza ha campeado durante siglos. Gracias a este ejercicio las parteras aumentan sus precarios ingresos como retribución por el servicio prestado. Puede ser en dinero o directamente en forma de productos de pan llevar como carnes, gaseosas, cereales y otros, que utiliza para su alimentación, vestimenta y para la educación de su familia.

La partería también les genera ascendencia y cierto estatus al interior de su comunidad, así como el reconocimiento de las mujeres como sus salvadoras y su agradecimiento por seguir existiendo.

*“Siempre me estaban llevando, siempre estaba atendiendo, siempre estaba atendiendo, no querían ir las mujeres al hospital, así mi hija también así en mis manos nada más, mi yerna también así en mis manos nada más, hasta mis sobrinas, mis vecinas, todas y otras desconocidas, incluso me pagaban hasta 10 soles me daban, pero yo no me pedía, solo les decía denme su voluntad, y me daban y ellas me pagan. Seguramente papa Dios me habrá dado memoria, con esto, esta pobre mujercita va pasar su vida, como diciendo, me ha dado el saber para pasar mi vida.”  
(Para)*

*“Muchos bebes pues así yo he sacado, esos bebes ahora son hombres grandes con hijos como Mardonio, donde quien aquí estoy viviendo. Así es me llevan a donde sea, me dan la cabeza del carnero, me dan su brazo, su gracia. Gracias diciendo, me hacen cargar gaseosa, también cerveza, cerveza en cajas me daban, gracias me hubiese muerto si tú no existieras aquí, me hubiese muerto, tú pues me has salvado diciendo, incluso me traen asado, me visitaban, por que existes tu es que estoy aún viviendo, ya me estaba muriendo y tú me has librado diciendo, incluso me traían cuyes, trigos, incluso gallinas me traían a veces*

*esa horita me dan, o sino al día siguiente me traían la cabeza del carnero o el brazo del carnero, come pues diciendo, su esposo o su mamá también pude ser, inclusive mucho después también me visitaban, me traían, estaban al tanto de mi -por que existes tú, estoy viviendo, si no existieras tú ya hubiera muerto.” (Mayu)*

*“...ella me pagado, me ha dado diez nada más” (Wayra)*

#### 8. Número de partos atendidos.

Como parte de su historia personal es importante conocer la acumulación total de atenciones de parto de la partera. El número de mujeres atendidas por las parteras desde que se inician en esta especialidad es alto. Muchas veces aunque traten de contar uno por uno, pierden la cuenta. No recuerdan exactamente cuantas mujeres atendieron por ser tantas. Una de ellas refiere que hasta el año 1982 –fecha que no olvida porque ingresó al evangelio- había atendido a 30 mujeres (si multiplicamos por 5, el número de hijos promedio en el área rural, resultan 150 partos, en ese entonces). Pero el número de mujeres que atendió después, no los recuerda, pues perdió la cuenta.

Si la partera atiende a una mujer en el nacimiento de su primer hijo, es probable que ésta vuelva a solicitar sus servicios, todas las veces que resulte embarazada. Es decir, si la mujer tiene nueve hijos, la partera la atenderá en sus nueve partos. Este hecho está cambiando, pues anteriormente era más frecuente que las parteras atiendan todos los partos de una mujer, desde el primero hasta el último. Ahora las atiende generalmente en sus primeros partos, y en los últimos va decreciendo el número de atenciones. Esta tendencia a la disminución es por varias razones: por las amenazas del

personal de salud y por la prohibición de la atención del parto por la partera. Además por el uso de métodos de planificación familiar, últimamente las mujeres tienen menos hijos. Además, por la supervisión permanente de las mujeres embarazadas por el personal de salud a través de un radar de gestantes, éstas se sienten presionadas a atenderse en el establecimiento de salud.

*“Así a mi cuñada mama Florentina con cada uno de sus hijos siempre la he atendido, tiene cinco bebés. Luego, a Elena Quispe a sus cuatro hijos: a ella también desde su primer hijo le hice enfermar. Luego a Teófila Chacchi a los tres primeros hijos. Luego a Magda Torre, con sus 8 hijos desde el primerito; a mi ahijada Victoria, a sus tres hijos yo nada más le atendí, y luego a la hija de mi ahijada Victoria, ella se llama Antonia Rojas, a sus tres hijos. Luego, a la de aquí abajo Virginia Bautista, a ella también así hasta sus tres hijos. Aquí, a la hija de mi ahijada - como se llama- ya me olvidé sus nombres. Ahora pues ya están pues con remedio ya pues mama o es uno o dos, nada más ya pues. Después a Eusebia Malhuayza, hasta sus tres hijos. Luego a Maxi Perez con sus tres hijos, aunque ahora ya va al hospital con los últimos hijos, porque es prohibido ya no queremos, ahora es prohibido hacer enfermar en tu casa mama... No puedes hacer enfermar mama, y quizá algo también puede pasar cuando estás haciendo enfermar en la casa y si se muere, me pueden llevar preso, así dijeron las enfermeras del hospital. Entonces cuando están en cinta, ellas pues están buscando casa en casa, están cuidaditas nada más pues y si se enfermó en su casa, a la que se enfermó en su casa, ahora a su hijo no le va querer dar el certificado de nacimiento o cien soles así se van a hacer pagar, es por eso que ahora atenderse en casa es prohibido y así aunque vengan a buscarte, ya no mamacita. Ahh a Modesta Mejía hasta sus cuatro hijos a ella la hice enfermar, entonces ahora mama, aunque te vengan a buscar ya no quieres, que cosa ya pues, en ese caso pues había un señor, un señorcito de la puna, de él su yerna (yumchuynin) no ves en su casa dio a luz, había dado a luz, hasta que vaya a la chacra, entonces esas enfermeras viniendo, la habían levantado, y su rollete la habían soltado, así volteada (pachkampa) se murió. Esas enfermeras, no quieren que tú hagas enfermar en casa, es totalmente prohibido, prohibido; sino pues cuanto sea puedes hacer enfermar será pues. Yo tengo*

*suerte para hacer enfermar, nunca han muerto conmigo ni el bebe ni la mamá. Así es mama... a Eugenia Rojas, ahora la vez pasada, hace poco, creo que en Julio nada más le hice enfermar a Gonzales Atau con ella he terminado pues solo ahora último, la semana pasada nada más y tiene tres hijos... Ahh!!!, si recuerdo cuantos será pues, ya no recuerdo, ay esta mi cabeza, ah también a Julia Atau, si recuerdo cuánto será pues mama, es muchísimo, a Julia Atau, también yo no más la hice enfermar, dos no más son sus hijos. Si me recuerdo oh!!! Cuántos serán pues, cuánto estará pues uf ah!!! También a Teófila Torre, a su único hijo (bostezando la señora).” (Killa)*

*Cuantos pues mamacita habré atendido, no me acuerdo, desde mi pueblo incluso con caballos llegaban a mi casa de pueblos alejados, y llegaban y con caballo me llevaban, me llevaban... a cuantos, pero cuantos pues habré hecho dar a luz niñita, incluso en mi pueblo nada más todavía. Y aquí también ya no acuerdo, detrás del hospital hay uno, con la que está aquí dos, con la que está por allá, tres, con la que está mas abajo cuatro, con mi vecina cinco, con la otra seis, con la otra ocho, con la otra nueve, los que me acuerdo, pero de principio hasta ahora cuantos, pero cuantos serán no me acuerdo ya. Inclusive aquí también ahora, es hospital nada más ya, la señorita ya no deja para nada, está preguntando, cuidaditas nada más ya, pero así vienen a buscarme entonces voy...” (Wayra)*

#### 9. Vigencia de la partería: el último parto atendido

Las parteras que fueron entrevistadas en su mayoría se encuentran en actividad, con excepción de una que dejó de atender hace 8 años. El último parto fue atendido en el domicilio de la mujer. El esposo o familiar varón siempre estuvo presente, porque el suysu es una técnica de mucha importancia para facilitar el proceso del parto que generalmente requiere de mayor fuerza de la que posee la partera. El tiempo que transcurrió desde la última atención de un parto hasta el recojo de la entrevista varía en meses, desde febrero hasta julio (mes de la entrevista). Todas las parteras tienen conocimiento pleno

que la atención que brindan a la mujer rural es una actividad prohibida por el establecimiento de salud. Personalmente tienen el temor de ser apresada/os y encarcelada/os, si ocurriera algo malo con la madre o el niño. Sin embargo, utilizan diversas estrategias para continuar atendiendo a la mujer durante el parto, y en la que participan los familiares y la mujer que da a luz. Los últimos partos que atendieron fueron sin conocimiento del personal de salud. Una vez finalizada la atención, es decir en el post parto inmediato, comunican al personal de salud la ocurrencia del parto, a través de un familiar. Sin embargo, la atención brindada por la partera es escondida por los familiares de la mujer. La partera huye del lugar o pasa desapercibida como una vecina o un familiar más de la mujer.

Entonces, las parteras continúan atendiendo a las mujeres durante el parto. Para ello tienen que diseñar y ejecutar estrategias que dependen de la instigación y colaboración de la mujer y sus familiares más cercanos. Culminan con la huida de la partera del lugar de atención de parto, tal cual aquel que cometió un delito y huye del lugar de los hechos.

Las mujeres rurales continúan confiando en los conocimientos y habilidades de las parteras. Ante las descalificaciones que hace el personal de salud de las parteras, solo callan. Luego cuando regresan a su comunidad mantienen un contacto estrecho con la partera, porque es simplemente su partera. Es la especialista que la atendió en sus partos anteriores.

*A Atau le hice enfermar el 10 de julio nada más, aquí más arribita, del hotel de Nemesio.”(Killa)*

*Sí, si, estoy atendiendo actualmente, así si alguien me dice, aunque me estés viendo yo puedo hacer dar a luz jajajajaja.(Wayra)*

## B. LAS PARTURIENTAS

Esta sección trata de las parturientas, aquellas mujeres que tienen o tuvieron la experiencia del proceso del parto. Estas mujeres fueron atendidas durante su parto, algunas solo por las parteras y otras tanto por la partera como por el personal del establecimiento de salud. La información que se trabaja aquí proviene de las entrevistas realizadas a las parturientas; de las referencias de las parteras, el médico y la obstetrix; y de las conversaciones informales con integrantes de la comunidad, hombres y mujeres.

### 1. Tipos de parturientas.

Las mujeres en el parto tienen dos formas de comportamiento. Unas no permiten que nadie las observe durante el proceso del parto, porque su cuerpo siente temor. Reaccionan a la presencia de personas ajenas en el lugar de atención. Sus dolores desaparecen o disminuyen y como consecuencia no progresa el parto y hay dificultades para culminar el proceso. Entonces, estas mujeres prefieren dar a luz en sus casas, y no soportan atenderse el parto en un establecimiento de salud en presencia de personas ajenas. Estas son las mujeres que continúan solicitando la atención de la partera. Prefieren pagar las multas antes de acudir al establecimiento de salud.

Otras, no sienten ningún temor de ser observadas durante la atención de su parto. Ellas mismas reconocen esta característica en si mismas: su cuerpo no se asusta. Cuando una persona ajena ingresa al lugar de parto los dolores continúan y no desaparecen. Las mujeres de este tipo pueden acudir con más facilidad a dar a luz a un establecimiento de salud.

*“Con la partera entra pues mi esposo y cuando tienes miedo que entre alguien, entonces no entra pues, es a la vista nada más si te asustas cuando viene una persona, con el susto te pasan los dolores, desaparecen, disminuyen por eso es que a la vista la que se está enfermado también dice que no me vengan, que no me vengan, que no me entren, algunas otras inclusive solitas dan a luz, lo cuelgan una soguita, de allí se agarran y así se libran. Pero yo no, no me asusto. Además yo no me asusto que entren, no me asusto por eso también puedo enfermarme en la posta.” (Erasma)*

## 2. Comparaciones desde las parturientas.

Muchas adultas jóvenes poseen ambas experiencias de atención recibidas tanto del personal de salud como de la partera. Sus primeros hijos fueron atendidos por la partera; los últimos, en el establecimiento de salud, debido a las represalias y por la valoración negativa que se procura difundir de la partera. Pertenecen generalmente al segundo tipo de mujeres.

