

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



*Parteras*

*Un documental etnográfico sobre la situación actual de  
la partería indígena y rural en Cusco*

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
MAGÍSTER EN ANTROPOLOGÍA VISUAL**

**AUTOR:**

**María Loreto Arias Salgado**

**ASESORES:**

**Quinteros Meléndez, Alonso**

**Yon Leau, Carmen Juana**

**Lima, Perú 2019**

## TABLA DE CONTENIDO

<b>RESUMEN</b> .....	<b>4</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>7</b>
<b>Problema de investigación</b> .....	<b>7</b>
<b>Pregunta:</b> .....	<b>18</b>
<b>Objetivos:</b> .....	<b>18</b>
<b>Justificación</b> .....	<b>18</b>
<b>Estado de la cuestión</b> .....	<b>19</b>
<b>Una mirada de los colectivos de parteras a nivel regional</b> .....	<b>27</b>
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>32</b>
<b>Metodología y técnicas de investigación</b> .....	<b>32</b>
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>37</b>
<b>Marco Conceptual</b> .....	<b>37</b>
Poder y jerarquía: un acercamiento a las relaciones entre Estado y el pluralismo en salud. ....	37
<b>Interseccionalidad</b> .....	<b>44</b>
El control de los cuerpos .....	46
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	<b>52</b>
<b>Trayectorias del oficio</b> .....	<b>52</b>
a) Esteban Quispe.....	53
b) Leonor Samaleón .....	59
c) Bárbara Vaca.....	69
d) Paula Serrano Fierro.....	72
<b>CAPÍTULO V</b> .....	<b>82</b>
<b>El documental etnográfico: El estado del arte del documental</b> .....	<b>82</b>
a) Discusión del corpus de documentales relevantes para el tema y la propuesta documental .....	82
<b>CAPÍTULO VI</b> .....	<b>90</b>
<b>El ejercicio actual de la partería en Cusco: Producción del documental e informe escrito..</b> <b>90</b>	
Reflexión sobre el proceso de producción del documental .....	90
<b>Hallazgos de la investigación de campo.</b> .....	<b>92</b>
a) La atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer en un contexto de marginalidad. ....	92

***CAPÍTULO VII* .....104**  
    ***Conclusiones* ..... 104**  
***BIBLIOGRAFÍA* .....114**



## RESUMEN

Esta investigación se centra en el rol actual de la partería en zonas rurales de Cusco, principalmente en el valle de Urubamba, y como este oficio se ha ido debilitando producto de un desarrollo progresivo de la biomedicina en el territorio. Al acercarnos al mundo de la partería, pudimos constatar que estos agentes de salud en los últimos 10 años se cruzan con diversos obstáculos para ejercer su oficio, sin embargo, tanto ellos como las mujeres que las buscan, resisten las practicas paternalistas y autoritarias por parte de la institucionalidad oficial en salud, logrando atender sus necesidades de forma marginal y deslegitimada en sus comunidades. En este contexto, el objetivo del estudio fue poder rescatar los testimonios de 3 parteras y un partero, quienes nos muestran cómo fueron sus procesos de aprendizaje del oficio, como se desempeñaron por años, atendiendo los procesos reproductivos y sexuales de las mujeres de sus localidades y de otras circundantes y el ocaso de la atención del parto, producto de una prohibición y hostigamiento sistemático desde los profesionales en salud. A pesar de ello, aún permanece la fortaleza para salvaguardar su identidad y no olvidar ni abandonar el conocimiento tradicional sobre sus sistemas de salud.

“La más grande perversidad en la medicina (moderna) ha ocurrido porque la vida no fue honrada. Las mujeres han sido robadas de la gloria de sus propios cuerpos, en tiempos recientes, la extracción y mutilación de órganos reproductivos y senos, y el tratamiento de pasajes naturales de la vida – parir, menstruación, menopausia – como enfermedad” (Achterberg, 1990 en Ingar: 2017)

## INTRODUCCIÓN

El interés por esta investigación nace cuando comienzo a cuestionarme sobre la ausencia de evidencia de sistemas de salud alternativos en mi país (Chile) y como estos habían prácticamente desaparecido a causa de una alta expansión de la salud estatal en gran parte del territorio del Estado.

Paralelamente, me fui cuestionando sobre la excesiva medicalización y abuso de tratamientos desde la biomedicina, y al mismo tiempo, una ausencia de discusión sobre de los efectos de estas formas de medicina, perdiendo las personas, toda autonomía sobre sus propios cuerpos.

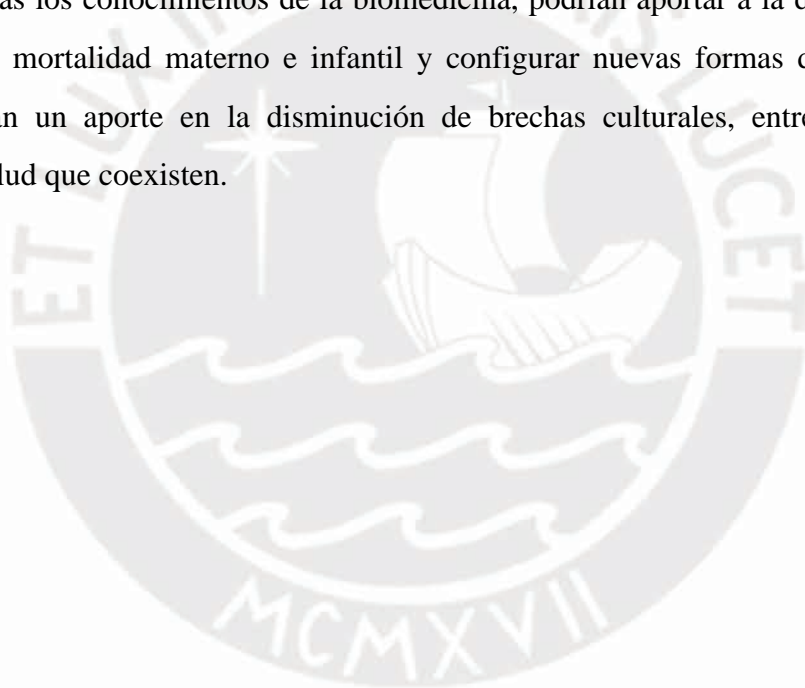
Al tiempo de vivir en Perú, fui reconociendo diversas manifestaciones y discursos que me llevaron a conocer otras formas de comprensión y significación acerca de la salud y enfermedad, lo que me llevó a buscar y explorar donde podía conocer y ver estos otros sistemas de salud.

De esta forma, empecé a pensar que pasaba con lo que rodeaba a la maternidad y el nacimiento y comencé a observar que aún era posible encontrar la práctica de la partería, principalmente en zonas rurales, sin embargo, esta se encontraba debilitada por el proceso de expansión de la biomedicina, este contexto, y específicamente el testimonio de 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” (Velarde 2007:3) se transforma en el eje central de mi investigación.

El presente estudio tiene como objetivo, conocer el testimonio de parteras y parteros sobre el ejercicio de su oficio, y como este se desarrolló o se desarrolla actualmente en sus vidas; principalmente por medio de tres ejes, como aprendieron, como practicaron el oficio y

como siguen ejerciendo la atención a las mujeres en una condición de marginalidad.

Frente a esta situación de debilitamiento de la partería y su ejercicio en una condición marginal, sumado a la observación de prácticas de intermedicalidad, mi interés es generar un material que, primero, permita conocer visualmente algunos de los conocimientos y practicas a la base del ejercicio de la partería; como adquirieron su conocimiento las personas que ejercieron la partería indígena/rural, la historia de su trayectorias, y finalmente poner en evidencia como muchas parteras y parteros han abandonado su oficio o parte de este debido a la expansión de la biomedicina. Por último, contribuir en la reflexión de cómo fortalecer estas prácticas por medio del conocimiento de otros sistemas de salud alternativos más los conocimientos de la biomedicina, podrían aportar a la disminución de los índices de mortalidad materno e infantil y configurar nuevas formas de atención en salud que sean un aporte en la disminución de brechas culturales, entre los diversos sistemas de salud que coexisten.



## CAPÍTULO I

### Problema de investigación

La partería andina indígena y campesina es parte de la diversidad de las prácticas de salud en el Perú y su ejercicio responde a las tradicionales formas de apoyar los nacimientos.

Hoy, la partería tradicional se ve amenazada por un fuerte avance de las prácticas biomédicas en salud, controlando la salud sexual y reproductiva de las mujeres, la que tradicionalmente estuvo en manos de las parteras (os) de las comunidades. La progresiva presencia de postas de salud en zonas rurales, no ha estado exenta de complejidades, en tanto el choque cultural entre la formación del personal de salud y la comunidad muchas veces, no encuentran puntos en común en relación a como significan e interpretan los procesos de salud, atención, enfermedad, y en consecuencia se crean relaciones de jerarquía entre personal de salud y las parteras, mujer gestante y familia, donde en diversas situaciones se ven desvalorizadas las prácticas de sus sistemas de salud. Un ejemplo de estas diferencias, cita el antropólogo Walter Pariona:

El médico vuelve a llamar a otro paciente, entra una joven embarazada de 17 años, junto a ella su intérprete y el esposo. El médico les dice que no pueden entrar todos solamente la paciente y el intérprete. Como el esposo no se retira, acepta que se queden los dos mientras dice en voz baja a la enfermera: “no sé por qué no entienden, uno les repite mil veces y nada; a parte de ignorantes son tercicos...”. El médico pregunta a la paciente sobre la movilidad fetal: ¿Se le ha hinchado o ha tenido mareos, molestias urinarias o diarrea? El intérprete le traduce a la paciente y ella responde: *manam chay nisqanqapihuanchu*. El intérprete le dice al médico que no, el médico se molesta y reclama al intérprete que exprese todo lo que la embarazada dijo en quechua; este le responde: ¡No, doctor! Y si no, ¡hable con ella misma! El médico, muy molesto, le ignora e indica que la paciente suba a la camilla ginecológica. La paciente muestra miedo y no sube y el médico dice: “No voy a esperar todo el día”, el intérprete y el esposo la suben a la camilla. El médico indica que descubra su abdomen, ella no acepta y el médico le desata el *chumpi*, ella voltea a mirar a su esposo, él con los ojos le dice que sí, entonces ella se baja un poco la falda. Su abdomen estaba cubierto con hierbas medicinales y olía a aguardiente. El médico ni la toca y exclama enojado: “¿qué es esto?” El intérprete dice: “fuimos a la partera y, previa *qaqopa*, le hizo el

tratamiento. Siempre enojado, el médico dice: “Ustedes saben lo que hacen, pero acá no vengan con estas cosas, sino ya no los voy a recibir y, con gestos de asco, apenas le toca el abdomen y explora el curso de la gestación y le comunica: “estás bien; bájate”. Le hace una receta de vitaminas y hierro y le indica que tome el polivitamínico una al día y el hierro cada 8 horas y vuelven después de un mes y nos dice que terminó y que nos retiremos. Salimos del consultorio donde la suegra le esperaba, se acerca y pregunta: “¿qué les dijo el doctor?” Los tres encojen los hombros y dicen que está bien” (Tapahuasco 2005, en Pariona 2014:30)

Estos desencuentros, y tratos peyorativos, no son hechos aislados, y en consecuencia lo que se va gestando, en muchas ocasiones, es una relación o de rechazo de la comunidad hacia las postas o de subyugación al sistema de salud oficial, a causa de la imposición y estrategias autoritarias que usan hacia la población con el objetivo de vincularlos a la institucionalidad en salud.

A pesar de este contexto, las parteras siguen ejerciendo mediante el apoyo que brindan a las mujeres en algunos procesos de la salud sexual y reproductiva, pero en espacios residuales, en una condición marginal y de deslegitimidad.

Los cuestionamientos sobre la existencia de otros sistemas de salud fuera del biomédico, específicamente la práctica de la partería, se movilizaron en mí, al observar que, en mi país (Chile) prácticamente la atención de la salud, de comunidades rurales y pueblos indígenas opera en espacios muy residuales producto de una fuerte expansión de los servicios del Ministerio de Salud en las últimas tres décadas, por todo el territorio chileno.

Fue en el Perú urbano y rural, donde pude observar la existencia de un pluralismo en salud que aún era posible encontrar, pese a un aumento progresivo de la biomedicina en el país. En conversaciones coloquiales con diversas personas, esta expansión de la biomedicina era percibida como una amenaza a los sistemas de salud tradicionales, y para otros sería un símbolo de desarrollo y una modernidad necesaria.

En este contexto, comienzo a observar y a leer cómo se desarrollaba la partería en este país, específicamente en zonas andinas, y durante el trabajo de campo, en encuentros y conversaciones con diversas personas locales, comprendí que el oficio de la partería se



encontraba en un proceso paulatino de menor ejercicio producto de la misma expansión del sistema de salud oficial que en Chile había comenzado hace unos 30 años atrás, y en donde las consecuencias habían sido prácticamente la desaparición del pluralismo de los sistemas de salud existentes producto de una fuerte entrada y dominación del sistema de salud biomédico.

Al respecto, Pariona cita un testimonio que da cuenta de esta desaparición de los agentes de salud comunitarios.

Pocas veces voy al hospital o particular. Yo voy al curandero. Hace dos años, mi cuerpo dolía y no podía trabajar. Hoy tengo cansancio y adormecimiento de los pies; no puedo caminar un kilómetro. Fui al médico hace dos meses y me recetó inyectables. No mejoré; después hasta me automediqué, pero no me pasa. Yo creo que el curandero puede ayudarme; el médico receta en vano. Allá en Muyurina [poblado rural ubicado a 15 kilómetros de la ciudad de Ayacucho] de donde yo soy, ya no hay curanderos. Hace 25 años, sí había; ahora han desaparecido. Yo acudo al curandero, porque sana. Los médicos del hospital no saben de *pacha*. Hay curanderos muy buenos; otros que son comunes y otros que son mentirosos, que solo piden dinero. Hay curanderos que llaman a los cerros y otros a los santos” (A.C 2011 en Pariona 2014:31)

Los argumentos y el contexto detrás del progreso de la biomedicina son muchos, no solo en el Perú, sino en gran parte de los países de la región. La promoción y defensa de la salud reproductiva de las mujeres, ha sido parte de las iniciativas de los gobiernos, ONU, y diversos instrumentos y organizaciones internacionales, para el nuevo milenio, en un contexto de altos índices de muertes por complicaciones derivadas del embarazo, parto y puerperio. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), sostiene que “cada día mueren en el mundo 800 mujeres por complicaciones prevenibles relacionadas con el embarazo o el parto, de ellas, casi la totalidad corresponde a países en desarrollo (99%), incidencia que se acentúa en las zonas rurales y en las comunidades más pobre” (Defensoría del Pueblo 2017:13).

En el caso de Perú, si bien han disminuido considerablemente las tasas de mortalidad materno infantil, es el décimo país en Latinoamérica con la mayor tasa de mortalidad.

“Conforme al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en la Encuesta Demográfica y de Salud Familia – Endes 2015, la mortalidad materna afectó a 93 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos, debido a complicaciones de embarazo, parto o en el lapso dentro de los 42 días después del parto” (Defensoría del Pueblo 2017:15)

Estas complicaciones, se dan en parte, por una vulneración sistemática a los derechos humanos en algunos sectores de la población, por diversos factores, entre los más relevantes, desigualdades sociales, culturales, económicas y geográficas, así como formas de discriminación racial y de género.

Con el objetivo de subsanar estas brechas, el sistema de salud oficial, comienza a extenderse progresivamente por diversos territorios del Perú, donde la presencia de este era escasa o inexistente, sin embargo, esta nueva presencia generó relaciones complejas entre proveedores de salud y la comunidad, a causa de las diferencias culturales entre ambas, como mencionamos anteriormente.

Es en este escenario, donde podemos observar tensiones en las poblaciones rurales e indígenas sobre asistir a los servicios de salud oficial, en tanto existen algunas mujeres que la valoran positivamente, mientras otras rechazan y desconfían de esta, sumado a la baja y complicada adherencia de la población a los establecimientos de salud oficiales, MINSA (Ministerio de Salud) se ha visto comprometido a replantear los servicios de salud reproductiva desde la interculturalidad, como herramienta y discurso esencial para generar una mayor cobertura y adherencia en salud, una disminución progresiva de las brechas de acceso a esta y menguar las asperezas creadas entre los diversos actores involucrados a la hora de establecer prácticas en salud. Por ello, a partir del 2000, podemos encontrar iniciativas que buscan implementar una interculturalidad en salud, dentro de estas encontramos la Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural en 2005, con modificaciones el 2016, creando la norma de Atención del parto vertical con pertinencia intercultural.

Sin embargo, la forma con la cual se plantea la interculturalidad desde el sistema de salud oficial en el país, sufre de contradicciones conceptuales y estructurales que terminan en prácticas autoritarias, donde se develan las pocas intenciones de diálogo entre el sistema de

salud oficial y los sistemas de salud indígenas y rurales, generándose una relación en la cual el sistema oficial de salud mediante los programas de salud intercultural que promueve, abre espacios para que algunas prácticas de los sistemas de salud tradicional se integren al oficial, no obstante, el sistema oficial no busca integrarse a los otros sistemas tradicionales. Sobre este doble discurso de la interculturalidad, Velarde cita la perspectiva de un médico:

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 (Velarde, 2007:75)

A pesar de estas iniciativas institucionalizadas, materializadas en decretos, normativas, acuerdos, leyes, entre otros, el sistema biomédico ofrecido por MINSA, se desarrolla y cristaliza en una relación conflictiva con los otros sistemas de salud, develando relaciones jerárquicas, de poder, autoritarias y peyorativas con la población, con el objetivo de imponer la racionalidad de la biomedicina sobre los sistemas tradicionales de salud de las comunidades, como parafrasea la socióloga Luz Velarde a Alarcón “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 en Velarde 2007:9).

Con respecto a la compleja relación que se establece entre proveedores y usuarios, Velarde menciona: “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” (Velarde, 2007:16)

Este contexto se replica en gran parte de los países de la región con grandes concentraciones de población indígena y campesina. La práctica de los sistemas de salud de

las comunidades rurales y pueblos indígenas, la atención de los procesos de gestación, parto y puerperio por parte de las parteras y parteros se han visto debilitadas por medio de prácticas coercitivas y por discursos discriminadores sobre los sistemas de salud no científicos, declinando en los últimos años la posibilidad de los agentes de salud de transmitir sus conocimientos y saberes a las nuevas generaciones, al respecto el Centro de culturas indígenas del Perú (Chirapaq) menciona:

En el país, la situación de las parteras indígenas tradicionales se ha deteriorado en años recientes, a pesar de las políticas de salud intercultural, que promueven la medicina tradicional, y su integración al sistema de medicina convencional. Hoy en día, muchas *mujeres embarazadas indígenas son forzadas a abandonar sus comunidades* para dar a luz en hospitales ubicados en centros urbanos. En Canadá, México y Perú estas mujeres pueden pasar hasta cuatro semanas de embarazo fuera de sus comunidades, comúnmente solas y sin apoyo de su familia extendida. Dentro de estas instituciones de salud, es común la experiencia de sufrir *discriminación y una atención de menor calidad* basada en prejuicios y tratos racistas (Chirapaq 2019)

Pese a este escenario adverso, poco a poco se han movilizadas las parteras, creando movimientos que buscan generar espacios de encuentro, discusión, diálogo y propuestas para enfrentar las prácticas de debilitamiento de sus sistemas de salud que promueven los gobiernos. Por ello, no es casual que una comisión de parteras, representantes de diversas comunidades indígenas, se presentaran en mayo pasado, a la décimo octava sesión del Foro Permanente de Naciones Unidas, donde el tema a dialogar sea “Conocimientos tradicionales: generación, transmisión y protección”, y como evento paralelo a este foro, se realizó el conversatorio “*Conservando los saberes ancestrales de la partería tradicional indígena: Buenas prácticas y desafíos para la implementación*”, con miras a compartir experiencias de Buenas Prácticas en las Américas sobre transmisión de saberes entre parteras indígenas y otras estrategias organizativas en diferentes ámbitos, que han contribuido a la preservación de nuestros conocimientos. (Chirapaq 2019)

Como vimos previamente, muchos estudios refirieron por mucho tiempo que en zonas rurales se registraba una mayor incidencia de mortalidad materno e infantil vinculado al parto domiciliario. Sin embargo, a partir de las estadísticas del MINSA (2013a), Yon

(2016) muestra que el mayor porcentaje de muertes maternas se producen en los EESS y ya no en los hogares, lo que se debería a una creciente institucionalización del parto y las deficiencias en la capacidad resolutoria de los EESS. Yon señala: “Ahora el lugar más frecuente de ocurrencia de la muerte materna, son los establecimientos de salud, principalmente hospitales y clínicas que acumulan 45,8 del total de muerte maternas; le sigue el domicilio como segundo lugar de fallecimiento, con 28,3%. En tercer lugar, están las muertes maternas en el trayecto al establecimiento de salud, las que pasaron de 3,3% en 2002-2006 a 18,2% en 2007-2011” (Yon 2016:482).

Además, cabe señalar, que las causas de muerte materna domiciliaria, son esencialmente hemorragias, muchas por retención de placenta, abortos mal asistidos, infección e hipertensión; en relación a estas causas Watanabe advierte:

Los partos en casa no deberían implicar necesariamente riesgo de muerte, pero este radica en que los familiares, la partera u otras personas de su entorno no identifican los signos de peligro y se convierten en factores que retardan la búsqueda de ayuda en establecimientos de salud con capacidad para resolver emergencias obstétricas. De allí que una de sus recomendaciones es desarrollar programas efectivos de información y educación en las comunidades. (Watanabe 2002, en Yon 2016:478)

En este contexto, podemos comprender la fortaleza de los movimientos de parteras a nivel regional, que con certeza, abogan por su reconocimiento, no solo de su patrimonio cultural, si no como una alternativa necesaria para la disminución de muertes maternas, las que pueden disminuir por medio del reconocimiento de su oficio, así como reales programas de interculturalidad en donde se pueda capacitar a estas agentes de salud, en función de la detección temprana de los factores de riesgo y su abordaje. Además, de la baja capacidad resolutoria de algunos EE.SS producto de la falta de insumos y profesionales, y la distancia geográfica entre las postas y algunos centros poblados.

Sin embargo, a pesar de los fuertes intentos por parte de los gobiernos de subsumir a todos sus ciudadanos bajo el modelo biomédico por medio de diversas estrategias, como, por ejemplo, el doble discurso de la interculturalidad, es importante tomar en cuenta lo siguiente:

Primero, el sistema de salud oficial no reconoce a las parteras a causa de que, en la práctica, solo valida el parto institucional, entre las razones, la necesidad de ser la autoridad en el control del cuerpo de las mujeres, ser poseedores de los conocimientos académicos y científicos para llevar a cabo un parto y el cumplimiento de cuotas y la vinculación con la medicina como un bien de mercado, entre otros. A pesar de esta falta de reconocimiento y legitimidad, muchas parteras continúan, aunque sea de forma marginal, ejerciendo parte de su oficio como es el seguimiento de procesos de gestación y puerperio. Esto ha sido evidenciado en mi trabajo de campo, como en otras investigaciones en el Perú, como por ejemplo el de la socióloga Luz Velarde (2007).

Segundo, de acuerdo a los testimonios recogidos durante el trabajo de campo, más los testimonios de los movimientos de parteras a nivel regional, podemos observar la resistencia de algunos sectores de mujeres, de acatar el sistema de salud propuesto por el Estado, e insistir en el desarrollo y protección de sus propios sistemas de salud o de otros nuevos que se van creando.

Tercero, frente a la incapacidad de los Estados de facilitar el acceso a salud a algunos sectores de la población, ya sea por razones de clase, económicas, complejidad geográfica, etc.; los agentes de salud de las comunidades, debiesen ser los aliados principales ante las limitaciones del sistema oficial de salud de asegurar los derechos de salud de las personas. Así también se sustenta en el informe *“El estado de las parteras 2011: cuidar la salud, salvar vidas”* coordinado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el que fundamenta la necesidad de promover la disponibilidad de servicios de calidad de partería en beneficio de las mujeres y los recién nacidos.

Sobre todo, en este difícil y complejo escenario, la partería indígena y campesina ha logrado resistir a pesar de las enormes dificultades que enfrenta. Durante mi trabajo de campo, comprendí que, para muchas personas, los sistemas de salud de los pueblos indígenas y comunidades campesinas, pueden ser erradicados, o son considerados como resabios anacrónicos de un pasado lejano, sin embargo, en territorios donde el sistema oficial de salud no da abasto o su presencia es intermitente, estos aún se perpetúan, se desarrollan y modifican. Las parteras, siguen siendo una realidad, disminuida quizás, su

existencia muchas veces se intenta ocultar, y cuando se manifiestan son fuertemente criticadas por los profesionales y académicos cuestionando sus prácticas y conocimientos sin asideros científicos.

A la vez, pensar que los sistemas de salud, han permanecido estables e intocados en un contexto actual de alta circulación de información, migraciones, globalización, entre otros, responde a un romanticismo y exotización de culturas lejanas. Muchos sistemas de salud, tanto de los pueblos indígenas y campesinos como del sistema occidental de salud, han modificado sus prácticas, producto de procesos de interculturalidad, donde el diálogo permanente con los otros genera la incorporación de nuevos conocimientos y saberes, como menciona Pitchard y Orobítg: “Las etnografías demuestran que las culturas indígenas no son solo capaces de coexistir con la modernidad occidental, la cual ya se ha convertido en un lugar común, incluso sacan el mayor partido de ella, sino también los indígenas producen sus propias formas de modernidad” (Pitchard y Orobítg 2012:9)

En el caso del Perú, en mi trabajo de campo, fue posible evidenciar diversas formas en las que siguen vigentes los sistemas de salud tradicionales, por medio de algunos oficios como la yerbatera, huesera, y partera, a su vez, es posible identificar que, en muchos casos, hay personas que no se desempeñan exclusivamente en uno de esos oficios, sino que son portadores del conocimiento de varios de estos. Pariona, también lo observa en su investigación en Ayacucho, señalando: “Es necesario precisar que algunas tipologías específicas (por ejemplo, sobadores, hueseros, parteras o comadronas y *urquqayaq*) no corresponden a la realidad estudiada. Es decir, en la ciudad de Ayacucho, todos los tipos de especialistas realizan con eficiencia y eficacia en varios de estos procedimientos. Ninguno se desenvuelve solo como sobador o partera” (Pariona 2014:97).

