

# Mamá Betty

Un largo andar por el camino de la obstetricia

**Pilar Robledo Ríos**



# Mamá Betty

Un largo andar por el camino de la obstetricia

**Pilar Robledo Ríos**

## ***Mamá Betty. Un largo andar por el camino de la obstetricia***

Pilar Robledo Ríos

Primera edición digital: Setiembre 2020.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2020-06227

ISBN: 978-612-4496-01-1

URL: <http://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/172201>

ISBN: 978-612-4496-01-1



Arbitraje: La presente publicación ha sido sometida a revisión externa por expertos (*peer-review*) en la modalidad de doble ciego; es decir, quien evalúa desconoce la identidad del autor y este, a su vez, desconoce las identidades de los evaluadores. Ello tiene la finalidad de evitar cualquier sesgo que afecte la objetividad de la evaluación.

Diseño editorial y corrección de estilo: Púrpura. Apoyo Editorial

© Pontificia Universidad Católica del Perú, Instituto Riva Agüero, Vicerrectorado de Investigación, Oficina de Ética de la Investigación e Integridad Científica

### **Instituto Riva-Agüero**

Jr. Camaná 459, Lima 1

Correo electrónico: [ira@pucp.edu.pe](mailto:ira@pucp.edu.pe)

Web: [ira.pucp.edu.pe](http://ira.pucp.edu.pe)

Teléfono: 626-6600

Fax: 626-6618

### **Oficina de Ética de la Investigación e Integridad Científica**

Teléfono: 626-2000

[etica.investigacion@pucp.edu.pe](mailto:etica.investigacion@pucp.edu.pe)

<http://investigacion.pucp.edu.pe/unidad/oficina-de-etica-de-la-investigacion-e-integridad-cientifica-oeii/>

*A todas las mujeres que acompañan mujeres con respeto, sabiduría, paciencia, y  
con ese amor violeta tan poderoso y tan empoderador.*

### **Agradecimientos**

A Judith Beatriz Torres Flores y a Zoraida Beatriz Ghiglino Torres  
por su disposición y colaboración.

## ÍNDICE

PRÓLOGO	7
PRESENTACIÓN	9
INTRODUCCIÓN	11
EL DESPERTAR DE LA VOCACIÓN	20
EL INICIO DEL VIAJE HACIA LA OBSTETRICIA	23
LA MATERNIDAD DE LIMA: LA PRÁCTICA Y EL APRENDIZAJE	26
EL SEGUNDO Y TERCER AÑO DE FORMACIÓN	32
LA TITULACIÓN: EL INICIO OFICIAL DEL EJERCICIO COMO OBSTETRIZ	34
EL PARAÍSO DE CARHUAZ	36
EL CHOQUE CULTURAL: LAS COSTUMBRES EN LAS ALTURAS Y LAS PRÁCTICAS OBSTÉTRICAS	39
AFRONTANDO LAS DIFERENCIAS	44
LOS CONFLICTOS LABORALES EN EL SISTEMA DE SALUD OFICIAL: EL SENTIDO POLÍTICO DE BEATRIZ	47
EL TERREMOTO DEL 70: VOLVER A NACER	53
LA IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO CIVIL DE GRADUANDOS: EXALTACIÓN DE EGOS Y LUCHAS DE PODER	56
LA INDEPENDIZACIÓN DEL SECTOR PÚBLICO: EL CONSULTORIO PRIVADO	59
LAS EXPERIENCIAS EN SU CONSULTORIO	62
SU VISIÓN SOBRE LAS NUEVAS GENERACIONES DE OBSTETRAS	67
EL ÚLTIMO PARTO: LA VOCACIÓN QUE PERMANECE	70
RECORDAR Y MIRAR HACIA ADENTRO PARA CERRAR	72
REFLEXIÓN FINAL	75
BIBLIOGRAFÍA	79
ANEXOS	85

## PRÓLOGO

La incorporación del discurso de los derechos humanos al ámbito de la salud y su cuidado ha traído como resultado el desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos. Los primeros giran en torno del ejercicio de la sexualidad, mientras los segundos aluden a cuánta descendencia tener, cuándo y si se desea tenerla. En las últimas décadas, los derechos reproductivos también se han convertido en herramientas de lucha por el aborto legal y seguro. Hemos sido testigos del surgimiento de diversas posturas: algunas personas lo consideran un derecho; otras se concentran en evidenciar el conflicto de derechos fundamentales que este trae; un tercer grupo prefiere evaluar cada caso concreto para determinar su legalidad o no. El acceso al aborto legal y seguro constituye uno de los puntos de la agenda feminista que genera mayor debate.

Una sociedad en la que gran parte de la población se indigna ante los casos de aborto debería defender fervientemente a aquellas mujeres —y hombres— que desean procrear. La historia de Mamá Betty, sin embargo, evidencia lo contrario. La cosificación de las mujeres lleva a naturalizar la imposición de, por ejemplo, un embarazo producto de una violación sexual. Asimismo, sustenta la idea de que las mujeres que desean tener descendencia cumplen con el rol que les corresponde: ser un medio, un receptáculo, que permite la llegada de un nuevo ser al mundo. La naturalización del parto institucionalizado es la imposición de la forma “correcta” de parir, consecuencia de esta concepción discriminatoria del rol de las mujeres en la sociedad.

Pilar Robledo presenta la historia de Beatriz Flores Soplín, Mamá Betty, una mujer que enfrentó una serie de obstáculos para poder llevar adelante su proyecto de vida: convertirse en obstetrix. Para lograrlo, no solo tuvo que romper las barreras geográficas —migró de Iquitos a Lima para poder estudiar— y económicas —su madre hizo un gran esfuerzo para que ella pudiera estudiar—, sino también las de género, pues estudió en una época en la que un gran porcentaje de mujeres no lo hacía. Tuvo la oportunidad de formarse entre varones y trabajar posteriormente con ellos en Carhuaz. Allí, reparó en que el protocolo de atención de partos no incluía varias de las costumbres de las mujeres de la zona; por el contrario, les exigía una serie de prácticas que les generaba incomodidad.

Probablemente esta contradicción en nuestra sociedad —el maltrato a las mujeres que quieren abortar, pero también a las que quieren parir—, que se extiende a la atención de la salud materna en nuestro país, se genere por la incomprensión de que el ámbito de la reproducción es también un campo

fértil para el surgimiento de derechos. Actualmente, se habla del *derecho al parto seguro* y este incluye, por ejemplo, el parto vertical para aquellas mujeres que lo soliciten. Gracias a la investigación realizada por Pilar Robledo, sabemos Mamá Betty pensaba y aconsejaba esta práctica mucho antes de que se le considerara política pública de salud materna, y que evitaba situaciones de violencia obstétrica cuando aún aquella denominación no era común.

El desarrollo de los derechos reproductivos como parte de los derechos humanos nos permite reconocer cómo el derecho al parto dista mucho de la medicalización del parto. Esta impide que dicho proceso sea entendido como un derecho, pues la parturienta tiene poca capacidad de decisión. Personajes como Mamá Betty evidencian esta situación; su resistencia y lucha contra las injusticias en el sistema de salud revelan claridad en torno al rol de la mujer en el proceso de parto, claridad que, aún hoy, no es mayoritaria en el sistema de salud de nuestro país.

Finalmente, el estilo narrativo con el que Pilar Robledo comparte su investigación y la metodología de la historia de vida que ha empleado han sido grandes aciertos, pues permiten, como lectores y lectoras, que nos volvamos cómplices de Mamá Betty en su lucha y compartamos su pasión por el trabajo de obstetriz. Al mismo tiempo, nos introduce a parte de la historia del desarrollo e implementación del parto institucional en nuestro país. En el contexto actual de *publish or perish*, necesitamos de más trabajos como estos: investigadoras e investigadores que se tomen el tiempo de conocer a los actores intervinientes, sus contextos y sus historias.

*Gisela Isabel Fernández Rivas Plata*

## PRESENTACIÓN

Aunque la mayor presencia de médicos, fármacos y tecnologías contribuyó a disminuir la tasa de mortalidad intrauterina e infantil, generó también nuevas formas de violencia vinculadas con factores de clase y género. En el siglo XXI, apareció el término *violencia obstétrica* para referirse a la violencia ejercida por el personal de salud hacia la gestante y el abuso de medicalización. La cesárea, por ejemplo, que los mismos médicos de inicios del siglo XX consideraban una práctica que debía reservarse exclusivamente para casos riesgosos y hacerse de forma excepcional, pasó a ser la norma para inicios del siglo XXI. En el Perú, la violencia obstétrica también está vinculada al poco aprecio histórico por prácticas y saberes que no son occidentales. Históricamente se ha acusado de ignorante a toda aquella persona que rechaza las prácticas occidentales en salud, incluyendo el parto medicalizado.

El libro que ha escrito Pilar Robledo Ríos, *Mamá Betty: un largo andar por el camino de la obstetricia*, nos adentra a la historia del parto y la obstetricia en el Perú del siglo XX. Lo hace a partir de la vida de Beatriz Flores Soplín, obstetra nacida en Iquitos y graduada en Lima, que ejerció su práctica profesional por décadas en Carhuaz. La investigación hecha por Robledo nos acerca al rol de las obstetras en el sistema de salud y su tensa relación con otros actores: médicos, enfermeras y personal administrativo, así como con actores informales, como las parteras.

Un aspecto valioso del libro es haber trabajado usando los recursos de la historia oral. Entrevistas profundas, largas y realizadas en distintos momentos de la vida de Beatriz Flores nos permiten apreciar los cambios en la forma de practicar y concebir el parto. La información obtenida en estas entrevistas se ha confrontado con bibliografía especializada. Así, el presente libro complementa la literatura existente especializada sobre la historia del parto en el Perú y contribuye de forma más amplia en la historiografía de la salud, un área aún poco trabajada. La forma en que ha sido escrito, a partir de la vida de una obstetra, permite un acercamiento más íntimo a la historia de uno de los cambios más importantes en la historia de la salud contemporánea: la medicalización del parto.

El caso de Beatriz Flores es atípico en cuanto a su afán por comprender el contexto cultural donde ejerció su práctica —no hubo un rechazo sistemático a los saberes tradicionales o formas de concebir el parto de las gestantes—, el trato cercano a sus pacientes, y su cuestionamiento al centralismo e ineficacia del sistema de salud nacional que eventualmente la llevó a alejarse del Estado. Es un

*Presentación*

caso inspirador justamente por lo atípico, en un sistema que más bien lleva a muchos trabajadores de salud a replicar formas de dominación generalizadas (por género, clase y educación) y a ejercer sin cuestionar prácticas que pueden resultar nocivas. En su caso, lo que hubo fueron seis décadas de trabajo comprometido. El libro de Pilar Robledo nos narra la historia de un personaje valioso e inspirador que, de otra manera, pasaría injustamente inadvertido.

*Jorge Lossio*

## INTRODUCCIÓN

Hace un par de décadas, a partir de lecturas, de cursos de la universidad, de experiencias personales y de otros aspectos de mi vida, empecé a preguntarme qué significaba para las personas enfermarse o sentirse mal, cuáles eran y qué implicaban las posibilidades y probabilidades de curarse o sanarse, y qué papel cumplían y cuánta responsabilidad tenían la persona que presentaba alguna dolencia y aquella persona o grupo que la atendiera en caso de que requiriera algún tipo de ayuda. Así, empecé a generarme interés la noción de *mal* o de *enfermedad*, así como las formas de comprender y abordar los conceptos de *sanación* y de *salud*.

Uno de los aspectos que me llamó mucho la atención fue la configuración de los actores que participan directa o indirectamente de esa situación, como también la interacción que se produce entre estos. Esta constituye una acción de ida y vuelta entre, por un lado, las personas que manifiestan algún mal o que presentan alguna enfermedad, y, por otro, los agentes que han adquirido los conocimientos ancestrales y el don para sanar —desde una perspectiva tradicional— o los prestadores de salud que poseen los conocimientos científicos y la técnica —desde una perspectiva de la medicina occidental—. Esta interacción constituye una situación que la mayoría de personas va a enfrentar una o muchas veces a lo largo de su vida. Por ello, además de la eficacia de las técnicas o recursos empleados, es fundamental que el encuentro se produzca de la manera más armoniosa posible para que tenga un efecto positivo en quienes requieren sanar o curarse, o sobrellevar de la mejor manera una situación que afecte su salud, su bienestar, su vida. Caso contrario, esta interacción puede generar un efecto negativo en las personas y, por lo tanto, en su proceso.