Al hacer la comparación entre ambas atenciones, las mujeres expresan una percepción matizada. Confían en el personal de salud por el conocimiento y manejo que tienen en la atención de la placenta. Pero prefieren la atención de

las parteras porque las sacude en orden (*suysu*) y gracias a esto el bebé se encuentra en una posición y situación alineada que facilita su nacimiento, y el parto ocurre casi de inmediato.

En ambos casos reconocen ciertos riesgos. El personal de salud tiene dificultades porque no sabe sacudir en orden; entonces el bebé está en cualquier posición. Incluso, si no está alineado para nacer, se producirá el proceso del parto pero la mujer sufre y se dificulta más. El dolor es más intenso porque el bebé no se encuentra en una posición normal. Por otro lado la partera tiene dificultades para conducir la salida de la placenta. Solo usa chumpi con rollete. No usa *ampolla*<sup>\*</sup>, como si lo hace el personal en el establecimiento de salud.

*“... es que la partera no saca la placenta, en cambio en la posta si saben. Te pone con rollete y chumpi, en manos de la partera se murió mi tía, porque la placenta no había pasado... Pero más que nada es también mucho mejor esta partera también, porque ella fácil te sacude en orden, ella te arregla bien y entonces ya te hace enfermar. En cambio en el hospital no te arregla, aunque este chueco o cómo sea esté no, nada. Cuando es así chueco, así tal cual hacían enfermar, pero aunque esté así, nace. Así de una señora su bebe estaba pachkampa, y parado, entonces su potito había nacido, así con el potito que había nacido lo habían jalado, el bebito murió cuando lo llevaron a Ayacucho, en la posta pero su mamá se libró... Con la partera no he sentido tanto dolor casi nada de dolor, en cambio en la posta con mi último hijo un dolor pero total, un experimento tan experimento, un dolor demasiado grave, muy fuerte he sentido para que nazca, mi hijo también ha nacido muy mal...”(Erasma)*

---

\* Ampollas como el Methergin que favorece la contracción del útero después de la salida de la placenta. Evita las hemorragias post parto inmediato.

### C. El personal de salud.

Esta sección trata sobre el personal de salud, específicamente la obstetriz y el médico del establecimiento de salud del distrito ayacuchano donde se hizo el estudio. La obstetriz es el personal especializado en la atención del parto – por lo menos en estas zonas altoandinas y rurales-. Luego está el médico, profesional clave también porque generalmente es el jefe del establecimiento y decide sobre el curso de las intervenciones en salud materna de su jurisdicción. Se analizará su situación actual, sus dilemas, los desencuentros entre su discurso y su práctica, actitudes de ambivalencia de negación y aceptación de la partería y sus condiciones laborales.

#### 1. Dilema y desorientación del personal de salud.

El personal de salud tiene dilemas y al mismo tiempo está desorientado. Mantiene al interior una tensión entre la formación que adquirió y el paradigma actual de respeto a la diferencia y a la diversidad. Pertenece a una cultura organizacional jerarquizada del Ministerio de Salud, tiene conocimientos adquiridos de la educación formal, basados en bibliografía y experiencias occidentales y ciudadinas, posee un título a nombre de la nación, es representante del Estado peruano y se siente capacitado plenamente para brindar y cuidar la salud de la población andina, quienes por cierto poseen narrativas de salud y enfermedad diferentes. Sin embargo, la propuesta de la reforma del sector salud es una gerencia de carácter horizontal.

En la práctica de su ejercicio profesional el personal del establecimiento de salud observa que determinados problemas de salud presentes en la zona son solucionados por los otros actores del sistema de salud andino. Comprueba que los profesionales no logran solucionar utilizando los conocimientos y técnicas adquiridos formalmente. Sin embargo, llega a la comunidad seguro de poder solucionar todos los problemas de salud sobre la base de sus conocimientos expertos y la superioridad indiscutible de la medicina occidental.

Paralelamente este personal trabaja en una coyuntura local, regional y mundial de grandes cambios que implican nuevos paradigmas como el respeto a la diferencia y a las diversas culturas. En la zona de ayacucho existen muchas instituciones que promueven la protección de los derechos de los usuarios del servicio de salud; por ejemplo, la defensoría del pueblo. Otras instituciones como ONGs brindan capacitaciones en temas de interculturalidad.

El personal de salud trabaja, además, bajo presión de las más altas jerarquías del sistema en base a metas y resultados los cuales son muy importantes para que los suyos sean valorados y catalogados como establecimientos modelos. Para ello es necesario mejorar ciertos indicadores de salud. Por ejemplo, se les exige disminuir la tasa de mortalidad materna, incrementar el parto institucional y lograr una cobertura del control prenatal al 100%.

En esta realidad el personal médico se encuentra desorientado y con temores y miedos. Tiene múltiples preguntas a situaciones que no comprende, que no

esperaba y no encuentra respuesta. No sabe qué actitudes adoptar, qué acciones realizar, qué estrategias tomar, a quién complacer: si a él mismo, a las ONGs e instituciones de la zona, o a las más altas jerarquías del Ministerio de Salud.

Esta situación no es asunto del personal sino del sistema de salud oficial que los coloca en esa tensión: por un lado querer aplicar la ciencia médica occidental hegemónica y, por otro, hablar de interculturalidad y pluralidad en salud. No se les proporciona las reglas ni las pautas de cómo desenvolverse en la práctica. Sin embargo, el desenvolvimiento en sus diferentes programas es altamente protocolizado.

Esta situación trasciende el sistema de salud oficial y llega hasta las universidades e institutos dónde la formación especializada aún no es acorde con los enfoques actuales de salud utilizados en el campo de acción.

*“Cuando un niño llega aquí, nosotros le tomamos su temperatura, su presión y lo examinamos y no vemos nada, incluso sus análisis todo está tranquilo, no pasa nada, las medicina o jarabes que le damos no calma, el niño sigue llorando. Entonces en esa disyuntiva nosotros nos quedamos un poquito impedidos en tomar una solución, calmamos un momento pero luego el niño sigue llorando, llorando, entonces ellos con el huevo o con el rezo, le sanan. Entonces no paso ni media hora y se durmió el bebito, le calmó el dolor... sí curan a esos pacientes... Hubo problemas que ellos han solucionado, que nosotros no hemos solucionado... Como por ejemplo, la señora tenía dolor de cabeza y le han pasado con hortiga, le han hecho bañar en el río, lo han puesto debajo de un cerro, entonces le han hecho llamar y el dolor de cabeza incesable, ellos le curaron por ejemplo... Las costumbres o las creencias se respetan, bajo mi perspectiva*

*científica no te puedo decir que ellos están actuando bien, porque no las conozco porque es otro tipo de estudio que se debe profundizar pero se respeta, si hay solución algún tipo de problema nosotros estamos llanos a respetar ese tipo de tratamiento siempre y cuando no vaya en contra de la salud de las personas. Pero se respeta, yo no conozco ese tipo, no se que tipo de ciencia será.” (Médico)*

## 2. Desencuentros entre el discurso y la práctica.

Existen desencuentros entre el discurso que maneja el personal de salud y la intervención que realiza en la práctica.

a. Refieren que los curanderos y parteros son líderes. Poseen conocimientos para solucionar ciertos problemas de salud. Consideran además que realizan un trabajo conjunto con ellos. Sin embargo, en la práctica solo los utilizan como apoyo y servicio en las actividades que desarrollan. Por ejemplo, los utilizan para que informen acerca de los problemas de salud de la comunidad. No se evidencia un trabajo conjunto que implique la participación efectiva de estos especialistas locales con la toma de decisiones conjuntamente con el personal del sistema de salud oficial en el cuidado de la salud de los pobladores.

*“Los curanderos como en toda nuestra zona andina, son una parte fundamental también en nuestro trabajo porque son líderes que tienen un conocimiento de todo lo que es la comunidad y lógico sin descuidar la medicina tradicional, ellos también se basan en eso para poder ayudar a las personas... Pero lógico siempre y cuando sea digamos trabajo coordinado con el curandero que siempre nos avisa de un parto... Entonces ellos nos avisan, entonces nosotros en forma conjunta trabajamos de esa forma. Nos apoderamos digamos de sus servicios de ellos, entonces ya no son separados del sistema de salud, sino son parte del sistema de salud.” (Médico)*

b. Refieren que respetan el sistema de salud andino, pero en la práctica desplazan y desaparecen sus conocimientos y técnicas. Además, consideran importante el cambio de los otros actores de salud andino y que se sumen al gran sistema oficial de salud. El avance progresivo para el personal de salud oficial significa cambiar a este otro actor de tal manera que solo permanezca vigilante de la salud de la población, según las pautas del sistema oficial de salud.

En el discurso conviven el respeto y el reconocimiento de las fortalezas de estos otros actores de salud andino, pero en la práctica se sostiene la primacía del sistema de salud que propone el Ministerio de Salud peruano, sin tomar en cuenta otras alternativas.

*“Las costumbres o las creencias se respetan, bajo mi perspectiva científica no te puedo decir que ellos están actuando bien... Tenemos que cambiar en forma progresiva su forma, cambiarles, hablarles, decirles que ya, nosotros dos somos parte de una familia de un sistema de salud que debe cambiar. Esas personas que todavía siguen haciendo sus curaciones poco a poco con ayuda de la comunidad y de los líderes, ellos cambien poco a poco. Es un proceso como te digo que tienen que cambiar y ellos tienen que sumarse a este sistema de salud que nosotros estamos proponiendo... Nos hemos ido amoldando a su forma, a su tradición pero siempre y cuando trabajen en forma conjunta, nos han apoyado bastante, pero ellos también tienen que acostumbrarse y se acostumbran a que nosotros trabajemos en forma conjunta. Ahora ya se está cambiando de esa forma y nos apoyan ya de esa forma.” (Médico)*

### 3. Negación y aceptación de la partera.

La actitud que adopta el personal de salud frente a la presencia de la partera es contradictoria. Primero niega su existencia en la zona, pero resalta la aceptación y valoración de la partera acorde al discurso de valorar y respetar lo diferente.

*“Ahora ya no tenemos ninguna partera, yo cuando llegué quería ubicar a la partera, para qué para invertir no? para que el hogar materno ya no esté aquí, sino en la casa de la partera, entonces no pude, porque yo tenía un trabajo que he hecho más o menos cómo funcionaría por ejemplo una partera en un hogar materno en la casa de la partera, incluso los biohuertos todo estaría en la casa de la partera, pero no había partera” (Obstetriz)*

Cuando se hurga más profundamente la partera solo queda reducida a una persona de apoyo para realizar ciertas actividades de servicio y tareas que menosprecian sus conocimientos y las técnicas que posee para atender el parto. En el caso citado que quiso utilizar a la partera como una mensajera y como ayudante gratuita del médico, luego de un parto atendido en la posta. La partera en este caso aceptó el papel que se le asignaba pero se vislumbra un maltrato notable hacia ella.

