

*ALGUNOS ASPECTOS DE LA ATENCION DEL PARTO EN UN
CONTEXTO URBANO: EL CASO DEL CENTRO DE SALUD DE
CHORRILLOS*

Sonia Agüero Villanes*

* Licenciada en Antropología y profesora de la Universidad Nacional Agraria del Perú.



El Perú, país integrante del Tercer Mundo, se caracteriza por su pluralidad cultural, que nos lleva a pensar en las diferencias étnico-sociales que se encuentran en toda su extensión. Así, el reto que frente a esta situación tienen los profesionales de la salud es el trato constante en centros hospitalarios públicos y privados con pacientes de diferentes lugares de procedencia y con un distinto contenido cultural.

La formación universitaria recibida por estos profesionales crea un conjunto de elementos y categorías que les hacen "diferentes" al resto de la población que atienden. Por tal razón resaltamos la importancia de la perspectiva cultural en torno a nuestro análisis. Los profesionales de la salud deben a la sociedad la aplicación de sus conocimientos médicos y científicos para asegurar las mejores condiciones de vida al individuo como miembro integrante de su comunidad. La salud de la comunidad depende de factores que escapan a los organismos privados u oficiales de la salud, como salarios, condiciones de trabajo, educación, formas estructuradas de parentesco, etc.

Entonces, se requiere una aplicación de los conocimientos de la salud con un carácter más real y con un alto pragmatismo que sepa comprender la correlación existente entre la historia de vida del paciente y la salud. No en vano afirmamos lo anterior, cuando en contextos no muy lejanos de Lima Metropolitana encontramos circunstancias en las que ciertos pobladores se niegan a dejarse extraer sangre para un análisis clínico con la creencia de que "la sangre se pierde y se puede morir". Como vemos, este tipo de interrogantes y muchos más sólo pueden ser explicados en términos del contenido cultural de la persona.

La salud y la enfermedad no son categorías independientes, sino que forman parte de un equilibrio permanente entre diversos factores naturales y sociales en constante interacción. La concepción sobre la salud no es estrictamente biológica sino esencialmente social, lo que hace necesario considerarla no en su momento estático sino histórico.

Se concibe de vital importancia para la comunidad que el establecimiento de la salud, como bien señala *Hanlon* (1973) no se haga para el pue-

blo o con el pueblo, sino que sólo puede ser lograda por el pueblo. Si bien es cierto que la función primordial del gobierno es servir a la comunidad, también es verdad que la búsqueda de ese equilibrio entre el hombre y su medio no debe ser una imposición vertical, sino una coordinación de esfuerzos colectivos en beneficio de sus mismos agentes protagónicos a través de su autogestión.

Una vez aceptada la perspectiva cultural en determinada investigación, el problema inmediato consiste en cómo aprehenderla. La solución tanto para nuestro estudio de caso como para cualquier otro es abandonar ese etnocentrismo que nos lleva a la sobrevaloración de nuestra cultura sobre las demás y aceptar la existencia del problema de transculturización que nos lleva al reconocimiento de la otra cultura. De allí la urgencia del *trabajo interdisciplinario entre el médico y el antropólogo*. A pesar de estar la cultura a nuestro alrededor, no podemos captarla a simple vista. Aunque no lo deseemos somos producto de ella y nos movemos en su interior. El conocer otra cultura significa hacer abstracción de las costumbres, creencias, actitudes, valores, metas, tradiciones, y leyes morales de un pueblo.

Es importante tener presente la complejidad de los factores ambientales que repercuten sobre la salud de la madre y del niño, especialmente, los cambios sociales y económicos que determinan modificaciones en la estructura de la sociedad. Existen vastos sectores de la población que están cada vez más inmersos en el mundo de la pobreza. Tanto en zonas urbanas como rurales la falta de regulación de la fecundidad, complicaciones en el embarazo, el parto y la primera infancia restringen la capacidad productiva de un país causando gran número de defunciones.

El presente ensayo "Atención del parto en un contexto urbano: el caso del Area Hospitalaria No. 8 del Cono Sur de Chorrillos", es producto de una investigación de carácter exploratorio realizada con las madres asistentes a dicho centro hospitalario durante los meses julio-diciembre de 1984.

El objetivo fue rescatar la repercusión social de la "enfermedad" (1) (parto) de la madre dentro de la perspectiva de su ambiente próximo o alejado. Tal vez la mejor pauta de la problemática reside en que una situación deja de ser individual y pasa a ser resorte colectivo, cada vez que en su solu-

1. Nuestras entrevistadas del centro de salud de Chorrillos identifican el proceso de gestación y parto con la "enfermedad". Partiendo de su propia conceptualización, definimos la "enfermedad" como aquel fenómeno objetivo caracterizado por la alteración del funcionamiento del cuerpo como organismo biológico que adquiere una legitimación y solución social.

ción dominan factores sociales que llevan a una organización comunal de sus miembros. En estos términos, no se trata de crear una competencia con el Hospital sino de aliviar y reducir los riesgos de la "enfermedad".

A medida que la salud pública se desarrolla en América Latina como especialidad profesional y como servicio colectivo, la proporción de médicos que desempeñan un conjunto de funciones ha sido enormemente favorecida por la implementación del internado rural o del Servicio Rural Médico. Un cambio sustancial se está operando, la medicina oficial entra a jugar un rol en el proceso de integración docente-asistencial, contribuyendo a crear la medicina que hoy necesitamos.

Otro de nuestros objetivos fue propiciar y lograr una comunicación "horizontal" entre el médico y el paciente, dándoles a estos últimos muestras de confianza, trato cordial y humanitario.

En el desarrollo del presente trabajo expondremos los resultados obtenidos, desde una perspectiva antropológica, sobre la atención del parto en el sector poblacional de Chorrillos, con características de pobreza por la falta de recursos infraestructurales.

Con la realización de este estudio queremos enfatizar el carácter aproximativo y no generalizable para otros sectores urbanos. Este es un estudio de caso factible a posteriores complementaciones y reactualizaciones.