En ese contexto en el que se observan diferentes formas de comprender, considerar y de nombrar lo vinculado con la salud y el bienestar, surgieron algunos temas —situaciones tan cotidianas y, a la vez, tan invisibilizadas socialmente— sobre los que decidí empezar a investigar: el embarazo, el parto y el puerperio. En un inicio, el proceso del parto me llamó particularmente la atención por las aparentes contradicciones que mostraba. ¿Por qué a un proceso natural en términos fisiológicos —que no requeriría ser “sanado” o “curado”—, desde el discurso y la práctica de la medicina occidental, se le atiende y trata como una enfermedad? ¿Por qué el parto sin complicaciones aparentes es atendido regularmente desde el servicio de salud, tanto privado como público, como si fuera una dolencia, una situación de emergencia que requiriera internamiento o la aplicación de procedimientos médicos? En

efecto, es uno de los pocos procesos, que, sin ser considerado una enfermedad, es controlado y atendido por el sistema de salud bajo un estricto protocolo médico.

Mi interés fue creciendo, tal vez como consecuencia de recordar lo poco que me había contado mi madre sobre la experiencia de su primer parto en un hospital público en una zona urbana de Lima en 1969.<sup>1</sup> Empecé a cuestionar por qué un proceso que, siendo fisiológico, en tanto se desarrolla de manera natural, puede tornarse anómalo o patológico —bajo el discurso médico—, de modo que actualmente en el Perú, como en muchas partes del mundo, parece que solo puede ser comprendido y atendido por personal médico, entre otros aspectos, por haber sido patologizado<sup>2</sup> y por ser considerado potencialmente riesgoso.

El discurso construido y la práctica implementada desde el ámbito médico sobre el parto han sido tan potentes, que han logrado, sobre todo en zonas urbanas, por un lado, que sea muy difícil ser asimilado en su total dimensión por las propias mujeres; por otro, han generado que se despierte en ellas un fuerte temor por la forma en la que se va a desarrollar este proceso que, incluso, llega a convertirse en rechazo. Bajo ese discurso que instala tan fuertemente la sensación de peligro y de temor, las mujeres sienten no tener la capacidad de sobrellevar este proceso de una manera autónoma. La pérdida de la capacidad de una mujer para reconocer lo que está sucediendo con su ser —cuerpo, mente y espíritu— como parte de este proceso natural la deja sin la posibilidad de poder controlarlo. De esta manera, a lo largo de muchas décadas, la atención médica especializada se ha posicionado como la mejor o única opción, para la mayoría de la población, de salvaguardar la vida del feto y de la mujer, quienes quedan completamente a disposición del sistema médico.

Detrás de esa situación, se encuentra el proceso de medicalización en el que nos encontramos. La biohistoria,<sup>3</sup> la medicalización y la economía política de la salud,<sup>4</sup> como formas de control social, dieron inicio a la medicina en la modernidad (Foucault, 1977: 3-4). Esta se convierte en una “práctica social” (Foucault, 1977: 5), a través de la cual el médico adquiere funciones normalizadoras “que van más allá de la existencia de patologías y están más bien asociadas a la aparición de la población, en tanto cuerpo social, como problema económico” (Sibrian, 2006: 27). Por su parte, López (s/f) sostiene que *medicalizar* implica:

1. aplicar medicamentos o hacer intervenciones médicas innecesarias o excesivas, cuando se han patologizado procesos naturales;
2. reducir la multicausalidad de los síntomas que presenta una persona a solo uno para tratarlo farmacológicamente;

<sup>1</sup> Hospital Edgardo Rebagliati Martins, ex Hospital del Empleado.

<sup>2</sup> La *patologización* implica considerar como enfermedades ciertas particularidades de sujetos o algunos grupos. Por ello, de acuerdo con los criterios de cada contexto y época, las personas pueden ser etiquetadas como *enfermas*, *potencialmente enfermas*, *anormales*, o *pasibles de traumatización o desubjetivización* (Untoiglich, 2014: 25).

<sup>3</sup> De acuerdo con Foucault, la *biohistoria* implica los efectos que dejan las intervenciones de la tecnología médica en la historia biológica de los seres humanos (Aurenque y De la Ravana, 2018: 420).

<sup>4</sup> Para Foucault, la *economía de la salud* implica que tanto el mejoramiento de la salud y de los servicios de salud como el consumo de atención en salud se vuelven factores del desarrollo económico de los países más avanzados (Aurenque y De la Ravana, 2018: 420).

3. reducir la investigación en salud casi exclusivamente a la investigación farmacológica;
4. prevenir mediante fármacos o intervenciones médicas, es decir, medicalizar personas sanas para que no enfermen; y
5. dar información insuficiente para que el paciente tome decisiones sobre el propio cuerpo.

La medicalización se basa en la ciencia médica y en la investigación; en la industria, que se apoya en los medios de comunicación (Márquez y Meneu, 2007: 77); en los y las profesionales, quienes están predispuestos a la medicalización dado que, como parte de su formación, están preparados para actuar ante la patología; y en los y las pacientes, el eslabón más débil de la cadena, en tanto no tienen mucho poder para cambiar el ámbito médico ni para enfrentarse individualmente a los laboratorios ni para modificar el funcionamiento del sistema sanitario, aunque sí pueden cambiar su relación con la medicina y los fármacos y, sobre todo, con su propia salud.

En relación con lo anterior, y referido específicamente a la salud sexual reproductiva de las mujeres, cabe señalar que el término *enferma* era y sigue siendo usado para referirse a las mujeres que van a parir. Este uso revela cierta relación con la lógica de la patologización de procesos fisiológicos considerados naturales. Asimismo, podría estar haciendo referencia a procesos fisiológicos vinculados con la sexualidad de las mujeres, ya que ese término también es usado desde épocas antiguas para referirse a una mujer que se encuentra menstruando. Tal como señala Fernández (2004), según Foucault, la enfermedad es aquello que, en una época o sociedad, se medicaliza para ejercer un poder y control sobre un sector de la población, en este caso, las mujeres. Así, durante el siglo XIX, la mujer burguesa es convertida en una enferma permanente, cuyas dolencias radicaban en sus genitales, y, por ello, en su sexualidad. Esto revela una gran contradicción en el discurso médico que claramente parece compartir los principios del discurso patriarcal o basarse en este: “por una parte, la feminidad debe consistir en consagrarse a la maternidad, pero por otra el acto que lleva a la reproducción es antifemenino y patológico” (Fernández, 2004: 195).

En la búsqueda de respuestas sobre lo que sucede alrededor del proceso del parto, conversé con muchas mujeres y revisé mucha de la documentación disponible. Así, caí en la cuenta de que lo poco que me había contado mi madre era suficiente para entender que lo vivido durante su primer parto, además de haber sido una experiencia que quedó grabada en su memoria —en términos amplios— como “un mal recuerdo”, era claramente una experiencia colectiva. La vivencia de parto de mi madre, que podría haber sido un caso particular, es una realidad que se produce sistemática y sistémicamente en nuestro país: de acuerdo con las cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), aproximadamente 600 000 mujeres requieren anualmente este tipo de atención. Es una situación generalizada que no es afrontada por el Estado y que se pasa por alto desde el discurso y la práctica de las distintas especialidades médicas que atienden los temas de sexualidad de las mujeres, y desde el sistema de salud en general.

La *violencia obstétrica* se define a partir de diversas conductas que atentan contra las mujeres tanto física como psicológicamente: prácticas rutinarias innecesarias, como rasurado del vello púbico o aplicación de enema; prohibición de moverse, transitar, beber o comer; prácticas médicas

invasivas: tactos vaginales recurrentes o monitoreo fetal; suministro de medicación no justificada como la oxitocina; falta de consideración de los tiempos o de las posibilidades del parto biológico; obligación de parir únicamente en posición horizontal; prácticas médicas aplicadas como parte del protocolo, como la episiotomía; extracción de la placenta sin esperar a que esta salga dentro de su propio tiempo; prácticas médicas no justificadas, como cesáreas; omisión en la información o falta de transparencia activa en el deber de informar a la mujer (y/o sus familiares) de un modo comprensible y adecuado por parte del personal de salud respecto de las decisiones que se van tomando en el transcurso del trabajo de parto; falta de confidencialidad; incumplimiento de la obtención del consentimiento informado completo; negativa a administrar analgésicos; violaciones a la privacidad; prohibición del ingreso de acompañantes durante todo el proceso del parto; alimentación de las y los recién nacidos con leches artificiales cuando la madre puede darles de lactar; rechazo de admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres o hacia las o los recién nacidos durante el proceso de parto, que puede generar complicaciones potencialmente mortales; retención de las mujeres, y de las y los recién nacidos en los centros de salud, por incapacidad de pago y, en otros casos, por ser parte del protocolo y no ser estrictamente necesario; y negación a otorgar el certificado de nacido vivo cuando el parto se ha dado en otro diferente a una institución de salud y/o ha sido atendido por parteras tradicionales.

En general, se trata de prácticas que consisten en un trato deshumanizante, grosero, burlón, discriminatorio, humillante, irrespetuoso, ofensivo o negligente cuando la mujer solicita asesoramiento o requiere atención durante una práctica obstétrica. Como si el maltrato no fuera suficiente, este se agudiza en el caso de mujeres adolescentes; mujeres que no tienen pareja, específicamente un hombre; mujeres de nivel socioeconómico bajo; mujeres que tienen una lengua indígena como materna; mujeres que padecen VIH, entre otras (Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar).

Además de todas las situaciones de violencia obstétrica señaladas que se producen diariamente, en el Perú, se dio una que refleja la violencia extrema que se ha ejercido en contra de las mujeres: el caso de las esterilizaciones forzadas, crimen que aún no encuentra justicia. De 1996 a 2000, se implementó el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (PNSRPF) durante el segundo gobierno de Alberto Fujimori Fujimori en complicidad con los ministros de Salud Eduardo Yong Motta, Alejandro Aguinaga y Marino Costa Bauer. Este programa utilizó los cuerpos de las mujeres indígenas como instrumentos de política económica. Se sostenía que “una reducción de la población daría lugar a un incremento del Producto Bruto Interno (PBI) per cápita y así podrían alcanzar las metas de crecimiento económico anheladas tanto por el gobierno peruano como por los organismos humanitarios internacionales de desarrollo” (Ewig, 2012: 208 citado por Ballón, 2014: 3). El programa estuvo destinado a lograr la esterilización masiva de mujeres que, para el Estado, encajaban en un perfil creado desde su perspectiva: pobres, analfabetas, indígenas y de reciente procedencia rural. Es importante asumir que, para comprender la dimensión y gravedad de las esterilizaciones forzadas,

necesariamente se entrará en conflicto con nociones arraigadas en un grupo de poder muy importante como lo es la corporación médica peruana. [...] El enfoque debe recaer de manera contundente sobre la responsabilidad ejercida por el cuerpo médico, [...] debido a que las esterilizaciones son procedimientos quirúrgicos, que solo pueden ser realizados por médicos. Si asumimos que las órdenes de cuotas desencadenaron los abusos, estaríamos asumiendo que para los profesionales de salud que realizaron las esterilizaciones, una orden (conjunta con una amenaza en la estabilidad laboral) es suficiente para vulnerar la dignidad de las personas. (Gianella, citado por Ballón, 2013)

Las experiencias compartidas por muchas mujeres y las investigaciones revisadas sobre el tema me llevaron a conocer y entender qué sucedía en uno de los procesos que es parte del ejercicio de la sexualidad en las mujeres: el embarazo, el parto y el puerperio. Surgió un gran interés por conocer de primera mano las alternativas con las que cuentan las mujeres en el Perú para parir frente al sistema de salud hegemónico. Fue entonces que, a partir de la elaboración de mi proyecto de tesis de maestría, luego de investigar con mayor profundidad sobre el tema, encontré que muchos de los trabajos realizados estudiaban casos de poblaciones rurales del Perú y de otros países de Latinoamérica. Así, decidí, a partir de la información encontrada, indagar sobre este tema en una zona rural de la sierra del Perú.

La zona elegida fue la comunidad de Écash, anexo Maya,<sup>5</sup> en Carhuaz,<sup>6</sup> provincia del departamento de Áncash. En 2009, llegué para realizar el trabajo de campo. El proyecto tenía como objetivo describir y analizar aspectos vinculados con el embarazo, el parto, la relación de las mujeres con el servicio de salud, la transmisión de conocimientos sobre crianza, entre otros. Luego de establecer contacto y presentarme con las autoridades de la comunidad y con el personal del centro de salud, empecé a contactarme con las mujeres de Maya y a conversar sobre el tema en sus casas, en la combi de ida o de vuelta a Carhuaz, en la posta, en medio del camino o realizando actividades cotidianas.