*“Entonces pues el doctor me dijo, que es lo que va comer esta señora, quién va traer la ropita del bebe diciendo, tu vas a ir, porque pues has mentido, para que le lleven a Ayacucho. Ya pues, voy a romper mi mandil y voy a envolverle -le dije. Me dijo entonces anda tráele a su padre, yo no soy sana doctor para tener cólera, entonces anda al juez, que le traigan a su compañero o a su mamá o papá. Entonces pues fui donde el juez, pues el doctor me mandó, ándalo cuando me dijo, fui, entonces el juez, era muy madrugada..., por eso el doctor me ha dicho anda donde el juez y vas a sacar un papel, notificación llévale, y entonces me dio la*

*orden, entonces fui donde la mamá de Loayza, una orden para su mamita y otra orden para el maqta joven. Era de madrugada he caminado, en todo ese frío. Es justo...”(Wayta)*

La obstetrix considera que las parteras tienen conocimientos para atender a la mujer durante el parto. Conocen insumos y hierbas para facilitar dicho proceso. Además, considera que pueden formar parte del equipo de salud y realizar un trabajo conjunto mediante alianzas con ellas. También hace una autocrítica del por qué muchas veces el personal de salud piensa que es mejor; se responde a sí misma que un motivo es el conocimiento adquirido en las universidades. Sin embargo, considera que la partera sería solo un instrumento para integrarse ella (el personal de salud) a la cultura andina. Considera que la partera necesita educación en la atención del parto, lo cual es difícil –refiere– porque su cultura es otra. Pese a todo esto niega, la existencia de parteras en actividad en su zona de trabajo.

*“Las parteras si saben, son importantes, solo que están olvidadas... Yo pienso que ellas también deben ser uno más del equipo y juntos trabajar porque a veces en un principio, todo lo que hace la partera está mal, y pensamos que solo todo lo que nosotros hemos estudiado es mejor, entonces la partera uhhh aliarnos con ella, porque ellas son importantes, además es parte de ellos, en cambio nosotros no, somos diferentes, incluso intrusos, no? a la cultura de ellos, para integrarnos a su cultura. Educar a las parteras en como por ejemplo en palabras sencillas en cómo atender un parto no, pero su cultura es otra, eso es la barrera, pero como te digo aquí no hay parteras” (Obstetrix)\**

---

\*Estas contradicciones en las afirmaciones de la obstetrix probablemente ocurren porque realizó un diplomado de Salud e Interculturalidad en la ciudad de Huamanga, bajo auspicio del Proyecto AMARES. En la teoría conoce la intervención intercultural, valora a las parteras, sabe de sus conocimientos. Sin embargo, diversos otros factores como el propio sistema de salud oficial, su cultura organizacional jerarquizada no generan cambios de actitud en la práctica.

#### 4. Intento de adecuación a las prácticas de salud andino

El personal de salud intenta adecuarse a las prácticas de salud andino. Pero existe un choque cultural entre el personal de salud y los pobladores de la jurisdicción del establecimiento de salud que tiene efectos nocivos para ambos. Sucede por una situación de conflicto y de competencia donde no se ha hallado aún mecanismos que permitan una relación de complementariedad, de respeto, de trabajo conjunto, en una relación horizontal.

Esta situación no es estática. El personal del sistema de salud oficial busca ser aceptado y ser considerado como parte de la comunidad. Hay un esfuerzo para mejorar la situación actual a través de un trabajo coordinado con las diversas ONGs que intervienen en la zona. Los servicios oficiales buscan ambientarse o adecuarse a las costumbres de la zona. A veces permiten que los pobladores practiquen sus costumbres al interior del establecimiento de salud. Pero siguen sin brindarles voz ni voto a los otros actores de salud, como las parteras, en el esfuerzo conjunto. Además aún se considera barrera a la cultura andina. Si es una barrera es necesario romperla, lo que trae consigo la relación conflictiva entre ambos sistemas de salud.

*“Un choque cultural que tenemos todavía, que queda que sigue presente todavía, pero ya se ha ido sobrepasando ese choque cultural que tenemos con las personas, por ejemplo aquí Care nos ha apoyado bastante en lo que es poder romper barreras y entrar directamente en la comunidad, que la comunidad nos acepte como parte de su propia comunidad, que nosotros no nos sintamos ajenos... También entramos a lo que es sensibilización para que ellos den un parto un poquito más avanzado no, de acuerdo a nuestras perspectivas... entonces ya están dejando de*

*lado ese rechazo y nos están aceptando a nosotros porque también nosotros nos acondicionamos a sus costumbres de ellos, en este caso por ejemplo del parto... Tienen ese temor, ese miedo de que nosotros le vamos a maltratar no, pero como te digo aquí todo se da en el tiempo que estoy trabajando, pero siguen habiendo malas interpretaciones en el sentido de que nosotros podemos no hacer bien las cosas". (Médico)*

#### 5. Diferentes miradas del Programa Juntos.

El Programa Juntos es una oportunidad para el personal de salud porque las mujeres acuden obligadas a dar a luz al establecimiento de salud. Para las mujeres el programa aporta beneficios pero también es un medio de castigo si no acuden a dar a luz al establecimiento de salud porque no reciben el dinero que les corresponde durante tres meses. Es un programa que refuerza la pérdida de las parteras del sistema de salud andino, pues muchas mujeres dejan de acudir a dar a luz con ella por temor al castigo.

*"... Juntos es una gran oportunidad, porque como te digo no le dan su dinero, les cortan. Tienen que venir a sus controles aquí. (Obstetrix)*

*"Estos últimos años es obligatorio dar a luz en el hospital y el control también ya es obligatorio, es muy obligatorio y más aún ahora si estás en Juntos, es peor ya, si te faltas, tres meses no te da, entonces con todo eso obligadas vamos, obligadas vamos". (Erasma)*

#### 6. Condiciones laborales.

Las condiciones laborales del personal subalterno de salud no son las más adecuadas y esto se refleja en una gran insatisfacción y malestar. Su trabajo es garantizar la salud de las personas. Últimamente como efecto del Programa Juntos hay un incremento en la demanda. Sin embargo continúan con un

salario fijo mínimo, sin vacaciones, sin beneficios laborales, con largas estadías en las comunidades andinas alejados de su familia desde hace muchos años (12 años en el caso de la obstetriz entrevistada). Esta situación no les permite cubrir las expectativas mínimas de vida y educación de sus hijos.

Más aún el personal trabaja bajo condiciones nuevas que exigen el reconocimiento de los derechos de los usuarios externos de los servicios de salud. La mayoría de instituciones, incluso el propio sistema de salud y otras instituciones públicas y privadas como la Defensoría del Pueblo y ONGs, están vigilantes a su cumplimiento. Sin embargo, las condiciones laborales del personal subalterno, la importancia potencial que tiene como recurso humano y los derechos de los usuarios internos\* son de poca preocupación para el sistema.

El personal de salud subalterno conoce esta situación y sugiere que el Programa Juntos debe ir acompañado de una política de incentivos del recurso humano del MINSA, que labora en su jurisdicción.

*“Entonces ellos contribuyen a eso, pero el problema es que con Juntos, sí ha incrementado el acceso del niño y la mujer, pero ha proporcionado mayor trabajo de los recursos humanos, la demanda es más, y “donde están nuestros derechos”... Bajísimo (el sueldo), una que trabaja doce horas gana 1200, si solo trabaja la mitad, 600. Sin beneficios, sin nada, nada. Entonces es una explotación total, que el gobierno no sé, se hace el tonto o cómo quedará, salir adelante. Esto cansa, he logrado un trabajo muy*

---

\* Se denomina usuario interno al personal que labora en los servicios de salud. Y usuario externo, a las personas que acuden a recibir algún servicio de salud.

*bonito, pero todo cansa... Todos hablan los de salud, pero no se dan cuenta que esas políticas deberían cambiar, usuario interno y externo satisfechos trabajan bien, por ejemplo dicen porque los vamos a nombrar a los de salud básica que sigan trabajando, así no es y nuestros derechos, trabajaríamos mejor, por ejemplo a mi no me dan vacaciones, son doce años que no tengo vacaciones” (Obstetriz)*



## CAPITULO 4

### UN CONFLICTO DESIGUAL: PARTERAS Y PERSONAL DE SALUD.

Este capítulo trata del desplazamiento violento de las parteras como consecuencia de las represalias, amenazas y la prohibición de seguir atendiendo a las parturientas a que las parteras son sujetas por el sistema de salud oficial. En general la situación es conflictiva y dificultosa entre estos actores. Se evidencia una competencia desleal donde el personal de salud oficial tiene el monopolio de la salud. En el desarrollo del capítulo se trata varias manifestaciones de estos conflictos: la prohibición, las represalias, las amenazas, la desvaloración, las manifestaciones de competencia. Además vemos como todo esto se relaciona con el incremento de sus temores e inseguridades, y con el riesgo de la pérdida de la partera de la oferta de servicios de salud en los Andes y las zonas rurales del país. Al final del capítulo, en medio de esta relación, se identifican algunos puntos de encuentro.

#### 1. La prohibición.

La atención del parto de la mujer rural por la partera es una actividad prohibida a los ojos del personal del establecimiento de salud del distrito de este estudio. Si bien no existe un documento que contenga una norma o directiva emitida por el director del establecimiento de salud acerca de la medida de prohibición, dicha idea está presente en la mente de las parteras y de las mujeres a quienes atienden, lo cual genera reacciones que las lastiman.

La idea nace a partir de que el personal de salud responsabilizó a un partero por la muerte de una madre y lo mandó a apresar y encarcelar\*.

*“Me asusto pues, así en... ha muerto una señora, había pues una partera, no era un varón, así dice se había muerto, dice muy bonito nada más había dado a luz, ya había dado a luz, ya la habían arreglado, al bebe también, ya se había recostado en su cama, ya habían tomado de alegría, ya habían tomado y de un momento a otro en un ratito había muerto. Así pues cuando habían preguntado quién a atendido, claro pues habían avisado, entonces había ido pues preso, ha ido preso pues mami!, ha ido preso! mami, desde allí me asusto!. A... le han llevado, él lo ha matado diciendo, para qué tú le has atendido, le hubieras traído a la posta. Desde allí yo me asusto demasiado, mucho pero mucho, muchísimo (maqtachata).”(Mayu)*

*“Cuando el hospital prohíbe totalmente esto de hacer dar a luz en la casa, eso sí, prohíbe totalmente, totalmente mucho, mucho.”(Chaska)*

El incidente que ocurrió en 1999 se difundió rápidamente y es de conocimiento de la población en general. Ha quedado grabado como un “castigo ejemplar” para aquellas parteras que no acatan la prohibición. Una de ellas recuerda exactamente que este hecho ocurrió hace ocho años, le generó tanto temor, que desde ese preciso instante, abandonó su rol de atender a las mujeres durante el parto.(Chaska)

La idea continúa vigente. Es alimentada por las constantes amenazas que realiza el personal de salud a las parteras. Las recuerda constantemente y en

---

\* Se dice que lo liberaron un tiempo después, lo cual hace pensar que no habían motivos legales suficientes para inculparlo.

cualquier oportunidad abstenerse a atender el parto de una mujer, porque si ocurre algo malo con el bebe o la mujer serán apresadas y encarceladas.

*“No, no le vamos a avisar cuando están diciendo allí está pues llegaron (personal de salud), cuando la estaba haciendo enfermar, (risas de nervios) la señora llegó. Entonces ahora vas a ir preso!, y si el bebuto está mal y la mujer también está mal, vas a ir preso, me dijo”. (Para)*

2. Los temores e inseguridades y su relación con las amenazas y la prohibición

El fantasma de la prohibición y las amenazas del personal de salud oficial están relacionados con el incremento de los temores e inseguridades de la partera en el momento de atención del parto. Se distinguen dos etapas en la vida de las parteras: una, anterior a la prohibición de la atención del parto por la partera cuando tiene un mejor control y conduce con más seguridad el proceso del parto. Luego de la prohibición, las parteras tienen miedos e inseguridades para atender un parto, pues están pensando permanentemente en las dificultades que tendrían si algo no saliera bien.

*“Ya me he puesto nerviosa, cuando han prohibido, antes yo hacia dar a luz a las señoras, solita... Ya tengo miedo, miedo ya he agarrado, es dificultarse ya, por esas cosas que te dicen.”(Chaska)*

El personal de salud amenaza públicamente a la partera con meterla a la cárcel y ponerla presa, aduciendo que el causal sería la posibilidad de que la madre o el niño estén mal.