METODOLOGIA' - TECNICAS

El material de estudio estuvo constituido por 231 madres, incluyendo a las gestantes que hayan tenido un parto anterior al momento de la investigación. Según su condición de atención, todas eran madres ambulatorias, es decir no hospitalizadas.

Concientes de las limitaciones impuestas en el desarrollo de la investigación por cuestiones inherentes al quehacer académico, concentramos nuestra observación en aquellas personas que acudían al centro de salud del Area Hospitalaria No. 8 (Chorrillos). Complementamos la información recabada en un primer momento con la realización de visitas periódicas a los domicilios de las pacientes.

La metodología en cuestión estuvo referida al espacio físico de las salas de atención y consulta del centro de salud. El trabajo de campo estuvo dividido en dos momentos, que a la vez que realizados por separado eran inter-

dependientes. La primera parte estuvo dirigida a la indagación directa de información a las madres que acudían al centro de salud. La segunda consideró la información proporcionada por el personal del servicio social que laboraba en una de las secciones del Área Hospitalaria.

El interés en desarrollar este segundo aspecto estuvo orientado a la posterior contrastación de las opiniones vertidas por las mismas pacientes con las dadas por el cuerpo médico. Esto nos permitió un conocimiento más directo y exhaustivo de la situación de muchas entrevistadas. Limitándonos sólo a un contacto inicial no hubiésemos colmado los objetivos trazados.

Las técnicas empleadas en la recolección de datos, soporte básico en la elaboración del presente trabajo fueron:

a. Observación Participante

Se la define como el desenvolvimiento del investigador dentro del contexto que está examinando. Se trata de una compenetración y diálogo con su objeto del estudio, pero sin la pérdida de identidad personal e intelectual de científico social.

b. Entrevistas

Fueron inicialmente abiertas para ser luego específicas a informantes que cumplieran con nuestros requisitos (madres gestantes). Por el carácter aproximativo de nuestro análisis no se procedió a la elaboración de un cuestionario cerrado.

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

Como ya fue señalado, el total de personas entrevistadas fue de 231 madres. Todas pacientes ambulatorias del Centro de Salud de Chorrillos y residentes en los Pueblos Jóvenes de Villa María, Delicias y San Genaro del distrito de Chorrillos.

CUADRO No. 1

Distribución de la población según el lugar de origen

<i>Departamentos</i>	<i>Nº</i>	<i>o/o</i>
Lima	61	26
Apurímac	41	18
Cuzco	29	13
Ayacucho	25	11
Ancash	19	8
Puno	18	7
Junín	14	6
Ica	13	6
Arequipa	11	5
Total	231	100

En el cuadro anterior se observa que el cuarentaiocho por ciento de la población entrevistada proviene de la zona Sur del Perú (Apurímac, Cuzco, Puno y Ayacucho). El departamento de Lima ocupa un segundo lugar con veintiseis por ciento mientras que el otro veintiseis por ciento se halla distribuido entre los departamentos restantes.

Desde otro punto de vista, al comparar porcentajes, tenemos que sólo el veintiseis por ciento representa a la población nativa de Lima, mientras que el setentaicuatro por ciento está constituido por personas migrantes de ciudades, principalmente andinas del país. Este aspecto merece ser tomado en cuenta, ya que nos permite medir el grado de continuidad cultural en la práctica de la atención, cuidado y prevención del parto. Además que nos ayuda a la formulación de hipótesis que serán verificadas con el estudio.

1. Postulamos la existencia paralela de dos tipos de medicina, la tradicional por un lado y la occidental por otro.
2. Afirmamos la práctica de una medicina tradicional en contextos urbanos, donde por el constante intercambio entre el campo y la ciudad todavía se vienen realizando estos tipos de prácticas de la salud.
3. La atención del parto por parte de las empíricas, comadronas o curio-

sas, se realiza a pesar de la existencia de centros de salud estatales al alcance de las poblaciones necesitadas.

4. La atención del parto para los sectores menos favorecidos reviste un carácter corporativo, donde el rol del "grupo" que asiste a la madre es físico y psicológico.

CARACTERISTICAS DE LA ASISTENCIA EN EL PARTO

Abarcamos con el desarrollo de este punto la asistencia de la madre desde el proceso de gestación hasta el momento en que tanto el niño como ella regresan a reincorporarse al seno de su hogar.

Este aspecto se subdivide en dos más: 1) los cuidados pre-natales y 2) la atención del parto propiamente dicha.

En el primer caso se considera los consejos, supervisión y control de la embarazada. Durante este período se decide sobre el lugar destinado para que la futura madre dé a luz al nuevo ser. Se realizan todos los exámenes clínicos necesarios, frente a la eventualidad de una complicación. En la segunda etapa se tiene en cuenta el lugar específico donde se realizará el parto.

Cuidados pre-natales

Los cuidados durante los meses de gestación de nuestras entrevistadas son variados y de contenidos diferentes. Con la presentación del cuadro No. 2 conoceremos lo que ellas nos manifestaron.

En la elaboración de la tabla hemos considerado las posibilidades planteadas por los mismos informantes y no las apriorísticamente establecidas.

Como era lógico suponer, el mayor porcentaje correspondió a las madres que se atendieron en el centro hospitalario. Pero el hecho que nos llamó la atención fue que este sesentaseis por ciento no haya sido superado. Las personas que asisten a este tipo de control cumplen en la medida de sus posibilidades las prescripciones médicas.

La asistencia de las madres por recibir un control hospitalario muchas veces se debe a las campañas emprendidas por personal del centro de salud que acude a los asentamientos urbanos marginales para tener una mayor cobertura y captación de madres gestantes, entre otro tipo de pacientes. Es

sintomático el hecho de que a pesar que todas nuestras entrevistadas fueron ubicadas en la sede del Centro de Salud —que ya nos indica una aceptación convincente o no de la medicina occidental— durante el período de gestación el treintaicuatro por ciento abandona el tratamiento médico optando por otros tratamientos.