Según me fueron contando las mujeres de Maya, todas habían nacido en sus casas, así como sus madres y sus abuelas, lo que es completamente coherente con la época. Sin embargo, una contradicción me pareció llamativa. Por un lado, una de las sensaciones que manifestaban haber experimentado con mayor frecuencia como producto de sus experiencias durante el parto era una fuerte resistencia a ser atendidas en el servicio público de salud. Sin embargo, muchas de estas mujeres expresaban una clara preferencia por parir en el hospital. Esa aparente contradicción entre creer y decir que es mejor parir en el hospital y, a la vez, no querer realmente ser atendidas en ese lugar me llamó mucho la atención. Entendí que la contradicción presente en muchas de ellas era producto de un conflicto interno entre sus deseos, su tradición familiar y las prácticas comunales, y lo que el

<sup>5</sup> Maya es un anexo que está ubicado en el distrito de Carhuaz, Provincia de Carhuaz, Departamento de Áncash. Limita por el norte con Tinco, por el sur con Rámpac Grande, por el este con Carhuaz, y por el oeste con Tauripampa. Su altitud máxima es 3360 msnm y la media es de 2638 msnm. Tiene una población de 2785 habitantes (INEI, 2018). Su puesto de salud es de primer nivel de atención de categoría I-2. No cuenta con transporte para pacientes en emergencia ni con ambulancia. Cubre el 95,7 % de parto institucional (Dueñas, 2018).

<sup>6</sup> La provincia de Carhuaz, creada por ley el 14 de diciembre de 1934, está ubicada en medio de las cinco provincias que integran el callejón de Huaylas. Su capital, Carhuaz, se encuentra a 2648 msnm aproximadamente.

Estado —a través de la implementación de sus políticas públicas— había logrado. La consolidación de un discurso que se opone al parto domiciliario apoyado en diversas acciones, para ese momento, había calado en la comunidad de Maya, así como en las demás comunidades de la provincia de Carhuaz. El miedo había sido instaurado: si el parto se producía en sus casas y no se realizaba en un establecimiento de salud, concretamente el hospital de Carhuaz en esa época, las mujeres o sus hijos o hijas podrían morir durante o inmediatamente después del parto o podrían ser multadas —según las amenazas que recibían del personal de la posta o del hospital— o podrían no entregarles la partida de nacimiento del recién nacido.

A pesar del temor fundado, en las conversaciones con las mujeres de Maya, algunas manifestaban su preferencia por el parto domiciliario. Incluso aquellas que consideraban que era mejor parir en el hospital mostraban sutilmente cierta nostalgia o deseo de que el parto se realizara en casa. Sin embargo, luego de analizar sus testimonios, fue interesante constatar que, pese a que muchas de ellas no habían tenido la experiencia de parir a sus hijos e hijas en sus casas, todas conocían a alguna mujer —una pariente, una vecina, una amiga— que había sido atendida, alguna vez y de manera reciente, por una persona no perteneciente al servicio de salud oficial. Entonces, la pregunta parecía obvia: “¿Dónde están las parteras?”. Muchas de las mujeres que me habían contado sobre su preferencia de parir con la ayuda de una partera sabían de su existencia, pero ninguna de ellas manifestaba conocer o daba referencias sobre alguna. Probablemente, el temor les impedía dar información y, en algunos casos, cuando tomaban conciencia de lo que me habían contado, cambiaban de tema y no querían profundizar. Velarde plantea un posible origen para esta situación: las represalias están dirigidas no solo a las parteras, sino también a las mujeres “negando así su derecho a elegir libremente dónde y con quién atenderse” (2007: 30).

En los siguientes días, continué preguntando sobre las parteras. Algunas mujeres empezaron a contarme que estaban “por allá, lejos”. Ese *lejos*, según lo constaté luego, se refería a zonas altas de difícil acceso, donde la población era mayoritariamente monolingüe en quechua. Las parteras estaban presentes en el discurso, pero aparentemente no existían. Los partos domiciliarios continuaban realizándose, sobre todo en las zonas más altas y alejadas, como en la comunidad de Nivín, de modo que era muy probable que, además de la madre, la suegra, la abuela, la tía, la pareja o la vecina, quienes normalmente han acompañado y han atendido el parto de una mujer, aún las parteras siguieran atendéndolos de modo clandestino. Sin embargo, dada la fuerza y, en muchos casos, la agresividad de las medidas implementadas a lo largo de décadas como parte de las políticas de salud que buscaban revertir las elevadas cifras de mortalidad materna<sup>7</sup> en nuestro país, es probable que, en la provincia de Carhuaz, así como en muchos lugares del Perú, se haya producido una reducción notable del ejercicio de las parteras en favor de lograr la consolidación de lo que se conoce como *parto institucional*.

<sup>7</sup> A causa del descenso de la mortalidad, la esperanza de vida, que en 1940 se calculó en 35,7 años, creció hasta 69,8 años en 2003. En el mismo período, la tasa bruta de mortalidad bajó de 27 muertes por cada mil habitantes a 6,2; y la tasa de mortalidad infantil descendió de 195 a 33,4 muertes de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos. Sin embargo, como sucede con todos los indicadores sociodemográficos, en el interior del país, subsisten regiones con altas tasas de mortalidad infantil (Minsa, 2003: 9).

Como señala Velarde (2007: 3-4), la partera empírica andina posee conocimientos, habilidades y destrezas heredadas de la experiencia de sus ancestros: la madre, la abuela u otra mujer de su familia o de su comunidad que asumió el rol de partera en su contexto, que se basan también en la práctica, la observación y la experimentación por ensayo y error (Velarde, 2007: 22). Actualmente, en el Perú, la partería se desarrolla de manera marginal como parte del sistema de salud comunal en un contexto de conflicto con el sistema de salud oficial, en el que participan tres actores: el o la partera, el o la obstetra o el o la médica del establecimiento de salud oficial, y las parturientas y algún familiar.

Sin embargo, a pesar de la situación de marginalidad en la que han sido colocadas, las parteras cumplen un rol fundamental en el cuidado de la salud reproductiva de las mujeres rurales andinas, sobre todo de aquellas que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema (Velarde 2007: 3). Según el INEI (2016), el 91,6 % de los partos que se producen a nivel nacional es asistido por un o una profesional, técnico o técnica de salud. Esta cifra varía dependiendo del área: es del 97,7 % en zona urbana, mientras que en zona rural es del 75 %. No obstante, los porcentajes por departamento indican, en algunos casos, grandes diferencias respecto del promedio nacional: doce departamentos están por debajo de ese promedio, de los cuales el departamento con menor porcentaje, Loreto, está en 62,4 % (INEI, 2016: 66-67). Esto sugiere claramente que, sobre todo en el área rural, los partos siguen siendo asistidos por una partera tradicional u otra persona del entorno familiar de la mujer y que, por lo tanto, su presencia y labor siguen siendo fundamentales.

A pesar del importante rol que asumen, a lo largo de las últimas décadas, las parteras tradicionales han venido siendo desplazadas hasta el punto de estar cerca de desaparecer y, con ellas, sus conocimientos. La principal razón es que el sistema oficial de salud ha tomado el control del manejo de la salud de la población. Como parte de dicho control, se ha establecido una serie de obstáculos para que las parteras realicen su labor a pesar de ser valoradas por las mujeres de zonas rurales. La perspectiva y la forma de actuar del sistema oficial de salud se basa muchas veces en la competencia, en la prohibición y en la imposición: al ser el parto una especialidad del establecimiento de salud y de las parteras tradicionales, se produce una competencia innecesaria por la atención de las parturientas (Velarde 2007: 17), que es asumida por el sistema de salud hegemónico como un peligro latente que debe ser controlado.

De este modo, se ha construido un rechazo sistemático a la presencia y labor de las parteras, de manera fundamental, por la relación directa —establecida por el sistema hegemónico de salud— entre la atención de las parteras y las muertes maternas (Velarde, 2007: 21-23). El nivel de rechazo es proporcional a la jerarquía de sus miembros, de modo que la o el médico suele presentar mayor rechazo a la labor de los distintos actores del sistema de salud comunal, como las parteras. Así, la responsabilidad de las muertes maternas —que ha recaído sobre las parteras a lo largo de nuestra historia republicana— ha justificado la imposición del sistema de salud oficial como el único proveedor que puede garantizar la salud de la mujer, y del feto o del recién nacido, lo que ha generado una gran presión por incrementar los partos institucionales (Velarde 2007: 21).

En ese contexto, encontrar y conocer a las parteras —su existencia, su ubicación, su participación activa— se volvieron tareas complejas en la investigación difíciles de concretar que se mantendrían pendientes dada su importancia. Sin embargo, luego de algunos días, intenté indagar una vez más por el tema y se produjo un giro en el camino de mi estudio. Algunas mujeres empezaron a contarme de otro tipo de atención que podían recibir durante el parto, de una forma de parir “intermedia”: ni en la casa ni en el hospital. Coincidentemente, muchas mujeres mencionaron un nombre, el de una mujer que describían como “muy buena, muy fuerte”, una mujer que las había ayudado a ellas o a otras mujeres a parir: Mamá Betty.

¿Quién era Mamá Betty? ¿Era acaso una partera? Ninguna mujer decía que lo era, pero se referían a ella como si lo fuera. Desde ese momento, encontrarla pasó a ser uno de los objetivos de la investigación. Surgieron muchas preguntas a partir de este hallazgo, así que, luego de analizar la información recogida en las conversaciones con las mujeres de Maya y con el personal de la posta médica de esa misma comunidad, decidí que debía buscar a la mujer que llamaban Mamá Betty. Volví a Carhuaz con el objetivo de encontrarla. No tenía claridad respecto de por dónde empezar la búsqueda. Hacerlo en el hospital, en ese momento, no parecía una buena idea a causa de la alerta que podría encender al hablar de parteras en una institución que está buscando permanentemente cubrir al cien por ciento la atención de partos, así que elegí el lugar más céntrico y público de Carhuaz: la plaza del pueblo.

No tuve que preguntarles a muchas mujeres que pasaban por ahí para obtener el dato que buscaba: la ubicación de la casa de Mamá Betty. Me sorprendió la facilidad con la que pude encontrarla, a una cuadra y media de la plaza, aunque luego me di cuenta de algo evidente: Carhuaz es un pueblo pequeño y Beatriz —como lo supe después— es una de las personas más conocidas en la comunidad.

Habiendo conseguido la referencia de su domicilio, finalmente, había llegado el momento de conocer a esa mujer. Llegué y toqué la puerta. Esperé un par de minutos y volví a tocar. De pronto, la puerta se abrió lentamente. Estaba frente a ella: una mujer pequeña con una voz aguda y muy bajita. Ahí estaba Beatriz Flores Soplín, “Mamá Betty”. Me presenté y ella me saludó con seriedad, pero con mucha amabilidad. Me invitó a pasar. Le conté sobre mi proyecto y mi interés en conocerla, en saber lo que hacía. Yo tenía tantas preguntas que hacerle, tantas cosas que había estado pensando desde que decidí buscarla; sin embargo, en ese momento, mis preguntas pasaron a un segundo plano frente a todo lo que ella tenía por contar. Ese primer encuentro me generó aún mayor curiosidad y me permitió ajustar la guía de entrevista inicial, que luego se transformaría en una serie de conversaciones esporádicas que hemos mantenido hasta este año. A lo largo de todo este tiempo, Beatriz me ha ido contando su historia, llena de experiencias y anécdotas, información tan valiosa que considero importante compartir.

Si bien hay mujeres que han marcado un hito por los cambios generados a nivel académico y político en la primera mitad del siglo XX, ¿cuál sería la incidencia de una mujer, una obstetriz hasta ahora anónima o inexistente para la historiografía, que se desarrolla y desenvuelve en un contexto en el

que, en cierta medida, está relegada dentro de las jerarquías del sistema de salud? Adelantada a su época, Beatriz, a lo largo de su ejercicio como obstetrix, intentó integrar aspectos de la diversidad cultural de la zona a su propia práctica para ayudar a las mujeres, eso que ahora podría llamarse *interculturalidad*. Si bien fue formada en la medicina occidental, su vocación de servicio le permitió incorporar en el ejercicio de sus funciones dichos aspectos culturales, los cuales no solo no eran válidos para otros profesionales de la salud, sino, incluso, perjudiciales. En Carhuaz, se quedaría hasta el día de hoy ayudando y acompañando a parir a varias generaciones de mujeres.

Beatriz siempre tuvo claridad respecto de lo que quería hacer y la certeza de que nada la detendría de realizar lo que más le apasiona. Han pasado más de seis décadas desde que esta obstetrix<sup>8</sup> de 89 años empezó su labor de ayudar a otras mujeres a parir. Esta es la historia de Beatriz Flores Soplín, una mujer que es parte fundamental de la historia de Carhuaz y cuya vida es importante por su vocación, por su dedicación y por su fuerza. Su vida profesional es un referente necesario para comprender las tensiones, las limitaciones y los procesos del desarrollo de la obstetricia en el Perú. Finalmente, su historia nos acerca a los cambios que se han producido en el ámbito de la educación médica en el Perú, a los supuestos en los que se basaron las políticas de salud implementadas, y a las brechas entre la perspectiva de quienes estuvieron a cargo de plantear las políticas públicas y la realidad nacional. Para finalizar esta introducción, es importante mencionar que algunas de las ideas expresadas en el presente documento son parte de mis reflexiones elaboradas a partir del documental *Cuando parí* (Robledo, 2016).