Paralelamente, me fue posible observar durante el trabajo de campo, que personas que se desempeñan principalmente como yerbatera, huesera, son muy solicitados por la población a diferencia de la partera, agente cada vez menos solicitada producto de la presencia progresiva de las postas de salud en comunidades alto andinas y campesinas y por la historia de represión que han sufrido en los últimos años, sobre las prácticas de represión Velarde cita algunos ejemplos, en conversación con una obstetriz que le señala; “Juntos es

una gran oportunidad, porque como te digo no le dan su dinero, les cortan. Tienen que venir a sus controles aquí” (Velarde, 2007:79). También una señora le refiere: “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) (Velarde 2007:79)

Además de la expansión del sistema de salud oficial, en mi trabajo de campo, iniciado en 2016 hasta hoy, pude conocer a agentes de salud que continúan con la atención a mujeres gestantes y en puerperio, aunque en espacios cada vez más residuales.

Dentro de este escenario, en el cual la partería ha sido subestimada, me fue posible distinguir que el oficio se perpetua y manifiesta tomando diversas formas, entre estas, grupos de mujeres parteras organizadas que habían cesado el ejercicio a causa del discurso de prohibición por parte de los proveedores de salud y que actualmente producto de un mayor conocimiento sobre sus derechos poco a poco han retomado su labor, otro grupo de parteras que por su edad y a causa del impedimento de ejercer, fueron abandonado su rol de parteras en sus comunidades, y por último personas que aprendieron a atender partos como parte de otros muchos aprendizajes que se deben adquirir y que al mismo tiempo no se identifican con el rotulo de parteras (os).

Durante el acercamiento a personas que hacían uso del sistema de salud oficial por temor a represalias, y a las frustraciones de parteras por ver coartadas las posibilidades de ejercer su oficio por parte de los servicios de salud oficial, en zonas rurales, comencé a preguntarme inevitablemente sobre las diferencias al acceso de derechos, entre mujeres campesinas, indígenas, quechua hablantes, y mujeres urbanas que si tienen la posibilidad de optar por sus formas de dar a luz y no son ni perseguidas ni cooptadas por la salud oficial ni judicializadas.

Las palabras, raza, clase y género sin que yo quisiera tomarlas, ineludiblemente daban respuesta y explicación a este nivel de control sobre el cuerpo en mujeres indígenas y campesinas, además del binomio control de los cuerpos y neoliberalismo, el que toma fuerza cuando se conocen experiencias empíricas y estudios como el de Ewig (2012), donde se mencionan situaciones como el cobro de tarifas, la comprobación de medios



económicos, vinculado a las reformas neoliberales que permitieron la permanencia de viejas formas de discriminación de las mujeres pobres y poblaciones indígenas bajo la nueva consigna de que todos deben pagar sus propios gastos. (Ewig 2012 en Yon, 2016:486)

Paralelo a la censura, es importante considerar, que los procesos de globalización y migración entre otros, van creando influencias en todos los sistemas de salud, influencias que van promoviendo cambios en las formas de generar conocimientos y ejercicios dentro del pluralismo en salud, por procesos propios de interculturalidad, como las relaciones de intercambio y comunicación entre diferentes culturas.

Sin embargo, como mencionamos anteriormente, la apropiación del concepto de interculturalidad por los gobiernos, reflejado en políticas públicas, como una forma de dar respuesta y solución a gran parte de la diversidad cultural, creando iniciativas y programas sobre salud intercultural como por ejemplo, la normativa del parto vertical con adecuación cultural en 2005 y más adelante, con pertinencia cultural en 2016, los que en la práctica, carecen de relaciones interculturales, y lo que se ejerce en la realidad son relaciones de poder de un sistema sobre otro, respondiendo a un control del cuerpo de la mujer, solapado en un discurso de interculturalidad.

En este estudio me propongo explorar cómo en este escenario de prohibición del ejercicio de la partería, y en una exponencial expansión de la salud biomédica, algunas parteras de zonas campesinas e indígenas de Cusco, continúan desarrollando parte de su oficio en espacios residuales y marginales y como otras abandonaron su ejercicio por medio de las practicas coercitivas por parte de la institucionalidad en salud.

Para ello tomaré en cuenta, trayectorias de vida que reúnen la experiencia y discursos de algunas mujeres agentes de salud que han presenciado y experimentado en los últimos años los procesos de expansión del sistema biomédico y como efecto de este, han abandonado su práctica y otras que a pesar de la expansión de la biomedicina, se revelan ante la posibilidad de ver su oficio enterrado en el tiempo, y en consecuencia se han organizado y reinventado con el objetivo de seguir trabajando a pesar de la marginación y subestimación.

De esta manera, espero responder la siguiente pregunta de investigación.

**Pregunta:**

*¿Cómo se ejerce la partería en zonas rurales e indígenas de Cusco, y que condiciones han contribuido a su continuidad o abandono en un contexto progresivo de expansión de la biomedicina?*

**Objetivos:**

- Conocer las estrategias que desarrollan algunas parteras (os) para ejercer su oficio, en un contexto de marginalidad.
- Conocer y analizar la trayectoria de parteras y parteros que ya no ejercen, y sus actuales ocupaciones respecto a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.
- Identificar de qué modo la partería indígena y rural incorpora prácticas o elementos que dialogan con otras prácticas médicas en el ejercicio de la atención de la salud sexual y reproductiva, desarrollando así, sus propias modernidades e intermedicalidad.

Para ello, he desarrollado una investigación etnográfica, habitando y compartiendo una parte del cotidiano de estas personas, y a través del registro audiovisual, busco capturar aquellas imágenes y subjetividades que den cuenta de sus sentires, reflexiones y opiniones acerca de lo que fue o es su oficio en salud

**Justificación**

Se plantean dentro de las relevancias sociales y académicas los siguientes puntos:

Conocer cómo algunas prácticas de partería indígena y campesina, como la acomodación del bebe cuando este no se encuentra en la posición adecuada para el parto, dificultad que se logra evaluar a través de la observación de la circulación de la sangre, y el fajado, ejercicio que se realiza post parto, donde se faja el vientre de la mujer con telas y yerbas con el propósito de acomodar los órganos a su posición normal, ambas se siguen

desarrollando a pesar de las diversas estrategias por parte de las postas de vincular a las mujeres a estas. Conocer la practicidad y funcionalidad de estos ejercicios, podría contribuir a sumarnos a los dispositivos de diálogo que se están creando en diversos lugares de la región, que buscan reconocimiento genuino de sus saberes, prácticas y conocimientos. Sociabilizar esta información, contribuye a generar diálogo y discusión sobre las diversas formas de entender la gestación y nacimiento, y pensar nuevas formas de salud intercultural.

Conocer los testimonios de las parteras, nos permite saber cómo se crean procesos de diálogo con otros sistemas de salud en contextos de alta migración, globalización y mayor acceso a información y conocimiento, de esta forma se van creando nuevas modernidades y cambios en sus propios sistemas de salud.

Adentrarnos en los conocimientos de la partería, observar cómo se desarrolla y como se desarrolló, contribuye a desmitificar falsas creencias que se tienen sobre estos sistemas de salud que se crean al margen de una lógica científica y que en consecuencia pierden legitimidad por no demostrar desde la racionalidad científica sus conocimientos, además, evidenciar que estos sistemas de salud no son parte de un pasado, sino que a pesar de que algunas prácticas desaparecen, otras sobreviven buscando diversas formas de desarrollo y ejercicio. Mostrar estos hallazgos, permite reflexionar sobre los juicios y prejuicios que se crean a partir de la falta de conocimiento.

Visionar los testimonios, contribuye a la proliferación de material sobre la problemática de algunos agentes de salud, como las parteras (os) que ejercen en la clandestinidad y un estado de subalternidad sobre otros agentes sociales, y en este sentido su visibilización permite aportar en la reivindicación de sus derechos.

### **Estado de la cuestión**

En este apartado, vemos en un comienzo, las principales investigaciones sobre partería y salud sexual y reproductiva en el Perú, desde una mirada antropológica, posteriormente abordaremos sucintamente algunas organizaciones que buscan la reivindicación de la

partería en el contexto latinoamericano.

### **Partería y Antropología**

Los sistemas de salud andinos y con ello, diversos factores involucrados en la salud sexual y reproductiva de las mujeres andinas y amazónicas, han sido explorados y estudiados en el Perú desde la antropología en los últimos 20 años aproximadamente.

El estudio de Dierna y colegas (1999) sobre el parto en zonas andinas y amazónicas del Perú expone las diversas expresiones culturales, percepciones y comportamientos de la población, en torno a la salud reproductiva. Al mismo tiempo reflexiona en como conociendo los sistemas de salud de las comunidades, se pueden elaborar estrategias que permitan mejorar al acceso y la calidad de la atención. En relación a la partería, el estudio hace hincapié a las formas rituales que rodean el parto, entre ellas las relaciones simétricas que se crean entre la partera, la mujer gestante y su familia, si bien, en el proceso del parto la partera es una autoridad, las reglas de comportamiento general son de carácter horizontal. El espacio del parto, está rodeada de una serie de elementos, como la posición de dar a luz que es vertical, el acompañamiento de la familia, la administración de mates calientes, todos estos elementos necesarios para promover un parto exitoso.

El estudio exploró las percepciones mutuas entre el personal de salud, las parteras y las mujeres. Dentro de las percepciones de las mujeres hacia el parto institucional, una constante, es la distancia cultural existente entre la forma tradicional y el modelo institucional de atención de parto, además de los costos del parto institucional que es un dinero que escapa de sus presupuestos, al sostener la mayoría economías de subsistencia. Sin embargo, a diferencia de otros estudios, es posible observar algunas opiniones y reflexiones de promotores de salud institucional que si consideran relevante la capacitación a agentes de salud comunitarios en ciertas complicaciones obstétricas para que puedan afrontarlas de mejor manera, si valoran positivamente algunas prácticas médicas de las comunidades como la posición del parto y el consumo de algunos mates, entre otros. Además, muchos promotores de salud son conscientes de las brechas culturales que son importantes de subsanar para promover una mejor atención.

Sobre las grandes brechas que se generan entre los sistemas de salud tradicionales y sistema de salud oficial, sumando a la complejidad de las relaciones entre profesionales de salud y agentes de salud comunitarios como las parteras, Velarde (2007) y Chirapaq (2015), hacen un acercamiento sobre estas dificultades.

Velarde en su investigación sobre la marginación de las parteras en Ayacucho, observa que el sistema de salud oficial muchas veces aplica estrategias de dominación, como medio de adherencia de la población a las postas y otros servicios, en este contexto, lo que se va creando, es un paulatino abandono de las prácticas de salud de las comunidades, específicamente del desarrollo de la partería. Sin embargo, a pesar de las limitaciones que se imponen al ejercicio de la partería, esta encuentra diversas formas clandestinas para ejercer su oficio, puesto que muchas son las mujeres que se resisten a la imposición de la salud oficial, a causa de las diferencias culturales y las desiguales relaciones de poder entre proveedores y usuarias.

Al mismo tiempo, Chirapaq (2015), en una recopilación de testimonios de dos parteras y un partero de comunidades quechuas, reflejan la compleja vinculación con el personal de salud, como coexisten los sistemas de salud indígena y el sistema biomédico y se transita hacia una política del desconocimiento e invisibilización de los conocimientos, prácticas y de los sabios y sabias del sistema de salud del pueblo Quechua. Paralelamente el denominador común en las tres experiencias, fue el aprendizaje por observación y por transmisión de conocimiento desde sus madres, padres y abuelos, además del cese progresivo del oficio por prohibición y amenazas desde los centros de salud, como señala la señora Sabina: “A pesar de que nos prohíben, siempre me buscan, sigo atendiendo a las gestantes en emergencias. Cuando la criatura está mal yo las acomodo para que nazcan bien. ¡Yo siempre las acomodo! Sin embargo, una vez por atender una emergencia en Atocata me querían denunciar” (Chirapaq 2015:16)

Sin embargo, es importante destacar que la investigación de Velarde y Chirapaq, es una genuina radiografía de la ausencia de derechos de mujeres andinas y campesinas en materia

de salud, al no permitirles decidir libremente dónde y con quién atenderse durante su embarazo y en el momento del parto, ya que gestantes que deciden atenderse con la partera son sujetas a una serie de represalias y castigos tanto desde el sistema de salud oficial, al mismo tiempo, reflexiona sobre las diferencias en las posibilidades de optar en cómo dar a luz a mujeres urbanas, blancas, clase media, revelando de esta forma como algunos sectores sociales son poseedoras de derechos y otra viven en la ausencia de ellos.

La antropóloga *Cynthia Ingar (2009)* realiza una investigación sobre las relaciones de poder que se establecen entre los sistemas de salud en la comunidad andina de Acopalca (provincia de Huari, departamento de Ancash) y el (biomédico sistema público) con las mujeres en edad reproductiva, en el marco de un proyecto de Salud Reproductiva (Reprosalud) en dicha comunidad. El propósito de este proyecto fue mejorar la salud reproductiva de las mujeres de zonas rurales y periurbanas, haciendo que éstas aumenten la utilización de intervenciones en salud reproductiva, en especial de los servicios del MINSA, desde relaciones más horizontales entre ambas partes. El proyecto buscaba empoderar a las mujeres a través del conocimiento de sus cuerpos y de su salud, para que así pudieran tener un rol más activo respecto a sus problemas de salud, sin embargo, a pesar que la metodología de trabajo era participativa, en el caso estudiado por Ingar, esta se mantuvo solo así en términos de diseño, y en la práctica las promotoras de salud desestimaban las creencias y los sistemas de salud de las comunidades, privilegiando la perspectiva biomédica e institucional, en este sentido, las parteras fueron poco a poco siendo excluidas en el campo de salud de las mujeres, en este contexto Ingar menciona:

Aunque en los talleres educativos se realizaba el esfuerzo de primero recoger las opiniones y saberes de las mujeres reconociéndolos como tales, al no establecer puentes con estas intervenciones y el discurso educativo que las promotoras de ReproSalud en Huari hacían seguidamente en términos biomédicos donde estos tratamientos eran los que realmente “curaban”, los conocimientos de las mujeres se negaban implícitamente (Ingar 2009:120)

En 2016, Ingar, retoma las relaciones de poder, abordando las diferencias de derechos entre mujeres urbanas blancas y mujeres campesinas en su tesis sobre agencia femenina en salud reproductiva y lo político en la reproducción en el Perú, promoviendo una exhaustiva

investigación, acerca de las diferencias en materia de salud sexual y reproductiva de la mujer, fundamentalmente los procesos de menarquia, menstruación y menopausia, entre mujeres de Lima y mujeres de Pacca (zona andina), promoviendo análisis cultural y político de la reproducción en el Perú. Lima, que se caracteriza por su alta urbanización, se encuentra empapada por una cultura biomédica en materia de salud reproductiva, a diferencias de zonas rurales, donde aún es posible conocer como el sistema autónomo de salud se desarrolla en la población.

De esta manera, un segmento importante de la mujer limeña, se ve influenciada por un control de sus cuerpos por medio de diversos agentes políticos como son: la escuela, publicidad, personal biomédico, industria farmacéutica, entre otros, del cual no son plenamente conscientes. Para Ingar, hay casos de mujeres limeñas con mayor integración hacia sus procesos reproductivos y otras con mayor alienación, unas más receptivas y otras más resistentes a las influencias de mensajes y prácticas de la publicidad, industria y personal biomédico orientados a la comercialización y la medicalización. (Ingar, 2016:404)

Durante el estudio, podemos ver como Ingar hace comparaciones respecto a los procesos del desarrollo sexual de la mujer entre ambas zonas, si bien, es posible conocer similitudes en función de las experiencias, también vemos diferencias radicales, un ejemplo de esto respecto a la menarquia tanto en Lima como en Pacca:

Recuerdan los vacíos emocionales que tuvieron en la introducción de la menstruación por sus madres, con el silencio menstrual, con la falta de una conversación o gesto trascendental, y con el no haber vivido esta vivencia importante para ellas como algo especial. La transferencia de cuidados menstruales que se ha perdido generacionalmente en Lima también genera un vacío de un sentimiento de introducción al clan femenino por la madre. Esto sí permanece en Pacca y hace una diferencia en la relación más integrada que tienen las niñas con la menstruación, nutrida también por el contexto cultural donde la sangre menstrual es concebida como purificadora (Ingar 2016:405)

Lo relevante del estudio, es conocer una mirada positiva sobre los procesos sexuales de la mujer, y desmitificar la patologización que se la ha impuesto políticamente en las últimas décadas, a la vez, de promover la capacidad de agencia social y política de las mujeres

sobre su propio cuerpo y sentir.

Dentro de los factores de riesgo de los partos domiciliarios, el estudio de Anderson y colegas (1999) aborda las causas de la muerte materna principalmente en zonas rurales. A través de relatos de mujeres entrevistadas y autopsias verbales, se logra evidenciar diversos factores, que en su conjunto inciden en las causas de las muertes maternas, dentro de estas, las más recurrentes son: el exceso e intensificación de trabajo por parte de las mujeres en los últimos años, producto de falta de mano de obra en las chacras y la migración de miembros de la familia. La acción de redes sociales, es de vital importancia para las mujeres, muchas veces estas son amplias y estables, sin embargo, hay situaciones en que estas son reducidas cuando una mujer tiene un embarazo no deseado por el padre del niño o cuando son madres solteras, razón por la cual son discriminadas por su familia o comunidad.

Dentro de una economía campesina, muchas veces las familias, eligen el parto domiciliario porque los traslados y estar alejados de sus casas implican gastos que no son posibles de realizar y la inversión puede ser un riesgo.

En relación, al sistema de salud oficial, estos son usados por las personas principalmente para emergencias y otras dificultades en salud, que no son abordables por su propio sistema, y como atención preventiva en niños, sin embargo, al mismo tiempo, este es percibido como ajeno, donde es probable que se hagan cobros que no pueden ser cubiertos, y al mismo tiempo las diferencias culturales y de lenguaje que impiden una comprensión entre ambos sistemas de salud. Y, por último, el sistema tradicional de salud, que responde con mayor satisfacción y confianza a las necesidades de familiares. Este estudio es interesante para nuestra investigación, ya que gran parte de los discursos en torno los riesgos de muerte materna que pudimos conocer desde el trabajo de campo son coincidentes con los resultados del presente estudio, como el debilitamiento de las redes familiares y la migración de hombres de la comunidad generando un aumento del trabajo en las chacras por parte de las mujeres.

Sin embargo, gran parte de los discursos por parte de las postas y la biomedicina, frente a la



eliminación del parto domiciliario son las altas tasas de mortalidad materna en zonas rurales, donde las razones de estas muertes están enfocados en factores como débiles conocimientos sobre salud sexual y reproductiva por parte de la comunidad o conocimientos anacrónicos mas falta de hábitos de higiene a la base de estas muertes, ignorando factores psicosociales, culturales, económicos a la base de estas muertes.

La fuerza de este discurso biomédico, que en muchas instancias subestima los conocimientos de otros sistemas de salud, implica distancias que generan la perseverancia y la sobrevivencia de prácticas de los sistemas de salud andinos, a pesar de la prohibición y la persecución.

En relación a pluralismo médico y mujeres, Yon (2016), menciona que la expansión del sistema público de salud y su sistema de aseguramiento en zonas rurales, se ha desarrollado en un escenario de pluralismo médico estructurado por una serie de desigualdades y jerarquías, en donde la población hace uso de los diversos sistemas ya sea el oficial o los tradicionales en relación al problema de salud que los aqueja, de esta forma se evidencia una extendida vigencia de la medicina indígena. A pesar de estas evidencias de pluralismo médico, la biomedicina se torna como el único conocimiento reconocido y legitimado por la institucionalidad, marginando y deslegitimizando los otros sistemas de salud tradicionales relegándolos a creencias o barreras culturales. En este contexto de relaciones de poder desiguales y de falta de reconocimiento de la agencia, conocimiento y ciudadanía política de las mujeres indígenas y campesinas, Yon hace mención al estudio de Velarde en Ayacucho de cómo la partería se sigue ejerciendo de manera oculta en un contexto de conflicto e incluso de persecución y amenaza por parte del sistema de salud oficial.

Sin embargo, en un contexto de relaciones desiguales entre el Estado y pueblos indígenas y rurales, se han creado diversas políticas sociales, ejecutadas a través de los ministerios, como estrategias para vincular a las mujeres de zonas rurales a las postas de salud, primero bajo prácticas de imposición de los servicios, como menciona Yon citando a Pérez (1999) “En Cajamarca para indagar por la baja cobertura de los establecimientos de salud se evidencia la imposición de servicios de salud no solicitados por la población rural como una práctica común para asegurar que accedan a la vacunación, el CPN u otros servicios

que les permitan cubrir sus metas” (Pérez 1999 en Yon 2017:496)

Refiere que, más adelante, bajo nuevos dispositivos como el Programa Juntos, se inaugura una nueva forma de vinculación, de las mujeres a los EESS, mas solapada que las anteriores, ya no a través de obligaciones explícitas, ni amenazas, sino por medio de incentivos económicos, que son difíciles de eludir producto de los bajos ingresos de las familias campesinas.

Si bien, se ha intentado incorporar el enfoque intercultural, por ejemplo, sobre la atención del parto, creando la normativa de Adecuación del parto vertical en 2005, como una forma de incrementar la atención de mujeres en servicios de salud; se concluye que, esta no ha cumplido las expectativas a causa de la baja incorporación de las prácticas sociales y subjetividades de las culturas campesinas e indígenas y por las relaciones verticales y discriminadoras que se siguen ejerciendo con las usuarias.

Sobre la interculturalidad en salud, Yon (2018) en su publicación “La interculturalidad realmente existente en salud”, analiza las iniciativas en salud sexual y reproductiva, en particular el parto vertical en sus dos versiones, 2005 y 2016, las que busca acercar a mujeres al parto institucional en zonas rurales y en comunidades indígenas, como medida clave para la disminución de las tasas de mortalidad materno y perinatal. Si bien, la implementación de estas medidas, tuvo experiencias exitosas en cobertura, como en Huancavelica, donde hubo un mayor número de atención de partos institucionales, la relación entre usuarias y profesionales de salud, no tuvieron un mayor cambio, persistiendo las dinámicas paternalistas y autoritarias, y las mujeres no mostraron una actitud de plena confianza ante el nuevo modelo. La experiencia de enfermeros técnicos formados en interculturalidad por AIDSESP, la percepción usuaria fue valorada de forma más positiva en tanto los profesionales mantenían una revalorización de las medicinas indígenas y había un trabajo articulado con las parteras. En este contexto, vemos diferentes experiencias de interculturalidad en salud, donde unos son ejercidos de forma más jerarquizada como ha sido la forma más tradicional de la relación entre el Estado y la población, y otras experiencias desde un foco más crítico, ejercida por organizaciones indígenas, donde su reto apunta a disminuir las brechas de desigualdad y jerarquía entre usuarios, agentes

comunitarios de salud y profesionales.

### **Una mirada de los colectivos de parteras a nivel regional**

En la mayoría de los países latinoamericanos, donde los porcentajes de población indígena son significativos, se están cristalizando conflictos entre los sistemas de salud de los diversos pueblos indígenas y comunidades rurales y el sistema biomédico institucionalizado por los Estados. Como señala Alarcón: “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 alta población indígena” (Alarcón 2003 en Velarde 2007:10)

Si bien, nuestra investigación aborda un territorio específico del Perú, (zonas rurales de Cusco), durante el proceso de incorporación bibliográfica y la elaboración de una pregunta de investigación, fue posible evidenciar que, los conflictos entre sistemas de salud rurales y biomédicos, son frecuentes en diversos territorios de la región. Conocer lo que está ocurriendo y como se está abordando temas como la partería y salud sexual y reproductiva en países cercanos y como los movimientos sociales que protegen los sistemas de salud de las comunidades y pueblos indígenas están luchando frente a la institucionalidad nos parece de vital importancia para ampliar la mirada y ver de qué forma estas investigaciones contribuyen a generar discurso sobre estas áreas. En las siguientes líneas, veremos sucintamente los movimientos de parteras que buscan reivindicar sus conocimientos a nivel regional y como la institucionalidad ha respondido ante estos movimientos.

En un contexto, donde comunidades rurales y pueblos indígenas ven sus sistemas de salud constantemente amenazados por los modelos de desarrollo económico y los cambios políticos, en los últimos años, diferentes son los movimientos de parteras, que han promovido un trabajo de reivindicación de su oficio y protección de su conocimiento. Las razones son muchas, entre ellas disminuir la mortalidad materna e infantil a causa de la falta de acceso al sistema de salud oficial, generar derechos a la salud sexual y

reproductiva, y proteger sus propios sistemas de salud, los que se han reducido por el extenso desarrollo de la salud biomédica. Muchos de estos nuevos movimientos como la Liga para la Libertad del Parto, en el Perú, Asociación de Parteras Unidas del Pacífico (ASOPARUPA) de Colombia, entre otros, afirman que salvaguardar sus conocimientos ancestrales sobre el oficio de la partería es una acción política de defensa a su propia cultura.

Además, su movilización, tiene como misión, participar en las políticas sociales en materia de salud, donde el objetivo no es negar los conocimientos científicos de la biomedicina, sino buscar espacios de retroalimentación de conocimientos, saberes y prácticas de los diversos sistemas de salud, teniendo como principal misión mejorar la salud para todos y al mismo tiempo disminuir la tasa de mortalidad materna y neonatal a través de la promoción e intercambio del conocimiento.

En gran parte de los países de Latinoamérica, la cobertura por parte de la institucionalidad en salud es baja, principalmente en zonas con bajo desarrollo urbano, en este contexto, se han desarrollado movimientos para el desarrollo de la partería que buscan responder respondiendo a las altas tasas de mortalidad materno e infantil, sumado a la baja adherencia de las mujeres a los centros de salud institucional.

En **Colombia**, (ASOPARUPA) y la Asociación de la Red Interétnica de Parteras y Parteros del Chocó (REDIPARCHOCO), desde el año 2016 son declaradas por el Ministerio de Cultura (MINCULTURA) como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Nación.