CUADRO No. 2

Tipo de Control Pre-Natal

<i>Ubicación</i>	<i>Nº</i>	<i>o/o</i>
Control Hospitalario	148	66
Cuidados en el Hogar "comadrona"	39	17
No tuvo control	22	10
Control particular	17	7
Total	226	100

El segundo sector constituido por las que manifestaron haber realizado los cuidados pre-natales en el hogar sin acudir a un centro hospitalario es del diecisiete por ciento. Las entrevistadas refirieron que en su casa trataban de no realizar esfuerzos pesados que fueran en contra de su estado. En los últimos meses y ante la proximidad del nacimiento del niño, las futuras madres procedían a darse masajes en el vientre para lograr la postura adecuada del feto.

Los cuidados en el hogar se referían a los consejos e indicaciones dadas por los miembros tanto del grupo doméstico (2), como los del grupo social (especificaciones correspondientes a esta última categoría serán oportunamente tratadas en otro cuadro).

Un descubrimiento interesante fue que los servicios de la partera empírica o comadrona empiezan mucho antes del parto. La orientación pre-natal juega como un conjunto de mecanismos coactivos a nivel simbólico cuya finalidad es causar temor en la madre gestante, en la medida en que si no

2. Grupo doméstico es el conjunto de personas que viven y comen juntos, compartiendo las actividades del quehacer cotidiano. Algunos autores lo identifican con aquellos miembros que participan de una misma cocina.

“obedece” o cumple con los consejos de la comadrona el parto “irá mal”. Se establece una cierta relación de dependencia entre la gestante y la partera que se mantiene hasta el momento del parto y muchas veces después de éste. Es por eso que algunas parteras continúan prestando sus servicios sobre la forma como ha de ser alimentado el niño.

El vínculo de amistad y de confianza recién iniciado o ya existente debido a partos anteriores se refuerza o acrecienta sobre todo por el lado del padre quien va conjeturando la posibilidad de la atención del parto por la misma comadrona.

Como podemos deducir fácilmente, un número nada desestimable de mujeres siguen los principios de la “medicina familiar”, por ser ésta el primer ámbito al que se recurre en busca de ayuda.

En estos términos no se puede ver la medicina tradicional como un conjunto de hábitos raros sino como una síntesis de interrelaciones cuyo razonamiento de su acción es la base de creencias fuertemente consolidadas. No son colecciones de hábitos sin un significado coherente, sino complejos de relaciones sociales que nos remiten a un sistema de ayuda tradicional en la salud.

La medicina familiar tiene su base en la naturaleza y en el grado de dependencia mutua de los individuos no sólo dentro del contexto de la salud y la enfermedad, sino en todos los momentos importantes del ciclo vital del individuo como la infancia, juventud y ancianidad, donde el respeto y consideración a los mayores juega un rol importante en la salud. Se les reconoce como los poseedores de ciertas habilidades tradicionales en la atención del parto. El tipo de tratamiento se desenvuelve dentro del ámbito de la cordialidad y firmemente asegurado por el conocimiento acumulado que se transmite de generación en generación.

La importancia del conocimiento sobre la atención del parto del grupo de parentesco, se debe a que la mayoría de los nacimientos siguen pautas tradicionales, adquiriendo el hecho una categoría corporizada, donde la toma de decisiones radica más en la esfera de parentesco que en la determinación individual de la futura madre.

El diez por ciento manifestó no haber realizado ningún tipo de control pre-natal. Entre algunas de las causas podemos mencionar: la “experiencia” adquirida por las pacientes en partos anteriores; la imposición por parte del cónyuge a la no asistencia a un centro de salud; la normalidad con que se lle-

vaba a cabo este período pre-natal. También señalaremos las causas de índole económico y distancia que impedían un control adecuado.

Finalmente, un cuarto sector muy reducido de la población recibió atención de un facultativo particular. En algunos casos dichos profesionales vivían cerca a la casa de las pacientes o eran "conocidos" de algún miembro de la familia.

En relación a esta etapa de la vida de la mujer se han podido recolectar algunas expresiones:

"... mi suegra me decía que no coja animales, o que no me junte con personas enfermas, porque si no mi hijo nacerá muerto. ...".

"... yo cuando estoy esperando mi bebe siempre hago bastante ejercicio, camino rápido y corro para que mi hijo no salga tonto. ...".

Es preciso comprender los conceptos del mundo natural y sobrenatural elaborados por la población que son la base para la afirmación de sus creencias en torno al tratamiento y atención del parto.

Este bagaje de muchos años de experiencia tiene su antecedente en el lugar de origen de los individuos, es decir en la influencia de la zona andina de donde proceden. Una observación adecuada nos remite al hecho de que si alguien enferma, se dirige a las personas con quienes se relaciona y con quienes vive. Ellos a su vez pueden consultar con otras personas y con el grupo de parentesco más ampliado. Se va creando un engranaje de intercomunicaciones, donde primero la familia inmediata y luego la parentela cumplen un rol activo dentro de la unidad doméstica.

Completando los párrafos anteriores presentamos una tabla que resume los cuidados pre-natales que siguen nuestras entrevistadas. (Cuadro No. 3).

CUADRO No 3

Cuidados Pre-natales

<i>Prescripción</i>	<i>No</i>	<i>o/o</i>
Alimentación	45	56
Medicamentos	19	23
Ejercicios	11	14
Higiene	6	7
Total	81	100

Según el cuadro anterior el cincuentaiséis por ciento señala una orientación hacia una sobrealimentación rica en proteínas y calcio. Fueron frecuentes los casos de anemia que hicieron necesario un reforzamiento alimenticio en base a vitaminas. Una de las explicaciones a los casos de anemia se debe a las pobres condiciones de vida que afectan a estos sectores de la población. La mayor parte habita en zonas periféricas de la ciudad, en pueblos jóvenes (Villa Marina y San Genaro). Estos asentamientos urbanos se caracterizan por el hacinamiento de las viviendas (Abelardo Sánchez y otros) (1979).