---

<sup>8</sup> Si bien la nominación oficial hoy en día es *obstetra* de acuerdo con la Resolución Ministerial 256-2015/MINSA (*El Peruano*, 2015: 551459), a lo largo del presente texto, utilizaré el término *obstetrix*, porque de esa manera se autodenomina Beatriz.

## EL DESPERTAR DE LA VOCACIÓN

*Yo voy a estudiar para ayudar a nacer a los bebés.*

Beatriz Flores Soplín<sup>9</sup> nació en la ciudad de Iquitos (Loreto) —jirón Sargento Lores— el 4 de abril de 1930. Su infancia y su adolescencia se desarrollaron en el contexto de la crisis internacional<sup>10</sup> producida entre los años de 1929 y 1932, la cual afectó fuertemente a la economía del Perú, y estuvo marcado por las consecuencias de un agresivo proceso de explotación del caucho:<sup>11</sup>

Uno de los fenómenos económicos nacionales e internacionales que más influyó en la determinación de la actual estructura sociocultural de la selva con su estratificación étnica y clásica y su constelación de relaciones intermediarias y asimétricas, debe buscarse en el “boom” económico que se produjo a raíz de la demanda mundial de caucho. A pesar del corto período de duración de este fenómeno económico, su influencia en el orden etnológico, social y biológico, fue fundamental. (Varese, 1971: 165, citado por San Román, 2004: 133)

Luego del *boom*, se produjo una época de gran pobreza. A partir de 1911, empezó a caer violentamente la explotación del caucho en la Amazonía:

Al igual que las grandes inundaciones que periódicamente cubren la región, la explotación del caucho invadió, en forma de avalancha, gran parte de la selva, y dejó, al retirarse, árboles rotos o heridos, hombres sin comida, muerte y desolación. Era la triste consecuencia de una

<sup>9</sup> Véase el Anexo 1: Partida de nacimiento de Beatriz Flores Soplín.

<sup>10</sup> La Gran Depresión de 1929 significó un gran decrecimiento de la economía de exportación del Perú de productos agroindustriales (azúcar, algodón, lana), sobre todo por la norteamericanización de la economía que se había dado en el gobierno de Leguía (Cueto, 2015). Sin embargo, significó también el aumento en las exportaciones de cobre y petróleo, de modo que los sectores principalmente controlados por el capital extranjero fueron los más dinámicos en la economía peruana (Bustíos, 2003: 407).

<sup>11</sup> De acuerdo con San Román (2004: 134), en la época de explotación del caucho (1880–1914), la selva empezó a depender del capitalismo industrial extranjero, particularmente europeo, que creó nuevas necesidades y preocupaciones en la vida del poblador; se produjo una fuerte corriente inmigratoria con hombres de la selva alta, de la costa, de Europa, de Brasil, etcétera, que invadieron la selva baja; la frontera colonizadora bajo el poder extractivo-económico presionó el mundo de los nativos, ya sea expulsándolos o esclavizándolos; las utilidades que dejó el caucho convirtieron a la selva en apéndice extractivo de la estructura capitalista; la estructura socioeconómica, que se volvió clasista, ubicó al poblador nativo en el estrato más bajo de la escala; y se produjo una nueva penetración misionera paternalista y preocupada en lo sacramental.

fiebre de una riqueza fácil. En esos momentos, la selva amazónica presentaba los síntomas de una región que ha sufrido un cataclismo, la desolación y la ruina (San Román, 2004: 177-178).

La depresión en la economía y en la sociedad como consecuencia de la caída de la explotación del caucho, así como la crisis política que se evidenciaba en las sublevaciones producidas, reflejaron que la Amazonía no era parte de la vida nacional. Posteriormente, la economía de la selva continuó siendo extractiva, pero diversificada, y se crearon nuevas formas de explotación de los indígenas, aunque, para quienes pudieron alejarse, también significó la recuperación de su libertad e independencia (San Román, 2004: 182-184).

Beatriz creció en ese contexto: en medio de una gran depresión económica y bajo los rezagos de una crisis social que mostró terribles niveles de violencia y de horror. Su infancia, sin embargo, transcurrió de manera tranquila, como la de cualquier niña de clase media baja en la ciudad de Iquitos. Su padre era carpintero de oficio y su madre, costurera. Beatriz tuvo una crianza bastante rígida, que valora mucho. Considera que, en algún sentido, esta sería la base que la formó tanto a ella como a sus hermanas, para los pasos que daría luego: “Nosotras éramos muy disciplinadas, muy obedientes. Jugábamos, sí, pero a la hora del estudio a estudiar; a la hora de comer a comer; a la hora de dormir a dormir”, recuerda Beatriz. Ella pasaba el tiempo como muchas niñas: estudiando y jugando, hasta que un día descubriría la que sería su pasión.

Cuando Beatriz tenía 11 años aproximadamente, la esposa de su hermano mayor, quien estaba en el último mes de embarazo, empezó a sentir fuertes dolores: empezaba el trabajo de parto. Recuerda que, en su casa, observaba cómo su hermano “entraba y salía. Llamaba a las comadronas. Yo veía que le ponían vapores de hierbas a mi cuñada para que nazca el bebe”. De repente, la comadrona dijo: “Hay que llevarle al hospital”: el parto se había complicado. Su hermano le dio una bolsa de pañales y le dijo: “Betty, vamos contigo. Sube al carro”. Subió con su hermano y su cuñada, y salieron al hospital.

En el trayecto, su cuñada “ya estaba agotada”, recuerda Beatriz. La incertidumbre y angustia la habían atrapado: no sabía qué le iban a hacer. La ingresaron a la sala de parto y Beatriz la siguió. Entró y se quedó parada con la bolsa de pañales detrás de unos biombos. De repente, vio que a su cuñada le ponían algo en la cara y ya no gritaba. Después, “el médico le metía unos aparatos como cuchara que ahora yo sé que era el fórceps. Y rápidamente nació el bebe”, recuerda Beatriz. Entonces, la enfermera le preguntó por los pañales. En ese instante, Beatriz salió de detrás de los biombos y le entregó la bolsa. “¿Y tú qué haces acá?”, le preguntaron e, inmediatamente, la botaron. Beatriz recuerda cómo se quedó mirando asustada y pensó: “¿Cómo puede nacer un bebe por ahí?”. Luego, le preguntó a su hermano: “Oye Pablo, ¿así nacen los bebes?”. Su hermano, muy molesto, le respondió: “¿Cómo sabes tú?”. Beatriz le respondió: “¡Sí, he estado ahí mirando!”. “¡Qué barbaridad! Esto nomás ya faltaba”,<sup>12</sup>

<sup>12</sup> La reacción del hermano de Beatriz al descubrir que ella había estado observando el parto revela que el ejercicio de la sexualidad de una mujer y, en este caso en particular, el nacimiento constituyen temas tabú. El parto, pese a ser un proceso natural, es ocultado por las personas adultas a los niños y niñas; así, se crea un misterio impregnado de negatividad, temor y, probablemente, rechazo. Otros casos cotidianos, considerados tabú en nuestra sociedad son el de la menarquía, la menstruación y la menopausia.

renegaba su hermano en el camino de regreso su hermano, mientras Beatriz solo se repetía que estudiaría para hacer exactamente lo que había visto hacer al médico. Ese momento sería crucial para su vida: había despertado su vocación.

Ese evento tan extraordinario y revelador para Beatriz, que marcó en varios sentidos su vida, no se repetiría durante los años siguientes en la secundaria. Sin embargo, recuerda que toda esa etapa mantuvo la idea de ayudar a las mujeres a parir. Entró en el colegio de monjas allá por la década de 1940, el único colegio de secundaria que tenía Iquitos, el Sagrado Corazón de Jesús de las madres franciscanas. Ahí, las monjas prohibían hablar de embarazos, de partos o de sexualidad en general. Beatriz recuerda que, en las clases, las profesoras no trataban ninguno de esos temas, ni siquiera en los cursos en los que claramente podían hacerlo: “En Fisiología, por ejemplo, obviaban el tema del aparato reproductor”. A las monjas Beatriz les contaba lo que quería hacer y ellas la reprendían: “¿Cómo vas a ir a estudiar ahí con hombres, con muertos! Vas a ver muertos calatos”. La asustaban y la hacían callar, pero Beatriz pensaba: “Tendré que estudiar porque hay obstetricas; hay médicos”. Beatriz tenía una sola idea en mente: “Terminaba mi quinto de media y me iba a Lima. Ahí se estudia”.

## EL INICIO DEL VIAJE HACIA LA OBSTETRICIA

*Mi mamá me acompañaba. Mi mamá fue una mujer muy buena.  
Por ella llegué a ser obstetrix. En ningún momento, me dijo:  
“¡No, no seas que es peligroso, no te metas!”. No, nunca. Ella me ayudó.  
Mi madre fue una mujer fuerte, como todas las loretanas.*

Al terminar secundaria, Beatriz recuerda que su madre solicitó todos los documentos en el colegio. Su madre, quien vivía en Lima porque siete de sus hermanos estudiaban ahí, había vuelto a Iquitos por Beatriz y por dos de sus hermanas. “A Lima se ha dicho, a estudiar, a estudiar”, les dijo. Ya en la capital, cuando le preguntaron a Beatriz qué quería estudiar, ella dijo: “Yo quiero aprender a hacer nacer a los niños”. Y supo que eso que había querido estudiar desde los 11 años se llamaba *Obstetricia*. Tal especialidad se estudiaba en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), la única Facultad de Medicina que existía en esa época en el Perú.

Era 1948; el contexto universitario era objeto de cuestionamientos y de intentos de cambio. Ya se estaba implementando la Reforma Universitaria de 1945, que decretó el ingreso libre de los postulantes a la Facultad de Medicina. Esto amplió notoriamente la población universitaria: se recibieron mil estudiantes cada año entre 1946 y 1948, es decir, diez veces más del número que hasta ese momento se había admitido. Sin embargo, un año después, en 1949, la Ley Universitaria sería abolida y, con ello, el proceso de admisión de la Facultad de Medicina volvió al nivel exigencia anterior (Guerra-García, 2012).

Antes de 1933, de acuerdo con Bustíos (2004), ya se había iniciado un incremento en la cantidad de estudiantes de la Facultad de Medicina. Sin embargo, en la segunda mitad de la década del 40, la situación empezaba a preocupar a distintas autoridades tanto del Estado como del ámbito médico. Se debatía públicamente sobre la limitada capacidad que tenía esa facultad para recibir la cantidad de estudiantes solicitantes y, sobre todo, para cubrir la demanda de médicos en el país. Se empezó a discutir sobre la posibilidad de invertir mayor presupuesto para ampliar sus servicios, por un lado, y sobre la creación de más facultades de Medicina en Arequipa, Trujillo, Cusco y en Puno. Preocupaba a autoridades, como al médico Alberto Hurtado, quien sería años más tarde decano de la facultad, que el incremento de estudiantes no fuera a la par del crecimiento de las instalaciones y de los recursos académicos, de modo que los y las estudiantes no estuvieran recibiendo una

adecuada preparación.<sup>13</sup> Sin embargo, había entre las autoridades otras preocupaciones, como lo plantearía el médico Hugo Pesce, tres años antes que el médico Hurtado:

Los médicos que produce la Facultad de Medicina, totalmente desconectada de la sanidad nacional, pueden ser de muy alta calidad para el mercado de la clientela privada o para el ejercicio urbano de la profesión. No están preparados, en general, para afrontar las responsabilidades de la medicina de masas en ambiente rural [...] Lo que hoy podemos llamar Escuela Superior de Ciencias Médicas ha dejado, desde varios decenios, de ser literalmente una Facultad. No solo no mantiene relaciones sustantivas con las demás Facultades... sino que se ha tecnificado por su cuenta y con rumbos propios. Lo único que le falta es independizarse 'de jure' para poder tomar posición frente a los problemas colectivos de la Sanidad, auscultándolos debidamente a través del respectivo Ministerio. No es por casualidad que las Escuelas Superiores de carácter técnico (Ingeniería, Agronomía, Ciencias Militares, etc.) hayan nacido fuera de la Universidad en estrecha relación con las ramas técnicas de los respectivos Ministerios. Estas Escuelas en efecto producen profesionales del tipo que la realidad nacional requiere. (Pesce, 1973: 114-119, citado por Bustíos, 2003: 134)

Esta crítica, que resulta en muchos sentidos vigente, revela la crisis universitaria y de la educación médica de esa época: el centralismo; la desidia o ignorancia frente a la realidad nacional, que mostraba claramente la incapacidad de incorporar a la población rural como objetivo de atención cuando era la población mayoritaria en el Perú en ese entonces; y la falta de compromiso con la sanidad nacional.