A pesar del reconocimiento, por parte de MINCULTURA, el papel de las parteras dentro del sistema nacional de salud sigue siendo difuso, pese a la normatividad existente donde reconoce la partería como una práctica de cuidado en las culturas indígenas y afro descendientes. Como consecuencia no ha existido un acercamiento que reconozca, fomente y brinde educación a las parteras tradicionales.

Además, en Colombia, la búsqueda a la asistencia de las parteras, no solo se da en zonas rurales, sino que es una demanda que ha crecido en los últimos años en zonas urbanas, como alternativa al sistema de salud existente. Los partos caseros son tan variados como los

capitalinos, y *atravesan todas las capas sociales*, muchas veces el proceso corresponde a la *falta de acceso al sistema de salud, como menciona el partero Ramiro* “pues hay muchos lugares aquí en Bogotá, que no tienen Sisbén o EPS, donde el Estado no llega y nos llaman muchísimo a las parteras tradicionales” (RCNRADIO, 2019)

En **México**, país donde la partería tiene una larga historia, en casi todo el país, se han promovido algunos esfuerzos para incorporar las prácticas basadas en la evidencia en los procesos de atención materna. La primera data del año 2011, donde se aprueban los códigos laborales para la contratación de parteras técnicas, 2014 la aprobación de la Guía de práctica clínica: Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo de la Secretaría de Salud, y en 2016, se aprobó una versión revisada de la Norma Oficial Mexicana 007, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y la atención de la persona recién nacida. A pesar de estas iniciativas el informe “La partería en México” hacen hincapié sobre los vacíos de las normativas, señalando: “La ausencia de un marco regulatorio específico de aplicación federal que el desarrollo e implementación de un modelo integrado por parteras quede en manos de iniciativas aisladas, las cuales a menudo enfrentan resistencias y son susceptibles a cambios de gobierno, liderazgos o prioridades personales” (Partería en México 2017:6)

Por esta razón, en Chiapas, las mujeres de 19 municipios se reunieron para crear el movimiento Flor de Maíz, con el propósito de contribuir a la defensa de la partería tradicional como un derecho humano a la salud y la cultural. El movimiento conformado por 124 mujeres, se organiza para ejercer sus derechos al mismo tiempo que demandan respeto y reconocimiento y rechazan la falta de claridad de las políticas sobre su rol y manifiesta que la continua falta de reconocimiento y restricciones de su labor en pro de la salud de las comunidades, mujeres y niños, las ha llevado a una organización formal por medio de una asamblea constitutiva, donde ejercen diversas demandas y derechos al Estado.

En relación a **Ecuador**, desde el año 2012, comienza con tentativas de interculturalidad en salud. Si bien, no se ha generado un movimiento determinado reivindicatorio de partería, como es el caso de los países anteriores, el año 2017 Ministerio de Salud Pública del

Ecuador (MSP) presentó el “*Manual de Articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales en el Sistema Nacional de Salud*”, que contribuye al mejoramiento de la salud materna y neonatal de la población del Ecuador.

La norma articula y reconoce la *importancia de las parteras en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)*. Apunta a trabajar de manera coordinada y articulada con una de las especialidades de la medicina ancestral, como son las parteras, a partir de un reconocimiento mutuo del valor y el sustento que tiene tanto la medicina oficial como la ancestral. Destaca la posibilidad que parteras ancestrales y médicos, enfermeras, obstetras, trabajen juntos y en el mismo espacio para ayudar a una mujer en el momento del nacimiento de una nueva vida. Y esto aplica no solo para las zonas rurales distantes, sino también para los grandes centros urbanos. (Organización Panamericana de la Salud)

La investigación de Zarchi “La situación actual de la partería en Ecuador” explica que, para la aplicación del Manual, el MSP, legitima a las parteras bajo procedimientos de capacitación sobre salud sexual y reproductiva, complicaciones obstétricas y situaciones de riesgo, posteriormente la partera deberá demostrar sus conocimientos, y aprobados estos, adquiere un certificado de MSP. Las parteras que no recibieron el aval ministerial, se consideran como aprendices de la partería ancestral y no podrán atender los partos. (Zarchi 2018:15)

A pesar de estos intentos, para la incorporación de la partería al sistema oficial, la investigación menciona las contradicciones que existen respecto a la inserción de las parteras en el ámbito de salud pública en el país. Si bien la salud intercultural es un derecho respaldado por la constitución y son las mujeres quienes pueden elegir la manera de parto que desean, esta declaración en la práctica muchas veces no es permitida.

Como hemos revisado, si bien, los gobiernos, han asumido poco a poco la presencia de una multiplicidad cultural en sus territorios, y con ello, una multiplicidad de sistemas de salud que conviven, las políticas de salud intercultural siguen manteniéndose bajo una lógica de la no interculturalidad. Las políticas siguen manteniendo una ideología occidental para plantear el diseño de las normativas, decretos y manuales, con una mirada etnocéntrica, donde los sistemas de salud no biomédicos deben ser modernizados bajo capacitaciones

para poder ser incorporados en las redes oficiales de salud. No hay una presencia equitativa y horizontal al momento de discutir las políticas interculturales en salud, donde los diversos sistemas tanto biomédicos como los otros de las otras naciones dialoguen y se entreguen conocimientos mutuos para una mejora sobre las prácticas de salud y medicina en general.



## CAPÍTULO II

### **Metodología y técnicas de investigación**

**El campo:** Esta investigación, es una etnografía que busca explorar como se desarrolló y se desarrolla la partería en zonas rurales (Urubamba, Yanahuara) y semi urbana (Calca) pertenecientes al departamento de Cusco, ubicadas ambas a 2 horas aproximadas de Cusco capital. Las primeras aproximaciones al campo, comenzaron durante los años 2016 y 2017, y por medio de conversaciones informales en diversos espacios locales, con mujeres campesinas, donde el tema de los hijos y sus nacimientos se hicieron inevitables, es donde comienzan los cuestionamientos y reflexiones acerca de las razones por las cuales el oficio de la partería se estaba reduciendo, al mismo tiempo, el motivo transversal en los relatos, era una prohibición por parte de los centros de salud y la multa por dar a luz en sus hogares, lo que atentaba directamente a la economía familiar. Desde los relatos, fue posible observar que las mujeres no sabían a ciencia cierta, las causas de la prohibición, sin embargo, la multa se transformaba en una razón suficiente para acatarla, y aceptar la nueva normativa. Desde estas primeras aproximaciones, comienza a esclarecerse en mi lo que más adelante se transformaría en mi problema de investigación.

Desde marzo del 2019, me instalo a vivir en Yanahuara, sector rural de Cusco, donde continuo el trabajo de campo iniciado a mediados del 2016, sin embargo, el proceso etnográfico consistiría en encontrar personas locales que estuviesen dispuestas a entregarme información y participar en la investigación.

Si bien, se puede considerar el trabajo de campo, como una etapa inicial del proceso de investigación, que da paso a la formulación de un problema, desde mi perspectiva, el trabajo de campo, es una etapa que siempre se está desarrollando, aun cuando se esté en procesos de análisis de información o recogida de información, debido a que muchas veces, uno ve la necesidad de reformulación de su pregunta.

**La etnografía:** La metodología de investigación para este documental es etnográfica, desde el momento que como investigadora comienzo a habitar en el espacio donde se gesta la



investigación y poco a poco comienzo a insertarme en el tejido social campesino, tomando algunos roles, como, por ejemplo, dentro de la escuela nacional donde mi hijo asiste, estableciendo vínculos con algunos vecinos, dueños de las bodegas, caseras en el mercado, y las parteras y el partero que visito.

De esta forma, empiezo a observar y reflexionar sobre el tejido, composición social y como se generan sus dinámicas. Incorporarme en las lógicas campesinas, me lleva a comprender que la vida se desarrolla en las chacras, desde el alba al anochecer, por lo tanto, gran parte de los vínculos que establezco con mis personajes se desarrollan en sus espacios cotidianos que son sus chacras o sus cocinas, espacios en los cuales no solo se elaboran sus comidas, sino que además se trabajan sus productos cosechados.

La etnografía, me lleva a una introspección constante, en tanto me es inevitable comparar las grandes diferencias culturales de la cuales yo provengo y esta nueva que habito, las diferencias entre las dinámicas hombre y mujer, la relación con los niños, la definición de los roles, la relación con la naturaleza, el valor de lo material, la economía campesina, la presencia de Dios, entre otros aspectos, me llevan a ser sumamente delicada y analítica al momento de interactuar con los nuevos vínculos en mi comunidad, con el objetivo de no generar más diferencia de las ya intrínsecas que hay, como ser de otro país, blanca quizás, de habla castellana, y la extrañeza que ya produce entre mis vecinos, al verme como mujer y mamá sola, sin esposo en un espacio que no es mi país.

En este sentido, la definición de etnografía de Antonio Ziri3n se acerca a mi experiencia etnográfica, Ziri3n la define: “como una forma de experiencia, una disposici3n, una actitud, una forma de mirar. Un tipo de sensibilidad que implica un constante extrañamiento, asombro, curiosidad e inter3s ante la constataci3n de la identidad, la alteridad y la diversidad cultural” (Ziri3n 2015:54)

Al mismo tiempo pienso, que una investigaci3n como la que me he propuesto, no hubiese sido posible de otra manera que, insertándome en los espacios donde habitan las parteras/o de esta producci3n audiovisual, y al mismo tiempo, haberme sensibilizado en una constante comprensi3n de sus subjetividades con el mundo.

**Observación-participante:** Mi metodología de forma transversal en todas las etapas, ha sido la *observación participante*. Guber la define como: “El objetivo de la observación participante ha sido detectar las situaciones en que se expresan y generan los universos culturales y sociales en su compleja articulación y variedad...La "participación" pone el énfasis en la experiencia vivida por el investigador apuntando su objetivo a "estar adentro" de la sociedad estudiada” (Guber 2011:51)

En este sentido, la observación ha sido la herramienta que me ha permitido escoger el espacio que habito, observar a mis vecinos, sus formas de hablar, sus vestimentas, sus comidas, sus costumbres, sus fiestas y celebraciones, su arquitectura, las formas en las que se relacionan afectivamente, entre otras cualidades, sin embargo, las observaciones de estos comportamientos no serían plenas, si yo solo mirara desde la distancia sin lograr involucrarme.

Participar habitando el espacio, comprar en la bodega de la esquina y conversar con la mujer que atiende, tomar la locomoción, conversar con mis vecinos, aceptar invitaciones de un café y almuerzos, participar en faenas de la comunidad, participar en las reuniones y otras actividades de la escuela de mi hijo, apoyar en cosechas, entre otras acciones, han sido esenciales para que la observación no cree contenidos desde sesgos e ideas pre establecidas.

Habitar el espacio, ha sido lo que me ha permitido estar adentro de la sociedad que estudio, y así poco a poco ir comprendiendo las subjetividades y códigos sociales de las personas con las cuales me relaciono.

Como afirma Jean Rouch “El documentalista no puede no ser parte de lo que documenta; resulta absurdo ocultar su presencia; no debe contentarse con mirar desde lejos o desde fuera; debe asumir su papel como un actor más y ser consciente del inevitable impacto de su presencia” (Rouch 2013 en Zirón 2015).

En relación a los objetivos de la investigación, conocer la experiencia del oficio de las parteras y parteros, ha sido uno de los últimos puntos en nuestras conversaciones, para llegar a mi problema de investigación. Previamente, hemos generado entre ambos un

proceso de conocimiento que ha estado empapado de que ambos conozcamos nuestras propias historias.

**Zona de estudio y selección de casos:** Las zonas de estudio escogidas, son sectores rurales y semi urbanos, Yanahuara, Urubamba y Calca, todas pertenecientes a la región de Cusco. La razón por la cual escojo Cusco, es porque fue ahí, donde dos años atrás, en una plaza cusqueña, se desencadena una conversación totalmente espontanea, con dos mujeres paucartambinas, acerca de cómo habían dado a luz en sus casas a sus primeros hijos y como con los últimos hijos por obligación, habían tenido que asistir a la posta. Esta conversación coloquial fue la ventana que me permitió cuestionarme e investigar acerca de los conflictos de poder vinculados a la salud, entre otras aristas. Además de esta ventana que se abre a causa de este diálogo entre las mujeres y yo, Cusco se caracteriza por tener una alta población campesina e indígena, y es posible apreciar en lo cotidiano un sincretismo entre la cultura urbana y rural.

Para encontrar parteras y parteros, lo primero que pensé, fue que tenía que habitar un lugar rural, que me permitiera una vinculación con costumbres más alejadas de la urbanidad. Sería ese espacio el que poco a poco me podría llevar a personas que conocieran a parteras/os, o en algún momento de sus vidas hubiesen estado vinculados con ellos, además de conocer las creencias y opiniones acerca de la salud/enfermedad, sus sistemas de salud, salud biomédica, entre otros cuestionamientos relacionados. En la medida que fui habitando el espacio y tomando confianza con algunos vecinos y personas que atendían las bodegas del pueblo, les fui comentando sobre la investigación que quería realizar. En ese momento se establecían conversaciones acerca de la partería, como habían nacido ellos, que sabían de agentes de salud del sector, como veían la expansión de las postas en el sector, entre otros temas relacionados con salud y los cambios que se generaban a causa de la llegada de diversos servicios al pueblo.

En general, gran parte de las personas con las que hablaba sobre los objetivos de mi investigación, identificaban a las mismas personas que habían ejercido el oficio de la partería por años, la mayoría había muerto, y los que estaban vivos eran bien mayores y dudaban de si aún seguían ejerciendo por su edad avanzada y porque todos sabían que, en

la medida que habían llegado las postas a sus sectores, estaba prohibido parir en las casas.

Fue la repetición de los nombres de las parteras, lo que me llevó a buscarlas directamente a sus hogares, presentarme, y preguntarles si podía visitarlas para conocer su historia, algunas solo hablaban quechua (primera limitante) y en otras sus familias, al explicarles los objetivos de la investigación, dudaban de mí.

El criterio de selección únicamente era que hubieran tenido experiencia en partería.

Criterios éticos: Es importante destacar que fueron varias las parteras y parteros encontrados durante el trabajo de campo, sin embargo, las parteras y el partero seleccionados fue por la llanura que prestaron a la investigación y la importancia que manifestaban acerca de poner en evidencia su oficio, su historia y como esta ha estado en amenaza en los últimos años. Todos estuvieron conscientes de la finalidad del estudio (que constaría de un informe escrito y la producción de un visual), ninguno manifestó una omisión de sus nombres ni una necesidad de confidencialidad. Fue posible observar, que sus familiares también mostraban plena disposición en las grabaciones y les parecía importante poder llegar a tener un material visual de sus padres.

## CAPÍTULO III

### **Marco Conceptual**

Poder y jerarquía: un acercamiento a las relaciones entre Estado y el pluralismo en salud.

Como vimos en la problematización de nuestra investigación, los procesos de salud y enfermedad, específicamente el desarrollo de la salud sexual y reproductiva en zonas rurales campesinas y altoandinas, ha sido controlado en los últimos años de forma exponencial por el sistema de salud oficial.

El proceso de expansión de la biomedicina en estos territorios, no ha estado exento de conflictos y disconformidades, que se desencadenan principalmente a partir de las diferencias culturales entre algunos usuarios y los proveedores de salud, siendo estos los que desconocen el mundo de significados y subjetividades de las comunidades y etnias a quienes asisten, e imponen bajo lógicas y prácticas autoritarias, sus percepciones acerca de los procesos de salud y enfermedad.

Como señalan Langdon y Wiik, la cultura provee “una visión de mundo a las personas que la comparten, orientando, de esta forma, sus conocimientos, prácticas y actitudes, la cuestión de la salud y de la enfermedad está contenida en esta visión del mundo y praxis social” (Langdon, Wiik. 2010:183) Bajo esta premisa, comprender los significados y lógicas a la base de los procesos de salud y enfermedad de otras culturas, se torna esencial al momento de establecer relaciones de atención.

Gran parte de estas diferencias se hacen más visibles cuando vemos como la expansión de la biomedicina se acerca a zonas rurales, donde lo que opera en dichos sectores es mas un pluralismo médico a diferencia de sectores urbanos donde lo que prima es una logica biomedica en salud.

En las zonas rurales y semi urbanas, si bien con los años se toman elementos y prácticas de la biomedicina, en otros no se acerca completamente a ellos, sumado a que la significación

de enfermedad y bienestar se aleja de toda racionalidad científica, y en contextos urbanos donde la migración es considerable, y la población trae consigo sus propias subjetividades respecto a la salud y enfermedad, estas no se acomodan con las del personal de salud de los centros de asistencia.

Para comprender en parte estas diferencias que se crean entre proveedores de salud por parte del sistema de salud oficial, parteras y usuarias, debemos adentrarnos en las lógicas del modelo médico hegemónico (MMH) y comprender los principios que guían los modelos de autoatención.

El antropólogo Eduardo Menéndez menciona que el proceso capitalista fue creando modelos de atención médica que denomina MMH, el que se define a través de los siguientes rasgos estructurales:

Biologicismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asociabilidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía, relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los consumidores, legitimación jurídica y administrativa de otras prácticas médicas, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de la exclusión de otros modelos, entre los más relevantes (Menéndez 1992:102)

Menéndez observa que en todos los contextos de su expansión, este modelo se ha ido generando conflictivamente y en muchas ocasiones estos conflictos lo que ha buscado ha sido la complementariedad con otros sistemas de salud pero no la convivencia horizontal con sistemas contrarios o alternativos.

Al mismo tiempo, uno de los objetivos principales del MMH es “buscar la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos, lo cual en la práctica social se resuelve por la apropiación y transformación de los mismos” (Menéndez1992:98)

Este principio, de exclusión ideológica y jurídica es relativamente transversal, cuando nos adentramos a conocer por ejemplo las demandas de las organizaciones de parteras, que si

bien pueden ser reconocidas a través de convenciones u otros mecanismos normativos, son excluidas jurídica o administrativamente, si no son excluidas por prohibición explícita son excluidas por omisión.

Menéndez menciona que el MMH se sustenta bajo una lógica capitalista, en este sentido, todos los conflictos tienden a ser resueltos de forma que se favorezcan los procesos de producción y reproducción económica y política, en este contexto, gran parte de los modelos médicos de carácter comunitario o de autoatención, rompen con la lógica mercantilista, en tanto gran parte de sus prácticas y elementos no integran un intercambio monetario necesariamente y muchas de sus medicinas no son parte de la industria farmacéutica.

Bajo esta lógica mercantilista, el MMH más allá de la exclusión explícita de los sistemas alternativos, busca la apropiación y transformación de los mismos a partir de su subordinación ideológica, en tanto el modelo necesita imponer su hegemonía y ser la referencia científica e ideológica necesaria y legitimadora de las acciones contra la enfermedad. En el contexto del desarrollo de la salud pública en el Perú y ejemplos de cómo comienza a establecerse un modelo médico hegemónico, el historiador Carlos Contreras menciona: Los médicos en Puno y la ciudad sureña y de mayor altitud de los Andes Peruanos, veían la difusión de la medicina occidental entre campesinos descendientes de indígenas como algo semejante a la cruzada religiosa de la introducción del cristianismo (Contreras 2004 en Ewig 2012)

En la misma línea, Ewig sobre la historia de la salud pública señala: Cuando el Estado llevó los servicios de salud a las zonas rurales y provincianas, concibió la difusión de la medicina occidental como parte de un proceso de colonización y civilización. (Ewig 2012:75)

Ewig, a través de un análisis del proceso de formulación de políticas y reformas en el sector salud en el Perú a partir de los años 90, menciona como esta fase no contó con una participación realmente democrática, y lo que se vio, fue un proceso político limitado a un pequeño grupo de técnicos, al respecto menciona: Las reformas en el sector salud, en su

mayoría son cerradas por equipos dentro del ministerio o contratados por el ministerio, el proceso tiene pocos lugares en donde sea posible la participación de sectores externos a esta entidad (Ewig 2000 en Portocarrero). En paralelo a estas reformas a puertas cerradas, donde se excluía a organizaciones civiles en su diseño, el sistema de salud se sostuvo bajo un servicio estratificado socialmente, lo que impidió garantizar una equidad al momento de alcanzar condiciones de buena salud, en este sentido :

Los efectos estratificadores del sistema de salud pública se evidencian no solo en la distribución diferenciada y calidad dispar de los servicios de salud, sino también en el reconocimiento que hace el sistema de algunos grupos, no así de otros, reforzando con el discurso las inequidades de clase, raza y género (Ewig 2012:74)

Ha sido posible conocer a través de testimonios dentro del trabajo de campo, como algunas mujeres legitiman la salud institucional, al representar esta un símbolo de estatus, bajo esta concepción asistir a los agentes de salud comunitarios conlleva a identificarse con prácticas anacrónicas y ligadas a la pobreza y subdesarrollo, condiciones de las cuales se intenta superar, en este contexto opera la ideologización que va creando el MMH dada su identificación con los estratos dominantes.

El MMH en su ejercicio de ideologización, va creando discursos de deslegitimación de los modelos alternativos de salud, descalificando sus conocimientos a causa de la falta de asideros científicos y marginando y negando sus actividades de atención, estigmatizando al mismo tiempo a los agentes de salud y a quienes asisten a ellos, como lo observado en el ejercicio de la partería andina. Bajo estas acciones de ideologización, se van construyendo políticas de control social que potencialmente van ejerciendo al conjunto de los estratos sociales, rompiendo así los mecanismos de autoatención.

El modelo de autoatención, está basado en el diagnóstico y atención ejercidos por la misma persona, familiares o algún actor de la comunidad, y en el proceso no ejerce ningún curador profesional de diferentes formas de atención (incluyendo las biomédicas y de los especialistas indígenas), en forma autónoma o relativamente autónoma. Para Menéndez, este “modelo es estructural a toda la sociedad, suponiendo el primer nivel de atención y su estructuralidad se basa en las funciones no solo curativas sino sobre todo socioeconómicas



que cumple para los grupos en los que opera” (Menéndez 1992:99)

Hemos encontrado desde nuestra investigación etnográfica diferencias importantes entre las lógicas del sistema de salud oficial y las lógicas de la partería andina, en tanto el pago por la asistencia a una mujer y a su familia se justificaba por medio del agradecimiento, la afectividad, o bienes como alimentos, la invitación a una celebración o un pago económico sobre lo que la familia podía pagar. Además, como hemos visto, muchas de las personas que han apoyado a otras mujeres a dar a luz, no necesariamente es la partera o partero de la comunidad, sino que la atención es ejercida por un familiar cercano u otro miembro de la comunidad que tenga algún grado de experiencia u otros que han asistido a mujeres solo por haber observado o escuchado como se hacía dar a luz o por intuición.

Es usual en los testimonios de mujeres, la incomodidad y tristeza que sienten al asistir a las postas de salud, a causa de la relación asimétrica que se establece con los proveedores de salud, sumado en el caso del parto, a un dar a luz en soledad por ausencia de los familiares al momento del parto.

Como cita Velarde a 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 “femeninas” en la primera etapa del puerperio” (Francke y Reynoso 2007 en Velarde 2007:24). Generalmente, esta experiencia se ha ido perdiendo en el momento que las mujeres asisten a las postas de salud.

Se ha indicado que bajo las lógicas de la partería andina lo que prima son las relaciones simétricas, como mencionamos anteriormente, al respecto la médica Angela Broker reflexiona

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 más 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 2001 en Velarde 2007:26)

Como hemos visto sucintamente, las posibilidades de ejercer y desarrollar los sistemas de

salud rurales y la biomedicina, se dan en contextos de tremendas desigualdades de poder, ya sea por condiciones socioeconómicas, educativas, raza, clase entre otras, y en consecuencia se cristalizan relaciones verticales y jerárquicas entre la institucionalidad y la población.

Bajo estas condiciones, es donde se vulneran los derechos de las personas, y se hace posible llevar a cabo ejercicios como por ejemplo las esterilizaciones forzadas en el Perú (años 90) solapado bajo un programa de planificación familiar, que en palabras de Yon, este tipo de vulneraciones se pueden llevar a cabo en: “Contextos de relaciones de poder desiguales y de falta de reconocimiento de la ciudadanía de las mujeres rurales y pobres, donde se implementaron con impunidad las campañas de esterilización forzosa que violaron los derechos de miles de mujeres y fueron parte de la política de planificación familiar” (Yon 2016:495).

En las mismas condiciones de relaciones de poder desiguales entre Estado y sociedad, sumado a la falta de reconocimiento de las mujeres que se dio en las esterilizaciones forzadas, hoy, cada vez son más las mujeres que se ven en la obligatoriedad de abandonar sus sistemas de salud, a través de campañas de finalizar el parto domiciliario por diversas razones sanitarias generando la dominación de un sistema de salud sobre otro.

Sin embargo, al margen de esta dominación y monopolio de la salud del sistema oficial sobre los sistemas de salud alternativos, existen agentes de salud, como es el caso de la partería, que no abandonan completamente los cuidados de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Más bien, lo que se va desarrollando, en muchos casos son prácticas de intermedicalidad, definida por Langdon como: “Término que apunta a resaltar los aspectos políticos, económicos e ideológicos involucrados en las interacciones entre profesionales médicos y grupos indígenas, examina las asimetrías de relación y cómo los miembros del grupo subordinado incorporan y se apropian de sustancias y prácticas biomédicas” (Langdon, 2018:4)

En este contexto, hemos podido observar desde nuestro contacto con algunas parteras y parteros, como siguen atendiendo a algunas mujeres durante su proceso de gestación y post

parto, en este último principalmente el proceso de “fajar a la mujer”, sin embargo, en el momento que las mujeres están próximas a dar a luz, para evitar problemas, la partera (o) envía a la mujer a dar a luz a la posta, siendo acciones de una intermedicalidad en muchos casos, más bien acatada durante los últimos años, producto de las relaciones de poder que se ejercen entre profesionales de salud y las parteras. Esta doble atención de las mujeres (partera y posta) en los últimos años, es una dinámica asumida y por tanto se observa una apropiación y dinamismo entre ambos sistemas de salud.

A pesar, que los agentes de salud de las comunidades han disminuido en algunos casos sus atenciones, y muchos se han subordinado a las relaciones de poder que ejercen los representantes de la institucionalidad existe al mismo tiempo una resistencia y una agencia social en ellos, esto a causa de que la biomedicina, está lejos de comprender muchas enfermedades y significaciones que son parte del sistema de salud de estas comunidades.