La práctica de ejercicios y el esmero en la higiene fueron recomendados para el veintiuno por ciento, teniendo en consideración cada situación particular.

CUADRO No. 4

Período gestante de la mujer

<i>Cuidados</i>	<i>No.</i>	<i>o/o</i>
Ejercicios normales	84	49
Alimentación normal	82	48
Otros (barbitúricos, Abortivos)	6	3
Total	172	100

En el cuadro anterior observamos que el noventa y siete por ciento de las mujeres gestantes ha tenido una etapa pre-natal normal en lo que atañe a la alimentación y a los ejercicios. Ellas continuaban con el quehacer doméstico diario o el trabajo en sus respectivos empleos (vendedoras ambulantes y servidoras del hogar no aseguradas).

Si comparamos este resultado con el total de la población encuestada (231 mujeres), vemos que equivale al setenta y dos por ciento. De donde deducimos que la vida de la futura madre se desarrolla dentro del mismo ambiente de cotidianidad. Por sus condiciones de madre trabajadora y muchas veces de jefe de la unidad familiar, no puede ni siquiera gozar de algunos días de descanso en la actividad que desempeña.

ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO

Lo que intentamos hacer en esta segunda parte del trabajo es el deslindamiento entre las concepciones y conocimientos que tienen las parteras "comadronas" en el contexto urbano sobre la reproducción humana y la técnica de atención del parto, frente a las nociones médicas y su práctica en los centros de salud.

CUADRO No. 5

Atención del parto

<i>Atención del parto</i>	<i>No.</i>	<i>o/o</i>
Obstetriz	179	46
Médico	150	39
Comadrona	60	15
Total	389	100

En la construcción del cuadro hemos considerado la inclusión de categorías dadas por las mismas informantes, lo que hace más confiable la interpretación de los datos.

En la tipología del personal que atiende el parto es conveniente anotar la ambigüedad de definiciones que nos fueron reportadas. Así el "médico" era aquella persona que trabajando en un centro de salud llevaba un mandil blanco y el único grado de comunicación que mantenía con la paciente era para ordenarle uno u otro comportamiento.

Por su parte, la obstetrix podía laborar en un centro médico o no, pudiendo acudir en algunas circunstancias a casa de sus pacientes. En algunos casos, es necesario observar una imprecisión en la asignación de términos, especialmente cuando se identificaba a la obstetrix y a la comadrona bajo una misma categoría.

Como se observa en el cuadro No. 5, el ochentaicinco por ciento de los partos fue atendido por personal de la salud, aunque persiste la asistencia no profesional en manos de las empíricas. Este hecho reclama urgentemente la realización de un estudio posterior de trabajo de campo, para conocer lo que realmente está sucediendo en las mismas fuentes de origen rural de la población.

No podemos restringir los 60 partos encontrados (quince por ciento) a la presencia de elementos inesperados que hicieron posible tal elección, porque precisamente para evitar tal confusión hemos aislado los cuatro partos que se dieron bajo estas circunstancias.

En las sociedades siempre hay lugar para los individuos que pretenden ofrecer asistencia en el parto. Aún en países con una alta técnica médica desarrollada, existen los "sanadores", Margaret Read (1968); algunos de ellos con poco o ningún conocimiento científico pero que siguen practicando sus habilidades reales o supuestas, atrayendo cada vez más una clientela.

Por las condiciones de dependencia y desarrollo en que se encuentra nuestro país, coexisten simultáneamente diferentes niveles de asistencia del parto. Desde el punto de vista del personal que administra dicha asistencia podemos mencionar los siguientes:

1. Médico, caracterizado por el alto nivel profesional adquirido a través de los años de estudio en los centros universitarios.
2. Obstetrix, cuyo nivel profesional está especializado para la atención de los partos. Labora en los Hospitales y otros Centros de Salud.

También existen las que se desempeñan como práctica privada. Son tituladas pero ya no trabajan en los Centros Hospitalarios donde recibieron su formación teórico-práctica. Este tipo de profesionales desempeña su trabajo particularmente, acudiendo a la casa de la solicitante cuando ella la requiere. Los honorarios que recibe fluctúan entre I/. 20.00 y I/. 30.00, según los casos.

3. “Comadronas”, son personas que atienden los partos en base a la experiencia adquirida durante varios años, atendiendo el nacimiento de las criaturas de la forma más sencilla y natural posible. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define:

“... en las sociedades comunales *las parteras tradicionales* son la solución espontánea a los problemas del medio tradicional, donde la gente ve la salud y sus problemas conexos de un modo diferente a como los ven los habitantes de casi todos los países occidentales”. (OMS 1978: 24).

Así, también, en las sociedades urbanas se tiende a este tipo de intervención. Algunas de las explicaciones están dadas por: (1) las entrevistadas que en su mayor parte son migrantes (setentaicuatro por ciento) y mantienen sus expectativas puestas en su comunidad de origen, que les sirve como punto de referencia para muchas de las actividades que desempeñan en la ciudad y (2) las establecidas en Lima tratan de reconstruir sus formas de vida y comportamiento tradicionales en el nuevo ambiente urbano como un mecanismo de seguridad frente a lo desconocido. El pensamiento de una madre entrevistada en el Centro de Salud de Chorrillos nos ratifica lo expresado.

“... cuando he tenido mis hijos siempre me ha atendido una “comadrona” de mi pueblo y siempre he salido bien; por eso aquí también prefiero que me atienda una “señora”. Yo no tengo miedo. . .”.

Los antecedentes de esta práctica tradicional los encontramos en las poblaciones rurales. La partera tradicional se impone en la comunidad local andina por su arte de curar, su carisma, su forma de aproximarse a la gente y especialmente por el éxito alcanzado.