En medio de este convulso contexto, Beatriz empezó a gestionar con su madre el inicio de su vida universitaria. La familia de Beatriz no contaba con los recursos económicos necesarios para solventar los gastos que implicaban la educación y la vida en la ciudad de Lima; sin embargo, su madre ya conocía de ciertos mecanismos para lograrlo. En esa época, una de las hermanas de Beatriz estaba estudiando Pedagogía en la UNMSM. El Instituto Wenceslao Molina, con sede en Miraflores, otorgaba becas a los alumnos de provincia que tenían muy buenas notas. Su hermana, quien terminaba de estudiar ese año, la ayudó presentándola a la directiva. Ahí, vieron que sus notas del colegio eran buenas<sup>14</sup> y pudo acceder a la beca. Y a los 17 años ya estaba en la universidad. Fue a la Facultad de Medicina, a la Escuela de Obstetricia. Antes de empezar sus estudios, Beatriz sabía que estaba en la obligación de tener un buen rendimiento. Parte del compromiso con el instituto que la becaba era que debía llevar sus notas para justificar un rendimiento adecuado y, con ello, mantener la ayuda. Al finalizar cada año, Beatriz debía presentar sus notas a la señora Elvira García y García, quien en ese momento participaba del cuerpo directivo del instituto y quien cumplía la función de asesora. Con la ayuda de ese instituto, terminó de estudiar.

A pesar de las opiniones de algunas autoridades de la Facultad de Medicina respecto de la calidad de la educación, Beatriz considera que su formación fue muy buena. El nivel era muy exigente: era

<sup>13</sup> A esta situación se sumaba el hecho de que, en 1940, había 100 hospitales en todo el Perú, la mayor parte de los cuales estaba en manos de las beneficencias, que contaban con un aproximado de 7000 camas (Bustíos, 2003: 133).

<sup>14</sup> Véase Anexo 2: certificado de notas de 5° de secundaria de Beatriz Flores Soplín.

igual para todos y todas las estudiantes. No había, aparentemente, distinción entre hombres y mujeres, por lo menos no en los conocimientos que debían adquirir: “Todito como estudian los muchachos, igualito”, recuerda Beatriz. Si bien ella se sentía cómoda en ese espacio y estaba segura de lo que quería hacer, sus años de estudio no fueron fáciles. Además del esfuerzo económico que implicó para su familia y del esfuerzo en varios sentidos que significó especialmente para su madre, en esos años de formación, debió aprender a construir su propio espacio dentro de su especialidad, del mundo de la medicina y, posteriormente, del sistema de salud.

En 1948, empezaba el primer año de estudios de Medicina. Beatriz daba inicio a su formación entre la teoría y la práctica. Los cursos que correspondían al primer año eran Anatomía y Fisiología Obstétrica, Higiene de la Mujer y Dietética, Enfermería, e Introducción al Estudio de Obstetricia. Una de las materias que la marcó es Teoría sobre Anatomía, a cargo de un médico. Beatriz recuerda con particular cariño el libro *Introducción a la anatomía humana* de Jean Léo Testut, publicado originalmente en 1887, texto del que aprendió mucho.

Por otra parte, la práctica de medicina se adquiría en la morgue, en sesiones a cargo de un interno de medicina. En estas, se estudiaban los músculos, los nervios, los órganos, los huesos, etcétera, en cadáveres. Les enseñaban a picar el cráneo, la pelvis, y, en general, los demás huesos en cuerpos de personas muertas que tenían disecados. Sin embargo, no era suficiente: los y las estudiantes debían comprar, además, más piezas para practicar. Estas prácticas requerían que también se experimentara con cadáveres no disecados. Recuerda que, en la morgue, había muchos cuerpos flotando en fosas de formol, muertos que aparentemente no tenían familiares o que nadie había reclamado. Entre los cadáveres, se encontraban también mujeres embarazadas. La primera vez que estuvo ahí, Beatriz se impresionó fuertemente con la escena, pero pensó: “Bueno, así se estudiará, pues”. Además, luego de haber visto de niña aquella escena que había guardado en sus ojos y grabado en su memoria cuando le introdujeron “esas cucharas” a su cuñada para sacar al bebé, sentía que no tenía sentido asustarse en ese momento por ver a un cadáver.



Carné de estudiante de la UNMSM de Beatriz Flores Soplin

## LA MATERNIDAD DE LIMA: LA PRÁCTICA Y EL APRENDIZAJE<sup>15</sup>

*Me metí a la Maternidad a mirar, me puse mi mandil y entré.*

*A las matronas les faltaban manos para atender.*

Ese año, 1948, traería experiencias inesperadas y mucho aprendizaje para Beatriz. Los cursos que llevaba en la universidad le parecían cada vez más interesantes. Tenía la sensación de que, conforme pasaba el tiempo, estaba más cerca del objetivo que se había trazado cuando era aún una niña. Beatriz aprovechaba cada instante en las aulas. Todo conocimiento que viniera de los médicos que dictaban las clases, así como de sus compañeras y compañeros de curso, era tomado como una oportunidad para seguir aprendiendo.

Sin embargo, contrariamente a sus expectativas, el año del inicio de su formación sería accidentado. El 3 de octubre de 1948, un grupo de miembros de la Marina de Guerra, que eran básicamente subalternos, y un grupo de militantes del APRA que se encontraban armados se sublevaron en el Callao y asaltaron el Cuartel del Batallón de Infantería 39, el Real Felipe y la comisaría. No hay datos exactos de número de muertos, pero se calcula extraoficialmente que pudieron ser más de 300. En consecuencia, el presidente constitucional de ese entonces, José Luis Bustamante y Rivero, declaró al partido aprista fuera de la ley por ser “causantes e instigadores de la sublevación”; el rector de la UNMSM, Luis Alberto Sánchez, salió al exilio; y el médico Sergio Bernalés García, quien era el decano de la Facultad de Medicina y vicerrector de la universidad, asumió el cargo de rector. Inmediatamente, Honorio Delgado y Alberto Hurtado, Ministros de Educación y de Salud Pública, respectivamente, pidieron la subrogación de Bernalés de su cargo como docente (Bustíos, 2003: 138-139).

Beatriz recuerda que estaba en la biblioteca de la universidad observando la situación. El médico Bernalés les dijo a los estudiantes que muchos de ellos se habían equivocado de carrera y, tal como recuerda Beatriz, que “en Lima hacía falta servidumbre”. Estas afirmaciones, de manera justificada,

---

<sup>15</sup> Luego de dos años de gestación, en medio de una coyuntura política complicada de lucha por los poderes del Estado, y en pleno proceso de emancipación del Perú e inicios de la República, Hipólito Unanue, el 10 de octubre de 1826, promulgó, mediante un decreto firmado por el general Andrés de Santa Cruz, presidente del Consejo de Gobierno, la fundación de la Casa de Maternidad —Maternidad de Lima, hoy llamada *Instituto Nacional Materno Perinatal* (INMP)— y su colegio anexo. Además, establecía la contratación de la partera francesa, graduada en la Universidad de París en Teoría y Práctica de Partos, Benita Paulina Caddeau de Fessel, como directora de la Casa de Maternidad de Lima, y de la Clínica y la Escuela de Parteras (Quiroz, 2012).

exacerbaron los ánimos y se produjo una serie de enfrentamientos que pasaron de la agresión verbal a la agresión física hacia el médico Bernales. Beatriz recuerda que lo insultaron, le tiraron tomates, huevos, entre otros objetos. Sin embargo, la razón, según cree Beatriz, era que el médico Bernales tenía otras ideas respecto de la formación en la facultad y del nivel que debían alcanzar los estudiantes.

Además del contexto político turbulento que se estaba viviendo en ese momento, el poder de los estudiantes fue creciendo y, con ello, la posibilidad de tachar a muchos docentes por los motivos que este grupo considerara válidos, uno de los cuales era que algunos docentes eran muy exigentes. El problema era que la rigurosidad del médico Bernales afectaba el avance de una gran cantidad de estudiantes. “Era muy estricto”, dice Beatriz. “Desaprobaba sin miramientos a quienes no estaban preparados”. Ella recuerda con una sonrisa ese episodio: “Nosotras pegadas ahí en el balcón, escuchábamos los insultos, las ofensas y, luego, la réplica del médico”. El médico Bernales, “con la frente en alto”, les dijo: “Les espero en el Hospital Dos de Mayo, en la práctica. Ahora no me importa salir de rector, pero les espero en el Hospital Dos de Mayo”. Para Beatriz, eso no constituía una amenaza. Eso era lo que él consideraba correcto: no aprobar a quienes no estuvieran preparados.

De esta manera, luego del enfrentamiento y de los reclamos de los estudiantes, el Consejo de la Facultad aprobó la moción de censura al médico Bernales y fue retirado del cargo de rector. En respuesta, los docentes afectados directamente acordaron suspender sus labores. Habiendo logrado que los docentes interrumpieran las clases, finalmente, luego de una asamblea estudiantil,<sup>16</sup> el 25 de octubre, el estudiantado tomó las instalaciones de la universidad y decidieron cerrarla. Dos días después —cuando el general Manuel Odría iniciaba en Arequipa el golpe de Estado con el que derrocaría a Bustamante y Rivero (período conocido como el *Ochenio*)—, los estudiantes fueron desalojados violentamente por la policía y muchos de ellos fueron apresados. El Gobierno dictatorial tomó el control de la universidad, lo que produjo una grave crisis institucional. Estos sucesos marcaron fuertemente la historia de la Facultad de Medicina. Los avances que se habían logrado en el desarrollo académico y científico en las primeras décadas del siglo XX se detuvieron debido a la crisis, la cual sería muy difícil de superar: “[se] generó una insalvable fractura política y simbólica en el colectivo Sanfernandino [...] que hacía inviable cualquier esfuerzo de desarrollo institucional a futuro” (Murillo y Franco, 2008).

<sup>16</sup> Estos eventos en la universidad se remontan a la Reforma Universitaria de 1918 originada en la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Este movimiento propició el activismo estudiantil a partir de distintas vertientes ideológicas autodenominadas *reformistas* y se basó en principios como la autonomía universitaria, el cogobierno, la extensión universitaria, la periodicidad de las cátedras y los concursos de oposición. Luego, se extendió por varias universidades de ese país y, luego, a toda América Latina. Llegó al Perú en 1919, donde se manifestó en la Facultad de Derecho, a través de una huelga que se resolvió con la entrada al Gobierno de Augusto Leguía, quien tacharía a algunos catedráticos y daría lugar a la representación estudiantil en el Consejo de la Facultad. De esta manera, la UNMSM lograría el primer intento de formar el cogobierno. En 1945, José Luis Bustamante y Rivero asumió la presidencia del Perú y realizó el II Congreso Nacional de Estudiantes, en el que se acordó el cogobierno estudiantil y que la representación fuese directa, no mediante la elección de un profesional titulado. Al año siguiente, con la participación de Luis Alberto Sánchez, se promulgó una ley mediante la cual se aceptó el cogobierno y se implementó en la UNMSM la que sería la primera etapa del cogobierno que correspondería al tercio estudiantil (1946-1948), una etapa que afectó a los catedráticos de la Facultad de Medicina, quienes representaban a los sectores más conservadores de los docentes en la UNMSM (Zárate et al., 2017: 27-28). En este contexto, es importante resaltar la relevancia que adquiriría la universidad y los movimientos estudiantiles, como agentes con poder, capacidad de acción e injerencia en el ámbito político. Es interesante observar cómo en situaciones de conflicto o crisis del Estado, muchas veces, el debate no parece lograr trascender el nivel de pugna entre sectores políticos o partidarios para resolver crisis como la del servicio de salud.

En este contexto, se desarrolló una huelga, a la que se plegó incluso el personal que practicaba en la Maternidad de Lima. Para ese momento, Beatriz recuerda que, a pesar de que solo tenía los cursos de primer año, decidió ingresar en la Maternidad en plena huelga. Se armó de valor y, con muchas ganas, entró a apoyar en lo que pudiera al personal, que no contaba con la capacidad para atender a la cantidad de parturientas, porque la mayoría de estudiantes de Obstetricia había acatado la huelga también. Muy pocas decidieron quedarse para ayudar. Las labores que les eran asignadas a las estudiantes eran básicamente elaborar historias, preparar a las parturientas de acuerdo con el protocolo establecido —por ejemplo, rasurarlas—, llevarlas a la sala de parto, etcétera. En esa etapa, las practicantes aún no asumían tareas relacionadas con su formación. Las matronas no solían recurrir a las estudiantes para que cumplieran otro tipo de funciones, que probablemente hubieran podido asumir perfectamente por la preparación que habían tenido. El proceso de aprendizaje en condiciones normales era de esa manera: una combinación entre atención preparatoria a las parturientas y tareas administrativas. La curiosidad, eficiencia y agilidad de Beatriz le permitieron aprender rápidamente; sin embargo, ella esperaba más.