A la vez, en los encuentros con parteras y parteros, ha sido posible constatar que muchos agentes de salud comunitarios van integrando en sus prácticas elementos de la biomedicina como la desinfección de instrumentos y medicamentos, y en muchos casos donde no se sienten capaces de resolver algún inconveniente de salud, negociación la alternativa de acudir a la salud institucional.

Este escenario nos demuestra, que la biomedicina no reemplaza totalmente las formas de salud de las comunidades campesinas e indígenas a pesar de su expansión continua. Lo que vamos viendo, en algunos casos es más bien prácticas de intermedicalidad, donde algunas mujeres lo que van haciendo es incorporar y asumir algunas prácticas de la biomedicina.

## **Interseccionalidad**

Como hemos adelantado en la formulación del problema, muchos sectores de mujeres han estado ausentes de espacios de participación política y toma de decisiones donde se pone en discusión acciones que las involucran, en palabras de Nina Pacari “la mujer indígena peruana representa uno de los actores sociales en quien las decisiones políticas de las autoridades nacionales y regionales recaen. Si bien representan el foco de políticas sociales, han sido invisibilizadas por un sistema patriarcal y monoétnico” (Pacari 2000, en Uchuypoma y Zambrano 2015:21)

Las razones a la base de la marginación por parte del Estado, donde por diversas razones y factores, las mujeres quedan excluidas a decidir y opinar de la participación política en los distintos niveles de gobernanza en el Perú son variadas, pero si reflexionamos sobre el general de las políticas sociales y públicas, encontraremos una visión de Estado donde no se les otorga real relevancia y participación a algunos grupos y sectores sociales y en consecuencia estos grupos quedan al margen sobre las decisiones que en ellos recaen. Como menciona Uchuypoma y Zambrano “es a partir de las últimas dos décadas que el histórico movimiento feminista y el más reciente movimiento indígena evidenciaron diferentes aspectos de la vida cotidiana en los cuales las mujeres indígenas eran marginadas sobre todo en materia de asuntos públicos, constatándose que eran excluidas” (Uchuypoma y Zambrano 2015:22)

Si bien, el escenario de participación política de mujeres indígenas, se ha incrementado en los últimos años, producto de las movilizaciones de mujeres urbanas e indígenas a nivel regional y nacional sumado a un aumento de cuotas en el parlamento, las y los representantes de mujeres y de mujeres indígenas/campesinas promueven una agenda que no siempre es representativa de todos los sectores de estos grupos, al respecto Espinoza menciona “si bien el movimiento indígena ha logrado visibilizar la problemática de la mujer indígena, ello no significa que dicha agenda esté tan presente como sí lo está la reivindicación del derecho a las tierras y territorios, y al autogobierno” (Espinoza 2014 en Uchuypoma y Zambrano 2015:22)

En este contexto, podemos observar que si bien, hay demandas de las mujeres en general y de las mujeres indígenas, que están presentes en la agenda parlamentaria, otras demandas son invisibilizadas como son la vulneración de los derechos de la mujer frente al control de sus cuerpos, el que está siendo ejercido desde políticas

Desde nuestro problema de investigación, donde observamos la dificultad de algunos sectores de mujeres sobre su elección de dar a luz, en este caso de mujeres indígenas y campesinas principalmente, en contraste a algunos sectores de mujeres urbanas, que si tienen mayores posibilidades de elección sobre el control de sus cuerpos, nos preguntamos acerca de las variables estructurales y transversales a la base de estas diferencias al momento de tener libertades para elegir y la discriminación ejercida hacia algunos sectores de mujeres a la hora de crear políticas sociales donde son ellas las actores involucradas.

Para comprender las variables a la base de estas diferencias sociales y una historia sobre discriminación a mujeres indígenas y campesinas, impedidas en la posibilidad de participación y representación política sobre múltiples ámbitos, entre ellos, la voluntad sobre la decisión de sus cuerpos, tomaremos como herramienta analítica, la interseccionalidad, concepto creado por Kimberly Crenshaw en 1989, que plantea como se interseccionan o cruzan diversas categorías que influyen en la vida de las personas, lo que permitiría debelar las estructuras de poder existentes en el seno de una sociedad generando determinadas situaciones.

Lo relevante de esta herramienta analítica, es la capacidad de comprender situaciones personales y sociales no desde una sola variable, categorizando y rotulando a las personas, sino como una serie de categorías de identidades se conjugan para crear contextos determinados por ejemplo de discriminación y desventaja que se dan como consecuencia de estos cruces. Como menciona Uchuypoma y Zambrano: “De ese modo, la interseccionalidad como herramienta analítica, ayuda a entender y a establecer el impacto de dicha convergencia en situaciones de oportunidades y acceso a derechos, y a ver cómo las políticas, los programas, los servicios y las leyes que inciden sobre un aspecto de las vidas de las personas están vinculados a los demás” (Uchuypoma y Zambrano 2015:24)

De alguna manera, la interseccionalidad nos permite ver una radiografía de nuestra realidad social, al observar determinados problemas sociales, no desde el sesgo, el prejuicio, o determinismos, sino desde una contextualidad, que nos permitiría “pensar, desde contextos particulares, en experiencias específicas y en los aspectos cualitativos de temas como la igualdad, la discriminación y la justicia” (Uchuypoma y Zambrano 2015:24)

Como mencionamos previamente, la agenda política de la mujer y de la mujer indígena/campesina a nivel parlamentario y muchas veces a nivel de movimiento social feminista, está declarado y fundamentado generalmente desde espacios urbanos, académicos e intelectuales, generando de alguna manera relaciones de poder con aquellos grupos que creen representar, invisibilizando en relación a nuestra investigación a mujeres indígenas/campesinas, las que no pertenecen y no se identifican con las demandas de las mujeres bancas, urbanas y menos de una estructura educativa y cultural completamente ajena a ellas.

En este contexto, para recuperar las experiencias de las relaciones subordinadas y de poder que enfrentan diversos grupos de mujeres, debemos pensar los factores a la base de la discriminación. Desde nuestro trabajo de campo y las experiencias observadas de otros grupos de mujeres indígenas y campesinas a nivel nacional y regional, podríamos identificar que género, raza, clase social y educación son variables que están a la base de la exclusión política, social, cultural y económica.

Se torna esencial evidenciar estas categorías para reflexionar sobre los discursos hegemónicos de la agenda feminista y de cómo las políticas públicas y sociales crean normativas en base a estas categorías que terminan subordinado a grupos determinados que se enfrentan a un binomio de aceptación y resistencia al mismo tiempo.

### **El control de los cuerpos**

La sexualidad, y todo lo que la rodea, ha estado intervenida en los últimos siglos bajo diversos dispositivos, y un conjunto de reglamentos militares, escolares, hospitalarios, religiosos, y por procedimientos empíricos y reflexivos para controlar y corregir las operaciones del cuerpo.

Para Foucault, el fenómeno del control del cuerpo, ocurre justamente porque la máquina o dispositivo disciplinario opera sobre los cuerpos con el objetivo de transformar la docilidad de los cuerpos. Un cuerpo al ser dócil puede ser sometido, utilizado, puede ser transformado y perfeccionado, siendo de esta manera los sujetos capaces de transformarse no solo a sí mismos sino también, convertirse por esta vía, en muñecos políticos o unos modelos reducidos del poder, produciéndose esta relación de docilidad-utilidad por medio de las disciplinas (Foucault 2002:134)

El cuerpo constituye el objeto de intereses tan imperiosos y tan apremiantes; en todas las sociedades, entonces el cuerpo queda prendido en el interior de poderes (económicos, políticos, sociales, culturales, entre otros) muy ceñidos, desde donde se le imponen coacciones, interdicciones u obligaciones, siendo el cuerpo el objeto por excelencias de estrategias de poder. Lamentablemente estas situaciones son invisibles, repitiéndose durante los siglos, variando la forma y la técnica.

Un ejemplo de esto, son las escalas de control, estos métodos, permiten la sujeción minuciosa de las operaciones del cuerpo, y garantizan el constante control de sus fuerzas, les imponen a los sujetos una relación de docilidad-utilidad, de esto se trata el control del cuerpo, en especial el cuerpo femenino y su disciplinamiento.

Estas disciplinas, lo que hacen, es la formación de un vínculo de obediencia y utilidad, formando así políticas de coerciones sobre el cuerpo y una manipulación calculada de los comportamientos. La disciplina fabrica así cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpos "dóciles". La disciplina aumenta las fuerzas del cuerpo (en términos económicos de utilidad) y disminuye esas mismas fuerzas (en términos políticos de obediencia). (Foucault, 2002:135)

Desde estas reflexiones, Foucault ha influenciado la antropología médica contemporánea, logra el ejercicio de poder. En la Historia de la medicalización Foucault argumenta: desde su visión biopolítica de la medicina, en este sentido, el surgimiento de la medicina pública o estatal ha sido autor y coautor del control social del cuerpo a través de su conocimiento y

como desde este conocimiento

La medicina moderna es una medicina social cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social; la medicina es una práctica social, y solo de uno de sus aspectos es individualista y valoriza las relaciones entre el médico y el paciente... el capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo 18 y comienzos del 19, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo... (Foucault, 1977:5)

Una de las tecnologías políticas es la biopolítica, el que se asegura de la preservación de los seres vivientes. Foucault menciona que la ideología requiere el control del cuerpo del individuo, en este contexto a la sociedad capitalista lo que le importa ante todo es lo biopolítico, de esta manera la función de esta es lograr que los cuerpos y los cerebros se auto regulen. De esta forma, se implementan acciones políticas sobre los cuerpos individuales y las poblaciones. Es así como podemos observar como el Estado y las teorías económicas se han ocupado de potenciar las capacidades biológicas creando en algunos contextos diseños de la familia tipo y el control de natalidad, por ejemplo, que han servido a la producción del capital, en consecuencia, el objetivo del biopoder y de la anatomía política es la gestión total de la vida.

Bajo, estos principios, la biomedicina ha sido experta en formular discursos ideológicos para promover el control de los cuerpos con el objetivo de hacer uso de ellos. En este sentido es usual escuchar discursos desde la biomedicina sobre la complejidad y defectuosidad del cuerpo femenino, y bajo estas sentencias de patologización, lo que deben lograr las mujeres es “el control de sus cuerpos” a través de diversos mecanismos que van desde el uso de fármacos a la extirpación de órganos. En este contexto, se va desplazando a la mujer de la sabiduría, conocimiento y control histórico que tenía sobre su cuerpo, entregándolo a agentes externos que domestiquen y ejerzan el control que ella perdió sobre su propio cuerpo.

Como mencionamos previamente, a través de diversas disciplinas y paralelamente desplazando el rol de la mujer dentro del ejercicio de la medicina, del cual siempre fue



protagonista, como señala Ingar parafraseando a Ehrenreich y English “eliminando a las curanderas y parteras por medio de la asociación con la brujería, se va creando, poco a poco la institucionalización del monopolio masculino de la clase alta sobre la práctica médica” (Ingar 2016:19)

Este proceso, que nace en Europa en los siglos aproximadamente XVIII y XIX, se ha extendido en las últimas décadas en Latinoamérica, generando una violencia científica a través de la biomedicina, que va destruyendo la sabiduría, conocimiento y prácticas de los sistemas de salud alternativos a la biomedicina, donde en relación al desarrollo sexual y reproductivo de la mujer, estaba fundamentalmente en manos de otras mujeres, como menciona Hammer: “En las comunidades de América Latina, las parientes femeninas y las redes comunitarias son medios a través de los cuales se expresa y se controla el conocimiento especial” (Hammer 1996 en Ingar 2016:11)

En el Perú, estas disciplinas de control, han quedado plasmadas bajo diversas técnicas, desde la religión, la escuela, hasta lo que Ewig denomina los “legados de las políticas”. Para Ewig, estos legados refuerzan las disparidades de poder a través de los criterios de raza, clase y género, al respecto menciona: “En el Perú el sector salud, (sistemas de salud pública y privada) fue construido a través de un “colonialismo interno”, concepto que refiere a un proceso a través de las cual personas en el interior de un solo territorio nacional son dominadas tanto cultural como económicamente por una elite dominante” (Ewig 2012:55)

Es importante destacar, que muchas de las mujeres que son usuarias de los servicios públicos de salud, no son profesionales, algunas no han finalizado sus estudios escolares, y otras o bien no tienen completo entendimiento del español o no lo hablan. En este panorama, muchas mujeres acceden al parto institucional por desconocimiento de sus derechos y por acatar simplemente el discurso por parte de los proveedores de salud de su comunidad.

Esta técnica de control del cuerpo femenino correspondería a un legado de política en salud, un ejemplo de esto, fue la ejecución del programa de Planificación Familiar de la

década de los 90, creado en base a los derechos de salud reproductiva, donde muchas mujeres en zonas rurales ingresaron al programa sin tener pleno conocimiento del mismo, y muchas fueron forzadas a su aplicación, según la Defensoría del Pueblo, “el programa de planificación familiar mostro deficiencias sistemáticas para obtener el consentimiento voluntario e informado para la esterilización quirúrgica” (Ewig 2012:207).

Ewig reflexiona al respecto y menciona, sobre las posibles causas por las cuales las mujeres indígenas rurales fueron engañadas por miembros del personal de salud. Probablemente fue porque ellas se ubican entre las más pobres y con menos educación formal de la sociedad peruana. El objetivo último del personal de salud fue tratar de cumplir con las cuotas o de recibir recompensas financieras. (Ewig 2012:210).

Bajo estos legados de políticas y el disciplinamiento del cuerpo como lo llama Foucault, produce como consecuencias de esta cooptación la desaparición paulatina de los sistemas de salud rurales e indígenas, producto de la aculturación o bien por transformación por medio de procesos de interculturalidad, globalización y migración, entre otros.

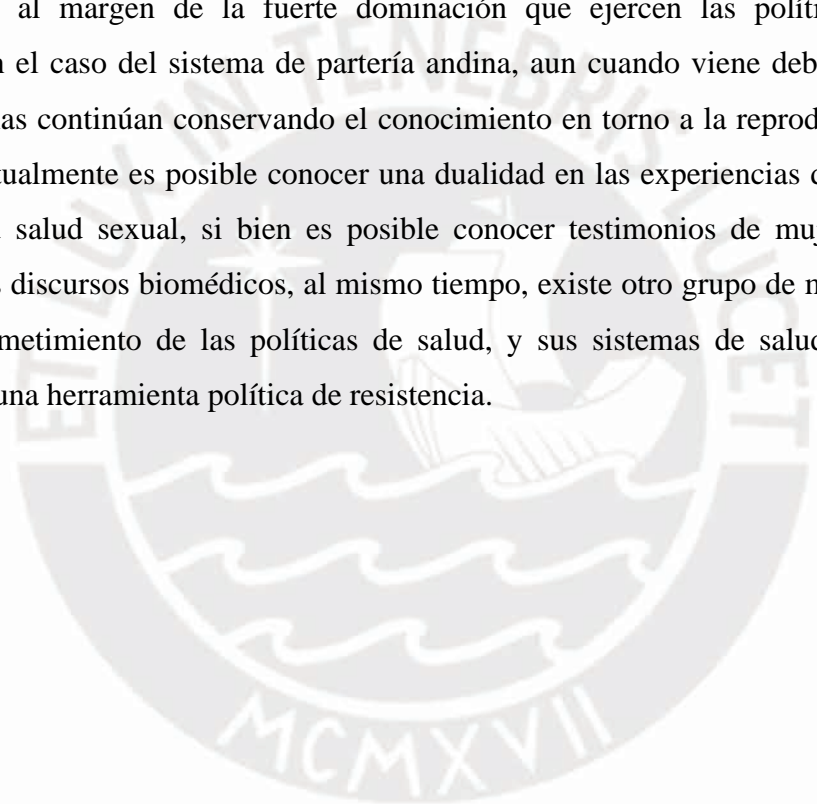
Es una realidad, que las parteras u otros agentes de salud indígena (con toda su riqueza de conocimiento cultura y tradición) han dejado de ejercer producto de la expansión de los sistemas de salud institucionales, escenario que podría denominarse una conquista económica y cultural. El fenómeno que empieza a cristalizarse responde a políticas de Estado-nación, como un colonialismo político que privilegia un sistema de salud occidentalizado que se impone sobre otro, desde donde se viene interviniendo a todos los ciudadanos bajo un mismo sistema de salud.

Si bien, dentro del discurso institucional existe una voluntad de mejorar la salud de todos los ciudadanos, esto en el Perú resulta una realidad compleja por su multiculturalidad y bajo esta voluntad del Estado, podrían subyacer otros propósitos posibles como homogeneización de población y objetivos económicos e instrumentales de ámbito nacional más amplio.

Este ejercicio no es nuevo, ya sucedió en los primeros años del siglo XX, donde las políticas de salud pública fueron llevadas a zonas andinas rurales, para mejorar condiciones de vida de la población, bajo estas políticas subyacían “deseos de explotar a estos grupos de manera que pudieran contribuir con los recursos humanos necesarios al desarrollo económico y social de la nación en su conjunto” (Ewig 2012:56).

Hoy, estos principios se siguen reproduciendo bajo otras formas de control y disciplinas del cuerpo, como son la domesticación del cuerpo femenino.

Sin embargo, al margen de la fuerte dominación que ejercen las políticas de salud ministerial, en el caso del sistema de partería andina, aun cuando viene debilitándose, las parteras andinas continúan conservando el conocimiento en torno a la reproducción sexual femenina. Actualmente es posible conocer una dualidad en las experiencias de las mujeres en torno a su salud sexual, si bien es posible conocer testimonios de mujeres que han legitimado los discursos biomédicos, al mismo tiempo, existe otro grupo de mujeres que se resisten al sometimiento de las políticas de salud, y sus sistemas de salud y su propio cuerpo como una herramienta política de resistencia.



## CAPÍTULO IV

### **Trayectorias del oficio**

Este capítulo tiene como objetivo mostrar las historias de las personas en relación a su iniciación como parteras, donde podemos observar como aprendieron, las técnicas que usaron y usan actualmente, algunos acontecimientos importantes para ellos durante su trayectoria como parteras y partero, y como se desencadena el ocaso de la atención de los partos en función a la prohibición por parte de las postas de salud.

Las personas que hemos escogido para el estudio son 4, tres parteras y un partero, dos pertenecen a sectores campesinos, centro poblado (Yanahuara) y los otros dos a zonas semi-urbanas (Urubamaba y Calca) todos estos lugares a dos horas aproximadas de Cusco ciudad. Todos han nacido en la zona donde ejercen, con excepción de la señora Leonor Samaleón que es nacida y criada en Quello Uno, ceja de selva al interior de Calca. Todos son padre y madres de familia, actualmente abuelos, sus edades van desde los 65 a 90 años.

El partero, Don Esteban Quispe y la señora Paula Serrano aprendieron el oficio por medio de la enseñanza de sus madres y por observación, a diferencia de la Vaca que señala que su aprendizaje fue a través de un don de la naturaleza, y la señora Leonor que aprendió de su esposo el cual era médico, y la entreno como asistente.

Todos los entrevistados continúan atendiendo parte de los procesos de la gestación y el post parto cuando vienen mujeres a solicitarles apoyo, sin embargo, actualmente ninguno atiende partos, indicando que hubo una prohibición de las postas de salud en los últimos 10 años aproximadamente, para algunos esta prohibición fue explícita hace menos años como en el caso de la partera Leonor Samaleón que atiende su último parto hace tres años. Este término de la atención del parto se va haciendo evidente por una disminución de la demanda de las mujeres hacia las parteras y partero siendo el argumento principal por parte de las mujeres una multa ejercida por la posta para otorgar el certificado de nacimiento en los casos del parto domiciliario, y encuentros entre personal de salud y parteras y partero donde explícitamente señalan la prohibición de la atención por no ser profesionales. La amplia cobertura sobre el desarrollo sexual y reproductivo de las mujeres de las parteras/o

generó una relación conflictiva con los profesionales de las postas. En consecuencia actualmente Don Esteban Quispe, señora Paula Serrano y Doña Bárbara Vaca se dedican gran parte de su tiempo a la agricultura trabajo que siempre ejercieron, a diferencia de la Señora Leonor Samaleón, la que ha tenido que reinventarse causa de que la partería fue su trabajo desde los 23 años aproximadamente, el que finaliza hace tres años, producto de la prohibición del ejercicio de la partería por parte de las postas y la pérdida de sus clientas.

**a) Esteban Quispe**



Mi nombre es Esteban Quispe, yo he nacido en la casa de mis padres, y acá vivo, y después mi señora he tenido pero mi señora ha fallecido y estoy viudo, después de eso estamos con mis hijos, todos reunidos, somos una familia, me están acompañando.

De repente me preguntaran como he aprendido, por ejemplo, en 1940 yo tenía una madre política, cuando se murió mi mamá, se ha conseguido otra, y llegó una señora que sabía de la partería y era curandera, y entonces ella me dice tu eres inteligente entonces puedes acompañarme y de repente te puede nacer, puedes aprender de esto, entonces yo le dije a

ver si puedo, sino puedo ya será pues, entonces me indica todas las cosas que se puede hacerse.

Primero me dice, primero te voy a enseñar a tomar las venas de acá a las señoras, entonces aprendí de eso y después me dice como tocar las barrigas de las señoras, de esta forma se tocan y me decía de esta forma como estoy tocando vas a hacer, y aprendí. Surgió el tiempo y felizmente yo tuve la suerte de aprender, y me dice los primeros días tu toca primero lo que te he enseñado tu haz, y así así y me dice estas aprendiendo, tú me dice vas a hacer partero y así te va a llegar mucha gente. Yo me había negado de ser patero, porque muchos son los costos de ser partero, porque hay que tener mucha responsabilidad, mucho tenor, si te vas cuando las señoras gritan no nono debes ser fuerte, debes ser duro, por ejemplo nosotros los parteros, cuando aprendí ya, cuando me enseñó mi madre política me dijo yo te voy a confiarte una señora, no me meto y tú vas hacer, y la salió bien y esa criatura cuando yo he sacado a salido bien, su mamá no ha muerto, ni el hijo a muerto y seguía y seguía funcionando, mas aprendí más aprendí, yo he atendido 80 o más, pero nunca le he matado a ninguno, y así como hace 5 años ya lo he dejado porque ya no tengo buena vista.

### **¿Y que veía en la vena?**

En la vena la sangre corre, y tienen unas venas aquí las señoras, eso es lo que hay que saber cómo está caminando la criatura, por ejemplo si la criatura no está bien toco las manos y veo como así una está fallando entonces quiere decir que la criatura está a un lado, en la barriga de su mamá entonces usted tiene que conseguir un poncho y la hechas y la sacudes tres veces así tres veces así y la arreglas a la criatura pa que este en su sitio pa que nazcan recto, y así ahí la tumbo y arreglo así bonito así así nomás, y pongo en su sitio después le bañamos en una bacinica pa que bañe así tibio y la paramos y volvemos a ver la vena, a ver si se ha arreglado o no se ha arreglado, entonces si las dos manos están en su correcto está perfecto está arreglado, porque la creación dela criatura a veces no es perfecto a veces la creció no está igual, a veces está a un lado o a otro lado, algunos con suerte esta recto.

Si esta recto, no tiene porque hay que cuidarle el momento que nazca, por ejemplo, nosotros no podemos tocar la barriga antes de los 7 meses, si ya están los 7 meses cumplidos si, ahí si los parteros podemos tocar, 8 meses si es una mujercita, 9 meses si son lo varones.

Los parteros cuando estaba con dolores, nosotros usábamos chumpis y con chumpis así amarrábamos, y así las hacíamos sentar o arrodillar con la pierna abierto, nosotros decimos que puje con más fuerza, entonces ahí nace la criatura, primero nace la criatura y después la placenta queda en la barriga, entonces nosotros los parteros nada que ver a la criatura nosotros salvamos la vida de la madre, entonces como lo hacemos, pasa un ratito y nosotros acostumbrábamos la pluma de la gallina con sangre se la metíamos en la boca y le daban ganas de botar y nosotros hacíamos un esfuerzo fuerte y sale la placenta, cuántas mujeres han muerto cuando los parteros se han descuidado ahí. Entonces la criatura ahí en la cama con la madre y ahí su cordón 4 dedos cuando es mujer, tres dedos si es varón y ahí se corta, ahicito acá lo amarramos con pañito y lavábamos con un trapito así, pa que haga sanar y después de 4 días se cae.

### **¿Qué pasa si quedan restos de placenta dentro de la mujer?**

Los parteros no quedan, por ejemplo, porque a la placenta hay que ver una parte puede quedarse en la barriga de la madre, entonces tienes que ver si la placenta está intacta no pasa nada, pero nunca se me ha quedado adentro jamás.

### **¿Qué hacen con la placenta?**

Cortamos a la criatura no cierto, antes como hacían, como se llama, nosotros cocinábamos en concha y a su lado siempre queda ceniza y ahí solita se va quemando.

### **¿Usaba algún tipo de yerbas para que las mujeres tomaran?**

Por ejemplo, al momento que le estaba dando el dolor, mejorana, se pone a reposar y se le da en mate, pastillas no conocemos nosotros pura yerba.

### **¿Qué cosas utilizaba para cortar?**

Para cortar la parte de contacto que está en contacto con la criatura nosotros usábamos teja vieja y la parte que este filo cortábamos, y después con un rápido se amarra con hilo.

### **¿Cuándo fue la última vez que atendió un parto?**

Hace un tiempo unos 15 años o más, es que a veces a los parteros somos agricultores, pasas el tiempo, y de repente te llaman papá, y vamos a atender y te dan una propina, nosotros no ponemos una tarifa así 50 soles y se acabó, no es así con los parteros, por amistad, por cuidar a la señora, nada más.

### **¿Por qué dejó de atender?**

Ya por la edad y después apareció el médico y el médico ya no quería que atendieran los parteros, si lo parterabas y no han ido a la posta te llaman, un montón de cosas, te hacen perder el tiempo también ahí, y te dicen quién te ha aprendido, cuántas mujeres has matado, nada le dije yo, ninguno, así es.