Un aspecto que surge del estudio es el prestigio de la “comadrona”, la ascendencia que tiene sobre el núcleo familiar sobre el cual actúa y el reconocimiento legal de que es objeto. En estos términos, se da una diferenciación entre ellas de acuerdo a los éxitos obtenidos en el parto. Aunque el status de la “comadrona” es siempre mayor en las zonas rurales que urbanas.

Además, es importante conocer el lugar donde se efectúan los partos, ya que esto nos permitirá tener una mejor idea al respecto. (Cuadro No. 6).

Cuadro No. 6

Atención del parto: persona encargada y lugar

	Maternidad	Casa	Hospital	Clínica	Total
Médico	74-49o/o	6- 5o/o	46-52o/o	24-71o/o	150-39o/o
Obstetriz	77-51o/o	49-43o/o	43-48o/o	20-29o/o	179-46o/o
“Comadrona”	—	60-52o/o	—	—	60-15o/o
Totales	151-(39)o/o	115-29o/o	89-23o/o	34- 9o/o	389-100o/o

Al examinar el cuadro observamos una alta dispersión de los casos. De 389 partos registrados, el treintainueve por ciento se atiende en la Maternidad de Lima, por el hecho de que las madres que se controlan en el Centro de Salud de Chorrillos son transferidas a dicho nosocomio. Otra de las razones de este tipo de atención fue la captación de madres gestantes en su propio asentamiento humano como resultado de las campañas de salud ya anteriormente mencionadas.

Una cifra que sí nos llama la atención es el veintinueve por ciento correspondiente a los partos efectuados en la casa. La atención a la parturienta no sólo se limita al trabajo desempeñado por la comadrona, sino que de los 115 casos el cuarentiocho por ciento fue asistido por un profesional de la salud. El cinco por ciento de los partos atendidos en la casa por personal “médico” correspondiente a las gestantes que se trataron con estudiantes de medicina de los últimos años y que se encontraban realizando sus prácticas médicas.

Un tercer grupo (veintitres por ciento) es atendido en los centros hospitalarios como el Hospital San Bartolomé, Hospital Obrero, etc. Este grupo de mujeres, al igual que el primero, se atendió en dichos Hospitales por transferencia del Centro de Chorrillos.

Solo el nueve por ciento pudo acudir a un Centro de Salud Particular “Clínica”, hecho que nos llama la atención si tenemos presente la condición económica de los pobladores caracterizada por ser una de las más pobres. En estas circunstancias, es donde interviene la actitud colectiva de la familia inmediata, quienes crean un “pozo de dinero” para solventar los gastos del parto en la Clínica.

El temor que despiertan las instituciones oficiales de Salud crea en las mujeres rurales un rechazo total a este tipo de entidad. Muchas de las futuras madres, al haber sufrido una primera experiencia desalentadora en la atención del parto, deciden nunca más volver a utilizar sus servicios. Si analizamos detenidamente las relaciones dentro del sistema tradicional de Salud, notaremos una dicotomía y contraste en la interacción entre el agente de la salud y su "cliente" y entre el curador tradicional, "comadrona", y su paciente.

Desde otro punto de vista nos enfrentamos a dos sistemas de medicina: la individual y la social. En la primera, la responsabilidad del médico se limita a los pobladores que hayan requerido sus servicios. La relación siempre se establece, como activa, por parte de la persona que solicita el servicio y pasiva, por parte del médico. Si la madre requiere de un tratamiento pero ya no lo solicita, el médico deja de centrar su interés en ella. En el segundo caso la práctica de la medicina es diametralmente opuesta a la anterior. La relación entre el médico y su cliente es más equilibrado, ya que ambos participan activamente en mejorar y mantener la salud de la población.

La relación de confianza que surge de la atención de la "comadrona" en el hogar contrasta fuertemente con el internamiento en un hospital, donde se da una situación vertical y temible para las madres. Sólo en casos en que el parto sea difícil se acepta el traslado a un centro hospitalario a donde también concurre la partera quien recomienda y complementa la atención prestada en dicho centro de salud, aunque desde una perspectiva informal. Acontecen muchas veces conflictos entre los profesionales de la salud y las "comadronas" a través de las madres gestantes.

El contraste entre el facultativo y su cliente está dado por la visión "supra humana" que los pobladores rurales atribuyen al médico, no concediéndole ninguna posibilidad de tratamiento prolongado, exigiendo la cura inmediatamente. Los siguientes comentarios pueden ilustrar lo dicho:

"... el doctor ha estudiado mucho tiempo y no me cura nada, sólo quiere que vaya a su consultorio para que allí yo le pague más plata..."

Por otro lado las opiniones en relación a las comadronas nos remiten a la siguiente declaración:

"... cuando empiezo a sentirme mal, voy inmediatamente donde la "entendida"; ella sabe curarme más rápido que el doctor y no

me cobra tan caro. La señora donde voy conoce bien sobre los dolores que tengo. Yo voy a su casa con ella porque tengo harta confianza. . .”

En estos dos tipos de manifestaciones se refleja una diferencia de comportamiento que influirá en la conceptualización sobre los sistemas de salud.

Una vez más corroboramos nuestra hipótesis de que las pautas de conducta formadas a través del proceso de socialización en la comunidad de origen se mantienen con el tiempo, por pertenecer dichas pautas a todo ese conjunto de elementos que forman la cultura. Tendremos que reconocer la formación de una nueva cultura en el contexto urbano con muchos antecedentes andinos que se expresan en el campo de la salud con la práctica de comportamientos tradicionales.

Causas sobre un determinado tipo de asistencia en el parto

Al respecto, hemos podido recabar un número variable de respuestas que las presentamos en el Cuadro N° 7.