*“... allí está pues llegaron, cuando la estaba haciendo enfermar, (risas de nervios) la señora llegó. Entonces me dijo ahora vas a ir*

*preso!, y si el bebito está mal y la mujer también está mal vas a ir preso. Pero mamacita fíjate ¿qué es lo que está mal? el bebito también está igual que el resto de los bebes, ¿qué es lo que le falta? y también la placenta también ha pasado completo, diciendo pues le dije ... Era primeriza entonces le dije, llévala a la posta papicha, yendo a la posta llévala diciendo, no van a querer, la señora fulana también me dijo preso vas a ir, me ha dicho, aquí tenemos pues nuestra posta, no puedo por nada”(Para)*

Cuando se encuentran –partera y obstetrix o médico u otro personal de salud- o coinciden por algún motivo en casa de la parturienta, el temor se incrementa e incluso las deja inmóvil.

*“Cuando fui, la señora fulana (personal de salud), ya estaba allí, entonces me asusté, pero me asusté mucho y así asustada solo me senté y no podía ni regresar. Me va a requintar diciendo, tú ya pues estás corriendo, diciendo me requintará pues diciendo, tenía mucho miedo”(Para)*

Entonces, la actitud del personal de salud que causó el apresamiento y encarcelamiento de un partero genera en las parteras/os una inseguridad y un temor muy grande para atender a las mujeres durante el parto. Constituye una amenaza permanente de que si continúan atendiendo y se les muere una mujer, las llevarán presas, tal como sucedió con aquel partero. Además les recuerdan frecuentemente que ya están advertidas que la partería está prohibida. Solo la posta debe atender a las parturientas.

*A... pues le han llevado, él lo ha matado diciendo, para que tú le has atendido!, le hubieras traído a la posta diciendo. Desde allí yo me asusto demasiado, mucho pero mucho (maqtachata ... Entonces pues me han advertido, ya nos han avisado, tiempo ya que nos han avisado para que no hagamos enfermar, allí me han dicho si se muere señora Mayu, preso puedes ir, cuidado! con hacer enfermar ... Siempre tú estas haciendo enfermar, ya no vas a hacer enfermar, a mi misma, a mi misma me ha advertido, y me*

*dicen si tu vas a hacer enfermar y si la señora muere vas a ir preso, no vas a hacer enfermar, no estas haciendo caso, no estas obedeciendo! ... Ya no quiero pues atenderlas que tal de verdad se muere, mi mal también ya puede ser, ya estoy sabiendo y si ya me están advirtiéndome, si pasa algo no valdría, incluso le puede dar el aire, le puede dar el aire, o si algo le da, quizá su sangre no para, de todas esas cosas yo también ya me asusto, si no fuera así yo estaría haciendo enfermar a todas ... Se molestan, se molestan en la posta, ¡si está la posta aquí para que tú le has atendido!, nunca pero nunca ya vas a atender, de ti no más tu nombre viene cada rato, cada una que se enferma, ella hace enfermar, ella hace enfermar me dicen, diciendo me dicen”(Mayu)*

### 3. Las represalias y las parturientas.

El establecimiento de salud ha establecido ciertas normas que se constituyen en represalias en contra de las mujeres atendidas por la partera en domicilio.

a. Todo nacimiento fuera del establecimiento de salud exige el pago de una multa de 40 soles para obtener el certificado de nacimiento de su niño. Este documento es indispensable para registrar al niño en la municipalidad correspondiente.

Esta situación atenta contra los derechos del niño y de la mujer. Atenta contra los derechos del niño porque genera que los padres pospongan el registro de sus niños para después. Se corre el riesgo de que haya un niño no registrado ni reconocido sin una partida de nacimiento en el lugar que le corresponde. Se sabe que en el Perú existen muchos niños que carecen de partidas de nacimiento y muchos de los niños que nacieron en un determinado lugar, son registrados en otro lugar.

Esta norma parece reflejar la manera como el personal del establecimiento de salud, tema del presente estudio, trata de aplicar la política nacional de aliento al parto institucional. Crea un fuerte incentivo para que las parturientas y sus

familiares opten por el establecimiento de salud cuando deciden cuando dará a luz la mujer. La multa es una amenaza sobre todo dadas las condiciones de pobreza generalizada. A pesar de eso muchas mujeres rurales prefieren pagar la multa y atenderse con la partera.

*“No quieren pues datariar, porque pues has dado a luz sola en casa, has debido de venir ir a la posta diciendo, todo eso ya pues han pensado ahora.(Chaska)*

*“No tienen dataria (el certificado de nacimiento), pagan multa pues 40, multa pues pagan, si no se enferman allá, multa pues pagan, si se han enfermado en su chacra, pagan cuarenta soles, de lo que no ha ido pues es el castigo, es el castigo, se paga la multa de lo que no se ha enfermado en la posta, hacen castigo pues, se hacen pagar... Pero las señoras dicen aunque sea voy a pagar la multa, pero atiéndeme, dicen así dicen, la multa si lo voy a pagar, no quiero me da miedo ir”. (Mayu)*

b. Otra norma muy reciente es privar a las mujeres atendidas por la partera de los beneficios del Programa Juntos durante tres meses.

*“Es qué han dicho van a enfermarse en el hospital, sino habrá multa en la dataría cuando dijeron, van a tener multa en la dataría los que se enferman en sus casas, tienes que pagar dinero por lo que te has enfermado en tu casa, y estos últimos años es obligatorio dar a luz en el hospital y el control también ya es obligatorio, es muy obligatorio y más aún ahora si estás en Juntos, es peor ya, si te faltas, tres meses no te dan (cien soles), entonces con todo eso obligadas vamos, obligadas vamos” (Erasma)*

En este caso se trata de una regla impuesta por el Programa Juntos y no solo de un dispositivo del establecimiento de salud.

4. Desvaloración de las parteras.

El personal de salud desvalora a las parteras frente a las mujeres. Les incita a no hacerse atender con ellas, incluso ni hacerse tocar porque supuestamente les producirá mayor dificultad en el parto. Consideran que el bebe con la manipulación de la partera terminará chueco. Esta situación genera en las mujeres incredulidad, mientras continúan haciéndose arreglar, sobar, **suysur** y atender con su partera.

Entretanto la mujer gestante alterna su atención en ambos sistemas de salud tanto, en el sistema oficial como en el no oficial. Cuando están frente al personal de salud, ocultan el contacto y el encuentro que tuvieron con la partera, manifestando que no se han hecho arreglar, ni mucho menos tocar con la partera.

*“El hospital dice no se van a hacer sacudir por gusto con las parteras, no se van a hacer tocar, y cuando te haces suysur también ya no le dices pues nada, no le dices si con ella me hice sacudir, ya no le dices nada pues, le dices nadie me ha tocado diciendo ... No les creo nada pues, y sin creerles le busco pues a la partera, le digo arréglame, entonces viniendo pues te arregla, pero me siento un poco mal, porque dirán eso diciendo pienso, dicen también que cuando te arreglan le van poner mal al bebe, pero no es así cuando te arreglan el bebé está derecho nada mas ya.” (Erasma)*

Esta situación de prohibición y de descalificación que vive la partera es conocida por las mujeres. Comparten los temores de las parteras y saben que podrían ser apresadas si sucediera lo inesperado. El acudir a la posta a dar a luz se les presenta cada vez más como una obligación impuesta arbitrariamente hasta caprichosamente, por un Estado que está muy distante

de sus vidas y que comprende poco de las circunstancias y restricciones que gobiernan sus vidas.

*“Si me gustaría, si sabes muy bien atiendes. Pero tendría que ocultarse de la posta, de otro no, solo de la posta, porque le diría como pues tú atiendes sin saber, y si pasa algo podría ir preso, si se muere alguien también. Pero ahora es obligación, está obligado todos por mas joven por más vieja todos al hospital.  
(Erasma)*

##### 5. Competencia entre la partera y el personal de salud

Las parteras reconocen que sucedió la muerte de una mujer atendida por el partero. Pero conocen que también han ocurrido muertes maternas en manos del personal de salud oficial. Conocen sus conocimientos y habilidades y los comparan con aquellos que tiene el personal de salud. Manifiestan que solucionan situación transversa a través del suysu, técnica que ayuda al bebe a acomodarse. Mientras tanto el personal de salud, cuando se presenta dicha situación, le da solución a través de la cesárea.

*“Les pueden hacer morir diciendo, pero en ellos también muere, cuando han mandado a Ayacucho. Por eso yo digo, acaso a Ayacucho yo le haría llevar? No. Yo sea como sea yo puedo atender, si es falso también le enderezo, porque si le llevan a Ayacucho ya es para que le hagan cesárea pues. Si estuviese en mis manos yo nunca le haría hacer la cesárea, incluso si está chueco yo lo enderezaría, incluso cuando está chaka, su cabeza aquí y su pie aquí, cuando estás suysundule nada más parada o echada y con la cabeza abajo, cuando estás haciendo eso nada más el bebé se coloca, solito se coloca el bebe”(Mayu)*

Es una relación desigual de poder, las parteras también saben que cuentan con menos recursos que el personal del sistema de salud oficial. Esto es crecientemente una lucha desigual. Por lo tanto tiene sentimientos encontrados con relación a si mismas, con las mujeres rurales y con el personal de salud

*“Qué voy hacer ya pues, digo ya pues, que voy hacer, y las llevo ya. Estará bien pues que ellas atiendan, a que yo atienda, y cuando están atendiendo si no pueden mandarán ya a Ayacucho, que voy hacer ya pues, diciendo pues digo ya. Yo, atendería pero, si no quieren ¿qué voy a hacer pues?, digo ya pues yo también... y con eso aunque tengo pena con lo que pasa, ya no me da pena más, pues. Sí, también me dan pena las mujeres, seguramente la van a cortar o le harán enfermarse bien no más, cómo será digo pues”(Mayu)*

#### 6. Trabas para la transmisión de conocimientos.

La prohibición de la partería por el personal de salud de los establecimientos del MINSA, y su mandato de que los partos solo tienen que ser atendidos por ellos, está generando que las siguientes generaciones de mujeres rurales altoandinas no cuenten con parteras preparadas para ayudarlas durante sus embarazos y partos. Actualmente, es muy difícil que una partera enseñe su especialidad a otras mujeres jóvenes. Como consecuencia las mujeres pobres no contarán con otra mujer quechua hablante y de confianza donde acudir cuando se presenten sus dolores de parto. No existirá aquella mujer cercana y de su misma cultura que las mantiene serenas y en confianza, situación que las ayuda a manejar mejor el dolor del parto. Esta atmósfera o entorno, las parturientas aún no encuentran en los establecimientos del sistema de salud oficial.

*“En la posta pues, en la posta pues ya no quieren, ya no quieren; si no fuera así, pues le enseñaría pues a mi vecina, aunque le digo de decir así, de repente le va agarrar sus dolores, ya va a estar con las justas, las vas a salvar de que mueran, le vas a suysur así, diciendo pero ya no quieren en la posta, aquí nada más ya tienen que enfermar nos están diciendo ya. Si no fuera así pues, les avisaría a mis hijas, a mis sobrinas, incluso a mis vecinas también les avisaría pues, les diría así las van a atender, así las van a librar, es muy fuerte el dolor diciendo pues les diría. Pero en la posta absolutamente, totalmente no quieren, nosotros vamos a atender, si nosotros no vamos a poder, a Ayacucho tiene que ir, nosotras mismas las enfermeras vamos a atender ustedes ya no, diciendo nos dicen”.*(Mayu)

La idea de prohibición que existe entre las parteras establecida por el personal de salud, sumado a la amenaza de ser apresadas y encarceladas si ocurre algo malo con el bebe o la madre tiene como efecto también el abandono de las parteras de sus conocimientos y habilidades.