La huelga continuaba y resultaba imposible para las matronas cubrir la demanda. Los días pasaban y no se llegaba a ningún acuerdo. Un día Beatriz se puso los guantes. Una matrona pasó a su lado y le dijo: “Hijita, vas a cuidar. Me vas a avisar cuando llegan [las parturientas]”. Beatriz, ante las circunstancias, había adquirido una nueva función. Sabía que debía estar atenta para pasarle la voz a la matrona; sin embargo, dado que esta se quedaba dormida por el cansancio, Beatriz empezó a actuar, a poner en práctica lo que estaba aprendiendo en la universidad. Así, apenas llegaba una mujer en período expulsivo, la atendía rápidamente. La matrona, contrariamente a increparla o amonestarla, reconocía su trabajo. Beatriz fue convenciendo a la matrona de su capacidad, consiguió su confianza y logró que le diera entrada libre para ayudar a atender los partos. Beatriz empezaba a ganarse también la confianza del personal del hospital. Las matronas le decían: “Ven para acá, Betty, ven para acá. Chiquita, chiquita, ven para acá. Oye, tú vas a atender”.

Beatriz pasaba gran parte del día y de la noche en la Maternidad, apoyando al personal del hospital en la atención de partos. Un día, una de las matronas le dijo: “Mira, te voy a dar mi tarjeta del comedor. Anda come, yo me voy a ir al cafetín, porque no me gusta esa comida del comedor”. Teniendo en cuenta que su situación económica era precaria, ese regalo la sorprendió gratamente y lo recibió con mucho agradecimiento: “Así podía comer sin gastar”, recuerda. Beatriz le dijo a su madre: “Mamá, como hay huelga, yo estoy ahí practicando y me dan de comer. Tarde también voy a venir”. Su mamá estuvo de acuerdo y aceptó que pasara gran parte del día en el hospital: “Ahí aprende, pues. Viendo también se aprende, no solamente leyendo”. Ese fue el consejo de su madre, cuyo aprendizaje de la vida era fruto de la experiencia.

Paradójicamente, la huelga estudiantil, a pesar de la crisis que supuso, se convirtió en una oportunidad para que Beatriz pudiera realizar sus prácticas de manera intensiva. Esta situación no estaba prevista por el sistema de salud, de modo que no había un protocolo claramente establecido. Beatriz, de manera espontánea, decidió aplicar lo que había aprendido. Todo el proceso fue acelerado o adelantado por la coyuntura. No cabe duda de que las prácticas y el aprendizaje iban a ser

desarrollados indefectiblemente, pero probablemente ello se hubiera dado en un lapso más amplio. Difícilmente, Beatriz hubiera podido participar durante esta etapa de sus estudios directamente en un parto si no se hubiera producido la huelga.

Ese giro inesperado en las funciones que empezó a asumir Beatriz llama a la reflexión, por un lado, por el hecho de que, en circunstancias de emergencia o de crisis, el control sobre los procesos se altere y las prioridades cambien también, como sucedió en este caso, sin que el Estado haya previsto mecanismos para afrontar la situación. Por otro lado, este contexto lleva a analizar cómo se han concebido y qué sentido tienen la formación y, en particular, las prácticas en las diversas especialidades de las escuelas de medicina.<sup>17</sup>

Pasaron los meses y, con ello, Beatriz ganó experiencia y aprendizaje. Finalmente, la huelga terminó, se reiniciaron las clases y Beatriz continuó practicando en la Maternidad, en aquellas instalaciones que Beatriz recuerda como “antiguas, amplias y limpias”. Era el lugar donde quería estar: siempre había mujeres esperando para ser atendidas.

De acuerdo con su experiencia en la Maternidad, el parto podía ser atendido de dos maneras dependiendo de cómo se presentase: eutócico o vaginal, o cesárea. En el primer caso, cuando las mujeres estaban en período expulsivo y no presentaban ninguna complicación, la encargada de atender el parto era la matrona. Ella actuaba con ayuda de las practicantes, mientras que los estudiantes de Medicina, quienes también estaban presentes, únicamente observaban el procedimiento. De acuerdo con el protocolo, se empleaban dos medidas: la aplicación de suero y la inducción del parto con ayuda de ampollas de oxitocina. Beatriz no recuerda, sin embargo, que se aplicara la segunda medida con regularidad, debido a la condición en la que se presentaban las parturientas en la Maternidad: “llegaban ya con el niño afuera o algunas daban a luz hasta en la puerta, otras subiendo a la camilla”.

En esa época, había una alta tasa de mortalidad materna. La causa principal era la hemorragia,<sup>18</sup> pero también sucedía que las mujeres llegaban muy graves al hospital por diversos motivos. Beatriz considera que esto se debía a que en esa época no estaba tan difundida la necesidad del control prenatal;

<sup>17</sup> Las prácticas exigen que las y los estudiantes, en el momento que les corresponda de acuerdo con lo que se ha establecido en su especialidad, participen de la atención a las y los pacientes. Consiste básicamente en observar acompañados por una o un médico como parte de su aprendizaje. Sin embargo, muchas veces, también su participación pasa por revisar —lo que, muchas veces, implica auscultar o tocar al paciente como parte de la revisión indicada por la o el médico. Si bien las prácticas constituyen una forma de aprendizaje valiosa, resulta cuestionable cómo se ha implementado y se implementa. La o el paciente, quien claramente se encuentra en una situación vulnerable, es expuesta o expuesto, muchas veces, a tratos poco amables y poco empáticos, y a prácticas de auscultación sin previa consulta. Los y las practicantes no requieren de una autorización formal por parte de la o el paciente para que puedan observar o auscultar; solo requieren del pedido de la o el médico. Por lo tanto, quienes sostienen estas situaciones que invisibilizan a las y los pacientes son las y los médicos, situaciones que pasan, muchas veces, por obviar el saludo, por no dirigirse directamente a las personas que están atendiendo salvo si requieren que proporcionen alguna información, y por no anticiparles o explicarles lo que va a suceder en ese momento. Además de la situación incómoda o violenta a la que se expone a la persona que requiere atención, estos tratos y prácticas deberían ser cuestionados porque, al ser validados como parte de la formación, terminarán siendo parte del aprendizaje que adquirirán las y los practicantes como parte de su desarrollo profesional.

<sup>18</sup> Las causas médicas de las muertes maternas se han clasificado en causas obstétricas directas: hemorragia, infección, toxemia, parto obstruido y aborto inducido —que presenta mayor subregistro y posiblemente está más expuesto a sufrir complicaciones—, e indirectas: enfermedades que se agravan con el embarazo y la falta de atención especializada (Minsa, 2003: 4).

por ello, no era posible prever atención especial para la parturienta en caso de que la requiriera por alguna condición que presentaba ella o el feto. En esos casos, la mayoría de veces, la atención médica que recibía una parturienta ya no era efectiva. Del mismo modo, Beatriz recuerda haber presenciado muchos casos de nacimientos de bebés prematuros. Muchos no progresaban y los bebés morían. En el segundo tipo de parto, cuando este se complicaba y la parturienta debía ser sometida a una cesárea, se hacía cargo de la intervención quirúrgica un médico cirujano sin la presencia de obstetras.

Por otra parte, Beatriz recuerda que, luego del parto, el personal se llevaba al recién nacido a otra habitación hasta el día siguiente. Es decir, este era separado de su madre para ser cuidado y atendido en una sala especial para los neonatos. Esta situación le generaba un conflicto a Beatriz, porque ella creía que era necesario que este estuviera con su madre y que debía ser alimentado por ella inmediatamente después del nacimiento. Sin embargo, el protocolo de la Maternidad indicaba que había que separarlos; en consecuencia, las y los recién nacidos eran alimentados con suero, alejados de su madre. En esa época, no se cuestionaba, desde la perspectiva de la medicalización del parto, tal separación. La noción de apego y la importancia de la lactancia son temas que están más difundidos e incorporados hoy en día en las políticas públicas,<sup>19</sup> por lo menos en la reglamentación.

Sin embargo, esa práctica cotidiana de separación dejó de realizarse. La razón no estuvo en una toma de conciencia sobre el bienestar del recién nacido y de la madre que, como se ha indicado, son ideas recientemente adoptadas. Beatriz cree que esto cambió porque empezaron a aparecer denuncias que indicaban que la separación era aprovechada por algunas personas para que se produjera, sin mayor sospecha y, aparentemente, con mucha facilidad, el intercambio de bebés. Beatriz sabe de varios casos en los que se dio esta situación: “Hacían aparecer fetos muertos y el vivo se lo entregaban [a otra mujer]”, señala Beatriz. Según ella, era una especie de comercio ilegal, delictivo o criminal, posible gracias a la participación y confabulación de algunas matronas y enfermeras.

---

<sup>19</sup> De acuerdo con la “Guía técnica para la consejería en lactancia materna” (Minsa, 2017), “es de cumplimiento obligatorio en los establecimientos de salud bajo el ámbito de la competencia del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, de las direcciones regionales de salud, de las gerencias regionales de salud o la que haga sus veces en el ámbito regional” (Minsa, 2017: 11). Sobre la lactancia, señala que “el Ministerio de Salud en el marco de sus políticas sectoriales, promueve, protege y apoya a la lactancia materna, considerada como la primera y mejor práctica de alimentación y a la leche materna como la principal fuente de alimentación de las niñas y los niños hasta los veinticuatro (24) meses de vida” (Minsa, 2017: 7) y que “el inicio de la vida del ser humano constituye un período crítico porque a diferencia de otros mamíferos, la o el recién nacido nace totalmente dependiente y la leche humana al contener elementos esenciales, lo protege y completa su desarrollo” (Minsa, 2017: 36). Finalmente, en relación con el apego, sostiene que “las conductas de apego entre madre e hijo o hija tradicionalmente han sido consideradas como instintivas; las evidencias científicas han demostrado que la lactancia materna forma parte del sistema que asegura y prolonga la protección y la formación de vínculos, lo que impacta directamente en el adecuado desarrollo del sistema nervioso central de la o el recién nacido” (Minsa, 2017: 36).



*Beatriz (al centro de la imagen) con el personal de salud de la Maternidad de Lima  
(Sin fecha)*

## EL SEGUNDO Y TERCER AÑO DE FORMACIÓN

Llegó el segundo año de estudios, en el que se desarrollaría el curso Puericultura y Obstetricia Normal. Beatriz recuerda con emoción al médico Franco Guerra. Sentía una profunda admiración por su trabajo, por ser un buen obstetra y un gran profesor de partos. Para ese momento, ya se notaban ciertos cambios en el grupo de las estudiantes: este empezaba a reducirse. Beatriz recuerda que ingresaron con ella veintidós mujeres; sin embargo, lamentablemente, ese número fue disminuyendo cada año. Al final de la carrera, solo fueron doce quienes lograron aprobar todas las materias y graduarse como obstetricas.<sup>20</sup> Beatriz había aprendido mucho hasta ese momento. Terminó el segundo año con notas aprobatorias. Además de querer lograr buenas notas por su propia satisfacción, ella sabía que debía mantener siempre un buen rendimiento para conservar la beca que le permitía financiar los gastos de sus estudios en la universidad.

Ya en tercer año, la seguridad sobre lo que había aprendido durante los dos primeros, así como su satisfacción, fue creciendo. Ese año correspondía el desarrollo del curso Patología Obstétrica, Elementos de Farmacología y Terapéutica. En esta etapa de su formación, se observan dos situaciones particulares. Por un lado, el ingreso de las mujeres al ámbito de la educación superior y del ejercicio profesional estuvo claramente diferenciado del de los hombres, tanto por la oferta de carreras como por roles que debían asumir. Las carreras como Obstetricia y Enfermería estaban dirigidas a mujeres. Se esperaba que ellas asumieran estas profesiones, porque su naturaleza las disponía a realizar tareas de cuidado (Maldonado y Puertas, 2012). Beatriz recuerda que era imposible imaginar que hubiera hombres que cumplieran el rol y ejercieran las funciones que ejercían ella y sus compañeras. Los hombres ingresaban a Medicina y egresaban como médicos obstetras para asumir otras funciones.