Cuadro No. 7

Apreciación sobre la atención recibida

Descripción	“Doctor”	Comadrona
1) Proporciona mayor confianza	55-61o/o	15-45o/o
2) Tiene más conocimientos	32-35o/o	4-12o/o
3) Persona conocida	4- 4o/o	14-43o/o
Total	91-100o/o	33-100o/o

Del total de la población encuestada, sólo el cincuentaicuatro por ciento nos dió una respuesta específica acerca de lo que opinaba del personal médico y no médico que las atendió durante el parto. La falta de información para el resto de las entrevistadas se debió entre otros factores, a la dificultad en el uso del idioma, ya que algunas eran quechua hablantes. A pesar de ello, se logró un alto grado de participación de las mismas.

La variable que adquiere mayor significación es la primera que nos remite al grado de confianza en el doctor o la comadrona. La confianza juega un papel importante en el mantenimiento de las relaciones de parentesco, de las relaciones formales e informales de amistad y/o vecindad presentes en una situación de enfermedad. La confianza lleva al surgimiento de un sentimiento de seguridad que forma un vínculo positivo entre las partes interactuantes, esencial en las relaciones que se establecen entre las comadronas y sus pacientes.

En el caso del personal médico, "Doctor", el grado de confianza está en función del conjunto de conocimientos recibidos en un centro universitario y que adquieren una relativa validez para el caso de las comadronas. En efecto, el doce por ciento manifestó que las parteras saben cómo atender a una gestante y lo hacen gracias a su experiencia; pero que también en muchos casos han causado la muerte de sus pacientes.

El argumento de que en la atención del parto se prefiera a una persona conocida tiene mayor fuerza para el trabajo desempeñado por las comadronas. Por ejemplo, en algunas ocasiones ellas se han visto impedidas de atender a las gestantes ante el rechazo de los hermanos, manifestando que "se trata de una desconocida" y que por lo tanto no podían darle la responsabilidad del parto.

De todo esto se desprende que se continúa cumpliendo el esquema clásico de una relación impersonal y simple de una prestación de servicios por parte del médico, y una relación más humanitaria por el lado de las parteras.

Si consideramos las motivaciones de la elección del centro de salud o la casa donde se efectuó el parto tenemos:

Cuadro No. 8

Causas	Centros de asistencia del parto			
	M. de Lima	Casa	Hospital	Clínica
1) Proporciona mayor confianza	14- 16o/o	37-65o/o	12-20o/o	22-82o/o
2) Por transferencia	15- 17o/o	--	14-23o/o	3-11o/o
3) Gente especializada	25-(29o/o)	---	21-(35o/o)	---
4) Es económico	9- 10o/o	9-19o/o	3- 5o/o	---
5) Por consejo	24- 28o/o	11-19o/o	10-17o/o	2-7o/o
Total	87-100o/o	57-100o/o	60-100o/o	27-100o/o

En su estructuración hemos considerado cinco categorías que incluyen motivaciones de orden objetivo y normativo. Las primeras se refieren a las condiciones materiales inherentes tanto a la persona como a la infraestructura de determinado hospital o clínica y las normativas están relacionadas con el conjunto de normas y valores del individuo en relación a su sociedad.

La Maternidad de Lima es el Centro de Salud que asistió el mayor número de partos de nuestras informantes. El veintinueve por ciento tiene en cuenta la capacidad especializada del personal de la salud. Las informantes manifestaron "allí hay muchos doctores que saben", pero a la vez que señalaban sus ventajas, también fueron testigos de la gran dicotomía entre lo que debía ser y lo que realmente era la atención del parto. Este último tenía sus raíces en la falta de infraestructura que caracteriza a la Maternidad, haciendo imposible un cumplimiento eficaz de su función. Aparentemente, un veintiocho por ciento manifestó haber sido atendido en dicho nosocomio por consejo de sus parientes y amigos; pero no entendemos estas recomendaciones como positivas porque, como ya señalamos, este centro no se caracteriza por ser precisamente uno de los mejores. Lo que sucede es la falta de información por parte de los parientes sobre la existencia de otros centros de salud, descartando otras alternativas.

En los hospitales se concentra el mayor número de gente especializada que cuenta con los adelantos técnicos que ayudan al tratamiento de las madres. La atención en estos centros hospitalarios se realiza por transferencia desde las diferentes postas médicas de Lima. Por tal razón un veintitres por ciento manifestó haber sido atendida en dichos hospitales. Un treintaisiete

por ciento nos manifestó opiniones o causales del tipo normativo (consejos o grado de confianza).

Dejamos para el final la discusión sobre los servicios prestados tanto por la clínica como por la casa de la paciente por ser ambas totalmente diferentes. Esto nos ayuda a comprender el planteamiento de las polarizaciones embrionarias que dentro de un "núcleo popular" se van gestando, creando una heterogeneidad dentro de un mismo sector geográfico. J. Huamán (1982).

Aunque sean obvias las ventajas ofrecidas por las clínicas, creemos necesaria la exposición de las ideas vertidas por nuestra población en estudio. Así, el ochenta y cinco por ciento manifiesta su preferencia por las clínicas, en virtud de que ellas dan mejor trato a las pacientes.

Finalmente, el veinticinco por ciento se atendió en su hogar por una comadrona u obstetrix. Más del cincuenta por ciento expuso que el contacto previo con la comadrona u obstetrix fue uno de los factores condicionantes para optar por tal elección. Además debemos tener presente que el respaldo económico de la unidad familiar permitirá una atención esmerada en la clínica.

GRUPO SOCIAL Y PARTO

En el desarrollo del presente acápite presentamos los diferentes puntos de vista que sobre la atención del parto tienen, no las entrevistadas directamente, sino todo el conjunto de personas con quienes el ego se relaciona, tanto diaria como esporádicamente. Nos referimos al nivel de las relaciones informales entre parientes, amigos y vecinos que giran en torno al desenvolvimiento de la persona.