*“He hecho llegar a muchos... así habré hecho dar a luz, así no más cuando estaba, fue prohibido que la partera haga enfermar en casa... Los doctores han prohibido totalmente, prohibido diciendo. Por eso ahora yo solo sacudo en orden nada más y luego solo les mando a la posta... Ya no atiendo hace varios años, será pues como 9 años que han prohibido... Si no hubieran prohibido, hubiera seguido pues como partera, hubiera seguido pues siempre, siempre así”* (Chaska)

Las mujeres jóvenes tampoco desean ser parteras por el fantasma de prohibición de la partería que existe entre la población. Esta situación genera la pérdida, la indiferencia y la inexistencia actualmente de receptores de los conocimientos de la partería, que conllevará sin duda en un futuro a la desaparición de las parteras y junto con ellas, sus conocimientos y técnicas.

*“Las jóvenes se asustan así, por una parte cuando el hospital prohíbe totalmente esto de hacer dar a luz en la casa, eso sí, prohíbe totalmente, totalmente mucho, mucho.”(Chaska)*

*“Las jóvenes ya no quieren ser parteras por que dicen pues los de la posta, van ir presas si la mamá está enferma o el bebito está enfermó entonces va ir preso, diciendo pues dicen, si pasa eso a donde también van a ir, dicen pues mami. Sabiendo esas cosas como ya pues ellos (las jóvenes) van a saber, aunque te pregunten que diciendo ya pues les puedes avisar lo que sabes, ya no puedes, si solo aprendiera para ella misma, para ella sola, si no le cuentas podría ser tu culpa pues pero como ya pues ahora si la posta ya no quiere, que cosa ya pues, aunque sabiendo también, le vas a contar, ya no le puedes contar mami” (Para)*

## 7. El valor de las parteras.

La existencia de la partera es valiosa para las mujeres andinas rurales. En medio de esta situación conflictiva y desigual, las mujeres consideran a sus parteras como salvadoras de sus vidas. El resto de su vida viven agradecidas con la partera. En los siguientes embarazos cuentan siempre con ella y confían plenamente en ella. Este agradecimiento no solo es de parte de la mujer, sino también proviene del esposo y de los familiares de la mujer.

*“Gracias me hubiese muerto si tú no existieras aquí, me hubiese muerto, tú pues me has salvado diciendo, incluso me traían asado, me visitaban, por que existes tu es que estoy aún viviendo, ya me estaba muriendo y tú me has librado diciendo...inclusive mucho después también me visitaban, me traían, estaban al tanto de mi -por que existes tú, estoy viviendo, si no existieras tú ya hubiera muerto. Y así cuando otra vez está esperando un bebe ya me esta recordando pues -mamay arréglame pues diciendo, estoy caminando mal, aquí me está doliendo- diciendo... Esa señora ya está en Ayacucho, ella me quiere mucho y siempre está pendiente de mí, me visita, porque tu existes mama, yo soy persona, para su otro hijo ya me tiene en cuenta y ya está recordándome”. (Mayu)*

La existencia de las parteras es fundamental en las comunidades rurales andinas para socorrer y auxiliar a las mujeres que no confían en el personal del sistema de salud oficial -extraños en su vida- muy especialmente durante el embarazo, parto y post parto. Estos son procesos demasiado relacionados con su intimidad como para involucrar a extraños.

Si la partera desaparece de las comunidades rurales andinas no existirá otra mujer cercana para socorrerla y ayudarla en el momento más decisivo de su vida, el parto\*. Se vera sola y podría ser mayor el riesgo de muerte de las mujeres rurales andinas.

Esta situación se agrava en las comunidades andinas que son muy dispersas y muy alejadas, donde el personal de salud llega solo una vez al mes o aún menos. Luego falta mucho para que la mujer rural confíe en la atención que brinda el personal de salud oficial. Como dijo una partera: “Las mujeres las ruegan tanto que las atiendan, que prefieren morir antes de ir al hospital”.

*“Cuando no quiero, me ruegan no quieren ir al hospital, voy a morir, voy a morir, no se atienden diciendo. No quieren, entonces callada nada más las atienden...”. (Mayu)*

## 8. Encuentros.

En medio de la situación referida en los párrafos anteriores existen encuentros entre las mujeres, la obstetriz y las parteras. Las coincidencias se producen

---

\* En la literatura antropológica sobre el parto en una gran variedad de sociedades humanas sobresale la figura de la *doulas*, la mujer mayor que acompaña, enseña y ayuda a otra en el trance de dar a luz y organizarse para su nueva vida al frente del cuidado de su bebé.

alrededor de dos puntos: por un lado el buen posicionamiento del feto y, por el otro, la expulsión de la placenta.

#### 1. El *suysu* evita la cesárea.

Los tres actores consideran que la técnica del *suysu* evita que las mujeres, cuyos fetos se encuentran en posición transversa o con prociencia\* de manos, terminen en una intervención quirúrgica como es la cesárea. Utilizando esta técnica solucionan y logran un parto normal, fácil y rápido en mujeres con dicho diagnóstico.

La obstetrix considera que durante el embarazo las parteras a través de la técnica del *suysu* pueden convertir una presentación podálica o una situación transversa en una presentación cefálica. Esta posición del bebé es la más adecuada para la atención de un parto normal por vía vaginal.

Como se ha visto, las parteras poseen varias técnicas para convertir las situaciones transversas y las prociencias de manos en presentaciones cefálicas. El protocolo no autoriza al personal de salud a intentar el uso de técnicas similares por lo que inmediatamente frente a estas situaciones, se tiene que practicar una cesárea.

Las mujeres que tienen la experiencia de atención tanto con la partera como con el personal del establecimiento de salud coinciden en que la técnica del

---

\* Cuando la mano del bebé antecede a la cabeza y sobresale por el canal vaginal.

*suysu* es muy importante porque permite que el bebé se encuentre en una adecuada posición que conllevará a un parto más rápido y fácil.

*En Chuschi la viejita de Hualchanqa, por ejemplo le decíamos a la gestante señora le van a hacer cesárea, se hacen las que no te entienden, si señorita; y se van donde la partera y regresan ya cefálicas. Si saben, son importantes, solo que están olvidadas. (Obstetriz)*

*Si estuviese en mis manos yo nunca le haría hacer la cesárea, incluso si está chueco yo lo enderezaría, incluso cuando está chaka, su cabeza aquí y su pie aquí, cuando estás suysundule nada más el bebé se coloca, solito se coloca el bebe”(Mayu-partera)*

*“...más que nada es también mucho mejor esta partera también, porque ella fácil te sacude en orden, ella te arregla bien y entonces ya te hace enfermar. En cambio en el hospital no te arregla, aunque este chueco o cómo sea esté no, nada” (Erasmamujer)*

2. El alumbramiento de la placenta más seguro con el personal de salud.

Otro encuentro entre las mujeres y el personal de salud es que el alumbramiento o expulsión de la placenta, es más seguro en manos del personal de salud oficial. Tanto las mujeres como la obstetriz saben que la partera no maneja fármacos –por ejemplo ampollas de Methergin en la atención de la salida de la placenta, con la finalidad de mantener contraído y el útero y evitar las hemorragias post parto- solo usa el rollete con el chumpi. Esta técnica se utiliza inmediatamente después del nacimiento del bebe. El rollete es un par de medias de lana gruesas dobladas en dos u otros retazos de tela, cocidas o colocadas al centro del chumpi. Al dar vueltas el chumpi en la cintura de la mujer el rollete coincide con su

estomago e impide la acumulación de sangre al interior del útero por la presión que ejerce en él.

Las mujeres consideran que una fortaleza del establecimiento de salud es el mejor manejo en la salida de la placenta. Mientras tanto la fortaleza de la partera es el mejor manejo del parto, porque garantizan la posición adecuada del bebe y una madre preparada psicológicamente para tener un parto rápido y fácil.

Este encuentro probablemente genera la estrategia que diseñan la parturienta y sus familiares en coordinación con la partera y que se observó en varios casos en el distrito del presente estudio. El parto es atendido por la partera pero inmediatamente ocurrida la salida del bebe los familiares comunican al personal de salud. Este está presente en el post parto inmediato y brinda la atención correspondiente a la mujer como la aplicación de la ampolla para evitar la hemorragia y otros cuidados específicos.

*“... es que la partera no saca la placenta, en cambio en la posta si saben. Te pone con rollete y chumpi, en manos de la partera se murió mi tía, porque la placenta no había pasado... pero más que nada es también mucho mejor esta partera también, porque ella fácil te sacude en orden, ella te arregla bien y entonces ya te hace enfermar. En cambio en el hospital no te arregla, aunque este chueco o cómo sea esté no, nada. Cuando es así chueco, así tal cual hacían enfermar, el bebito murió cuando lo llevaron a Ayacucho, en la posta pero su mamá se libró... Con la partera no he sentido tanto dolor casi nada de dolor, en cambio en la posta con mi último hijo un dolor pero total, un experimento tan experimento, un dolor demasiado grave, muy fuerte he sentido para que nazca, mi hijo también ha nacido muy mal...”(Erasma)*

## CAPITULO 5

### LA RESPUESTA DE LAS PARTERAS: ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN

En este capítulo se muestra las diversas formas como las parteras responden frente a la amenazas, represalias y prohibición de la partería. También trata sobre el declive de la partería y las estrategias de funcionamiento que diseñan las parteras en coordinación y consenso con las parturientas y sus parejas y familiares.

#### A. Las parteras y los modos básicos de respuesta.

Las parteras responden frente a las amenazas, las represalias y la prohibición de la partería por el personal de salud oficial de diversas maneras. Existen cuatro tipos básicos de respuestas, los cuales se presentan en esta sección.

##### 1. Parteras que abandonan seguir el ejercicio de la partería.

Existen parteras que abandonan seguir el ejercicio de la partería por la orden establecida por el establecimiento de salud que las prohíbe de atender el parto de las mujeres rurales así como por las constantes amenazas de ser apresadas y encarceladas, si ocurre algo malo con el bebe o la madre. En esta situación tan hostil encontramos parteras que no toman ninguna estrategia para seguir cumpliendo su rol dentro de la comunidad. Por el contrario abandonan y entran en la inactividad, olvidando sus conocimientos y habilidades de la partería. Es una actitud que adoptan y una decisión que toman frente a una

situación que las lastima. No existe ningún tipo de relación con el personal de salud.

*“He hecho llegar a muchas... así habré hecho dar a luz, así no más cuando estaba, fue prohibido que la partera haga enfermar en casa... Los doctores han prohibido totalmente, prohibido! diciendo. Por eso ahora yo solo sacudo en orden nada más y luego solo les mando a la posta... Ya no atiende hace varios años, será pues como 9 años que han prohibido... Si no hubieran prohibido, hubiera seguido pues como partera, hubiera seguido pues siempre, siempre así”(Chaska)*

En la muestra estudiada este fue el caso de Chaska.

## 2. Parteras que ejercen selectivamente y en forma oculta la partería.

Estas parteras atienden una parte de las mujeres y a las otras, las envían al establecimiento de salud para que den a luz. Es la actitud que toman la mayoría de las entrevistadas. No se enfrentan al personal de salud y ocultan su funcionamiento. Son conocidas por el personal de salud y tratan de quedar bien con ellos. Para lograr ello personalmente las acompañan a una parte de las parturientas al hospital para que reciban una atención. A otras mujeres las atienden en su domicilio. Inmediatamente después del parto el esposo o familiar, comunica lo ocurrido al establecimiento de salud. Mientras tanto, la partera huye del lugar de atención.

En el distrito de estudio ellas quedan bien con el personal de salud oficial y con las mujeres también. Generalmente atienden a aquellas que las ruegan, y a las otras las envían al establecimiento de salud. Incluso, muchas veces prefieren acompañarlas personalmente al centro de salud. Estas parteras fueron advertidas por el personal a no atender ningún parto más.