Por otro lado, las obstetricas, aparentemente, habían ganado cierto poder sobre los estudiantes de Medicina: estos dependían de ellas, de sus conocimientos y de su apoyo. Si bien coincidían en algunos cursos durante el primer año, las mallas curriculares se diferenciaban conforme avanzaban. El sistema tenía previsto que las estudiantes de Obstetricia de tercer año les enseñaran en las


---

<sup>20</sup> En este punto, es interesante contrastar y comentar la diferencia entre el número de estudiantes que Beatriz recuerda que ingresaron con ella y el número oficial registrado por la UNMSM para esa época. Este dato en particular contrasta con las cifras oficiales de la cantidad tanto de ingreso como de matrícula de estudiantes a la especialidad de la UNMSM. Si bien no hemos encontrado datos sobre el año de ingreso de Beatriz —1948—, las cifras recogidas por el *Anuario estadístico del Perú* se encuentran muy por encima de las cifras señaladas por ella. Llama la atención la diferencia teniendo en cuenta que ella recuerda con mucha claridad quiénes eran sus compañeras de promoción, incluso cómo continuaron sus vidas y sus carreras.

prácticas a los alumnos de quinto año de Medicina, quienes debían atender alrededor de cincuenta partos para aprobar el curso. Beatriz recuerda cómo les rogaban a ella y a sus compañeras que los ayudaran con los partos para poder cumplir satisfactoriamente la cantidad de atenciones que se les exigía. Sin embargo, como parece evidente, no se trataría de un poder real de las obstetrices, uno que les pudiera generar algún tipo de reconocimiento y la posibilidad de crecimiento en su formación o a nivel profesional. El poder, finalmente, seguiría en manos de los médicos, en su mayoría hombres. De este modo, al graduarse, no solo serían reconocidos socialmente y tendrían un mayor estatus, sino que percibirían mejores salarios en comparación con los de las obstetrices.

Sin mayores contratiempos, finalizaba el tercer año y, con ello, Beatriz terminaba sus estudios. El cierre del proceso de formación llegaría con el examen de grado, que debía rendir delante de un jurado. El nivel de exigencia era alto; era una prueba muy difícil, que muchas estudiantes desaprobaban. Sin embargo, ella logró pasarlo con buena calificación.

No. 6


**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**  
 DIRECCION UNIVERSITARIA DE SERVICIOS ACADÉMICOS Y REGISTRO CENTRAL  
 Oficina de Registro Central  
 LIMA-PERU

**CERTIFICADO DE ESTUDIOS**

El Jefe de la Oficina de Registro Central CERTIFICA:

que don **BEATRIZ FLORES SOPLIN**

alumno de la ~~ex-~~ **Facultad de Medicina Humana (Escuela de Obstetricia)**

ha cursado las materias siguientes, habiendo obtenido en sus exámenes finales las notas que a continuación se indican:

CURSOS	NOTAS	FECHAS
<b>PRIMER AÑO 1948.-</b>		
Anatomía, y Fisiología Obstétrica.	31,9%	Aprobada 1948
Higiene de la Mujer y Dietética.	Catorce (14)	Aprobada 1948
Enfermería.	Catorce (14)	Aprobada 1948
Introducción al Estudio de la Obstetricia.	Trece (13)	Aprobada 1948
<b>SEGUNDO AÑO 1949.-</b>		
Puericultura.	Quince (15)	Aprobada 1949
Obstetricia Normal.	Dieciséis (16)	Aprobada 1949
<b>TERCER AÑO 1950.-</b>		
Patología Obstétrica.	Elementos de Farmacología y	-----
Terapéutica.	Diecisiete (17)	Aprobada 1950

Certificado de estudios de Beatriz Flores (Obstetricia, UNMSM)

## LA TITULACIÓN: EL INICIO OFICIAL DEL EJERCICIO COMO OBSTETRIZ

Beatriz recibió su título el 13 de julio de 1951 en la universidad e inmediatamente fue al Ministerio de Salud. Ahí, se le asignó un número: 1083. Mientras tanto, siguió practicando en la Maternidad hasta octubre de ese año con un médico de apellido Iglesias, quien le tenía mucha confianza: la dejaba atendiendo a las mujeres embarazadas en el consultorio mientras él estaba en otras clínicas. Le propuso que trabajara con él en su consultorio. Sin embargo, los planes de Beatriz tomarían otro rumbo.

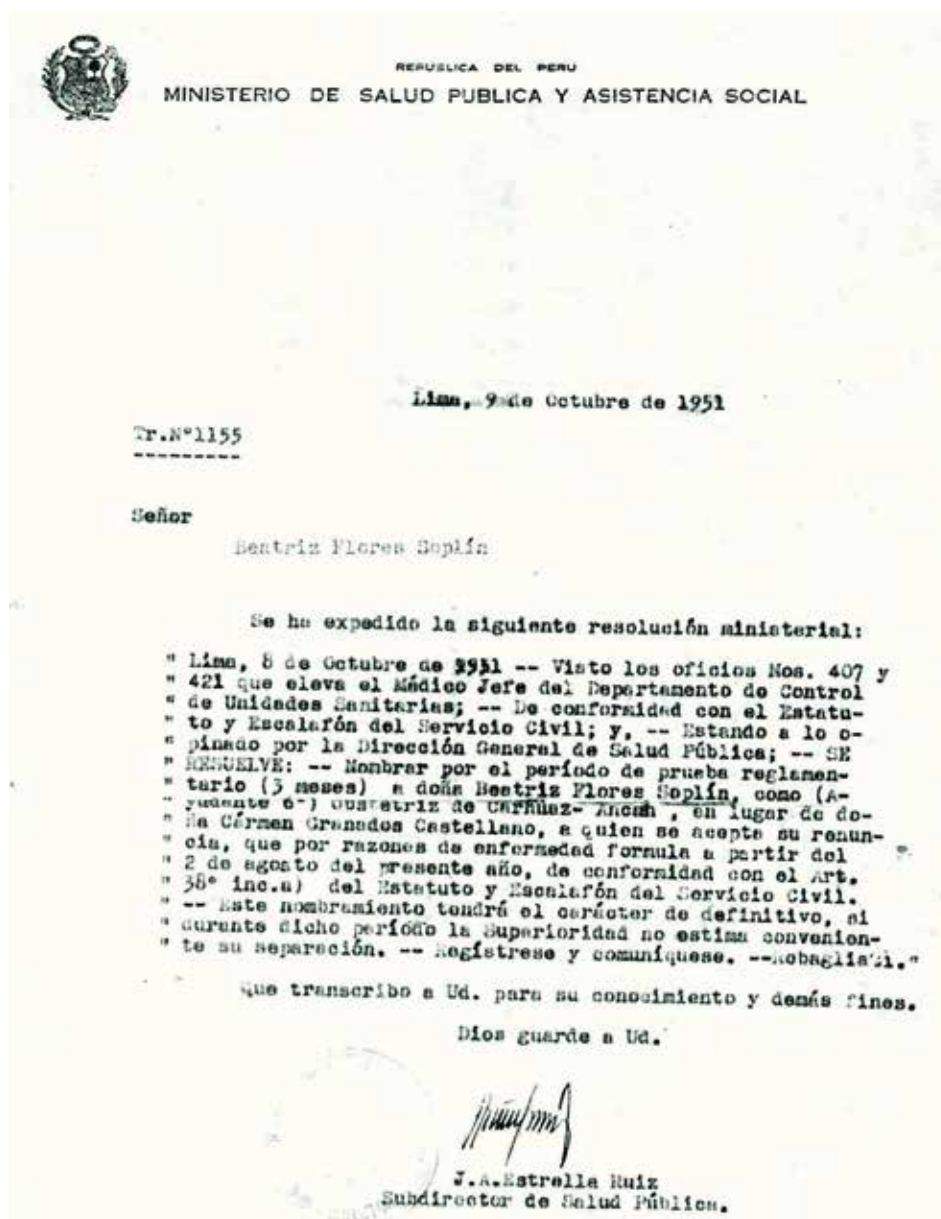
El 8 de octubre se volvió a presentar en el Ministerio de Salud. Si bien Beatriz buscaba y esperaba obtener una vacante, no consideraba a Lima como su primera opción para trabajar, porque el costo de vida para ella era alto. En una conversación que tuvo con su madre, le dijo: “Y, si quiero abrir un consultorio, no tengo ni plata. Mejor me voy a provincias, trabajo un año y regreso”. Por el nivel de competencia, no resultaba fácil lograr una vacante: Beatriz sabía que a provincia enviaban al personal mejor calificado.<sup>21</sup> El médico Iglesias, por su parte, le había dicho: “Si te vas, regresas y para ustedes no hay examen de ingreso en Medicina. Entran de frente a la Facultad de Medicina. Y te especializas en Obstetricia, pues, ginecóloga”. A Beatriz le pareció buena la idea de convertirse en cirujana y lo registró como un pendiente.

Días después, volvió con su mamá al Ministerio de Salud. Ahí, encontraron al director de Unidades Sanitarias, un médico de Áncash. A pesar de que no era su primera opción, Beatriz le preguntó si había una vacante en Lima, pero ya no había opciones de trabajo en esta ciudad. Estaba terminando de procesar esta aparente mala noticia, cuando el médico le dijo que había una plaza en Carhuaz. Además, le explicó que acceder a ese puesto implicaba concursar con siete obstetrices. Beatriz no lo pensó ni un segundo: necesitaba el trabajo, así que se inscribió inmediatamente. Recuerda que en esa época todo “era por concurso, no era como ahora por pura politiquería, nada de eso. Nos pusieron ahí el examen. Yo recién egresada, ¡lo tenía aquí todo en las manos, pues!”. El 12 de octubre le dijeron que se presentara para ver el resultado. Si bien Beatriz confiaba en su capacidad, fue a ver el resultado con cierto temor, aunque con mucha expectativa. Su vida profesional empezaba muy bien: había obtenido el mayor puntaje y, con ello, el puesto.

---

<sup>21</sup> Es muy probable que esa idea haya cambiado a través del tiempo a partir del crecimiento demográfico y de las necesidades que el Estado considera.

Beatriz había conseguido el trabajo, pero en ella y en su mamá surgió la pregunta: “¿Y dónde queda Carhuaz?”. Entonces, el médico que le había informado sobre la vacante giró hacia un mapa grande que tenía en su oficina, lo señaló y les dijo: “Aquí está Lima. Aquí está Áncash. Está en la sierra, pero ese es un paraíso. Es el mejor sitio del mundo porque tiene buen clima. Hay gente muy entusiasta, propia de la región, pero también mucha más indígena. Ahí tienes que aprender a hablar quechua”. Ellas escucharon asombradas toda esa información que llegaba de repente y que implicaría un cambio radical en la vida de Beatriz. A los 21 años, Beatriz empezaba a planear un viaje de doce horas en una camionetita para seis pasajeros rumbo al paraíso.



*Resolución ministerial expedida por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: contratación de Beatriz Flores Soplin para el cargo de obstetrix de Carhuaz*

## EL PARAÍSO DE CARHUAZ

Apenas egresada, Beatriz había conseguido un puesto en el pueblo de Carhuaz. Era octubre de 1951. Beatriz se instalaba en esa ciudad completamente desconocida para ella. Ahí empezaría a aprender a desenvolverse en ese nuevo contexto y a ejercer como obstetriz. Un proceso de aprendizaje largo la esperaba: relacionarse con las personas del lugar, tratar de entender las creencias y la cultura de las mujeres de la zona, e intentar ejercer bien su profesión.

Uno de los primeros retos en esa nueva ciudad sería encontrar un lugar donde vivir. En la pensión de la familia Zoriano Alegre, encontró el lugar perfecto: una casa grande y acogedora. Beatriz recuerda que la recibió con mucho cariño la señora Clemencia Alegre de Zoriano. En la casa, vivían varios pensionistas entre mujeres y hombres. Le dieron una habitación cómoda de adobe con tejas, lo que la hacía abrigadora.

Recién instalada en la pensión, a la mañana siguiente de haber llegado, Beatriz debía presentarse en el hospital. Lo recuerda como un lugar parecido al Hospital Loayza de Lima: grande y con jardines. Había una sala amplia para mujeres con veinte camas. Solo contaba con un médico, el médico Obregón Mejía, quien la recibió muy bien por ser la primera obstetriz que llegaba a Carhuaz. El hospital contaba con personal básico: tres técnicas de enfermería, dos porteros, dos cocineras y una lavandera. No hubo enfermera hasta casi dos décadas después de que Beatriz asumiera el cargo.<sup>22</sup> A eso se sumaba la poca estabilidad del personal médico. Había mucha rotación: los médicos llegaban contratados a trabajar al hospital, pero renunciaban al poco tiempo de haber asumido sus funciones, al igual que las auxiliares. Por otra parte, en caso de que se requiriera una cirugía — como una cesárea, por ejemplo—, derivaban a la paciente al hospital de Huaraz, ciudad a casi dos horas de viaje cuando había mal clima.

---

<sup>22</sup> Cabe señalar las diferencias entre los roles que cumplen las enfermeras, las técnicas y las auxiliares. Las o los enfermeros tienen titulación universitaria y han sido formados en casi todos los ámbitos de las ciencias sanitarias, como anatomía, fisiología, patología, epidemiología, y en áreas administrativas, como docencia, gerencia, investigación, etcétera; las enfermeras pueden, por ejemplo, colocar sondas gástricas, vesicales y medicación por vía venosa, o manejar ventiladores mecánicos. Las o los técnicos de enfermería poseen el título de una carrera técnica obtenido en un instituto de educación superior, y están capacitadas y capacitados para realizar algunos cuidados dependientes de la supervisión de un médico o enfermero jefe, como la administración de medicación, la curación de heridas o la aplicación de vendajes, así como el aseo diario de los enfermos, toma de la presión arterial, asesoría nutricional, cambios posturales, acompañamiento de los pacientes en salidas médicas y paseos, apoyo en actividades lúdico-formativas, etcétera. Las o los auxiliares de enfermería están preparadas y preparados en cursos libres de geriatría o atención al adulto mayor, así como en primeros auxilios. Han adquirido experiencia por sus propios medios trabajando y apoyando a pacientes en situaciones poco complicadas (Mienfermera, 2014).