### **¿Han venido los de la posta a visitarlo a Ud?**

Una fecha ha habido una campaña de los médicos que buscaban a los parteros, entonces nos hicieron junta a todos los parteros, entonces nos juntaron y hicimos asamblea con los doctores, entonces cada uno cuenta su historia y como es su técnica, y nos dicen ustedes van a dejar ya de atender porque su forma ahora ha vencido y a nosotros nos toca, porque nosotros vemos como esta, en qué posición esta, y es que hemos dejado, en el campo ya hemos dejado, por ejemplo en el campo ya van y le dicen a la mujer quien te ha atendido, y tú vas y pierdes tu tiempo pues, el tiempo perdido nadie te paga porque tú tienes que trabajar, esa es la mala suerte que tiene un partero y después de eso yo dije ya vayan al hospital, ya nada más.

### **¿A Ud. le gusto cuando era partero?**

Si me gusto cuando era joven, y todos me llámana, señor porfavor porfavor porfavor.

Se me estaba olvidando, después de que ha nacido la criatura, después de 6 días, nosotros vemos todas las venas, todos los nervios que se han retirado de su cuerpo, entonces nosotros compramos balsa amarillica, con eso le untamos, todos los nervios así, todo el



cuerpo así, y acá los reunimos en el cuerpo de la señora en el ombligo, y así todas las medicinas, ya están listos con un huevo lo mezclamos con todo en un plato, y de ahí de frente no más con chompi, las señoras se levantan sanas, tranquilo.

**¿Todavía ve mujeres, para que usted vea cuanto les falta?**

Eso si vienen para acá, ya vayan al médico a hacerte verte, ya no trabajamos, vienen, pero ya no tocamos más, y como los médicos dicen ya no van a hacer, entonces nosotros mandamos a la posta. El doctor me preguntó, ustedes pueden traer acá y nos puede enseñar como hace y yo le dije yo soy agricultor yo vivo de la agricultura si voy me darían algo, una propina para no perder el tiempo y me dicen nosotros no damos nada, prefiero no perder mi tiempo y seguir mi trabajo en la agricultura, ya me fui, ni más.

**¿Para qué se faja una mujer?**

Fajamos para que, como la mujer con la fuerza que hace, con el dolor, todas las venas se mueven, y la mujer cuando no la fajamos, la mujer no está perfecto, no está perfecto no tiene fuerza, no puede cargar no puede caminar, le duelen las piernas los brazos, pero cuando fajamos ya normal. Una madre política, cuando ha muerto mi madre, mi padre dijo no puedo vivir solo y ella es la que me ha enseñado.

**¿Cómo ha sido su relación con su mama política?**

Tranquila, buena, buena atención a mi padre, nos quería como a sus hijos, buena señora era ella, ella era de Yucay mi papá también era de Yucay.

**¿Cómo conoció su papa a esa mujer?**

No sé cómo se conocerían, también la señora era viuda con hijos, su esposo había muerto, y como ya se han conocido mi papá la trajo acá y acá vivían.

**¿Ud. no le ha enseñado la partería a otra persona?**

Les he ensañado, pero no han aprendido, a uno de mis hijos le he enseñado porque he dicho viene el médico y la tradición pum se acabó, entonces yo le dije Ud. tiene que aprender,

entonces uno de mis hijos más o menos aprendió, pero como también es agricultor pues lo dejo, más o menos aprendió, pero muy poco.

**¿Y cómo es el trato en la posta?**

No sé cómo harán, nunca les he seguido, les pondrán inyecciones, no se pues, nunca he ido. Mi esposa ha tenido 8 hijos, pero nunca le he llevado a la posta.

**¿Porqué ustedes no los ha llevado a la posta?**

Por ejemplo, cuando ha nacido, yo llevo a la criatura y digo tal tal señor ya ha nacido, yo mejor atendía a mi esposa en mi casa, a los otros que parían en sus casas, en sus casas.

**¿Porqué ustedes creen que es mejor dar a luz en las casas?**

Como le decía ante, no había médicos tan buenos, cuantos no han muerto cuando han ido al médico, entonces las señoras preferían ir al partero y nos suplicaban, papá arréglame esto, ya te voy a arreglar les decía, pero tú tienes que cumplir los 7 meses cumplidos, como le digo, no se puede tocar a la criatura antes de los 7 meses porque la formación de la criatura no está todavía duro pues la barriga, entonces le sacudes si existe algún desperfecto en la criatura.

**¿Ud. cree que a los médicos también se les mueren mujeres?**

Si mueren con los médicos también, por ejemplo, la criatura se tranca, les hacen cesarías y la mujer a veces muere pues.

**¿Porqué Ud. cree que les hacen cesarías?**

Porque les ponen inyecciones a las mujeres y no puede salir la criatura, cesaría entonces hacen, inmediatamente.

**¿Cómo es la alimentación después del parto?**

Nosotros los parteros y las esposas saben, por ejemplo, para que mi esposa de su parto yo tenía que darles oveja y gallina también, en el momento que nace la criatura uno mata al

cordero, pero los primeros días, los primeros tres días uno tiene que dar pollo no más, le damos su caldito de pollo, pollo no más.

## **b) Leonor Samaleón**



Yo soy esposa de un servidor de salud, me llamo Leonor Samaleón, está en mi DNI. Yo he aprendido a atender los partos, ante si mi esposo no más atendía, como era servidor de salud, el no más atendía, yo lo seguía donde él iba y observaba como atendía, como hacia el tacto, y aliguito yo había atendido, pero solita solita nunca, y mi esposo se fue al Cusco e iba a regresar a atenderle a un parto que estaba en trabajo de parto, pero con urgencia se fue al Cusco mi esposo y esa vez no había teléfonos ni celulares como para poder comunicarse adonde estaba, como estaba yendo, yo estuve esperando el trabajo de parto, pero no sabía que ya estaba para dar a luz ya, sino que así sentadito no más esperando y era una amiga bien de confianza que estaba no, y esa señora jamás iba a la posta a hacerse controlar si quiera como esta, en qué posición esta, cuantos hijos iba hacer, y avanzo el parto y la señora diciéndome ya está ya está, como era último parto, ya era tercer parto ya era, cuando ya tiene hijos ya es más fácil ya el trabajo de parto, ya más fácil dilata y me dijo ya estoy ya estoy, y yo le dije espera si mi esposo ya va a llegar y no había cuando llegue mi esposo y como había llevado yo una pinza una tijera y el hilo preparado nada más, y los guantes y yo estuve mirando y me decía: ya estoy ya estoy, y se pone en posición de parto y le pongo yo

a la señora y le digo ya bueno será de dios, atenderé, ahí estaba su mamá su papá de la persona que estaba dando a luz, pero su esposo no estaba y le digo ya puja pujapuja y nació el primer bebito, normal.

Para sacar la placenta, siempre mi esposo hablaba, nunca hay que jalarle o tampoco sacar ese mismo momento, sino que hay que esperar 5 minutos y ahicito eso yo lo tenía bien grabado y yo estuve esperando, agarrado el cordón y ya el bebito, ya lo estaba vistiendo su mamá bañado todo ya, y hago el movimiento de la barriga y la barriga seguía igual y estaba posicionando el otro bebito para salir y eran dos.

Y me dice la dueña, la persona que estaba dando a luz me dice: hay dos hay dos se está moviéndose. ¡Yo no sabía qué hacer, como yo no sabía atender, no era experta todavía, me asuste, casi me escape ese ratito, tras de su mamá, porque su mamá dejo la guagua y se ha escapado, su papá también, y decía como van a hacer dos! se escapó, y yo solita con el parto, por fin salió el segundo bebito y normal, claro se había tonado su líquido amniótico se había tomado, yo no sabía que con eso iba a pasar algo, no tenía experiencia de eso, tenía miedo todo no...y le saco la placenta y le jale pues y se había quedado un pedazo de a bolsa pues y eso provocó una hemorragia a la señora al día siguiente y casi se va la señora y ese rato tenía la culpa el médico, ese ratito que yo le llamé, porque yo cuando nació el segundo bebito, saque la placenta todo ha debido fijarse el médico no, la integridad de la placenta, la bolsa todo no, sino que el bebito lo chequeo todo y al bebito no más le ha aspirado.

Claro un poquito a mí me enoja también y me dice cómo te has atrevido a atender un parto, y le digo: la señora no ha querido y no había movilidad pa traer, total era amigo íntimo de mi esposo es el médico y ese médico me dice ya ya total ya has hecho, eres héroe.

Y al día siguiente, una hemorragia la señora pues con el pedacito de la bolsa que se ha quedado y total de ese susto de esa experiencia aprendí a atender y continuamente ya atendí.

Me dejaba mi esposo así, y me decía este parto esta facilito atiende y así he aprendido a atender partos y así toda la gente me buscaba de noche, al amanecer, al día dos veces tres veces atendía partos, a veces en las noches me dormía al pie del paciente y así he atendido.

y en la posta a mí me tenían odio, me hacían lio, me decían a qué te metes me decían, a atender, acaso tienes permiso, que no le vamos a dar certificado y así a las señoras les pedían multa de las que no se daban a luz en la posta.

La mayor parte de mis partos cuando he aprendido, de verdad he aprendido, he sido persona ya conocida, que toda la gente ya tocaba la puerta, hasta hacían cola en la puerta de mi casa y los de la posta me tenían odio a mí, no querían dar certificado, pedían multas, regalaban ropas, al final que prohibido, se aparecían enfermeras en la casa y me decían porque les estas atendiendo y así hacían un seguimiento las enfermeras.

#### **¿Cuándo fue la última vez que atendió usted?**

Hará por lo menos tres años a 4 años, ya no atiende.

#### **¿Y porqué ya no atiende?**

Porque en la posta, porque los del hospital ya no permiten a los pacientes a los que van a dar a luz ya no les dejan pues, los controlan mensual, les dan víveres, les da vitaminas, entonces por eso las señoras ya ahí.

#### **¿Por qué cree que las postas impiden que las parteras ejerzan?**

No sé a qué se deberá eso , a mí no me han dicho el porqué, conmigo nunca han conversado, a decirme porque tiendes, como atiendes, por lo menos así enseñarme cómo puedo hacer mejor, nada nunca, los chilenos sí, nos han dado una charla en caso de que se presentan por ejemplo cuando una persona, mi esposo también todo me ha enseñado cuando una persona es mediana o pequeña o tiene los deditos pequeños es que es estrecha, el no más, pero nunca los médicos o las enfermeras nunca, de los riesgos nunca nos advertían. Había un caballero Pacheco, con el no más discutíamos entre los dos atediamos así lo que él no podía yo lo atendía y así poco a poco ya no querían con el señor pacheco

### **¿Porqué quiso aprender?**

No sé, porque mi esposo atendía y porque la gente también me apreciaba, me tenían poco a poco me han tenido confianza conmigo.

### **¿Cuántos partos crees usted que ha atendido, tiene un número?**

Como le digo 80 % a 90 % es lo que he atendido yo, cuando se registraban el centro de salud, cuando decían atendidos en casa yo le decía no voy a decir que yo te he atendido, los hacía mentir, porque como me tenían odio y no querían que yo atendiera, las señoras decían me ha ayudado, o mi tía o mi herma o mi esposo es que así se defendían y eran atendidas por mí no más, toda esa gente.

### **¿Pero cuántos 50 partos 80 partos?**

Mas, a la semana no le decía que atendía 15, 20 partos hasta 25 a la semana, así eran había meses que no, pero mucho parto atendía, y para cuando 20 soles 30 soles a veces gratis así no más atendía.

### **¿De alguna manera ese era su trabajo?**

Si, por eso yo nunca verdaderamente como otras personas han adquirido algo con eso, como para distraerse no sé, un aprecio no más, iba donde sea un cariño terrible me tenía la gente así no mas era, y hasta ahoritita cuando voy al mercado o algún sitio: mamacita como estas mamas cómo te sientes amorosamente me reciben porque se acuerdan no, que tiempo nos atendió esa viejita.

### **¿Alguna vez tuvo un problema de salud con alguna, se le murió alguna mujer algún niño?**

Niño si muerto he sacado, muerto, ahí en Pata arriba, yo me acuerdo mucho de eso, una señora Modesta, esa señora semanalmente me daban mis yerbitas mis verduritas, el de la posta un portero, se ha muerto ese caballero, el portero la estaba atendiendo allí arriba y toda la noche la había atendido y no había podido y como le tocaba trabajo el portero, la ha dejado diciendo llévenla a la posta, entonces su esposo viene y me dice su esposo: mamacita recién está empezando a dolerle, o sea mintiendo no, pero en realidad toda la

noche le había atendido el portero no, y le digo pues, le he hecho el tacto y era el líquido así saliendo como con olor, feo, frío, ya no había latidos, está muerto tu bebito, está muerto le digo y me dice: mamá hace ratito estaba moviéndose, mentira era eso, hay personas que mentían también, y como ponía inyección le puse pitocin y felizmente empezaron los dolores y salió el bebito, pero parecía albóndiga y salió desasiéndose así como ampollas, así feo y le dije:

¿Cuánto tiempo habrá muerto tu bebito en la barriga? ¿no te dolía tu cabeza?:no me dice. Le digo: ¿no tenías algún malestar?: no me dice.

Es que a veces no se puede creer, a veces mienten para que no le enojen, a fin de que no le digas vamos a la posta que te hagan esto, ella no se avisaba la verdad pues.

Esto no está bien pues Modesta o me dices la verdad o te traigo un policía y te llevo a la posta, este bebito estaba muerto hace días, como dices que estaba moviéndose, no se puede mover muerto.

-No mamá estaba moviéndose.

A lo mejor ella tenía la idea de que estaba moviéndose, por dolor quizás, que sería.

Y empecé a hacer sus movimientos pa sacar la placenta, la placenta desasiéndose a salido o sea desarmándose así podrido y era un líquido como negro, amarillo, como verde, era un color feo era. Entonces yo dije, capaz que con una infección esta se puede morir, me tengo que cuidar podía ahí me echan la culpa a mí, así que le dije tu anda hijita a la posta y dile la verdad, no mientas, si mientes te pueden decir que le has pegado a tu guagüita, tienes que decir la verdad.

-Y mamá, si me van a poner a la cárcel.

- Que te van a poner a la cárcel, anda a la posta.

Y le vio un médico feo, tenía un carácter horrible, y yo voy y le digo la verdad.

-Doctor yo he venido a atender el parto, me dice que recién le había empezado a doler, yo creo que ha mentido la señora, y le dice: di la verdad, y la mujer dice que le había estado

atendiendo el señor toda la noche y la señora ha venido a sacarme la guagua, y este señor era el portero del médico, trabajaba con él, y la señora me agradeció y la señora casi muere.

Yo le mostré al doctor la placenta, es esto el bebito, es esto, y el doctor dijo:

-Cómo ha podido salir, esto debía haber salido con cesaría.

-A veces muerto no puede salir, no puede dilatar. Me dice que raro ha salido.

Y la señora se ha hecho su tratamiento, su legrado, como 15 días estuvo la señora en el hospital, pero se salvó, trabaja normal la señora, sana, su último hijo ha sido, me acuerdo mucho, era un caso especial era.

**¿Ud atendía partos acá en Calca abajo, pero también atendía en comunidades de altura? ¿Cómo venían a buscarla? ¿Cómo usted subía?**

Antes mi esposo trabajaba lejos, en Lares en Cuyo grande, lejos, no estaba junto conmigo. Entonces donde me llamaban yo iba, en carro, hasta en triciclo, a Pisac en triciclo he llegado y mi esposo me retaba, ¡cómo has podido salir de noche!, ahí arriesgas, no me aceptes de noche. Pero por amor al dinero o por amor a la gente yo siempre salía, nunca les negaba, salía y atendía pues, parto que no he podido atender no me acuerdo, que lo he mandado a la posta, nunca, he atendido con paciencia, no acelerando.

**¿Y cómo son las técnicas que usted aprendió? ¿Cómo sabe sacar la placenta?**

Mi esposo me decía, pa sacar la placenta, después que ha nacido el bebito, 5 minutos esperas todavía, no le aceleraba, después hacia un movimiento así, y hacia dar vuelta, y así despacito hasta que todito salía, no pasaba nada.

**¿Ustedes como hacia parir, vertical, horizontal?**

Lo que querían las mujeres, lo que aceptaban, por ejemplo, hay mujeres que en su posición de parto no querían, hincadas otras querían, es que tienes que aceptar lo que ellas decidían, su comodidad de ellos pues.



**¿Y también usted sabe girar el bebito para que salga en vertical? ¿Por qué a veces no están en posición?**

Si, poquito yo les ayudaba.

Mejor un parto me recuerdo en Lares, que en el valle no habían podido atender, toda la noche le habían hecho el tacto no, y le habían mandado a la posta, y en vez de ir a la posta se había venido acá y se paran en la puerta de mi casa y me dicen:

-Mamacita atiéndeme.

Y tenía una transferencia para ir a la posta y le digo:

-Mamá este papel es pa que vayas a la posta.

-No mamá no quiero, me van a matar ahí.

Y la manito del bebito ya estaba afuera, moradito negrito, y le digo hay mamita yo no voy a poder atender esto, es cesaría, vámonos mejor al Cusco, no te van hacer nada.

Bueno yo le vi el latido del bebito no más, ya estaba en sufrimiento fetal y estaba lento nomás, yo le dije ya vámonos al Cusco, estábamos en las alturas de Pisac y con el movimiento del carro, que sería la cosa y la señora grita y dice hay ¡mamacita ayúdame! y en el carro, le hago el tacto y la guagüita de cabecita y su manito le había metido, ¿qué raro es eso no? ya la manito estaba afuera moradita. Le digo al chofer que se pare, que se cuadre en algún sitio y la tapamos y con el chofer nomas atendimos y la atendimos a la señora la placenta le saque normal y nos hemos ido a su casa. Pero la manito del bebito ha necesitado tratamiento, porque estaba como muerto, negro estaba, y tiempo quedo normal.

Un bebito en he atendió yo también, con tumor, una bolsa amarillita así también venía en el potito y sus piecitos deformes, todo deforme y dije: dos cabezas tienen ese bebito. Le toqué con la pinza y reventó, con la bolsa nomas ya ha nacido.

**¿En el parto es siempre necesario cortar?**

La vagina depende, cuando la cabeza es muy grande, en él y tacto ya sabes si es muy grande ya le cortas, pero eso después hay que cocerlo, pero si no no, cuidando la vagina no más, mayor parte yo no cortaba, muy pocas veces.

### **¿Y cuándo iba a las comunidades de altura no había parteras allá arriba?**

No, en las comunidades no hay, en Cancha Cancha, encima de Huarán, a media noche, a mí me han llevado, pero esa vez casi les ha dado infarto a mis hijos. Me fui como a las 11 de la noche y cuando llegué a Huarán pensé que era en Huarán no más. Es que los campesinos nunca te van a decir que es lejos, ahícito no más, subí al caballo y le digo que me ha llevado lejos, donde hay llamas, donde hay chuño, moraya, y yo le digo ¿dónde es? ya estaban cantando los gallos, y como tan lejos me has traído, ahicito no más, ya estamos llegando, y baja un hombre y el señor le dice ¿cómo está mi mujer?, y el señor le dice: ya se está yendo le dice, pasapunña. Yo pensé, ya habrá salido la guagua, y llegamos a la casa y la señora estaba grave, no hablaba ya, estaba pereciendo, yo no sabía qué hacer, menos mal había llevado suero. Mi esposo siempre me decía que hay hemorragia pusiera suero, mejor que un médico me ha enseñado mi esposo, y la señora había desangrado cantidad, el bebito estaba llorando, o sea había salido el bebito pero la placenta no, así que le puse el suero, un poquito de pitocin le puse a la señora pa que dilate, porque ya no había ni dolores, ya no se quejaba nada, le puse el suero, y al poco rato la señora empezó a hacer ruido, le hice su movimiento y salió la placenta, y poco a poco que le va entrando el suerito ya estaba reaccionando la señora, y amaneciendo la señora ya estaba abriendo los ojos ya quejándose ya, por suerte ese día me quede cuidándole a la señora, le puse su antibiótico.

Ese día, al día siguiente bajo y mis hijos llorando, donde se habrá llevado ese señor a mi mamá, como no había donde comunicarse de esa altura. Papa, moraya me regalaron ahí y me vine y mi esposo me ha retado, ¡Como te has atrevido a ir ahí!, y era una cosa desesperante, y así he salvado vidas.

### **¿Cuáles son los riesgos que se pueden tener en domicilio, las postas dices se corren muchos riesgos en los partos domiciliarios?**

Cuando le aceleras un parto sin saber y manipulas, por ejemplo, cuando hay eclampsia y cuando estas en la casa que vas a hacer, por eso tienes que estar preguntando si se te

hinchon los pies, si te duele la cabeza, por ejemplo, tienes presión alta, a varios partos con esos síntomas yo he mandado a la posta, hemorragia también, también placenta previa, y si no sabes, así mandas a la posta.

**¿Se puede capacitar a las parteras para que aprendan de los riesgos?**

Claro se puede capacitar, de que, si ven esos riesgos que se presentan, no atreverse, si uno no sabe. Yo he mandado varias veces a la posta con placenta previa, con presión arterial.

Por ejemplo, una señora si se ha muerto, pero no ha sido atendida por mí la señora, estaba toda la noche la señora y así fui pues, me llamó, ya había nacido el bebito ya y la placenta no salía y voy y había una hemorragia terrible, no había agua en esa casa y el señor se ha ido a buscar agua, y como no había carro ni motociclo en ese lugar, yo no sabía cómo cargarla y llamé a una señora para cargarla y la llevamos a la posta y con eclampsia había estado y ha muerto la señora.

**¿Actualmente usted atiende a mujeres, no el parto?**

Sí, calculo yo para que vaya a la posta, les digo la hora. El día vienen y me dicen: Controlcito mamá, y les controlo no más pues, y le calculo que día va a dar a luz, que fecha le toca, así nomás. Ya no atiendo partos.

**¿Le gustaría atender partos?**

Claro, pero si no tuviera problemas en el centro de salud, porque esas señoras si hacen problemas. Si me gustaría atender de nuevo.

**¿Después de que las mujeres van a la posta vienen después?**

Sí, vienen.

**¿Cómo cree que es la relación de las mujeres con las postas?, ¿Van porque se sienten obligadas?**

Van porque se sienten obligadas y además dan productos, aceite, arroz, por interés de esas cositas no más van. Es que nosotros no damos esas cosas, hasta ropita pal bebito también dan.

Dicen que hay obstetrices, pero hay practicantes también no más, y eso no les gusta a las señoras, no tienen experiencia, y son aburridas, asquientas, los tratan mal no, si es un campesino lo tratan así no más, si es una persona, así mejor, no los tratan con igualdad, asco tienen, les dicen: ¿por qué no te bañas?

Las bañan con agua fría, les rasuran, eso no les gusta a las señoras que las rasuren.

En cambio, nosotros atendíamos donde nos mandaran y nosotros exigíamos que tengan limpiecito sus cosas para dar a luz.

**¿Qué cosas usted utilizaba?**

Una jeringa, dos pinzas, una tijera, guantes y nada más, y mi tensiómetro y tenía bombita para aspirar al niño el líquido, nada más.

**¿Y Ud. tiene relación con la posta?**

No nono, de esa vez que nos hacían problemas ya no, me daba pena, las primeras veces que yo les negaba a las señoras, yo mamacita linda ya no te puedo atenderte, y las mujeres mentían para poder venir, es que, a gentes muy envidiosa, cuando vivíamos cerca de la posta las personas hacían cola.

**c) Bárbara Vaca**



Mi nombre es Bárbara Vaca. El don que me han dado para curación de enfermedades, primero me ha cogido el rayo cuando estaba niña de 8 a 10 hasta los 30 años, hasta tres veces, ese don me ha puesto, y después estuve curando. Ahí me aparece un caballero triste, bien sangrando, ahí me ha dado ese don:

. -Desde ahora te estoy dejando este don, nunca vas a hacer regresar de tu casa a los pobres, vas a curarles, vas a darles de comer, para los niños, para los enfermos, después se ha ido y desapareció.

De ahí seguí seguí, y hasta ahoritita sigo curando. Primero veo en su orín, que enfermedades tiene, en su vena.

**¿Cómo es eso que te llegó el rayo?**

Como relámpago me toco, tres veces, me asuste, fuerte ha sido y no sé qué sabor que olor me ha dejado, a quemado, y ahí parte mi don.

**¿Cómo aprendiste lo de las yerbas?**

Yo siempre quise saber de las florcitas, de las yerbas.

**¿Cómo aprendiste a ayudar a las mujeres a dar a luz?**

Cuando está mal puesto él bebe, arreglo, veo en su mano, en su vena, entonces arreglo y tranquilas dan a luz, y ya está rectitos. Después de aparte, hago su fajada, con yerbas molidas de altura, las yerbas tienen que ser siempre de altura, porque tienen más remedios, preparo mates.

Esto es lo que llamamos espina del perro, para presión, para torceduras, para prostática, esto es canchalagua, sirve para riñón, para hígado, páncreas, anemia, esto se prepara en suero de leche y a base de limón, en hervidito, y ahí pones y haces reposar, esto es bueno para anemia y para hepatitis. Esto se llama pikipiki, esto es maravilloso para presión. También runamarayuca, para riñón, para infección urinaria.

Para fajar, con 25 plantas se faja, para que después de dar a luz estén fuertes para que no tengan dolores de huesos, para que estén fuertes, en la sombra se hacen secar las yerbas.

Cuando está mal puesto él bebe, no corre la vena y cuando tienen poca sangre también y cuando tienen mucha algo también. Cuando está mal puesto, arreglo bonito paradito no más y ahicito arreglo, así cuando esta trancado.

### **¿Todavía ayudas a dar a luz?**

Antes ayudábamos cuando dan parto en la casa, pero ahora es prohibido, las enfermeras los doctores prohíben.

### **¿Tú todavía ayudas a las mujeres hasta que dan a luz?**

Si estoy ayudando, hasta que nazca él bebe, voy arreglando, cuando está bien arregladito van a MINSA, y después de que dan a luz, fajo. Se faja después de tres días, la fajada es hasta un mes esta bueno todavía, cuando es con cesaría hasta tres meses.

### **¿Es necesaria la cesárea?**

Eso dicen los doctores, cuando no hacen arreglar, hacen cesárea.

### **¿Cuántas mujeres ayudaste a dar a luz?**

Varias varas, de todas partes han venido a mejorar.

### **¿Cómo era el parto en la casa?**

Antes daban en la casa, normal no más, las mujeres daban de parir arrodilladas, les daban mate de trigo con mejorana, eso hace calentar el cuerpo rápido, cuando está bien arreglado, rápido.