En general las parteras que limitan su rol de esta manera “voluntaria” tienen buenas relaciones con el personal de salud. Sirven de apoyo y colaboran con el objetivo de incrementar el parto institucional. Lo mismo con las mujeres pues complacen sus ruegos y su confianza. Sin embargo, su relación consigo misma es difícil porque tienen que huir del lugar de los hechos, inmediatamente después de atender un parto domiciliario, tal cual un delincuente que cometió un crimen. El “crimen” es hacer lo que siempre hicieron: ayudar y atender a la mujer en el momento del parto.

Hay motivos para pensar que esta respuesta es bastante generalizada entre las parteras andinas del sur del país.

*“Ahora también hago enfermar, pero ya no cuento, cuando no quiero, me ruegan no quieren ir al hospital, voy a morir, no se atienden diciendo no quieren, entonces callada nada más las atiendo. Entonces les digo corre, avisa está con las justas (paqwayña) diciendo, entonces le dicen, mientras venías nada más se ha enfermado jajajajajja. Entonces yo me voy, me escapo haciéndole dar a luz rapidito; eso es cuando me ruegan un montón ya, pero solo a una parte, a la otra parte yo misma les hago ir al hospital, poniéndole con mi ropa, poniéndole con mi fustán, incluso en las noches las llevo yo misma. Además la señorita... ya me ha advertido, ya no vas a atender cuidado!, me ha dicho”(Mayu)*

### 3. Parteras que ejercen la partería pero no ocultan su funcionamiento.

Estas parteras también atienden selectivamente a algunas de las mujeres que solicitan sus servicios, mientras que a otras las envían al establecimiento de salud para que den a luz. Pero la característica fundamental es que no ocultan su funcionamiento y se enfrentan al personal de salud. En el distrito en estudio

solo una partera adoptó esta actitud. Esta partera tiene ascendencia en el pueblo. Tiene bienes e inmuebles y se siente segura de su rol.

Cuando el personal de salud se entera y/o constata que está atendiendo a una mujer, ocurre una competencia abierta y un choque frontal entre ambas, que las lastima. Si la partera atiende y no niega su actuar frente al personal de salud el choque entre ambas es inevitable y genera rencores, temores y sentimientos encontrados en ambas. Se genera violencia verbal e incluso física. El personal de salud siente que su trabajo es usurpado por unas parteras que no tienen las técnicas ni los insumos convenidos en el sistema oficial de salud para la atención de la mujer durante el parto.

Es importante resaltar que la partera compara su forma y el modo de atención con aquella que brinda el personal de salud. Cuando siente que la atención que brinda el personal de salud sale de lo normal desde su perspectiva y sabe que los resultados pueden mejorar acude, si la llama -la parturienta- para utilizar sus conocimientos y habilidades y culminar con el nacimiento del niño. Cuando lo demuestra y logra su objetivo, la respuesta del personal de salud es de impotencia. No cabe en su lógica que la partera también puede participar adecuadamente en la atención de la mujer durante el parto. Entonces el personal reacciona con violencia y con actitudes -como el empujarla- que maltratan a la partera.

Cuando la partera se siente segura y no tiene el temor de hacerle frente al establecimiento de salud y tiene la convicción de que acude solo para ayudar guiado por sentimientos de altruismo o de reciprocidad, y en este su afán se encuentra con manifestaciones de violencia del personal de salud, se ve desconcertada y sola, y reacciona con violencia que puede ser física y verbal también.

Entre estas parteras y el personal de salud hay una relación de competencia y enfrentamiento.

*“Dónde está tu sonda, tu algodón, tu hilo dónde está tu alcohol! y por eso te habías metido a nuestro trabajo diciendo, comenzó ha hablar cuando todavía toda la sangre que se enfermó estaba en el suelo ja! Le dije acaso yo he venido por la fuerza, porque me ha traído yo he venido, además yo no me cobro, solo he venido por caridad, porque se trata de un vecino, entonces diciendo eso le empuje a la Fulana... También otra vez cuando mi hija Maura se enfermó, sentada me empujó, no sé quien doctora, pero me empujo, me empujo cuando ya le había librado... Entonces de aquí comencé a arreglarle, entonces de aquí y de aquí, luego le agarré de aquí, al mismo tiempo qayapándole, entonces nació el bebe y esa señora de la posta me empujó y me caí sentada con mi fustán...retírate! diciendo me empujó y me senté a la sangre y cuando me levanté de mi fustán comenzó a gotear la sangre, no sé cómo se llamaba Mengana creo, entonces vi una vez mi fustán, y leq! le tiré un lapo en toda su cara y haciendo eso me vine”(Wayta)*

4. Parteras que ejercen la partería clandestinamente sin contacto con el personal de salud.

Algunas parteras que viven en la zona, algo alejadas del establecimiento de salud, como consecuencia del desplazamiento que sufrieron luego de la violencia socio-política desde sus comunidades, continúan atendiendo a las mujeres durante sus partos. El personal del sistema de salud formal desconoce

que son parteras y tampoco éstas tienen contacto con el establecimiento de salud. Conocen de las represalias que ha establecido el personal de salud en contra de las mujeres, sin embargo nunca ha sido amenazada directamente (porque no la conocen como partera). La idea de prohibición del parto está generalizada en la población, por ello estas parteras siempre pasan desapercibidas, o solo son identificadas como la vecina cuando atiende un parto. Entre estas parteras y el personal de salud no existe ninguna relación. Entre las entrevistadas una partera representa esta situación.

*“No conozco a nadie, pero también nunca camino por la posta, pero tampoco nadie ni los que se enferman aquí, es así o así atienden en la posta no dicen, y además los de aquí, no se enferman todavía en la posta... Sí, sí, así si alguien me dice para que le atienda, aunque me estés viendo yo puedo hacer dar a luz jajajajaja. Si estuviese aquí no más, a mí me dirían pues” (María)*  
*“No, sola nada más le hago hacer dar a luz. A todas las atiendo así antes y ahora también... Y entonces me dijo –tú cómo así pues le has atendido- y le dije- me ha llamado pues su esposo, señorita y me dijo anda agarrándola, diciendo me dijo entonces cuando la estaba agarrando ha dado a luz jajajajajajaja (risas por haber engañado al personal) acaso soy tonta, no soy tonta jajajajajajaja” (Wayra)*

#### B. Estrategias de funcionamiento.

Las parteras entrevistadas para este estudio fueron ocho (seis mujeres y los varones) que con excepción de una, atienden a las mujeres rurales durante el parto. Siguen, incluso conociendo las represalias del personal hacia las mujeres que atiende como son las multas o aún con las amenazas de llevarlas presas y encarcelarlas si algo sucediera con la madre y con el niño. Además,

con el fantasma de prohibición que existe. Para ello, se viene consolidando una estrategia nueva de funcionamiento llamado “protocolo de adaptación”.

#### 1. El “protocolo de adaptación”

El “protocolo de adaptación” lo ejecutan las parteras en acuerdo conjunto con la mujer que va dar a luz y sus familiares, para que el parto de la mujer ocurra en su domicilio. Es protocolo comienza a inicios del embarazo de la mujer.

Primero, deciden que la mujer durante su embarazo tiene que ir al establecimiento de salud para su control prenatal.

Segundo, en el momento del parto le comunican a la partera, quien acude al llamado y se acerca al domicilio de la mujer para atenderla.

Tercero, una vez atendida la mujer deciden que el esposo o algún familiar acuda al establecimiento de salud comunicando la situación crítica de la mujer, que se encuentra con dolores muy fuertes que no le permiten acudir al establecimiento.

Cuarto, si la partera es una persona conocida por el personal de salud y está bajo sospecha, ella huye del domicilio de la parturienta; si no es conocida por el personal de salud se identifica como la vecina que quedó al cuidado de la mujer.

Quinto, el personal del establecimiento de salud acude inmediatamente a la casa de la mujer y se hace cargo del post parto inmediato.

Sexto, la parturienta o sus familiares informan al personal de salud que la mujer dio a luz sola, mientras el esposo se ausentó al establecimiento de salud para comunicar la ocurrencia.

2. Los resultados del “protocolo de adaptación”.

El “protocolo de adaptación” tiene resultados positivos para las parteras y parturientas y así colabora con la continuación de la partería en los Andes.

a. Con el control prenatal se logra que la mujer esté registrada y sea conocida por el personal de salud. Este hecho es utilizado como un recurso por la mujer y la partera para que el parto pueda ocurrir en su domicilio. Además, el esposo o familiar podrá comunicar en el establecimiento de salud sin problemas la situación de la mujer próxima a dar a luz.

b. Se evita las represalias del establecimiento de salud. Las mujeres que son atendidas por la partera, no serán sujetas a las multas para acceder al certificado de nacimiento de su recién nacido y su posterior registro en la municipalidad correspondiente. Tampoco no serán suspendidas de recibir los cien nuevos soles durante tres meses del programa Juntos.

c. Las parteras atienden con mayor seguridad porque fueron solicitadas a brindar su atención por una marcada insistencia y libre voluntad de la mujer y su familia, a pesar de la presencia del centro de salud. Además porque está garantizado que el personal de salud no se enterará de la atención que brinda, y este personal sin embargo acudirá inmediatamente en el post parto.

d. Si la partera no ha sido identificada como tal por el establecimiento de salud evita que sea conocida y luego observada y vigilada, lo que puede incrementar

sus temores. Si es conocida como partera por el personal de salud, al huir deja constancia que ya no atiende partos, quedando en la clandestinidad su atención.

e. El personal de salud se entera de lo ocurrido inmediatamente después de la salida del bebé; es decir, en la fase del alumbramiento (placenta) y el post parto inmediato. El post parto inmediato es aquella etapa que implica mayor riesgo porque las hemorragias y otras complicaciones de este periodo constituyen la primera causa de muerte materna en el Perú. Entonces, el personal de salud está presente en el momento de mayor riesgo, para estar vigilante a la presencia de cualquier complicación.

f. Finalmente, aseguran la posterior atención del recién nacido en el establecimiento de salud, si es que este enfermara. De lo contrario podrían encontrar ciertas dificultades al solicitar el servicio de atención para sus niños.

*“Entonces les dije no le van a avisar lo que yo le he hecho enfermar, porque me pueden decir cualquier cosa incluso si el bebuto se enferma pueden decirte quien le ha hecho enfermar pues que le atienda ella, les puede decir, es muy difícil hacer enfermar callada nada más, a ocultas nada más, de la posta”.  
(Para)*

*“Si de ir, si ha ido (a la posta cuando estaba embarazada), pero no le ha gustado lo que le a arreglado y allí es cuando pues le dije, tú esposa ha ido pues a la posta corre pues y dile, así pues cuando estuvimos viniendo de la chacra le ha vencido, diciendo eso pues a su señor. Entonces –así es, a mi vecina la he dejado muy mal ya a mi esposa, ya no pudo ya venir ya- le había dicho, entonces habían saltado (el personal de salud) y cuando el bebé ya estaba afuera, pues han llegado. Y entonces me dijo –tú cómo así pues le has atendido- y le dije- me ha llamado (vecina) pues*

*su esposo, señorita y me dijo anda agarrándola, diciendo me dijo entonces cuando la estaba agarrando ha dado a luz jajajajajaja (risas por haber engañado al personal) acaso soy tonta, no soy tonta jajajajajajaja”(Wayra)*

*“No, por nada no puedo ir a la posta decía la mujer de dolor, me van a chakatar (me van a echar y me van a abrir mis piernas) a la fuerza, y no quería ir. Entonces le dije pero me van a decir pues (los de la posta), cómo pues tú, si nosotros estamos. No, no le vamos a avisar... Nada, no me dijeron nada, no sabían nada, nadie les contó que yo había atendido el parto, yo estoy como compañía nada más pues, así no más pues, no le contaron nada pues a nadie, ni yo tampoco no conté nada, estuve callada nada más y así nunca se enteraron... Y entonces por nada de lo que tu les hecho enfermar, nosotros no vamos a avisar diciendo, en nosotros nada más dio a luz diciendo vamos a decir, mama. No papa no voy a poder, de repente esta primeriza está también como, diciendo eso yo no quise, entonces no por nada vamos a avisar, por nada diciendo me alcanzó sus 10 soles... Los de la posta pues les da un papelito para la dataría, pero no le cobran multa porque dicen que dio a luz en ellos mismos que les ganó, mintiendo ya pues, mintiendo ya pues, cuando estábamos nosotros nada más, fue de un momento a otro, ni para venir rápido no pude, porque como le agarró sus dolores, agárrame, agárrame diciendo me dijo, entonces los dolores le exigieron de un momento a otro diciendo pues y mienten ya pues mama”(Para)*