Este punto es importante porque nos permite establecer el grado de influencia que tiene la sociedad prescribiendo ciertos modelos de conducta. Asimismo, nos permite la construcción de ese trasfondo cultural que envuelve a nuestras informantes. Los resultados sobre la atención ideal del parto, según el concepto del grupo social, se observan en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 9

Grupo social y parto

Atención ideal del parto	Nº	o/o
1) Con personal especializado	161	69
2) Ambiente adecuado	13	6
3) En el hogar	39	17
4) Tema no tratado	18	8
Total	231	100

Observamos que el ítem Nº 1 comprende un sesentainueve por ciento de personas que manifiestan que el parto de una gestante debe realizarse necesariamente bajo el control de un personal calificado para tal fin. El segundo sector del diecisiete por ciento refiere que el parto debe ser en el domicilio de la paciente, porque ya sea la partera o la obstetrix acudirán a la casa de las gestantes asistiéndolas y brindándoles compañía cuando fuese necesario. Una de las opiniones señalaba:

“... mi amiga había tenido su hijo en su casa siempre, hasta que una vez la llevaron al hospital, y ella me contó que la trataron muy mal y la gritaron mucho. Ahora su próximo hijo lo tendrá con su tía que conoce de eso...”

Un seis por ciento afirmó que el ambiente debe ser adecuado y bueno, aunque directamente no hizo alusión a sus características. Si bien el noventa y dos por ciento expuso algunas ideas sobre este tema, un ocho por ciento no opinó nada al respecto.

UN ESTUDIO DE UN CASO

Fermina Ronceros, de 32 años, nació en la comunidad de Chaviña de la Provincia de Lucanas en el Departamento de Ayacucho. Hija proveniente de una familia bastante numerosa con once hermanos (cinco mujeres y seis varones); y con una historia de vida compartida entre el campo y la ciudad.

Realizó sus estudios primarios en su comunidad de origen y la secundaria, hasta el segundo año, en la ciudad de Ayacucho. Durante esos dos años

estuvo viviendo en la casa de su tía Clara (hermana de su padre) quien le proporcionaba vivienda y alimento a cambio de la prestación de algunos servicios.

En Ayacucho tuvo su primera experiencia sentimental con un joven de la provincia de Huanta con quien tuvo su primer hijo. Al comienzo refiere Fermina: “. . . Braulio quería que abortara la criatura porque no quería tener ninguna clase de compromiso conmigo y no tenía dinero ni para el niño. . . Braulio conocía a una señora que conocía de esas prácticas abortivas y me convenció para ir a visitarla a su casa. Era una casa bien pobre donde casi todo estaba oscuro, yo estaba muy asustada y tenía mucho miedo, pero después la señora me hablaba mucho y me hacía preguntas y poco a poco le fui entrando en confianza. Ella me dió en un frasco, algo así como un purgante que tenía que tomar en ayunas durante una semana, y me dijo que me serviría para botar a la criatura. . . sólo lo tomé por dos días, porque la primera vez me produjo fuertes náuseas y dolores de estómago. . . además ya me estaba arrepintiendo a no tener a mi hijo. . . yo pensaba, qué saco haciéndole caso al Braulio, quien me dice que cuando ya no tenga a mi bebe igual se irá con otra mujer. . . también mi mamá me decía que me olvide de ese sinvergüenza. . .”

Con el recuerdo constante de todas estas advertencias, Fermina decidió aceptar la maternidad. Es atendida en casa de su madre, por ella con la asistencia de una “entendida” que había asistido anteriormente a dos de sus hermanas. Fermina piensa un poco y continúa: “. . . en mi pueblo doña Esperanza era muy considerada y querida por toda mi familia, en especial por mi papá porque había salvado la vida de una de mis hermanas, de Beatriz, cuando ella casi pierde a su hijo, cuando se cayó en la chacra llevando el ganado a pastar. . .”

A los 19 años Fermina se trasladó a Lima para trabajar como empleada en la casa de una señora paisana de Chaviña. Ella recuerda que su padre en esa oportunidad le dijo: “. . . mira hija, vete a Lima con tu tía Sara, allá hay más progreso, aprenderás a hablar mejor, y no serás ignorante como tu madre y yo. . . si te pasa algo, y tu tía es mala contigo, allá están tus tías Rosa y Blanca (hermanas de su madre) que sacarán la cara por tí. . . además en Lima nadie te aceptará con un hijo. . .”

En Lima estuvo con su tía durante tres años hasta que conoció al que actualmente es su esposo, un peón de construcción llamado Manuel Aylas. Al año de conocerlo dejó la casa de su tía Sara y se fue a vivir al actual asentamiento poblado de San Genaro con Manuel. Pronto nacería su segun-

do hijo. Esta segunda experiencia en el parto fue hasta cierto punto traumante y, según su propio testimonio, los acontecimientos se suscitaron de la siguiente forma: “. . . yo ya estaba embarazada, cuando un día me entero que los del Centro de Salud de aquí de Chorrillos estaban visitando casa por casa haciendo una campaña contra la enfermedad, y de paso viendo a las madres gestantes para que vayamos al Centro de Salud. Así, una señorita vino a mi casa y me dió una cita con un ticket para ir a la posta de la Avenida Huaylas (en Chorrillos). Eso fue un martes, y al siguiente martes tenía yo que estar allí. Para eso ya tenía casi cuatro meses. Al principio estuve asistiendo a todas las citas que me daba el doctor, a pesar de que yo tenía dificultades, porque yo trabajaba en ese entonces vendiendo alguna comida (chanfainita) a dos cuadras de mi casa. . . y no tenía con quién dejar el negocio. Yo tenía que trabajar fuerte, mi esposo a veces no conseguía trabajo en alguna construcción”.

Fermina continúa con el relato: “. . . a los dos meses llega a Lima mi cuñada Juana con su esposo y sus tres hijos. Al verme creo decaída me dice que no me preocupe en ir tanto al Centro de Salud, que es una tontería, y que ella ha tenido sus tres hijos bien gordos desde que nacieron, sin ir a ningún hospital, todos en su pueblo sin ningún problema. Lo único que sí me dijo es que yo coma bien y que continúe haciendo igualito mi vida normal. . .”. De esta forma Fermina deja de acudir al Centro de Salud de Chorrillos, pero le comenta a su cuñada: “. . . ni iré al centro para los cuidados, pero para dar a luz las últimas semanas regreso para que me hagan la transferencia a la maternidad, allí dicen las enfermeras es mucho mejor. . .”