Una vez mas bien he hecho nacer cuando no estaba prohibido, me estoy yendo de mi chacra, y una señora, unas gemelitas dos chicas había dado, entro a la casa de la señora y solita estaba sufriendo la señora y me dice hermana ayúdame, báñame, le he arreglado, y ahí mismo ha nacido, entonces tenemos costumbre, su sangre mismo le ponemos en la boca, para que todo salga su placenta, entonces le pongo en la boca y otro bebe ha nacido, así, con la sangre en la boca unos pujos fuertes dan.

### **¿Qué hacen con la placenta?**

La cortamos o la enterramos, algunos creen que le va a hacer daño, por eso enterramos. Dar a luz en la casa es más bueno, más cuidadoso, también se mueren personas en MINSA, también, nunca te van a ayudarte tanto, como perro botado quedas, feo son algunas enfermeras.

Hasta unas que enferman con una, después de dar a luz, cuando no está bien fajado, acá en el campo, acá siempre tocamos agua, y algunos no hacen fajar bien y te da desmando, ese desmando es más peligroso que toda enfermedad, hasta paralitico te puedes volver, como estas pasado de frío, te duelen los huesos, la cabeza, las manos, no te deja tocar agua, ni sol, ni viento, más peligrosa de todas las enfermedades, por eso fajar es bueno.

**d) Paula Serrano Fierro**



Mi nombre es Paulina Serrano, Paula Serrano Fierro.

Me he enfermado sola en mi casa, sin partera y no he sufrido, he tomado yo mis remedios, yo misma me arreglaba. Me he enfermado despacio, fácil, no he sufrido.

**¿Cómo usted ha aprendido?**

Mi mamá era partera, mirándole como atendía yo he aprendido, de su mano he aprendido y he atendió varias mujeres. He atendido a varias mujeres: Viviana Quispe, fernandina Quispe, ya falleció, Augusta Loaiza, acá arriba esta Paula Espinoza, creo que a ella la atendí tres veces. Allá al frente, en Mismina y también atendí a una mujer, a varias he atendido en mis manos, a ninguna he hecho morir.

**¿Cómo atiende?**

Primero le meneamos, luego le hacemos tomar, pero no si tiene calor, haces tostar trigo, le haces tomar trago con agua hervida, se calienta. Para que se enferme le frotas con trago y luego le envuelves con firmeza sus manos para que no le dé el viento, le hechas en la cama meneándole para que se levante bien.



Después del parto le das comida sin sal, por cinco días, al octavo día le colocas dos bolitas de sal al caldo, eso tiene que comer para que se levante, a la tercera semana tres bolitas de sal hay que poner, y al mes ya se levanta, hay que atenderle en su cama, solo así se levanta y no se enferma.

Y le bajas con hierbas, tiene que hervir todo: molle, eucaliptus, arrayan, chillka, maycha y romero, en una olla que hierve, en su vapor de pie cubriéndole con una manta por delante y por detrás, y suda y con un pañuelo le secas el sudor, cuando termina de sudar le hecha a la cama, luego le das chicha preparado con huevo y habas, eso tiene que tomar al terminar que le baje, ni bien termina.

A las tres semanas, le das poca sal y al mes le das un buen caldo bien hervido sin huesos, solo picado, no tiene que cascar el hueso.

### **¿Cómo hace con el ombligo?**

Su ombligo se corta cuatro dedos, cuarteas y cortas con gillete o con un palo con filo, a los varones 5 dedos, a las mujeres cuatro.

### **¿Qué hacen con la placenta?**

La placenta sale cuando le metes un cucharón que se ha calentado en un fogón a la boca para que se atore, así y con eso sale la placenta, sino la cuerda de una amarra de la vaca la haces calentar le pones en su boca, cuando no sale la placenta al mismo rato así la placenta sale rápido, si se demora, entonces bates huevo y le pones en su cintura y su barriga porque se ha pegado, se ha pegado la placenta porque se ha sentado al sol, por eso se pega la placenta, por eso en la sombra tiene que estar. Cuando sale la placenta, le amarras con un chumpi, en el ombligo le colocas unas semillas y le fajas y se levanta cuando se levanta.

Desde que vana la posta ya me olvidé, ya no vienen para que les haga enfermar, ahora me traen niños con susto para curar, eso también se.

De la posta vienen, cuando no pueden ahí, llevan a Urubamba, a Cusco, ahí se pueden morir, no se sanan, les hacen cesárea, viven o mueren, así es. Por eso hay que menear la barriga, así hay que llevar a la posta, la meneas dos, tres veces en una sábana para colocar en su posición correcta a la guagua, para que nazca sin problemas, porque la guagua a veces está a un lado y no este derecho, cuando este derecho, nace muy fácil la guagua, si no es difícil cuando se enferman.

Cuando no nacen en la posta y fue en sus casas, la posta les pone multa ¿por qué no has venido a la posta? y le hacen pagar multa.

### **¿Usted ve la vena?**

Me doy cuenta en sus senos si será varón o mujer, a la vista es, cuando es varón la teta es negra, cuando es mujer normal está el seno. Veo el seno y digo varón va hacer y dicho y hecho, nace varón, sino el seno está limpio y nace mujer, así me fijo, no se mirar la vena.

### **¿Cómo le pagaban?**

A lo que me pagaban, 50 o 100 soles, si le estoy salvando la vida, y mis vecinos que son pobres me pagaban trabajando en mi chacra, me pagaban trabajado.

A veces sigo haciendo a veces, voy a las alturas, porque no bajan a la posta, se hacen vencer con el dolor.

La última vez que atendí fue a mi nieto, cuando no pudo enfermar en la posta, me llamaron, eso te estoy contando. En la posta señoritas bien vestidas, solamente andan, no saben agarrar del poto, no saben dar licor, no saben nada. Casi muere, sino hubiera entrado hubiera muerto, yo ya le he salvado de la posta.

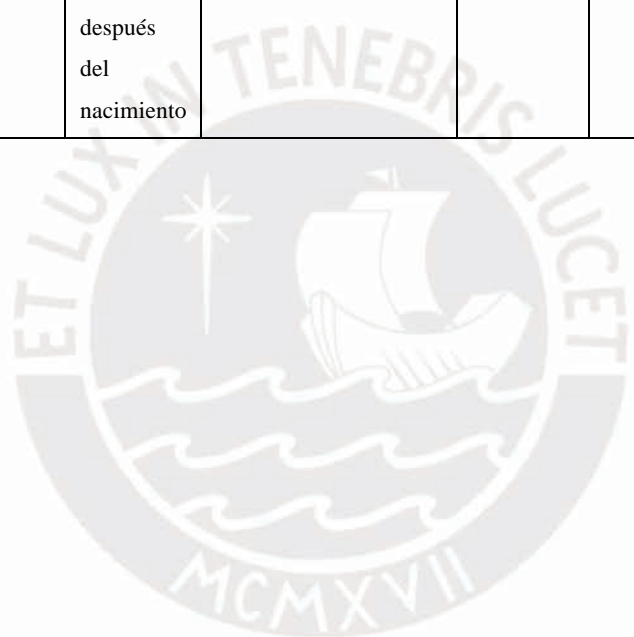
**Cuadro comparativo: Los especialistas, formas de aprendizaje y características de la atención que brindan**

Nombre /Edad	Procedencia/ Residencia	Adquisición del aprendizaje	Técnicas pre parto	Parto	Post Parto	Yerbas	Intermedicalidad	Medio de pago	Relación Centro de salud	Oficio actual
Esteban Carvajal	Yucay (Cusco), Urubamba (Cusco)	A través de las enseñanzas de su madre	Ver circulación de la vena, si esta es anómala el bebe no está en posición y se mantea a la mujer hasta que la circulación de la sangre este correcta.	Uso de chumpi, correa tejida que se pone sobre la barriga y se hace a la mujer sentar o arrodillar para iniciar con los pujos. La placenta cae colocando una pluma de gallina con sangre	Post parto la mujer debe comer caldo de gallina y cordero.  Se ve en las venas a la mujer como esta, si la sangre es irregular se hacen masajes con bálsamo y yerbas y se faja.	Mejorana		Soles, gratis, por amistad.	No tiene relación	Agricultor

				<p>en la boca de la mujer, con esa acción la mujer vuelve a pujar y cae la placenta. El cordón se corta con teja.</p>						
Paula Serrano	Yanahuara (Cusco)	A través de las enseñanzas de su madre	<p>Se menea a la mujer y se administra mate de trigo tostado más frote de barriga con alcohol.</p> <p>-El sexo del bebe lo ve por la oscuridad de la teta, una teta oscura es varón, una teta normal es mujer</p>	<p>Placenta se retira con colocando un cucharón o cuerda de vaca, ambos calientes en la boca, o bien con huevo sobre la barriga en el caso de</p>	<p>Cama durante días y 5 días caldo sin sal.</p> <p>Corte de cordón por medio de una madera o guillete</p>	<p>Molle, eucaliptus, arrayan, chillka, maycha y romero,</p>	Uso de guillete	<p>En soles aquellos que podían, y quienes no tenían dinero trabajando en la chacra</p>	No tiene relación	Agricultura

				que la placenta este pegada						
Bárbara Vaca	Yanahuara (Cusco)	Adquisición de un don entregado por Jesús y tocada por el rayo	Medio de observación la vena, si no está en la posición correcta el bebe, en ese caso se menea para poner al bebe en su posición.	La placenta se corta o se entierra, ya que algunos creen que al no enterrarse se puede crear un daño. La placenta sale al colocarle sangre a la mujer en su boca generando un pujo.	Se faja con 25 yerbas secadas a la sombra, para evitar el desmando.			Soles, por amistad	No tiene relación	Agricultura-yerbatera

Leonor Samaleón	Quello Uno/Calca	Por medio de las enseñanzas de su marido medico	Menear para enderezar al bebe.	La placenta se retira haciendo masajes en la barriga 5 minutos después del nacimiento	No hace fajada	No hay uso de yerbas	Jeringa, pinzas, tijera, guantes tensiómetro y bombita para aspirar, suero, pitocin.	Soles, alimentos o gratis	No tiene relación	Cocinera
-----------------	------------------	---	--------------------------------	---	----------------	----------------------	--	---------------------------	-------------------	----------



En este cuadro comparativo de las parteras y el partero, podemos observar grandes similitudes sobre el uso de plantas medicinales, la técnica de expulsión de placenta, como llevar a cabo un parto, partiendo con la acomodación de la guagua en la barriga de la madre para promover un parto normal, y el fajado como proceso que permite la acomodación del útero más la prevención de posibles dolores y problemas de salud al largo plazo.

Solo la partera Leonor Samaleón, que tuvo una formación a partir de la observación de la atención que ejercía su esposo (profesional de salud) utiliza algunos elementos y medicinas desde la biomedicina, como tijera, hilo, suero, pitocin, en circunstancias de riesgo de la mujer, lo que responde a ejercicios de intermedicalidad.

Todos mencionan que sus atenciones fueron exitosas, sin mayores riesgos y fueron altamente solicitados por las mujeres hasta el discurso y la práctica de la prohibición por parte de las postas, situación que generó la pérdida de la atención a mujeres para apoyar sus partos, y hoy la mayoría solamente atiende el pre y post parto, cuando una mujer se los solicita. Además, cabe destacar, que ninguno tiene una vinculación con las postas, después de la marginación que tuvieron sobre la atención a mujeres.

Para todos, las formas de pago eran a través de dinero, trueque o en algunos casos gratis, dependiendo de la condición de cada mujer y sus familias. Las características transversales mencionadas previamente corresponden a modelos de autoatención, donde los principios se basan en el diagnóstico y atención, siendo ejercidos por miembros de la comunidad no profesional.

A partir de la progresiva prohibición en los últimos años del ejercicio de partería, por medio de discursos de prohibición por parte de los EE.SS, las mujeres dejan de asistir a las parteras de sus comunidades. Paralelamente, no hay una vinculación de las parteras con las postas de salud, debido a que los profesionales de los centros responden desde Menéndez al modelo medico hegemónicos (MMH) donde lo que prima es una exclusión ideológica de los modelos alternativos y de autoatención por no basar sus principios en parte en una racionalidad científica. Desde el modelo de salud andino, el parto, es un acontecimiento que se vive de forma familiar, donde las relaciones son horizontales entre los miembros, a pesar

que la partera es una autoridad al momento del parto por ser quien apoya la acción, esta forma social del parto es contradictoria a las lógicas del modelo hegemónico en tanto la relación que se establece en él es completamente vertical y asimétrica entre el médico y el paciente, generándose una participación subordinada donde aquel que posee el poder no entra en diálogo con el paciente y no aporta mayores conocimientos sobre el manejo del cuerpo.

Un punto importante a destacar, es que a pesar de presenciar algunos casos de intermedicalidad, lo que prima en la medicina son las yerbas u otros utensilios como por ejemplo la teja para cortar el cordón umbilical, o pluma de gallina para generar arcadas en la mujer y con el movimiento muscular abdominal se produce la expulsión de la placenta. Todos estos elementos que rodean el proceso del parto no son comerciales, y van en oposición a los principios del MMH, no son parte de una lógica capitalista ya que no obedecen a un sistema de producción industrial y reproducción económica, en este sentido el sistema de auto atención rompe con la lógica mercantilista ya que su atención no necesariamente se basa en un intercambio monetario, como vemos en el cuadro, esta se basaba y se basa en el trueque, por amistad, y en algunas ocasiones en tarifas que la gente pudiese pagar.

Foucault también hace un análisis de la medicina moderna llamándola medicina pública o social, la cual tiene como objetivo base el control social del cuerpo a través de su conocimiento, y ¿De qué otra forma se puede tener un conocimiento y control del cuerpo sino a través de su institucionalización?, bajo esta premisa, los profesionales de la salud generan los discursos y prácticas apropiadas para sembrar duda acerca de sus derechos por medio de la prohibición y el castigo materializado en la multa, vinculando a las mujeres a las postas por medio del miedo a las represalias.

Para Foucault el capitalismo busca el control del cuerpo porque este es aquel que responde a la fuerza productiva, en consecuencia, se busca romper y escindir el conocimiento histórico y sabiduría que la mujer ha tenido sobre su cuerpo para entregar el control de este a la domesticación de la biomedicina, con el fin de asegurar su productividad, generándose una apropiación del cuerpo de las mujeres como hemos visto en los testimonios,



estimulando en el consumo de medicinas e intervenciones médicas que van propiciando un olvido sobre el conocimiento que las mujeres tenían de sus procesos biológicos y a través de esta pérdida se justifica la entrega de poder al experto, transformándose la relación de la mujer con su cuerpo que antes era de gobernanza y autonomía a una relación de dependencia con un sujeto ajeno (el médico) y al mismo tiempo con un sistema económico, puede no verse de forma directa, ya que muchas mujeres no pagan en los EE.SS, pero lo que se va gestando es un clientelismo político que fortalecen estos sistemas económicos.



## CAPÍTULO V

### **El documental etnográfico: El estado del arte del documental**

#### **a) Discusión del corpus de documentales relevantes para el tema y la propuesta documental**

Desde la búsqueda documental, que me permitiera establecer referencias para abordar la práctica de la partería, gran parte de lo visionado se relaciona a documentales latinoamericanos, que han trabajado en la recuperación del testimonio de antiguas y nuevas parteras. Los documentales que expongo, se acercan a la propuesta documental que pretendo exponer, ya que gran parte de ellos son la recuperación de testimonios de un oficio que en algunas partes ya es parte del pasado, y en otros como en el caso de *Las Parteras del Puerto* (Colombia) es el testimonio de parteras que trabajan en la mantención por medio de la enseñanza del oficio de la partera. En todos los documentales, lo que se recoge es el testimonio de los personajes y no hay mayor presencia del director.

#### ***Las Parteras del Puerto (2015) de Laura Barrios Quintero***

*Las Parteras del Puerto*, documental testimonial de parteras tradicionales y aprendices del puerto de Buenaventura, sobre la costa pacífica colombiana. En este puerto existe un grupo de mujeres de todas las edades que, empujadas por la tradición de la Orisha Yemayá, la deidad femenina por excelencia, “La reina de los mares que nació con la luna”, como lo han creído sus antepasados africanos ejercen el arte ancestral de traer vida al mundo. Se logra visionar como el conocimiento se fue transmitiendo entre la comunidad, los procesos de aprendizaje, y de qué manera en la actualidad, buscan promover su oficio a modo de perpetuación de su cultura. De este documental rescato, como la directora recoge los testimonios de parteras mayores y de las actuales, que trabajan en la promoción del oficio, con el objetivo de perpetuar las practicas ancestrales, que de alguna manera permiten conservar la cultura, al mismo tiempo, que una problemática transversal en el documental, es el conflicto que se desencadena entre el sistema oficial de salud y la partería tradicional.

Fotogramas de “Las Parteras del Puerto” de Laura Barrios Quintero.



***La partera, comadrona: Oficios y maestros. (2017) de Documentales México Documental***

Documental Mexicano, que recorre la historia de la vida de la partera Mercedes Bautista. Mercedes a través de un acompañamiento de sus quehaceres cotidianos, va dando testimonio de cómo se hizo partera, la primera vez que Mercedes ayudó a otra mujer a dar a luz, fue a los 16 años, cuando su madre había salido y tuvo que hacerse cargo de un parto. Ella lo llama. “cachar a un bebé”. La labor que realiza va más allá del oficio, convirtiéndose en un gesto de amor, gratitud a la vida y generosidad hacia los demás. Con 82 años de edad, esta mujer cansada sigue ayudando a traer niños al mundo, sobre todo a aquellas madres sin recursos o alejadas de los centros de salud. El documental, aparte de ser testimonial es biográfico de la vida de Mercedes, en este sentido, es posible observar como el oficio de la partería define su vida.

***Las que en vida fueran (2014) de Javier Irigibel, José Arce.***

Documental que rescata la vivencia, los saberes, y las prácticas de las últimas parteras tradicionales de Costa Rica, que, durante centenares de años, atendieron los partos de mujeres de distintas comunidades del país. La película, es construida a partir de relatos de 5

parteras, rescatando las reflexiones en torno a la medicalización de la vida y en consecuencia a la pérdida del desarrollo de sus oficio, experiencia y conocimiento. Todas cuentan cómo llegaron a aprender el oficio, el que actualmente no es practicado producto de la sobre medicalización. Es posible conocer cómo, estas antiguas parteras hacen una crítica hacia la modernidad, en tanto esta ha sido sinónimo de una destrucción de la naturaleza, y al mismo tiempo, ha llevado los procesos reproductivos de la mujer a un abandono de estas promotoras de salud. Rescato de este documental, su carácter testimonial, muchas veces es biográfico también, y a la vez, los testimonios tienen ciertas similitudes al contexto de la partería en los Andes.

**Fotogramas de “Las que en vida fueran” de Javier Irigibel, José Arce.**





No, fue fácil encontrar documentales sobre partería, todo lo encontrado en un comienzo se relacionaba con formas de nacimientos en diversas cultural, pero el rol y el testimonio de las parteras no se percibía relevante, el personaje de todo ese corpus de documentales se centraba en la relación madre-hijo en el nacimiento.

Mi propuesta documental, se fundamenta principalmente en el testimonio de la partera o partero y como ese oficio adquirido ya sea por observación o por la adquisición de un don, determina de alguna forma su vida, en este sentido mi trabajo ha pretendido ser testimonial y biográfico de los personajes.

Durante mi trabajo de campo y exploratorio, pude comprender que la partería era un oficio o practica que durante años había sido parte de un conocimiento que para ellos significaba un ejercicio común, como cualquier otro, por lo tanto, poder saber de ese oficio para mí, se transformaba en direccionar muchas preguntas para lograr obtener la información, ya que veía imposible conocer sobre la partería desde lo observacional, a causa de que la partería

se desarrolla de forma muy intermitente y en espacios muy residuales.

En este contexto, la forma de vincularme con los personajes se traduce en un método participativo. Como afirma Jean Rouch “El documentalista no puede no ser parte de lo que documenta; resulta absurdo ocultar su presencia; no debe contentarse con mirar desde lejos o desde fuera; debe asumir su papel como un actor más y ser consciente del inevitable impacto de su presencia” (Jean Rouch, 2013 en Zirón 2015). Sin embargo, en el proceso de edición elimino mi presencia, ya que mi objetivo es conocer y representar el testimonio de los personajes, sin embargo, es importante destacar que el proceso de grabación no está incluido, y no descarto mi presencia en las próximas grabaciones.

Lo que me ha guiado a una metodología participativa ha sido la búsqueda del habitar del otro (personaje) y no vincularme desde una relación distante, lo que, en un espacio rural como este, se habría transformado en un método desde mi perspectiva imposible, a causa de la desconfianza que representa un sujeto foráneo.

Nichols, se acerca a mi reflexión y experiencia, cuando menciona:

Cuando vemos documentales participativos, esperamos ser testigos del mundo histórico tal y como es representado por alguien que activamente se compromete con los demás, más que observar de manera no entrometida, reconfigurando poéticamente o uniendo de manera argumentativa lo que los demás dicen y hacen. (Nichols 2013:44)

Dentro de los documentales que he visionado sobre personas campesinas e indígenas andinas, más que sus rostros, siento que lo que ha sido principal ha sido los paisajes, al ser para mi trascendental el testimonio los primeros planos son una búsqueda dentro de la grabación, sin embargo, como todos se desarrollan y habitan un espacio rural, la voz en off se transforma en un recurso para conocer los paisajes que habitan.

## **b) Discusión de la propuesta documental en el marco de la tradición del documental etnográfico y sus debates**

Un referente, dentro del cine etnográfico, que siempre me ha llamado la atención, es la cámara del cineasta y antropólogo Jorge Prelorán. Desde un comienzo, su estilo siempre me inspiró a la hora de imaginarme posibilidades audiovisuales. La forma de acercarse a sus personajes me pareció contemplativa, poética y evocadora, es observacional en tanto es contemplativa y no invade a sus personajes, y al mismo tiempo es participativa por interactuar e involucrarse con sus personajes buscando conocer una realidad que para Prelorán es ajena, por provenir de Buenos Aires y de una familia acomodada con poca vinculación con la Argentina rural.

Una de las razones de Prelorán, por conocer la ruralidad de la Argentina, era su inquietud sobre los cambios que estaban teniendo las comunidades indígenas y campesinas al interior del país, producto del cambio en los sistemas de producción, la reorganización del mercado y la mano de obra en la época de la posguerra, en otras palabras, la entrada de las primeras formas de neoliberalismo y el abandono y muerte de las antiguas formas de producción rural. Sus películas dan constancia de un modo de vida amenazado, y se constituyen bajo el signo de la elegía.

Estos argumentos y reflexiones, me llamaron mucho la atención, debido a que, de alguna manera, los procesos de abandono de la partería, están influenciados por fuertes entradas de economías neoliberales, que no se habían desarrollado de forma acelerada en algunos sitios del país, en este caso en el ámbito de la salud.

Pienso y siento, que mi inquietud sobre conocer y cuestionarme otras formas de vida e intentar registrarlas, no se aleja a las inquietudes de Prelorán, a causa de que provengo de un país donde el neoliberalismo ha intervenido y consumido gran parte de las relaciones y dinámicas sociales, despertando en mí, ambiciones de conocer, mirar y palpar quizás de forma romántica un pasado lejano en mi país.

La llegada a Perú, de alguna forma se transforma para mí en una revelación y una nostalgia constante, en tanto logro recordar, recordar e identificar una serie de elementos, situaciones, relatos, discursos e imágenes que evocan mi infancia y que tenía totalmente

olvidadas por imágenes del presente, todos estos elementos se transforman en un sentimiento que me ata fuertemente al nuevo país, en tanto todos estos recuerdos e imágenes me transportan casi a un estado uterino de una infancia protegida y sencilla.

La forma de relacionarse con sus personajes, me parece sutil y educada con el otro, se observa que logra alcanzar una cierta complicidad con ellos promoviendo un diálogo de dos sujetos, y no generando tensiones entre ellos ni una relación invasiva, que en varias ocasiones es propia del antropólogo ansioso de conocer la otredad.

La belleza y simpleza de las imágenes es lo primero que me cautivo, imágenes limpias, sencillas, sin mayores elementos, sin contaminación visual. Pienso que, para muchos, quienes hemos crecido en espacios urbanos, la simplicidad visual del espacio rural, es un elemento que permanentemente intentamos buscar.







Se observan los relatos directos y la voz en off, sobre imágenes que acompañan y le dan sentido al discurso, al mismo tiempo hay muchas ausencias de diálogos, y solo vemos imágenes, generando una poética visual, que son suficientes para dar libertad de la interpretación personal.

Si bien, para mí, el cine de Prelorán, es un referente, a partir de su relación con los otros a quienes filma, su interés por registrar formas de vida entrando en procesos de interculturalidad, y su riqueza visual, veo complejo que, mi trabajo etnográfico y documental pueda alcanzar aquellos elementos que valoro de forma positiva, debido a que existen ciertas limitaciones en mí dentro del campo, que generan distancias inquebrantables, como ser extranjera, urbana, blanca y no desconocedora del idioma, a diferencia de Prelorán, que si bien era urbano, de alguna manera era conocedor en algún grado de la ruralidad de su país.

## CAPÍTULO VI

### **El ejercicio actual de la partería en Cusco: Producción del documental e informe escrito**

En este capítulo inicio reflexionando sobre mi posición en el campo para producir este informe escrito y el documental sobre el ejercicio actual de la partería en Cusco, para luego presentar los hallazgos sobre las preguntas de mi estudio. Estos resultados etnográficos se han incluido en el documental desarrollado conjuntamente con este texto escrito.

#### **Reflexión sobre el proceso de producción del documental**

##### **a) Cuestionamiento sobre mi posición en el recojo de información y la producción documental:**

Mi proceso de producción documental, comienza con mi inserción en el campo, como mencione en la metodología, al ser mi investigación un fenómeno completamente rural, todo comienza con la decisión de habitar un espacio con dichas características, lo que implicaba, no solamente residir en él, como una simple extranjera, sino que vivir con un hijo en ese espacio, significaba integrarme en la escuela nacional también. Mi contacto con la escuela, me permitió de alguna manera ir conociendo de cerca las lógicas y costumbres campesinas.