*“Ahora también hago enfermar, pero ya no cuento, cuando no quiero, me ruegan no quieren ir al hospital, voy a morir, no se atienden diciendo no quieren, entonces callada nada más las atienden. Entonces les digo corre, avisa está con las justas (paqwayña) diciendo, entonces le dicen, mientras venías nada más se ha enfermado jajajajajaja. Entonces yo me voy, me escapo haciéndole dar a luz rapidito; eso es cuando me ruegan un montón ya, pero solo a una parte, a la otra parte yo misma les hago ir al hospital, poniéndole con mi ropa, poniéndole con mi fustán, incluso en las noches las llevo yo misma”.(Mayu)*

*“Si das a luz con la partera, te dice pues porque no le has traído, si porque le ha vencido aquí no más se ha librado si ella es su partera, ya y ve si está normal el bebe que ha nacido, si está normal la placenta, ya entonces ellos también ya se regresan, y para su dataría, le decimos pues cuando estaba avisando, en mi atrás se había enfermado y por eso ya no te cobra. Si no le informas y vas a su dataría, entonces ahí sí”(Erasma)*

Sin embargo, esta situación de clandestinidad genera también temores y dificultades como una complicación repentina del parto y el consecuente castigo de ser encarcelada y apresada. La partera conoce su situación y es consciente de ella porque fue amenazada por el personal de salud. Muchas veces se niega a atender a las mujeres, les dice que vayan a la posta, pero ante la insistencia de las mujeres y sus familiares, finalmente accede a atenderlas.

*“Le atendí hasta que dé a luz es a la mujercita de Eugenio Quispe, la hice enfermar a ella cuando igual no quiso ir a la posta, le hice enfermar yo, haciéndole sacudir en orden, se enfermó ahí nada más..., es muy difícil hacer enfermar callada nada más, a ocultas nada más, de la posta, no quise que le avisarán a la posta. Allí nada más... Depende pues quizá la mamá o el bebido también pueden enfermarse de repente entonces me dirían pues porque tú le has hecho enfermar pues, cúrale me dirían pues los de la posta. También la señora fulana nada más me dijo, vas a ir preso si algo está o sale mal, ella es la que me dijo... Así pues ahora por todo eso pues están mintiendo, y quizá alguien puede avisar cómo soplo puede ser y pueden decir ella estaba haciendo enfermar, me pueden decir, entonces es difícil ya pues, le pueden decir de un momento a otro si es que pasa algo. Por eso ahora muchas veces ya no quiero, estando tranquila, por ser querendona a cualquier cosa puedo entrar, cualquier cosa me puede pasar, estando tranquila, acaso mi ser querendona me va a sacar (de la cárcel) digo ya pues mamá”(Para)*

Mientras tanto, el personal de salud afirma que tienen una cobertura al 100% de partos institucionales. Las únicas excepciones son aquellas en que el proceso del parto sucede en forma repentina, que no les da la posibilidad a las mujeres de atenderse en el establecimiento de salud.

*“Hemos tomado un montón de estrategias, y la que funcionó y ahorita tenemos el parto al 100%, el más importante es solo el buen trato, el buen trato, eso simplemente darle una caricia, agarrarle a la gestante, darle una sonrisa y nada más, se ha cambiado bastante al 100% diría yo. Hay algunas que se nos escapan pero ellas avisan, a veces es en el camino generalmente hace poquito una señora dio a luz en su casa, no soportó y nació, hace solo tres días... Aquí, (distrito de estudio) ya no hay parto en domicilio, como te digo. Así, así como cuando la gestante quiere quedarse en su casa, ya no, ya no, como te digo se les escapa y nos avisan y nos llevan y nosotros tenemos que ir, por a ó b se les escapa y nos avisan y así vamos”.*(Obstetriz)

### C. La vigilancia y persecución de las parturientas.

La vigilancia y persecución de las mujeres próximas a dar a luz y las amenazas a la partera del personal de salud genera varias actitudes y respuestas por parte de las mujeres y sus familiares.

a. Primero se tiene la complicidad de la mujer con la partera para que sea ésta quien le atienda su parto. Incluso le adelanta una paga para asegurar su atención. Tanto la mujer como la partera permanecen en silencio, pero saben que si el personal de salud no se hace presente las dos participaran en el proceso y culminación del parto.

*“Cómo estás mama diciendo te está exigiendo los dolores o no, quizá te estás asustando a la señora... le dije en secreto nada más. A esta me había traído, había venido dice la que se enfermaba (en voz muy baja), no me duele nada (en voz alta), ya se hizo la que no estaba enferma, ya no me duele nada, estoy bien... Después mas tarde, dándome 10 soles me llevó, entonces la que se estaba enfermado se molesta con su esposo, yo me asusto mucho, mucho, demasiado a esa plaga, diciendo dijo la que se estaba enfermándose.”*(Para)

b. Segundo, al presentarse el personal de salud en la casa de la mujer que va a dar a luz ésta puede fingir no tener dolor alguno. Sin embargo esto

genera en la mujer molestia, preocupación y el temor que se pueda desencadenar la pérdida o desaparición de sus dolores del parto. La mujer se siente violentada y reacciona con molestia manifestando que ya informó su situación de estar bien de salud.

*“Entonces, pues dice le volvió a preguntar y a preguntar ¡no me duele nada te estoy diciendo señora! No me duele nada, estoy bien diciendo eso se había molestado, entonces ellos también se habían regresado”(Para)*

c. Tercero, la mujer toma actitudes que la exponen a mayores peligros como el alejarse del personal del establecimiento de salud para que no pueda alcanzarla. De cualquier manera quiere evitar dar a luz en sus manos.

*“Entonces me regresé, y ese rato nada más que me regresé se había ido, esa fulana va venir, va a regresar diciendo se había ido de la defensa a su casa de chacra. Entonces pues, había venido su esposo, y me rogó mamacita linda síguemelo te voy a pagar diciendo, no me gusta la fulana seguro va volver diciendo se ha ido, me dijo. Por allí cuando se calienta le puede agarrar, no vas a venir diciendo a mi también me ha requintado diciendo me dijo”.(Para)*

## CAPÍTULO 6

### CONCLUSIONES

1. El sistema de salud oficial en el Perú se encuentra en una encrucijada. Primero no sabe como actuar frente al sistema de salud andino que viene funcionando y sirviendo a la población de las comunidades rurales y urbanas. Segundo, el personal de salud vive una tensión pues maneja un discurso de interculturalidad que no se refleja en su intervención. Es necesario resaltar que en esta encrucijada, la partera es el eslabón más débil y más vulnerable, incluso más que otros actores del sistema de salud andino como los curanderos y hueseros, porque es mujer y es analfabeta. Además, realiza una actividad que se topa con el indicador más sensible que mide la salud de la población y el desarrollo de un país en general, como es la atención del parto. Esta actividad ha sido encomendada explícitamente al sistema de salud oficial de salud, para garantizar la salud de la madre y el niño. En la búsqueda de su cumplimiento entran en competencia y en confrontación con la partera. Esta competencia se da en una asimetría de poderes, es desleal e inequitativa.
2. El sistema de salud oficial monopoliza la salud y desplaza a las parteras. Si esta situación continúa, para la siguiente generación no quedará partera alguna en los Andes peruanos y como consecuencia tendremos

miles de mujeres que se quedarán sin aquella mujer especialista que las ayude durante su embarazo y parto, y sin los conocimientos adquiridos producto de su herencia sociocultural que son valiosos para las mujeres altoandinas y para su población en general. El Perú es un país pluricultural donde existen diferentes sistemas de salud entre ellos el andino, el aymara, el amazónico y otros. Las parteras viven una situación de exclusión, de amenazas, de represalias de parte del personal de salud. Estas actitudes del personal de salud generan su desplazamiento, actúan como una fuerza poderosa e invisible que las arrincona y las aplasta. La respuesta final es la huida, la clandestinidad, el silencio. Entre las parteras entrevistadas para este estudio, hay una excepción: Wayta, una partera que compete y choca frontalmente con el personal de salud. Esto sucede porque está empoderada. Cuenta con una casa grande y costosa, sus habitaciones son arrendadas a los profesores o empleados públicos de la zona, tiene hijos profesionales, cuenta con terrenos y cultiva cantidades grandes de verduras y hortalizas.

En la mayoría de casos, no hay una respuesta frontal y abierta de las parteras hacia el personal de salud. Entonces los derechos de esta mujer indígena, especialista del sistema de salud andino, son violentados.

Las parteras conocen el perfil socio cultural de las pobladoras que atienden, lo que se convierte en una ventaja frente al sistema de salud

peruano que es homogeneizante de la salud y enfermedad, por lo que, generalmente sus intervenciones están protocolizadas y son válidas en todo lo ancho y largo del país.

3. Las parteras tienen estrategias de funcionamiento que les permiten seguir atendiendo, muchas veces clandestinamente. Son estrategias diseñadas en coordinación con la embarazada y sus familiares. La aplicación de estas estrategias permite la llegada del personal de salud oficial en la etapa del post parto inmediato, periodo catalogado como de mayor riesgo en la salud materna, permitiéndoles prevenir las hemorragias que son la primera causa de muerte materna en el Perú. Entonces el personal de salud oficial considera que tiene una cobertura de partos institucionales al 100%.
4. Los derechos de las mujeres rurales andinas son violentados por el sistema de salud oficial al no permitirles decidir libremente dónde y con quién atenderse durante su embarazo y en el momento del parto. Las gestantes que deciden atenderse con la partera son sujetas a una serie de represalias y castigos tanto desde el sistema de salud oficial como directamente del propio Estado a través del Programa Juntos.
5. Los vertiginosos cambios que vive actualmente el mundo llegan también a los pueblos andinos y a sus instituciones y los envuelven. El paradigma actual de respeto a la diferencia y la valoración de las otras

culturas tiene una experiencia plasmada en bibliografía y medios que debería facilitar que el personal de salud desarrolle una intervención con este enfoque. Todavía no lo logra por la presencia de una serie de factores como son el propio sistema de salud oficial con su carácter jerarquizado y vertical, con diseños de intervención elaborados desde las más altas jerarquías del Ministerio sin la participación de las autoridades locales y los profesionales de las ciencias sociales, mucho menos el reconocimiento de otros sistemas de salud existentes en los Andes peruanos. Tiene solo pautas de salud y enfermedad citadinos y occidentales. Estos factores son barreras para intervenir con respeto en una población con construcciones de salud y enfermedad diferentes.

6. Los especialistas en salud de nuestra cultura andina como las parteras viven un abandono de parte del Estado peruano y del Ministerio de salud que norma la salud en el país. Actualmente, tiene las características propias del atraso y la exclusión en la que han vivido por años. Son analfabetas, viven en condiciones de extrema pobreza en su mayoría. El Estado peruano debería considerar en sus políticas a los actores del sistema de salud andino que brindan un servicio a los pobladores peruanos en los lugares más alejados y en las condiciones más extremas.

Frente a esta realidad, es necesario mejorar las condiciones de vida y desempeño de las parteras y parteros. Tienen conocimientos y

habilidades para ayudar a las mujeres más pobres del país en un momento tan significativo en sus vidas como es el nacimiento de un nuevo ser humano. Sin embargo, la fortaleza que poseen no es valorada por sistema de salud oficial. Específicamente en el distrito de estudio quizá no exista ninguna intervención de cooperación y crecimiento mutuo de los actores de salud andino y oficial que genere en ambos el desarrollo humano.