Cuán grande no sería la sorpresa de Fermina de lo acontecido que entre lágrimas nos presenta el siguiente cuadro: “. . . yo pensaba señorita que me iban a tratar bien, con cariño, con cuidados, pero en realidad fue otra cosa —creo que prefiero olvidarme de eso— me gritaban y me tenían tirada en un cuarto grande junto con otras mujeres retorciéndome de dolor. Ahora estoy arrepentida de haber ido a la maternidad y le doy la razón a Juana. Después mis otros cuatro hijos los he tenido donde una señora que venía desde San Martín de Porres, que es bien responsable y que también había atendido en sus partos a mi amiga Adela, una vecina de mi barrio. Me ha ido muy bien con mis hijos y no me cobra caro porque ya soy conocida. Mi esposo Manuel también está contento con ella y me dice que siempre me haga ver con la señora de San Martín de Porres, la señora Blanquita. A mis amigas también les recomiendo que vayan donde esa señora porque da mucha confianza y sobre todo porque se preocupa de la criatura después que ha nacido dándome bastantes consejos. . .”

CONCLUSIONES

1. Del total de la población entrevistada el setentaicuatro por ciento fueron migrantes de zonas rurales, procedentes principalmente del Sur del país, como son los departamentos del Cuzco, Ayacucho, Apurímac y Puno. Este conjunto poblacional se hallaba distribuido en los barrios del Sur de Lima. El origen andino de los habitantes posibilitaba el conocimiento de la medicina tradicional.
2. La utilización de la medicina tradicional en un contexto urbano es expresión de la continuidad cultural de nuestros actores sociales producida por las constantes vinculaciones de parentesco, de trabajo y de religión con la comunidad de origen.
3. La medicina tradicional coexiste con la medicina occidental de manera complementaria. Si bien algunas prácticas tradicionales en la atención del parto no tienen efectos negativos, tampoco lo hacen positivamente; pero el hecho más sorprendente es su persistencia a pesar de la existencia de centros de salud al alcance de las mujeres gestantes. Así, las mujeres tienen los cuidados pre-natales en centros oficiales de salud, pero en el momento del parto prefieren ser atendidas en su hogar por parteras, "empíricas" o comadronas.
4. La comadrona o empírica es un eslabón esencial en la cadena que une al paciente con su grupo de parientes en el proceso de gestación de la madre ("enfermedad"). En comunidades rurales se da un tratamiento personal y minucioso a las pacientes, tratando de reducir la ansiedad propia de su estado. Este comportamiento se repite en el contexto urbano.
5. La aparente contradicción entre los dos sistemas de salud (tradicional y occidental) corresponde a una estructura de pensamiento lógico y al buen análisis de las condiciones objetivas y normativas tanto de la persona como de los diferentes centros de salud a los que potencialmente puede acudir. La elección por un determinado centro de salud de carácter estatal o privado, no depende de la "simple elección", sino por el contrario del análisis de las causas profundas que forman la estructura socio-económica y política que canaliza tal opción.

RECOMENDACIONES

1. En América Latina y en el caso del Perú, no se puede seguir empleando exclusivamente una metodología curativa con una tecnología propia de países desarrollados. Planteamos una reelaboración de los sistemas de salud que tome en cuenta las demandas y necesidades de la población, así como también algunos elementos de su práctica tradicional.
2. El crecimiento de la ciudad capital ha agudizado el problema de la salud especialmente en las zonas periféricas menos favorecidas. De acuerdo a lo dicho, es urgente ejecutar una política de regionalización y sectorización en la cobertura de la salud.
3. Proponemos la práctica de la medicina social que René Sand (1948) conceptualiza como “el arte de prevenir y curar considerado en sus bases científicas como el conjunto de relaciones recíprocas entre sus aplicaciones individuales y colectivas”. Las conductas sociales y culturales son factores importantes en la total comprensión de la asistencia del parto. La forma en que la gente vive, sus creencias, valoraciones y la tecnología de que dispone son determinantes significativos de la salud individual y colectiva.
4. Al emprender programas de educación para la salud, se debe dejar de lado esa actitud de verticalidad con los beneficiados del programa, que no hace sino crear un desequilibrio e incomunicación entre ambas partes. En contraposición al adiestramiento adquirido por los profesionales de la Salud, los pobladores hacia quienes va orientado el programa han adquirido sus conocimientos en situaciones vitales prácticas que merecen un respeto y revaloración profunda.

3. El término “ideal” fue propuesto espontáneamente por las entrevistadas; razón por la cual ha sido consignado en nuestro trabajo.

BIBLIOGRAFIA

ADAMS, Richard

- 1952 *"Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala"*.

HANLON, J.J.

- 1973 *Is there a future for local health departments?* Health Services Reports.

HUAMAN, Josefina

- 1982 *Barrios Populares, reivindicaciones urbanas y movimientos populares*. Ponencia presentada a las Jornadas de Balance de Estudios Urbano-Industriales. U. Católica.

LEWIS, Oscar

- 1952 *Urbanization Without Breakdown: a case Study en The Scientific Monthly*. 75 : 31-41.

MECHANO, David

- 1968 *Medical Sociology: A selective view*.
The Free Press N.Y.

ORGANIZACION MUNDIAL

DE LA SALUD

- 1978 *Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional*. Informe de una reunión OMS. Serie de Informes técnicos 622.

PEATTIE, L.R.

- 1968 *The Kinship Network The View from the Barrio*. Ann Arbor University of Michigan Press.

READ, Margaret

- 1968 *Cultura, Salud y Enfermedad*. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires.

SAND, René
1948 *La Medicina Social*. Paris

SANCHEZ, Abelardo
1979 *Tugurización en Lima Metropolitana*. Edit. Desco.