Paralelamente, la búsqueda de parteras y parteros se tradujo en ir preguntado a mis vecinos y a las personas del pueblo en el que habito sobre ellos. Para la mayoría, las parteras y parteros ya no existían, eran parte de un pasado y ya habían muerto, situación que me frustraba y veía inviable mi investigación, sin embargo, con el insistir, poco a poco empezaron a salir las parteras.

Mi proceso de habitar ese espacio rural, estuvo empapado de alegrías y tristezas, estas últimas a causa de una mezcla entre indiferencia y desconfianza que he sentido, sentimiento desconocido para mí. Fue muy complejo llegar a las personas, algunas no me respondían

cuando les hablaba, otras eran indiferentes. Una vez, entrevistando a una partera, llegó su hijo borracho y quiso abalanzarse a agredirme, situación de la cual zafé, y la mujer a quien quería entrevistar, quedo descartada.

Así, reflexionando y tratando de entender los ¿por qué? de esta ausencia de deferencia, y en algunos casos un rechazo casi explícito, me llevaron a pensar que mi color, ser de otro país, verme como madre soltera en un entorno conservador y por lo que pude observar era una condición juzgable, y no hablar su idioma, eran factores suficientes “*sentía y pensaba yo*” para la marginación, en una cultura altamente católica y conservadora. Además, las inmensas diferencias culturales entre mi determinación urbana y la de ellos como personas campesinas. Como menciona Rosana Guber, “la observación participante siempre tiene una mirada reflexiva...es el medio ideal para realizar descubrimientos, para examinar críticamente los conceptos teóricos y para anclarlos en realidades concretas, poniendo en comunicación distintas reflexividades”. (Guber2016:62) En este sentido, mi rol como investigadora estaba todos los segundos del día en una constante reflexión sobre ¿cómo me veían?, ¿cómo debía actuar? y ¿cuáles eran los límites entre ser yo y no incomodar a las personas con las cuales me relacionaba de forma cotidiana?, Guber reflexiona “la mirada nunca es del todo neutral o externa pues incide en los sujetos observados”(Guber 2016:63), en este sentido siempre nuestros conceptos y reflexividades están en una permanente discusión interna, me veía en una lucha constante de dejar mis juicios y prejuicios a la hora de vincularme con los otros, ejercicio que con el tiempo me permitió mirar con una mayor tranquilidad y llanura mi espacio y a los habitantes de él, intentando en lo posible callar la voz interna de mis preconcepciones, perdiendo así mi rigidez y aceptando aquello que poco a poco me empezaron a dar.

A pesar de todas estas complejidades, con el tiempo, empecé a encontrar algunas personas en mi barrio, que se serian lo más cercano a una amistad y con ello poco a poco las parteras empezaron a salir de las ramas de forma explosiva, resultando casi todas las mujeres o parteras o tener experiencias de partería como conocimiento que maneja cualquier persona de zona rural, para sobrevivir, como cortar madera o prender la candela.

Entreviste a 8 parteras y un partero, todos mayores de 70 años y con una historia de trabajo

agrícola, con excepción de una, sin embargo, termino escogiendo a cuatro, que serían aquellas con las que sentí la mejor recepción y flexibilidad y con las cuales sentí la posibilidad de establecer vínculos, además que ellos veían con importancia el hecho que alguien se interesara por aquel oficio que había determinado su historia.

Para limar, las dificultades de idioma y de mi inexperticia con la cámara, me vi en la necesidad de apoyarme de Marcos, joven cusqueño, quechua hablante y camarógrafo. Su presencia, ayudo muchísimo en poder facilitar la comunicación, en aprender sobre sobre usos de cámara y en sentirme más confiada al momento de estar en algunos espacios.

En el momento, que se empezaron a abrir los espacios, post primera etapa de rechazo, quizás me sentí tan agradecida, que mi forma de grabar fue muy tímida, si bien compartía mucho tiempo con las personas y estaba hartos en su cotidiano, solo registraba aquello que se relacionaba con las preguntas de investigación, ya que grabar su cotidiano me hacía sentir imprudente e invasiva, razón por la cual mi proceso de grabación no está culminado, y al tener escogido mis personajes, debo volver a grabar, no solo lo relacionado con la partería, sino que otros momentos de su cotidianeidad.

### **Hallazgos de la investigación de campo.**

#### **a) La atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer en un contexto de marginalidad.**

Un hecho que ha marcado el desarrollo del oficio de la partería ha sido la prohibición, desde ahí, se desprenden una serie de hechos.

#### La prohibición:

Desde la investigación de campo, y en base a los 4 entrevistados del documental, podemos señalar que en los últimos 10 años aproximadamente fue disminuyendo la atención de los partos a causa de la prohibición impuesta por las postas, ninguno sabe con claridad las razones de esta prohibición, sino que simplemente han acatado la imposición. Paralelamente los proveedores de salud de las postas comenzaron a amedrentar a las parteras y parteros razón suficiente para abandonar parte de su oficio a fin de evitarse

problemas. Sin embargo, como señala Velarde (2007) no existe norma, documento o directiva acerca de la prohibición.

*Ya por la edad y después apareció el médico y el médico ya no quería que atendieran los parteros, si lo parterabas y no han ido a la posta te llaman, un montón de cosas, te hacen perder el tiempo también ahí, y te dicen quién te ha aprendido, cuántas mujeres has matado, nada le dije yo, ninguno, así es. (Esteban Carvajal)*

*Porque en la posta, porque los del hospital ya no permiten a los pacientes a los que van a dar a luz ya no les dejan pues, los controlan mensual, les dan víveres, les da vitaminas, entonces por eso las señoras ya ahí. (Leonor Valencia)*

*Antes ayudábamos cuando dan parto en la casa, pero ahora es prohibido, las enfermeras los doctores prohíben. (Bárbara Vaca)*

Además, ha ido creciendo un discurso en las comunidades acerca de que la partería es una práctica prohibida, y peligrosa y que sus métodos ya están obsoletos, razón por la cual se legitima la practica biomédica.

*Una fecha ha habido una campaña de los médicos que buscaban a los parteros, entonces nos hicieron junta a todos los parteros, entonces nos juntaron e hicimos asamblea con los doctores, entonces cada uno cuenta su historia y como es su técnica, y nos dicen ustedes van a dejar ya de atender porque su forma ahora ha vencido y a nosotros nos toca, porque nosotros vemos como esta, en qué posición esta, y es que hemos dejado (Esteban Carvajal)*

Foucault, desde su teoría de la biopolítica, refiere a un poder que han desarrollado los Estados en los últimos dos siglos, que no solo tienen la potestad de desposeer propiedades como por ejemplo la vida, sino también de controlarla, organizarla y optimizarla según los objetivos políticos y económicos de cada gobierno. Este biopoder se ejerce de dos formas, una disciplina de los cuerpos y los controles de la población.

Como hemos visto en los testimonios y marco conceptual, MINSA en la medida que ha expandido su cobertura, se ha encontrado con dificultades para poder vincular a las poblaciones a su sistema de salud (biomédico), para subsanar estas dificultades, una

alternativa ha sido la creación de programas basados en la interculturalidad, sin embargo, se ha evidenciado que estos programas toman elementos y prácticas de otros sistemas de salud (por ejemplo adecuación cultural del parto) parte de los principios del MMH y en lo concreto lo resuelve a través de la apropiación y transformación de los mismos y no desde una integración equitativa entre sistemas, sino desde la biomedicina sobre el otro sistema de salud, creándose relaciones asimétricas entre sistemas. Estas formas de integración de elementos y prácticas de un sistema alternativo o de auto atención a uno oficial, si bien promueven acercamientos de la población a los servicios de salud crean también relaciones clientelares, al lograr esta vinculación de la población a los servicios de EE.SS, se va teniendo un control de la población, en este caso del cuerpo de las mujeres, desprendiéndolas de la gobernanza histórica que tenían de sus cuerpos y en consecuencia de sus sistemas de salud por medio de discursos que subestiman sus sistemas de salud, como en el caso de la partería, acerca de los peligros y riesgos del parto domiciliario, así la biomedicina va legitimando solo el parto institucional, promoviendo la prohibición del ejercicio de los otros sistemas.

#### La lógica clientelista desde los servicios de salud oficiales:

Las mujeres comenzaron a dejar de visitar a las parteras y partero por las razones de la multa para conseguir el certificado, la suspensión del programa Juntos y otros beneficios como alimentación y ropa que entregan las postas. Tanto el programa Juntos más la entrega de otros beneficios, han sido estrategias en los últimos años para vincular a la población a las postas, y no hacerlo bajo una obligatoriedad explícita, sino que por medio de estas “ayudas sociales” la mujer va de forma relativamente voluntaria. Como menciona la Sra. Leonor:

*Van porque se sienten obligadas y además dan productos, aceite, arroz, por interés de esas cositas no más van. Es que nosotros no damos esas cosas, hasta ropita pal bebito también dan. (Leonor Valencia)*

*Desde que van a la posta ya me olvidé, ya no vienen para que les haga enfermar, ahora me traen niños con susto para curar, eso también se... Cuando no nacen en la posta y fue en sus casas, la posta les pone multa ¿por qué no has venido a la posta? y le hacen pagar multa. (Paulina Serrano)*

Sobre la experiencia de la Sra. Leonor, podemos ver, como las mujeres abandonaron la asistencia de las parteras por razones de la prohibición al parto domiciliario y por los beneficios que otorgaba las postas, que los parteros no entregaban. Como menciona Menéndez, el MMH se sustenta bajo una lógica capitalista, donde todos los conflictos tienden a ser resueltos de forma que se favorezcan los procesos de producción y reproducción económica y política.

Gran parte de los modelos médicos de carácter comunitario o de autoatención, rompen con la lógica mercantilista, en tanto el principio de sus prácticas y elementos no integran un intercambio monetario necesariamente y muchas de sus medicinas no son parte de la industria farmacéutica.

Como describen sus formas de pago el señor Esteban y la señora Leonor, no había una tarifa específica, sino que esta, estaba determinada a lo que las personas pudieran dar.

*Hace un tiempo unos 15 años o más, es que a veces a los parteros somos agricultores, pasas el tiempo, y de repente te llaman papá, y vamos a atender y te dan una propina, nosotros no ponemos una tarifa así 50 soles y se acabó, no es así con los parteros, por amistad, por cuidar a la señora, nada más. (Esteban Carvajal)*

*Papa, moraya me regalaron ahí y me vine y mi esposo me ha retado, ¡Como te has atrevido a ir ahí!, y era una cosa desesperante, y así he salvado vidas...pero mucho parto atendía, y para cuando 20 soles 30 soles, a veces gratis, así no más atendía. (Leonor Valencia)*

*A lo que me pagaban, 50 o 100 soles, si le estoy salvando la vida, y mis vecinos que son pobres me pagaban trabajando en mi chacra, me pagaban trabajado. (Paulina Serrano)*

Además, en los modelos de auto atención, lo que prima dentro de las medicinas, son las yerbas, las que se consiguen de forma gratuita en el campo, esta forma de curación, no fortalece los procesos de la industria farmacológica.

*Cuando está mal puesto el bebe, arreglo, veo en su mano, en su vena, entonces arreglo y tranquilitas dan a luz, y ya está rectitos. Después de aparte, hago su fajada, con yerbas molidas de altura, las yerbas tienen que ser siempre de altura, porque tienen más remedios, preparo mates. (Bárbara Vaca)*

*Por ejemplo, al momento que le estaba dando el dolor, mejorana, se pone a reposar y se le da en mate, pastillas no conocemos nosotros pura yerba. (Esteban Carvajal)*

*Le bajas con hierbas, tiene que hervir todo: molle, eucaliptus, arrayan, chillka, maycha y romero, en una olla que hierve, en su vapor de pie cubriéndole con una manta por delante y por detrás, y suda y con un pañuelo le secas el sudor, cuando termina de sudar le hecha a la cama, luego le das chicha preparado con huevo y habas, eso tiene que tomar al terminar que le baje, ni bien termina. (Paulina Serrano)*

Bajo esta lógica mercantilista, el MMH más allá de la exclusión explícita de los sistemas alternativos, busca la apropiación y transformación de los mismos a partir de su subordinación ideológica, en tanto el modelo necesita imponer su hegemonía y ser la referencia científica e ideológica necesaria y legitimadora de las acciones contra la enfermedad.

#### La resistencia de abandonar los procesos de salud sexual y reproductiva desde una posición marginal

A pesar del discurso de la prohibición y el amedrentamiento que reciben parteras, parteros y usuarias, todos los entrevistados del documental, continúan atendiendo los procesos de pre y post parto, ya que existe un porcentaje de mujeres que, si acuden a ellos para que hagan su seguimiento, principalmente para el acomodo de la guagua a fin de evitar la cesaría, y posteriormente para la fajada a fin de evitar el desmando.

*Si estoy ayudando, hasta que nazca él bebe, voy arreglando, cuando está bien arregladito*



*van a MINSA, y después de que dan a luz, fajo. Se faja después de tres días, la fajada es hasta un mes esta bueno todavía, cuando es con cesaría hasta tres meses. (Bárbara Vaca)*

*Sí, calculo yo para que vaya a la posta, les digo la hora. El día vienen y me dicen: Controlcito mamá, y les controlo no más pues, y le calculo que día va a dar a luz, que fecha le toca, así nomás. Ya no atiendo partos. (Leonor Valencia)*

Sin embargo, la señora Paulina Serrano, sigue haciendo atenciones en comunidades alto andinas.

*A veces sigo haciendo a veces, voy a las alturas, porque no bajan a la posta, se hacen vencer con el dolor. (Paulina Serrano)*

#### Percepción y relación con la posta:

De los entrevistados ninguno se vincula actualmente con la posta, y la percepción que tienen de sus funcionarios no es positiva, existe un temor y desconfianza ante sus prácticas, y por ello consideran que el nacimiento en las casas era más seguro y afectivo.

Además, que existe un trato discriminatorio a ellos como parteras y parteros y a las mujeres de origen campesino e indígena que van a atenderse.

Hay un trato diferenciado entre las mujeres con educación formal y aquellas que son campesinas, como la mayoría de las parteras son campesinas, no existe la pretensión de acercarse a la posta. Esta discriminación podríamos analizarla desde la interseccionalidad como herramienta analítica que nos permite reflexionar acerca de los diversos factores a la base de la discriminación que se intersecan, entre ellas, razones de raza, clase y bajo nivel de instrucción, entre las mujeres indígenas y campesinas. Además, las postas de salud, por lo general no consideran las prácticas médicas ejercidas por las parteras y parteros.

*La última vez que atendí fue a mi nieto, cuando no pudo enfermar en la posta, me llamaron, eso te estoy contando. En la posta señoritas bien vestidas, solamente andan, no saben agarrar del poto, no saben dar licor, no saben nada. Casi muere, sino hubiera entrado hubiera muerto, yo ya le he salvado de la posta. (Paulina Serrano)*

*Dar a luz en la casa es más bueno, más cuidadoso, también se muren personas en MINSA, también, nunca te van a ayudarte tanto, como perro botado quedas, feo son algunas enfermeras. (Bárbara Vaca)*

*Dicen que hay obstetrices, pero hay practicantes también no más, y eso no les gusta a las señoras, no tienen experiencia, y son aburridas, asquientas, los tratan mal no, si es un campesino lo tratan así no más, si es una persona, así mejor, no los tratan con igualdad, asco tienen, les dicen: ¿por qué no te bañas. Las bañan con agua fría, les rasuran, eso no les gusta a las señoras que las rasuren. (Leonor Valencia)*

#### Intermedicalidad en las prácticas:

Los sectores campesinos y alto andinos del Cusco, como mencionamos en la problematización, han estado sometidos en los últimos años a procesos de vinculación a las postas de salud, condición que ha generado el aprendizaje de técnicas o elementos de la biomedicina, que han ido incorporando en sus prácticas. Además, el turismo, los procesos migratorios, entre otros, han generado el intercambio de un flujo de información y conocimientos que inevitablemente generan cambios en sus modelos de atención. En el caso de las parteras entrevistadas, la práctica de la intermedicalidad en la atención de la partería es baja, solamente Paula Serrano menciona la gillete para cortar el cordón umbilical en el caso de no tener teja o vidrio desinfectado, más bien, la señora Leonor, menciona otros elementos como tijeras, pinza, hilo, pitocin, ya que su aprendizaje fue por medio de su esposo, el que fue profesional de salud.

*Su ombligo se corta cuatro dedos, cuarteas y cortas con gillete o con un palo con filo, a los varones 5 dedos, a las mujeres cuatro. (Paulina Serrano)*

*Una jeringa, dos pinzas, una tijera, guantes y nada más, y mi tensiómetro y tenía bombita para aspirar al niño el líquido, nada más. (Leonor Valencia)*

Compartiendo las reflexiones de Pariona, las dinámicas culturales y las diversas influencias ha generado la incorporación de elementos externos que convierten las medicinas tradicionales en nuevas medicinas re elaboradas creando nuevas modernidades. Pariona menciona “de esta manera, algunos especialistas acuden, en mayor o menor medida, a

medicamentos de la industria farmacéutica moderna, así como al uso de rituales y elementos simbólicos del mundo globalizado” (Pariona2014:4), por ello, una serie de prácticas de la medicina andina ya no posee sus características originarias, sino que se han ido adaptando a y adicionando elementos de la biomedicina. en este contexto, se va generando una influencia mutua, en tanto las personas resuelven muchos padecimientos de salud dentro de sus espacios sociales con la partera u otro agente de salud y al mismo tiempo asisten a la posta cercana, creándose un secretismo en los sistemas.

#### El aprendizaje y la transmisión del conocimiento:

De las tres parteras y el partero, tres aprendieron por medio de la observación y la entrega de conocimiento de madres a hijos o de esposo a esposa, solo en el caso de la señora Bárbara Vaca, su aprendizaje fue transmitido a través de experiencias místicas, como menciona Pariona, “los especialistas revelados por la divinidad, corresponden a una dotación de poder y aptitudes que Jesucristo a través del impacto del rayo otorga”. (Pariona, 2014:90) En relación a esta curandera-partera son dos los acontecimientos que le otorgan la capacidad para curar, el rayo que la toca tres veces más la aparición de Dios en su hogar quien le entrega una revelación divina, cabe señalar que Doña Bárbara, tenía un status muy importante dentro de su pueblo como curandera, solicitando sus atenciones personas de diversos lados del Perú.

*Mi nombre es Bárbara Vaca. El don que me han dado para curación de enfermedades, primero me ha cogido el rayo cuando estaba niña de 8 a 10 hasta los 30 años, hasta tres veces, ese don me ha puesto, y después estuve curando. Ahí me aparece un caballero triste, bien sangrando, ahí me ha dado ese don: -Desde ahora te estoy dejando este don, nunca vas a hacer regresar de tu casa a los pobres, vas a curarles, vas a darles de comer, para los niños, para los enfermos, después se ha ido y desapareció. (Bárbara Vaca)*

La adquisición por medio de la observación o el conocimiento adquirido por familiares es el más común entre nuestros entrevistados, siguiendo a Pariona, señala que esta transmisión de conocimientos es la mayor forma de transmisión y adquisición del conocimiento, son en su mayoría personas que experimentaron desde muy temprana edad y muy de cerca la medicina tradicional de sus comunidades.

*Mi mamá era partera, mirándole como atendía yo he aprendido, de su mano he aprendido y he atendió varias mujeres. (Paulina Serrano)*

*De repente me preguntaran como he aprendido, por ejemplo, en 1940 yo tenía una madre política, cuando se murió mi mamá, se ha conseguido otra, y llego una señora que sabía de la partería y era curandera, y entonces ella me dice tu eres inteligente entonces puedes acompañarme y de repente te puede nacer, puedes aprender de esto, entonces yo le dije a ver si puedo, sino puedo ya será pues, entonces me indica todas las cosas que se puede hacerse. (Esteban Carvajal)*

*Yo he aprendido a atender los partos, ante si mi esposo no más atendía, como era servidor de salud, el no más atendía, yo lo seguía donde él iba y observaba como atendía, como hacia el tacto...Me dejaba mi esposo así, y me decía este parto esta facilito atiende y así he aprendido. (Leonor Valencia)*

Sin embargo, a causa de la prohibición de la atención, ya ninguno ha hecho un trabajo de entregar su conocimiento a otros, solo el señor Esteban Carvajal, intento enseñar a su hijo, sin embargo, este poco aprendió a causa de la exigencia de su trabajo agrícola. Como menciona Velarde (2007), la prohibición de la partería por parte de los profesionales de salud, genera que las mujeres ya no transmitan sus conocimientos a las nuevas generaciones, como consecuencia de esto, las mujeres de las comunidades campesinas y alto andinas, comienzan a perder redes sociales en sus localidades a quienes acudir cuando necesitan apoyo en relación al nacimiento de sus hijos.

*Les he ensañado, pero no han aprendido, a uno de mis hijos le he enseñado porque he dicho viene el médico y la tradición pum se acabó, entonces yo le dije Ud. tiene que aprender, entonces uno de mis hijos más o menos aprendió, pero como también es agricultor pues lo dejo, más o menos aprendió, pero muy poco. (Esteban Carvajal)*

### Técnicas de atención: La placenta, el manto y la vena y el fajado:

- ❖ La placenta: Un buen trabajo, al momento de sacar la placenta, es fundamental para prevenir las hemorragias en el parto, un número importante de mujeres ha fallecido por no tener un buen manejo con su eliminación, a causa de que a veces se quedan restos dentro del útero. Las técnicas son variadas, desde hacer masajes para que baje, hasta la introducción de elementos en la boca para provocar arcadas, las que con la fuerza generan la expulsión

*La placenta sale cuando le metes un cucharón que se ha calentado en un fogón a la boca para que se atore, así y con eso sale la placenta, sino la cuerda de una amarra de la vaca la haces calentar le pones en su boca, cuando no sale la placenta al mismo rato así la placenta sale rápido, si se demora, entonces bates huevo y le pones en su cintura y su barriga porque se ha pegado, se ha pegado la placenta porque se ha sentado al sol, por eso se pega la placenta, por eso en la sombra tiene que estar. Cuando sale la placenta, le amarras con un chumpi, en el ombligo le colocas unas semillas y le fajas y se levanta cuando se levanta (Paulina Serrano)*

*La cortamos o la enterramos, algunos creen que le va a hacer daño, por eso enterramos. Dar a luz en la casa es más bueno, más cuidadoso, también se muren personas en MINSA, también, nunca te van a ayudarte tanto, como perro botado quedas, feo son algunas enfermeras. (Bárbara Vaca)*

- ❖ El manto y la vena: Tradicionalmente, la posición de la guagua, se ve a través de la circulación de las venas, cuando el flujo de sangre es bajo o es excesivo, es un indicador que la posición de la guagua no es la adecuada para poder salir. Para poner a la guagua en la posición correcta se manta a la madre en una sábana a fin de acomodar a la guagua y que esta pueda salir recta. Desde la visión de los pateros, el desconocimiento de esta técnica en las postas, es lo que lleva a las intervenciones como la cesárea.

*Por eso hay que menear la barriga, así hay que llevar a la posta, la meneas dos, tres veces en una sábana para colocar en su posición correcta a la guagua, para que nazca sin*

*problemas, porque la guagua a veces está a un lado y no este derecho, cuando este derecho, nace muy fácil la guagua, si no es difícil cuando se enferman. (Paulina Serrano)*

*Cuando está mal puesto el bebe, arreglo, veo en su mano, en su vena, entonces arreglo y tranquilitas dan a luz, y ya está rectitos. (Bárbara Vaca)*

*Me doy cuenta en sus senos si será varón o mujer, a la vista es, cuando es varón la teta es negro, cuando es mujer normal está el seno. Veo el seno y digo varón va hacer y dicho y hecho, nace varón, sino el seno está limpio y nace mujer, así me fijo, no se mirar la vena. (Paulina Serrano)*

*En la vena la sangre corre, y tienen unas venas aquí las señoras, eso es lo que hay que saber cómo está caminando la criatura, por ejemplo si la criatura no está bien toco las manos y veo como así una está fallando entonces quiere decir que la criatura está a un lado, en la barriga de su mamá entonces usted tiene que conseguir un poncho y la hechas y la sacudes tres veces así tres veces así y la arreglas a la criatura pa que este en su sitio pa que nazcan recto, y así ahí la tumbo y arreglo así bonito así así nomás, y pongo en su sitio después le bañamos en una bacinica pa que bañe así tibio y la paramos y volvemos a ver la vena, a ver si se ha arreglado o no se ha arreglado, entonces si las dos manos están en su correcto está perfecto está arreglado, porque la creación de la criatura a veces no es perfecto a veces la creció no está igual, a veces está a un lado o a otro lado, algunos con suerte esta recto. (Esteban Carvajal)*

- ❖ El fajado: Este proceso post parto, es fundamental para la salud de la mujer, no solo inmediatamente después del parto, sino que la ausencia de este procedimiento puede tener efectos en la vejez, como la artritis y la artrosis. Cuando no se faja, post nacimiento, se provoca el desmando, un dolor de huesos y desprendimiento de los órganos, que no permite a la mujer una buena recuperación.

*Hasta unas que enferman con una, después de dar a luz, cuando no está bien fajado, acá en el campo, acá siempre tocamos agua, y algunos no hacen fajar bien y te da desmando, ese desmando es más peligroso que toda enfermedad, hasta paralitico te puedes volver, como estas pasado de frío, te duelen los huesos, la cabeza, las manos, no te deja tocar agua, ni*

*sol, ni viento, más peligrosa de todas las enfermedades, por eso fajar es bueno. (Bárbara Vaca)*

*Fajamos para que, como la mujer con la fuerza que hace, con el dolor, todas las venas se mueven, y la mujer cuando no la fajamos, la mujer no está perfecto, no está perfecto no tiene fuerza, no puede cargar no puede caminar, le duelen las piernas los brazos, pero cuando fajamos ya normal. Una madre política, cuando ha muerto mi madre, mi padre dijo no puedo vivir solo y ella es la que me ha enseñado. (Esteban Carvajal)*

- ❖ La alimentación: Esta también es fundamental para acompañar el post parto, los parteros señalan que el caldo de pollo y la baja de sal es esencial para la recuperación.