7. La mujer andina considera que el embarazo y parto es un proceso fisiológico en el que el cuerpo cumple un papel muy importante porque conduce con sabiduría todo el proceso, donde la parturienta es la principal protagonista y la partera es su ayuda. Están en contra de las actitudes intervencionistas e invasivas del personal del sistema de salud oficial. Mientras en el Ministerio de salud, contrariamente, se incrementan el número de cesáreas lo cual genera mayores costos para su presupuesto siempre insuficiente para cubrir las demandas del país.
8. En el mundo, específicamente en los países desarrollados, actualmente existe una tendencia del parto alternativo. La atención del parto es poco ortodoxo tanto en la postura de la parturienta, el entorno, los protagonistas y la atmósfera. Incluso, en el Perú existe la casa de partos “Qapariq” en uno de los distritos más exigentes y ricos de Lima. Las mujeres que acuden a esta casa, en su mayoría, pertenecen a un nivel socio económico alto. Son mujeres que se sienten más cómodas

con ser las protagonistas de su parto, buscan su posición más cómoda, cuidan su intimidad, garantizan un ambiente agradable y silencioso, donde la participación de la pareja es primordial. Cuando este servicio lo brinda una persona extranjera -europea, exactamente belga- tiene aceptación y el Estado ni se asoma.

Mientras, si la partera es andina, indígena, quechuahablante y analfabeta que brinda el servicio durante el parto, cuidando justamente las características principales de la tendencia actual como son: el protagonismo de la parturienta, un entorno familiar, en compañía de su pareja, en una atmósfera de confianza, libre, con la postura de parto más adecuada y cómoda para la parturienta. En este caso, el Estado si está presente para prohibir la atención y amenazarlas. Es un sistema de salud oficial con poca voluntad de conocer, aprender y respetar las capacidades de los especialistas en salud de las culturas del Perú.

9. Las condiciones en las que tanto la partera como la obstetrix atienden a la mujer rural andina durante su parto son deficientes.

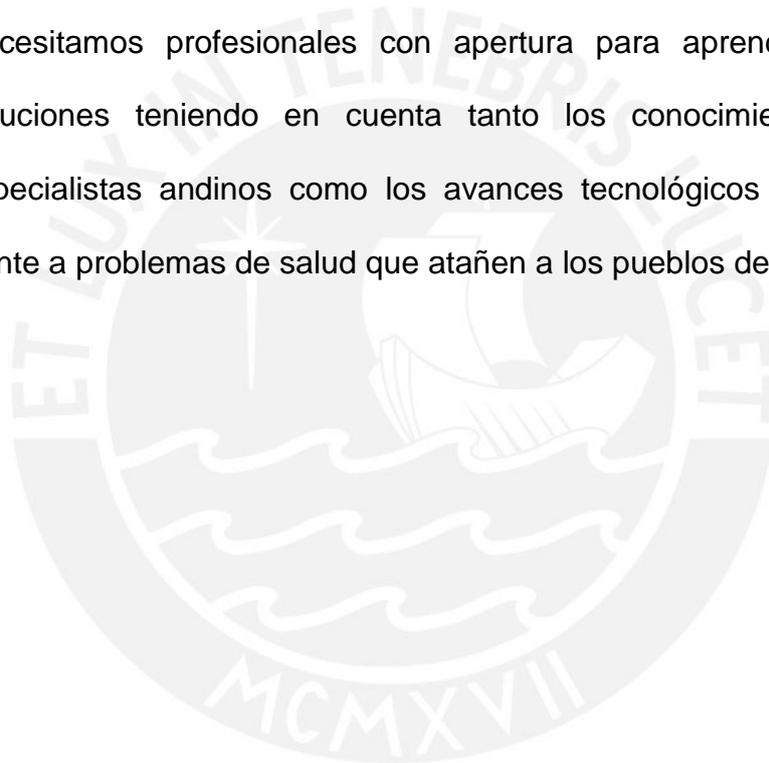
La partera atiende en una situación de clandestinidad, con la idea de huir del lugar de atención. Constantemente recibe las amenazas del personal de salud de ser encarcelada si algo malo sucede con la madre o el niño. Sin embargo, la partera realiza una serie de actividades alrededor de la atención del parto. Acude a la casa de la mujer en horas de la noche, bajo lluvias torrenciales, salvando caminos peligrosos, dejando a sus

hijos pequeños, soportando el frío de la zona, con el objetivo de ayudar a una mujer durante su parto, esté donde esté y con los recursos y auxilios que tenga a mano.

Por otro lado está la obstetrix con mucha disconformidad de su condición laboral. Es contratada por servicios no personales. Nunca tuvo vacaciones durante los doce años de trabajo, ningún seguro de salud, ni otros beneficios como tiempo de compensación por tiempo de servicios, ni gratificaciones en los meses de diciembre, ni abril. Recibe un salario que no le satisface y que no cubre sus necesidades básicas. Tiene abandonada a su familia en la ciudad. Además, se desenvuelve en un ambiente jerarquizado, donde la constante es la lucha de poderes. Tiene la presión de instituciones como la Defensoría del Pueblo, que está vigilante al cumplimiento del respeto de los derechos de las usuarias externas del establecimiento de salud.

En este contexto de sentimientos encontrados de frustración, disconformidad, insatisfacción y de dilemas la obstetrix atiende a la mujer durante el parto. Muchas veces al igual que en el caso de las parteras también acude a llamados nocturnos, realiza caminatas peligrosas, salva muchas vidas maternas. Entonces se pregunta sobre sus derechos como usuaria interna. *¿Dónde están mis derechos?* También se siente abandonada y desprotegida por el Estado peruano.

10. El papel de las universidades es fundamental en la actual formación de los profesionales de la salud. Estos deben garantizar profesionales sensibles con las características sociales de nuestro país, en lo que respecta a la salud y enfermedad. Deben ser profesionales con actitudes críticas a los conocimientos y técnicas invasivas que generan un imaginario de invalidez en las personas andinas con esta experiencia. Necesitamos profesionales con apertura para aprender y proponer soluciones teniendo en cuenta tanto los conocimientos de estos especialistas andinos como los avances tecnológicos en la medicina frente a problemas de salud que atañen a los pueblos del Perú.



## CAPÍTULO 7

## BIBLIOGRAFÍA

Aguilar Mary y Bradby Bárbara. Partos domiciliarios y hospitalarios en un barrio periurbano de Sucre: experiencias relatadas por mujeres. Bolivia. 1995 pp. 6.

Allen Rebecca y col. Las familias y comunidades rurales ante las emergencias obstétricas. Resultados de una investigación cualitativa provincias del norte y centro de Ayacucho, 2000. pp. 29 y 30.

Alarcón A. Vidal A. Neyra J. “Salud intercultural: elementos para sus bases culturales” En *Rev. Méd Chile*. V131. N 9. Santiago. Universidad de la Frontera. Facultad de medicina. Sep. 2003.

Anderson Roos, Jeanine.

Mujeres de negro. La muerte materna en zonas rurales del Perú. Estudio de casos. Lima Ministerio de Salud-Proyecto 2000, 1999. Pp.191.

Tendiendo puentes: calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud. Manuela Ramos. Lima, 2001.

Derechos humanos y mortalidad materna. Documento preparado por encargo del Instituto Nacional de Salud y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Texto Inédito. Lima, 2006.

Conversación personal. Profesora principal de la facultad de Antropología. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, 02. 2007.

Blumer Herbert. El interaccionismo simbólico: perspectiva y métodos. Barcelona, 1982.

Broker Angela et al. Promoción de la Medicina y Prácticas Indígenas en la Atención primaria de la Salud: El caso de los quechuas del Perú. División de Desarrollo de Sistemas de Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington DC, Diciembre 2001. pp. 11.

Crandon Malamud Libbet. From the Fat of our Souls. Social Change, Political Process and Medical Pluralism in Bolivia. Berkeley: University of California Press, 1991. Texto traducido en el transcurso del curso Antropología de Salud de la Maestría de Antropología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. agosto-diciembre. 2006.

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continua 2004 Informe Preliminar Instituto Nacional De Est

adística e Informática (INEI), Lima Abril 2005 pp. 17.

Francke Marfil y Reynoso Raquel. Salud y enfermedad en los márgenes. Ediciones Nova. Lima, 2007.

Francke P. Arroyo J. Guzmán A. Políticas de salud 2006-2011. Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). Lima 2006

Kreimer, Elizabeth. "Un proyecto de salud.... pero, para quién". En: *"Cultura y Salud en la Construcción de las Américas. Reflexiones sobre el Sujeto Social"*, C. Pinzón, R. Suárez y G. Garay, comps. y eds., coedición del Instituto Colombiano de Cultura y Comitato Internazionale per lo Sviluppo del Popoli, 1993. Pp 10.

Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva: Lima, 2004. [350] p.; tab; illus.

Naccarato Paola y Vargas Rosana. La atención de la gestación y el parto: estudio antropológico con un grupo de parteras empíricas migrantes en Villa El Salvador y un grupo de parteras de la selva peruana en Estudios Sociodemográficos de pueblos indígenas. Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) Serie E No 40. Santiago, Chile. Diciembre de 1994. pp.206.

Organización de las Naciones Unidas ONU. Informe del Secretario General. Examen de la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing y de los documentos finales del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General titulado “La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI”. E/CN.6/2005/2 pp. 118, 122 y 123.

Oths Kathryn. Enderazándolo en los Andes. Dolor esqueleto muscular y el rol del compondor. (1999). Texto traducido en el transcurso del curso Antropología de Salud de la Maestría de Antropología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. agosto-diciembre. 2006.

Seoane Guillermo, Kaune Verónica, Córdova Julio. Diagnóstico: Barreras y viabilizadores en la atención de complicaciones obstétricas y neonatales. Mothercare II-La Paz, Bolivia, 1996. Pp. 104

## ANEXO 1

Cuadro resumen de parteras

	Pseudónimos	Edad	Sabe leer y escribir	Estado civil	Número hijos	Ocupación
1	Killa (Luna)	65	No	viuda	8	En la chacra, hilar, luego hago tejer mantas. Ahora ya no veo para hilar, mama
2	Chaska (Estrella)	55	No	casada	12	Será pues a lo que "hago llegar" qispichisqallta chiki. Antes yo hacía llegar pues, hacía enfermar, cierto pues, inclusive lo que no podía el hospital, yo hacia llegar...
3	Wayra (Viento)	61	No	viuda	7	Hago hilo, (awata awani), hilo (puchkata puchkani), hago medias, hago gorras, hago mantas, hago guantes jajaja, en la chacra cuando voy, arrancamos el maíz, golpeamos las habas, las hacemos ventear, si voy por trigo cuando corta y golpea, nosotras hacemos ventear, si voy a la chacra de papas, recojo las papas cuando el varón saca de la tierra.
4	Mayu (Río)	58	No	casada	11	Hilo la puchka, hago negocio, hago medias, tejo chompas, con eso nada más, voy a mi chacra, corta los maicitos, golpeo las habitas.
5	Wayta (Flor)	76	No	viuda	7	Así, pues yo en mi trabajo, así cuando están mal me vienen, entonces yo les arreglo, les qayapu, cuando están con la mano (muqawan) movida les arreglo, o su pié está dislocado, le arreglo; o si el bebé se asustó, le qayapu, y se sana. También, cocino, voy a la chacra y trabajo, siembro zanahoria y como un varón

\* Se usan pseudónimos (palabras en quechua) para proteger la identidad de las parteras.

						saco en mallas, hago demasiado peso, hago mucho.
6	Para (Lluvia)	60	No	viuda	9	Negocio, en mi casa, en mi chacra.
7	Tayta (Señor)	80	No	casado		Chacra.
8	Inti (Sol)	40	Si	casado		Agricultor, trabajo en la chacra cultivo papa, haba, trigo, verduras: cebolla, zanahoria, col.