*Le das chicha preparado con huevo y habas, eso tiene que tomar al terminar que le baje, ni bien termina. A las tres semanas, le das poca sal y al mes le das (Paulina Serrano)*

*Nosotros los parteros y las esposas saben, por ejemplo, para que mi esposa de su parto yo tenía que darles oveja y gallina también, en el momento que nace la criatura uno mata al cordero, pero los primeros días, los primeros tres días uno tiene que dar pollo no más, le damos su caldito de pollo, pollo no más. (Esteban Carvajal)*

## CAPÍTULO VII

### Conclusiones

Respecto a la pregunta de investigación: *¿Cómo se ejerce la partería en zonas rurales e indígenas de Cusco, y que condiciones han contribuido a su continuidad o abandono en un contexto progresivo de expansión de la biomedicina?*, podemos decir que la partería indígena y campesina ya no se ejerce de manera frecuente y cuando se realiza es en espacios muy residuales y de forma marginal.

De los cuatro entrevistados del documental, solo la señora Paula Serrano, es la única que ejerce la partería en zonas alto andinas cuando la solicitan. Esta situación se desencadena a causa de la expansión del discurso y la práctica de la prohibición de la partería que han promovido los profesionales de salud de las postas. Ninguno de los entrevistados, sabe a ciencia cierta la razón a la base de esta prohibición, sin embargo, acatan el discurso a fin de evitarse problemas. En el caso del señor Esteban, señala como los médicos hace aproximadamente 10 años, reúnen a los parteros de Urubamba, y les anuncian el término de su oficio por encontrarse obsoleto. En el caso de la señora Leonor, las enfermeras iban a su casa para increparla, perdiendo poco a poco su clientela. Así, de forma progresiva, comienza a gestarse un hostigamiento sistemático, que genera el abandono de la atención del parto, paralelamente las mujeres dejan de asistir a la partera, para evitar todo tipo de multas y cobros indebidos, estos costos produjeron que las mujeres quisieran evitar todo tipo de gastos que pudiesen presentarse.

Como menciona Foucault, dentro de las tecnologías políticas, la función de la biopolítica es la implementación de acciones políticas para controlar los cuerpos de los individuos y la población con el objeto de servir a los sistemas económicos, principalmente a la línea productiva y con fines políticos.

En el contexto de nuestra investigación, podemos observar que el principal interés de los gobiernos sobre el aumento de la cobertura en salud materna en el territorio es particularmente con fines políticos, cumpliendo con medidas y acuerdos de política



internacional sobre la disminución de las tasas de mortalidad materna e infantil y en consecuencia el logro de estas metas. La diferencia radica en la calidad y la relación del Estado con cada uno de esos sectores, siendo los sectores bajos los más perjudicados en estas desigualdades de relaciones y calidad, en tanto se ven imposibilitados en la elección sobre la oferta en salud, la que para ellos se desenvuelve en dispositivos paternalistas y autoritarios, deteriorando la agencia sobre sus propios cuerpos.

Sin embargo, podemos establecer una relación económica y política a la base de la institucionalización progresiva de la salud como “dispositivo” en palabras de Foucault, para el control de poblaciones que previamente a la aparición de la medicina occidental, se regían bajo sus propios sistemas de salud, los que no se vinculan meramente en relaciones mercantilistas, sino a través de otras formas de retribución sobre la atención de un partero(a) como el trueque de alimento, trabajo en chacra, o muchas veces por apoyar a un amigo o vecino. En su mayoría, el cuidado que envuelve al parto se abordaba y se aborda a través de yerbas, alimentos específicos y pocos utensilios de valor comercial. Para Menéndez, los principios de los sistemas de salud autónomos/comunitarios no responden en parte a los de la biomedicina, en tanto este modelo de salud siempre tiene implicancias económicas a la base, promoviendo la asociación de la salud como un costo, entre estos medicamentos, equipos, personal e intervenciones quirúrgicas, entre otros, por ello, un propósito de la biomedicina es legitimar la idea de la salud como un bien de consumo, a pesar que para los sectores de bajos recursos la salud no tenga un costo asociado, en tanto el Estado los aborda como compromisos de política nacional de salud y paralelamente avanza en una política civilizadora.

Además, parte del ejercicio de institucionalizar la salud y cumplir con las políticas y compromisos internacionales, esto se logra bajo un ejercicio de dominación de la salud oficial asumida por los gobiernos sobre los otros sistemas de salud existentes en el territorio, mediante un quebrantamiento de las formas de salud autónomas de las poblaciones, desvinculándolas de su historicidad y conocimiento sobre su sistema, deslegitimando sus creencias y practicas curativas apelando al olvido y abandono, para así poco a poco ir construyendo una única forma de salud legítima.

Una segunda observación, es que en el Perú, así como en muchos países que se rigen bajo concepciones neoliberales de la economía, la subsidiaridad es el principio que rige los derechos sociales, esta no es la excepción en salud, por ello vemos como poco a poco la salud pública se ve empobrecida a diferencia del fortalecimiento la salud privada, y en consecuencia se va logrando la estratificación del sistema de salud y bajo estas políticas sociales es posible comprender las inequidades al acceso de esta.

Parte de las políticas en salud de Fujimori en los 90 estaban relacionados con el crecimiento económico, en consecuencia, observamos por un lado que el debilitamiento de los modelos de salud autónomos fortalece la concepción de la salud no como un derecho sino como un costo. Si bien los primeros quintiles de la población acceden a salud gratuita, esta en muchas circunstancias no cubre las demandas de la población, incontables veces tienen un costo asociado, y en los casos que no responde a necesidad médica particular, las personas se ven obligadas a acudir al sistema privado dentro de sus posibilidades, principalmente bajo el endeudamiento.

En relación a nuestro foco de estudio, la reproducción sexual femenina, principalmente el parto, en el sistema de salud autónomo, como vimos en los testimonios previos, no constituía un mayor costo, la variedad de yerbas para llevar adelante un embarazo o para el término de él, eran múltiples, y el conocimiento de los elementos y practicas constituía parte de la sabiduría popular, toda mujer podía acceder a la partera de su pueblo o comunidad, o bien eran atendidas por sus familiares, residía una soberanía sobre su cuerpo y la salud, en consecuencia la salud respondía a un derecho de las personas y no a un bien, como se ha cristalizado fuertemente en las últimas tres décadas aproximadamente.

Como mencionamos al comienzo, la biopolítica no solo está ligada a la economía y su productividad, sino que al mismo tiempo responde a una gubernamentalidad, concepto formulado por Foucault en (1987) el que responde a: Un gobierno que no solo se auto controla, sino que también genera conocimiento para controlar las poblaciones (Irusta 2014:40). Si bien, el control de los cuerpos para fines productivos ha estado al servicio de aumentar la población o disminuirla en otras circunstancias, hemos visto en el caso peruano, que parte del programa de planificación familiar de los 90 en zonas rurales tenía

como objetivo “tácito” la disminución de la población, donde la indígena/campesina tuvo una mayor focalización, al respecto Ewig señala que “los principales objetivos de la panificación familiar de Fujimori eran el crecimiento económico y la reducción de la pobreza, no la salud y los derechos reproductivos. La lógica del gobierno fue que una reducción de la población daría lugar a un incremento del PBI per cápita” (Ewig 2012:208)

En relación al debilitamiento de los sistemas de salud autónomos por parte del Estado, creemos que este, al ir progresivamente abandonando su regulación sobre el mercado, va legitimando la idea de que los derechos son un bien, dando paso al fortalecimiento de la industria farmacológica, universitaria, académica, equipos y elementos, entre otros insumos relacionados al campo de la salud, respondiendo a compromisos económicos y políticos. La biopolítica genera acciones políticas sobre la vida tanto en cuerpos individuales como en poblaciones, como es el caso concreto de la prohibición del parto domiciliario, para responder políticamente a las demandas del sistema de salud oficial, monopolizándola y creando una homogeneización sobre el ser ciudadano peruano, como parte de las políticas de estado nación que buscan una delimitación clara del territorio, así como una población que actúe de un modo relativamente homogéneo respecto a la atención de la salud, (se trata de que sea un parto institucional).

Hoy vemos, que el sistema de salud oficial se expande por el país y que su forma de expansión ha buscado la eliminación explícita de los otros sistemas de salud que no están al servicio de los objetivos de la biopolítica, o bien esta expansión ha buscado mecanismo de convivencia, pero convivencia autoritaria como a través de programas de interculturalidad, que en la práctica debelan igualmente ejercicios autoritarios y de subestimación de los otros sistemas, sin embargo, poco a poco cumplen su objetivo docilizando los cuerpos para consumir con compromisos económicos y políticos.

La privatización de los derechos sociales, estratifica a la población a partir de diversos criterios otorgando configuración a esta, develando disparidades de poder. La interseccionalidad, nos permite determinar y analizar los criterios que se intersectan entre si, permitiendo la estratificación y la distribución desigual del poder en él. A la hora de diseñar las políticas públicas y sociales, un grupo importante de mujeres quedan al margen

de los espacios de participación política y en consecuencia de la toma de decisiones de acciones que las involucran directamente, quedando invisibilizadas del cuadro político.

En relación a las políticas en salud creadas en las últimas décadas, desde la planificación familiar en los 90, las políticas salubristas de cero partos domiciliarios, y los incentivos del parto institucional a través de diversos beneficios, todos dirigidos al control de natalidad, la mujer foco de estos programas, quedaron excluidas del diseño de estos. Es importante resaltar que estas mujeres, no es cualquier mujer, son en su mayoría rurales y pertenecientes a pueblos originarios, quechua hablantes, por lo general de bajo nivel de escolaridad y además con falta de representación parlamentaria. La baja representación de este grupo objetivo, al momento de diseñar y decidir sobre políticas sociales es producto de naturalizar el hecho de que hay sujetos que no se les considera soberanos y en consecuencia esta ausencia de derechos es lo que permite las alianzas entre grupos económicos y políticos el poder de usar estos segmentos de la población con determinados fines.

La forma en la cual se diseñan y determinan las políticas públicas y sociales, tienen un mecanismo de repetición histórica en los países, y Perú no es la excepción, Pierson lo conceptualiza como “*legados de políticas*”, el que se define como “la ventaja política que las políticas previas ofrecen a algunos grupos frente a otros, y la manera en la que esta ventaja puede incrementarse a través del tiempo” (Pierson 1994 en Ewig 2012:54). En este contexto, observamos como los criterios clase, raza, género, etnia, educación, disminuida representación parlamentaria y política, están a la base de la marginación de determinadas poblaciones, las que se transforman en blanco u objetivo para control social, el que puede servir a fines económicos como lo analizamos anteriormente desde la biopolítica, ya sea para fortalecer determinadas industrias o bien para determinar a una población como recurso humano necesarios para el desarrollo de una nación. Estos legados se han repetido históricamente sobre la salud, como observamos desde la planificación familiar hasta la institucionalización del parto; así la expansión de la salud institucional propaga su discurso a territorios desvinculados con el Estado mejorando la calidad de vida sin duda de las personas pero bajo medios autoritarios y poco igualitarios privilegiando un sistema de salud sobre otro tratando a todos los ciudadanos bajo los mismos paradigmas en salud igualando a la población construyendo nación, y en el contexto de nuestra investigación a través del

dispositivo de salud, homogeneizando la diversidad de estos sistemas hacia el oficial, ya que este tiende a la apropiación y transformación de los mismos.

Como hemos mencionado, muchos de los criterios señalados, se han repetido a lo largo de la historia, contribuyendo a la falta de derechos políticos y a una mayor vulnerabilidad social, llevando a muchas mujeres a no oponer resistencia sobre algunas injusticias sociales. Sin embargo, cuando investigamos sobre el desarrollo de la partería, nos encontramos con dos procesos simultáneos, uno: parteras que no ejercen producto de la edad y de la prohibición y otras que no atienden los partos pero si el pre y post parto, y dos: un grupo de parteras que había abandonado completamente el oficio, pero gracias a diversas agrupaciones de obstetras y parteras en el país que se han organizado para recuperar el oficio y han apoyado y envalentonado a parteras para resistir los obstáculos y discursos por parte de la institucionalidad; han regresado a la cancha a desarrollar su trabajo, a pesar de esto, todas operan en la marginalidad y deslegitimación. Lo que me parece importante destacar es la resistencia a no permitir perecer un oficio, que ha sido subvalorado por recurrentes discursos sobre las altas tasas de mortalidad materno e infantil, si bien las estadísticas de mortalidad fueron altas, en los últimos años, esta ha aumentado en los centros de salud y en los trayectos hacia las postas, disminuyendo en los hogares.

Tanto los números de muertes, como los desencuentros entre sistemas de salud, la falta de capacidad de la institucionalidad para acercarse a zona aisladas y acercarse en base programas con personal competente para la vinculación con otras culturas, podrían subsanarse con capacitaciones a parteras u otros agentes de salud comunitarios, sobre los riesgos de muerte que están bastante identificados, y al mismo tiempo el personal de salud adquirir aquellos conocimientos que les permita comprender los diversos problemas de salud y sus significados como algunas formas de curación de los mismos.

Si bien, aún hay mujeres que buscan a la partera o partero de sus comunidades, fue posible conocer durante el trabajo de campo que muchas ya están completamente vinculadas a las postas ya sea por prohibición, por clientelismo a través de los beneficios o porque abandonar las medicinas tradicionales es renunciara símbolos de pobreza.

Sin embargo, de los cuatro entrevistados dos parteras aun no abandonan completamente otros procesos relacionados con el nacimiento, como son los procesos de pre y post parto, ambas ven a mujeres que les solicitan prácticas como el acomodo de la guagua a fin de evitar la cesárea y el fajado a fin de prevenir el desmando. La señora Leonor, si bien no se formó bajo principios de la medicina andina, aun ve a mujeres que la buscan para que les calcule el periodo menstrual o cuando va a nacer su guagua.

Un estudio presente de modo transversal en nuestro proceso de investigación, ha sido el de Luz Velarde sobre el desarrollo de la partería en Ayacucho, este trabajo fue ejecutado el año 2007, en dicha fecha aún era posible observar un desarrollo activo de la partería, aunque no ausente de conflictos sobre su ejercicio con los proveedores de salud de las postas. Doce años después, en Cusco, podemos ver que el ejercicio de la partería es muy difícil de encontrar producto de la expansión y hegemonía de la biomedicina como sistema oficial de salud.

Hoy, podríamos decir, que si bien, es posible encontrar ejercicios de resistencia de las parteras, en no abandonar completamente su oficio y con ello sus sistemas de salud, además de pequeños ejercicios de intermedialidad en la partería con el uso de algunos elementos de la biomedicina, además de ver como las mujeres asisten a los sistemas de salud de sus comunidades y las postas en relación a las emergencias en salud que se les presenten, no es menos cierto, que la partería se ha ido debilitando fuertemente en los últimos años, y que el conocimiento de ellas no se está transmitiendo generacionalmente, como fue la forma de adquisición de conocimiento de las parteras y parteros entrevistado.

En relación a los estudios e investigaciones consultados como parte de nuestro estado de la cuestión, en donde el eje transversal fue el desarrollo sexual y reproductivo de las mujeres en contextos principalmente andinos, nuestro levantamiento de información no revela cambios sustanciales en función de los hallazgos ya encontrados. Desde las investigaciones de Anderson (1999) y Dierna (1999) y Velarde (2007) en adelante, se venía planteando una desvalorización de la partería andina, y un panorama de desaparición de este producto de un discurso de prohibición desde las postas y centros de salud, sin embargo, 12 años más tarde, vemos que las parteras y parteros siguen ejerciendo parte de los procesos del

desarrollo reproductivo de la mujer como es el pre parto y post parto, aun en condiciones de marginalidad. Es importante destacar que Perú al igual que otros países de la región, ha ido levantando en los últimos años organizaciones que buscan reivindicar el valor de la partería con el objetivo de no olvidar y abandonar la salud tradicional y dar un giro a las estadísticas sobre muertes maternas y en muchos casos cuestionarlas, como mencionamos anteriormente.

En función del marco conceptual se puede señalar lo siguiente: Desde el trabajo etnográfico fue posible observar que tanto la cultura campesina como indígena en las zonas estudiadas en Cusco, poseen una significación sobre el binomio salud-enfermedad muy diferente a la racionalidad médica de la biomedicina. En conversaciones coloquiales fue posible conocer como a muchas dolencias físicas se les atribuía razones simbólicas y espirituales, las que no podían ser explicadas desde una sintomatología puramente física del cuerpo, en este sentido, el modelo medico hegemónico aplicado en las postas de salud indudablemente genera enormes distancias al encontrarse como modelos de auto atención y con síndromes culturales que no son posibles de descifrar bajo una lógica occidental, generando relaciones de poder con los usuarios al imponer en muchas ocasiones sus lógicas y creando relaciones de jerárquicas, como vimos en el testimonio del partero el que señala como los médicos en asamblea les prohibieron ejercer a los parteros de la comunidad de Urubamba, con el argumento que sus conocimientos ya estaban obsoletos.

Este acontecimiento de prohibición por parte de las postas de salud ha generado en los últimos años, una disminución progresiva de las parteras y parteros, los que se han resignado al discurso médico, dejando una parte de su oficio para entregársela a la racionalidad científica. En este contexto, la potencia del discurso del MMH, va creando lo que Foucault llama una relación de docilidad-utilidad a través de un vínculo de obediencia, formando así políticas de coerciones sobre el cuerpo y una manipulación calculada de los comportamientos, estrategia que vamos observando desde el discurso medico a través de las postas de salud, donde lo que va ocurriendo es el control de los cuerpos de la población por medio de una ideologización.

Pero es importante señalar que no solo es el discurso biomédico el que va forjando una

alienación y escisión en el cuerpo y en la conciencia de la mujer, sino que otros discursos van abriendo espacio a este desprendimiento, como por ejemplo fracciones del discurso feminista occidental, que también está al servicio de los medios de producción bajo implícitos y explícitos contenidos individualistas y de productividad. Para este discurso la mujer debe controlar su cuerpo, pero no bajo una sabiduría unida con el cuerpo, sino que este control también es entregado a un poder externo, el conocimiento científico, desvinculando a la mujer de promover un poder sobre su propio cuerpo.

Finalmente, es indudable generar preguntas y reflexiones, después de este proceso de investigación: Como vimos en el estado de la cuestión, a nivel regional países crean avances sobre la importancia del papel que ejerce la partería en las mujeres, y como algunos médicos comprenden que la capacitación a las parteras sobre posibles dificultades obstétricas contribuiría a la disminución de las tasas de mortalidad materno e infantil, además de apoyar la falta de capacidad del Estado para cubrir la asistencia médica, sumado a que muchas mujeres no comulgan con la salud biomédica, ¿Cómo sería posible un marco político que regule, apoye y proteja el ejercicio de la partería, legitimando su labor? y ¿Cómo sería posible generar espacios de aprendizajes entre sistemas de salud que permitan el fortalecimiento de sus propios sistemas?

Sabemos ya que la interculturalidad no es el camino, suficiente se ha escrito sobre los vicios de este concepto, como bien señala Tubino“ es parte de los discursos de los estados nacionales actuales, sin embargo, la interculturalidad en el Perú solo se ha reducido al ámbito de la educación y no es abordado de forma seria en otros ámbitos fuera de ella” (Tubino 2015:12) Para Tubino, la razón a la base de esta interculturalidad a medias, es que esta trae consigo plantearse el modelo de estado-nación a la base de la concepción de Estado. Sin embargo, creo en la posibilidad de que poco a poco las organizaciones de partería a nivel nacional y regional, van resistiendo al discurso biomédico y muchas veces al discurso neoliberal, abriendo espacios de diálogo y reflexión acerca de otras formas de afrontar la salud, tomando como base una real intermedicalidad e interculturalidad como medida que más se acerca a relaciones más horizontales y dialogantes entre personas de diferentes culturas. Al mismo tiempo, una parte de estas organizaciones donde participan profesionales de la salud con formación médica occidental y otros médicos de otros



sistemas de salud ya sea de auto atención o alternativos, se van cuestionando críticamente como algunos factores como la raza, clase, educación género entre otros, van incidiendo en las inequidades y ausencias de derecho al acceso de la salud, quedando al margen de las decisiones políticas que se toman sobre ellas mismas, e invisibilizándolas como agentes políticos.

En relación a la metodología, creo que la etnografía es el método que más nos acerca a nuestros sujetos y espacios de estudio, y al mismo tiempo es el método que más nos interpela y nos permite una conducción a un espacio crítico sobre uno mismo. Creo que mi mayor aprendizaje fue intentar dentro de lo posible abandonar mis juicios de valor sobre lo bueno y lo malo, aceptar sin juzgar convicciones, y flexibilizar mis propias creencias para volverme a decir que el mundo no es como yo lo creo.

## BIBLIOGRAFÍA

**Ardevol, Elisenda** (2006) *La búsqueda de una Mirada*. España: Editorial UOC

**Atkin, Keith-Brown y Rees** (2016) *La partería en México*. Extraída de:  
[https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Parteria en Mexico.pdf](https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Parteria%20en%20Mexico.pdf)

**Chirapaq.** (22 abril, 2019) *Conservando los saberes ancestrales de la partería tradicional indígena*. Recuperado <http://chirapaq.org.pe>

**Chirapaq.** (2015) *Las sabías en los sistemas de salud indígena: conocimiento y biodiversidad de los pueblos Quechua y Shawi del Perú*.

**Durand, Urrutia, Yon** (2016). *En Perú: el problema agrario en debate*. SEPIA XVI. (Eds.) pp. 485-574. Lima: SEPIA.

**Defensoría del Pueblo** (2017). *Derecho a la salud materna. Seguimiento de las recomendaciones defensorías a establecimiento de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura, Puno*. Informe N° 001-2017-DP/ADM

**Portocarrero, Felipe** (2000) *Políticas sociales en el Perú: nuevos aportes*. (PUCP)

**Diario Correo** (22 de agosto del 2018). *Parteras indígenas se capacitan para reducir muertes maternas*. Recuperado de <https://diariocorreo.pe>

**Enríquez, Elio** (27 de octubre de 2017). *Parteras en Chiapas forman el movimiento Flor de Maíz*. Recuperado [www.jornada.com.mx](http://www.jornada.com.mx)

**Ewing, Christina** (2012). *Neoliberalismo de la segunda ola: género, raza y reforma de sector de salud en el Perú*. Lima, Instituto de Estudios Peruanos.

**Foucault, Michel** (2002) *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.

**Foucault, Michel** (1977) *Historia de la medicalización*. Educación médica y salud. Vol.11, No.1. 1977

**Guber, Rosana** (2011) *La etnografía: método, campo y reflexividad*. 1ª ed. Buenos Aires.

Siglo XXI Editores.

**Ingar, Cynthia** (2016) *“Cuerpos femeninos, agencia femenina en salud reproductiva y lo político de la reproducción en el Perú: un análisis cultural comparativo de las experiencias corporeizadas menstruales entre mujeres rurales de una comunidad andina en Cusco y mujeres limeñas de clase media”*. Tesis de en Antropología. PUCP. Lima.

**Ingar, Cynthia** (2009) *Sistemas de salud y agencia femenina: análisis del proyecto ReproSalud en la comunidad de Acopalca, Ancash*. Tesis de Magister en Antropología. PUCP. Lima

**Irusta Alejandro** (2014). *El concepto de Gubernamentalidad. La economización de la política y el problema del Estado de Michel Foucault*. Pontífice Universidad Católica de Chile.

**Lucille, Atkin, Keith-Brown, Rees y Sesiaun** (2017). *La partería en México*. Recuperado [www.mexico.unfpa.org](http://www.mexico.unfpa.org).

**Langdon y Wiik** (2010) *Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud*. Rev. Latino AM Enfermagen.

**Langdon, Esther** (2018) *Salud indígena en Brasil: pluralismo médico y auto atención*. Revista Desacatos 2018.

**Ministerio de Cultura** (2017) *Ministra de Cultura entregó en Buenaventura Resolución que declara la partería como Patrimonio Cultural de la Nación*. Recuperado de <http://www.mincultura.gov.co>

**Menéndez, Eduardo** (1992) *La antropología medica en México*. Universidad Autónoma Metropolitana de México.

**Nichols, Bill** (2013). *Introducción al documental*. Segunda edición. Universidad autónoma de México.

**Organización Panamericana de la Salud**. *El conocimiento ancestral de las parteras se articula al Sistema de Salud*. Recuperado [www.paho.org/ecu](http://www.paho.org/ecu)

**Pitchard y Gemma** (2012). *Modernidades indígenas*. Madrid: Iberoamericana

**Pariona, Walter** (2014) *Salud y enfermedad en Ayacucho: La medicina tradicional en el escenario del siglo XXI*. Facultad de Ciencias Sociales, Unidad de Post Grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

**Torres, María** (2 de noviembre 2018). *Parteras en la ciudad, una tradición en auge y que se transforma*. RCNRADIO. Recuperado de [www.rcnradio.com](http://www.rcnradio.com)

**Tubino, Fidel** (2015). *El Interculturalismo latinoamericano y los Estados nacionales. En la interculturalidad en cuestión*. Lima: PUCP

**Uchuypoma y Zambrano** (2015) *Intersectando desigualdades: participación política de mujeres indígenas a nivel subnacional en Perú*. Lima: IDEHPUCP, pp. 13-40.

**Velarde, Luz** (2007) “*Las parteras sí saben, son importantes, solo que están olvidadas*” “Situación actual de las parteras en los Andes del sur del Perú (Ayacucho). Pontificia Universidad Católica del Perú.

**Yon, Carmen** (2018). *La interculturalidad realmente existe en salud*. Revista Argumentos, Edición N° 3, Año 11, 2017. 36-41 Instituto de Estudios Peruanos

**Yon, Carmen** (2016). “*Salud, nutrición, medio ambiente y desarrollo rural: cambios, continuidades y desafíos*”. En *Perú: el problema agrario en debate. SEPIA XVI*, Francisco Durand, Jaime Urrutia y Carmen Yon (Eds.), pp. 485-574. Lima: SEPIA

**Yon, Carmen** (2015). *El aporte de los egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDSESEP a la salud intercultural. Estudio de caso en dos comunidades de amazonas*. Instituto de Estudios Peruanos.

**Zarchi, Diana** (2018). *La situación actual de la partería en Ecuador*. Tesis de pregrado, Universidad de las Américas, Quito.

Recuperado <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/10022>

**Zirón Pérez, Antonio** (2015) *Miradas cómplices: cine etnográfico, estrategias colaborativas y antropología visual aplicada* . Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y

Humanidades, núm. 78, enero-junio, 2015, pp. 45-70 . Universidad Autónoma  
Metropolitana Unidad Iztapalapa Distrito Federal, México