En esa época, los horarios de atención eran distintos a los de hoy en día. Los consultorios externos funcionaban de 8:00 a.m. a 12:00 m. Beatriz trabajaba, oficialmente, en ese horario, pero, en realidad, no tenía un horario fijo, porque cada vez que se presentaba una mujer en trabajo de parto la llamaban para que la atendiera. Recuerda que, al final, pasaba gran parte del día en el hospital, incluso de noche o madrugada.

El tiempo fue transcurriendo en Carhuaz y Beatriz fue obteniendo más experiencia con cada parto. Recuerda que, en esos años, atendían entre ocho y diez partos por semana en el hospital de Carhuaz. Su seguridad, basada en los conocimientos adquiridos en la universidad y en las prácticas desarrolladas en la Maternidad, fue fundamental para que lograra atender los partos sin mayores complicaciones. De esta manera, Beatriz se fue ganando no solo la confianza de las mujeres de la provincia, sino del médico del hospital, una persona mayor. Un día, le dijo: “Bueno, señorita, yo de noche ya no me levanto, así que usted me atiende todos los partos. En el caso que me necesite, [si] tenemos que operar, me llama”. Entonces, Beatriz se preparaba para estar atenta durante la noche: “El médico se acostaba porque sabía que yo, a cualquier hora lo podía llamar, y el portero tenía que ir”, recuerda Beatriz.

Beatriz siente que la gente de Carhuaz se encariñó con ella rápidamente. Se dio cuenta de que las mujeres empezaron a acudir al hospital con mayor regularidad. Guarda aún el recuerdo del primer parto que atendió: una mujer del pueblo, que “era pobre y su esposo era arpista”. Así, lejos de haber tenido inconvenientes, salvo casos concretos, Beatriz recuerda con nostalgia esos primeros años de trabajo en el hospital: “La gente era muy noble, muy obediente, muy respetuosa. Ahí viene la señorita”, decían. “¿En qué le ayudamos? Todo el personal era muy bueno, muy atento”. Sin embargo, fuera del trabajo en el hospital, Beatriz siempre fue consciente de las diferencias entre lo que tradicionalmente implicaba el cuidado de la salud y lo que significaba para la medicina occidental, así como de la tensión que estas generaban en la relación del hospital con las comunidades de la provincia.

Por otra parte, Beatriz tuvo aprendizajes que no esperaba. Recuerda que tuvo la suerte de que uno de los médicos con quien trabajó en el hospital era laboratorista. Este médico tenía un pequeño laboratorio, donde, debido a su curiosidad e interés, Beatriz aprendió sobre los procedimientos que implican los análisis, así como a descartar ciertas enfermedades.



*Beatriz en su transporte habitual rumbo al Hospital de Carhuaz, junto con su amiga, la señora Figueroa (1951)*

## EL CHOQUE CULTURAL: LAS COSTUMBRES EN LAS ALTURAS Y LAS PRÁCTICAS OBSTÉTRICAS

*La gente no tiene sentimientos cuando se trata de atender a una mujer que va a parir.*

A lo largo de su desarrollo e implementación, la medicalización del parto ha generado una serie de prácticas incorporadas en la atención que han propiciado, durante décadas, un desencuentro entre el personal de salud y las parturientas. Los proveedores de salud no parecen tener la necesidad de explicar ni justificar sus políticas en general o los protocolos, porque se asume que es algo bueno *per se*, más allá de que resulte incómodo, doloroso, invasivo o denigrante para las mujeres. Estas, por su parte, muchas veces, soportan los procedimientos médicos y las actitudes negativas del personal por la situación de subordinación en la que son ubicadas. Es un fuerte choque cultural<sup>23</sup> que se ha manifestado tanto en el discurso construido y en el lenguaje utilizado para comunicarse con las mujeres —muy técnico, de modo que suele ser comprendido únicamente por el personal médico— como en la implementación de ciertas prácticas médicas, que se relacionan con la aplicación un protocolo estricto. Estas medidas se mantienen a pesar de que se ha comprobado científicamente que muchas generan perjuicios: rasurado del vello púbico, enema, posición decúbito dorsal obligatorio, amniotomía, administración de oxitócicos, tactos vaginales reiterados, maniobra de Kristeller, episiotomía, revisión uterina sin anestesia, cesárea, entre otros.

Por otra parte, en zonas rurales andinas, las prácticas obstétricas muchas veces se convierten en mecanismos violentos en perjuicio de las mujeres que van a parir, debido a la incapacidad del personal de salud de comprender las diferencias culturales, así como por una serie de prejuicios que impiden que la atención se base en la paciencia, el cariño y la preocupación por el bienestar, como desean las mujeres. Estas prácticas se fundamentan en ciertas medidas, como la prohibición de que la mujer sea acompañada por una persona cercana durante el trabajo de parto y durante el parto; o la crítica a la supuesta suciedad de las mujeres por usar su vestimenta tradicional, a la cantidad de

---

<sup>23</sup> Cabe señalar que, cuando Beatriz llegó a Carhuaz, eran básicamente las personas del pueblo quienes acudían al hospital, ya que las de las comunidades se atendían con “curanderos” y parteras, y solo se acercaban al hospital si su situación empeoraba.

hijos o hijas que la mujer tenga en caso de que sean varios o a que su lengua materna sea el quechua. A eso se suma que los y las profesionales de la salud que son considerados impacientes —“aburridos”, “malgeniados” e “indiferentes”— pueden generar mucho temor, inseguridad y, sobre todo, rechazo por parte de las mujeres.

Allá por las décadas de 1950 y 1960, la cantidad de mujeres de las diferentes comunidades que llegaban para ser atendidas en el hospital era reducida. Este número probablemente se debía a las razones señaladas que hoy en día se siguen observando: creencias y costumbres, difícil acceso, fría acogida —que incluso llegaba al maltrato—, entre otras. Si bien actualmente la atención ha cambiado en varios aspectos, aún se pueden encontrar situaciones que podrían generar resistencia o, incluso, rechazo por parte de las mujeres a acceder a la atención en un hospital, sobre todo de las zonas más rurales de los Andes.

Beatriz, a pesar de sus propios prejuicios, en todo momento fue consciente y respetuosa de las diferencias culturales que había entre ella y las mujeres del campo. Por ello, siempre le ha causado malestar la falta de empatía y de compasión hacia una parturienta. A lo largo de su experiencia, ha sido testigo del trato inadecuado e incluso violento que se le daba a una mujer que presentaba dolores de parto. Muchas veces sintió que el trato a un animal que está pariendo podía ser mejor que a una parturienta. Los insultos de diverso tipo eran parte del maltrato: “¡Oye, abre las piernas! Así como que fueras abierta para el hombre”. Beatriz considera inconcebible decirle eso y otras frases cargadas de tanta violencia a una mujer. Ella está convencida de que lo único que genera el maltrato es que la mujer se cohíba, sienta temor y pierda confianza: justamente, uno de los aspectos más importantes que necesita para asumir el parto de la mejor manera.

El trato —específicamente el maltrato, que claramente es una muestra de violencia— hacia las y los pacientes es uno de los temas que se encuentran invisibilizados por el sistema de salud oficial. La violencia se sostiene, entre otras razones, debido a que está naturalizada. Hemos aprendido a aceptar el trato jerárquico y todo lo que implica en unos ámbitos más que en otros, como la relación profesor-alumno propia de la educación tradicional o la relación médico-paciente dentro del sistema de salud occidental.<sup>24</sup> Las y los pacientes suelen tener una actitud hacia las o los médicos basada en la obediencia o temor, actitud que no les permite cuestionar ciertas prácticas. Muchas y muchos pacientes ni siquiera consideran la posibilidad de preguntar o pedir que se les explique cómo se va a desarrollar un procedimiento médico. A eso se suma el lenguaje técnico o especializado que suelen usar las y los médicos, que difícilmente puede ser comprendido por cualquier persona y que, en lugar de tranquilizar al paciente, lo confundirá y preocupará.

En el ámbito de la medicina, de acuerdo con la investigación de Ramos-Rodríguez (2008), se han producido cambios no directamente relacionados con el ámbito profesional, los cuales han alterado notoriamente la relación médico-paciente. Esta se ha vuelto impersonal al punto de que los términos *médico* y *paciente* han sido sustituidos por los de *proveedor* y *cliente*. Por otra parte, la educación

---

<sup>24</sup> Tradicionalmente, la formación en las escuelas de medicina se ha basado en un trato jerárquico y paternalista que, a pesar de que ha ido cambiando, aún se puede observar tanto entre el personal de salud como hacia los pacientes.

médica en las aulas se sigue desarrollando bajo “una imagen omnipotente y autosuficiente del médico, que nada tiene que ver con la realidad” (Ramos-Rodríguez, 2008: 13). A lo anterior se suma que, si la o el paciente percibe que la o el médico muestra desinterés, prisa o falta de calor humano, es muy probable que no aporte los datos que se soliciten; en consecuencia,

se elaborará una historia clínica incompleta, que llevará al planteamiento de un diagnóstico diferencial inadecuado. Por esto, el diagnóstico probablemente será erróneo y el plan terapéutico inadecuado. Finalmente, los resultados médicos no serán óptimos. Esto iniciará un círculo vicioso, porque el paciente perderá aún más la confianza en el médico y, tal vez, también, en su gremio. (Ramos-Rodríguez, 2008: 12)

Beatriz comprende perfectamente la razón por la cual las mujeres de la zona preferían ser atendidas por una partera. Sin embargo, le resulta difícil aceptar o validar la labor que estas desarrollaban. Cuando llegó a Carhuaz, recuerda que había aún muchas parteras empíricas. En general, las mujeres se atendían con ellas: “Yo iba a las casas y ahí estaba la partera”, recuerda Beatriz. Había tres parteras muy conocidas en la zona. Una de ellas era Margarita, la última que quedaba de las tres a quienes Beatriz conocía muy bien. Beatriz reconoce que, cuando el parto era normal, las parteras podían lograr con éxito el nacimiento: recibían al recién nacido sin problemas.

No obstante, cuando se presentaba una complicación, sostiene que las parteras no sabían cómo actuar: “Cuando se les salían las manos o los pies al bebé, se asustaban y nos las mandaban al hospital. A veces, algunas mujeres llegaban con el cordón afuera”. En esos casos, las mujeres tenían que ser intervenidas: Beatriz debía introducir su mano y sacar al bebé por los pies. Esa es la llamada *versión interna*,<sup>25</sup> técnica que realizaba Beatriz en menos de cinco minutos. El médico le ponía anestesia a la parturienta y Beatriz recuerda que ella hacía la maniobra porque ella tenía la mano más pequeña: “El médico era gordo. Una manazo tenía. Hasta yo le aplicaba las cucharas. Le ponían los fórceps y él hacía la fuerza”. Esa maniobra, que ya no se utiliza, pero que Beatriz consideraba una técnica “antigua y buena”, la aprendió en la Maternidad.

Si bien, de esa manera, lograban salvar a las madres, y a las y los bebés, muchas mujeres morían durante o después del parto, y a las que lograban trasladar al Hospital de Carhuaz llegaban en estado grave, “ya muriéndose”. A los partos complicados se sumaba un problema que percibía Beatriz: las parteras hacían pujar innecesariamente a las parturientas, antes de que hubiera dilatación; ella asegura que esto ocasionaba agotamiento en las mujeres. En consecuencia, cuando realmente empezaba la dilatación, la mujer ya no tenía fuerza para pujar. “Ya no puede”, decían las parteras, así que la derivaban de emergencia al hospital de Carhuaz. Esta situación se producía sobre todo con mujeres primerizas. En el caso de las y los bebés, en varias oportunidades, ya no quedaba nada que hacer: muchos llegaban al

<sup>25</sup> De acuerdo con Beatriz, la *versión interna* es la maniobra a través de la cual es posible cambiar la posición en la que se presenta el feto a posición podálica. Para ello, se debe introducir una mano dentro del útero y tomar uno o ambos pies del feto. Hoy en día, únicamente está indicada en el caso de partos múltiples, específicamente si el segundo gemelo se encuentra atravesado. A pesar de que se ha concluido científicamente que es una maniobra obstétrica de alta morbilidad y mortalidad materno-fetal, Beatriz la considera valiosa, ya que gracias a su aplicación pudo atender muchos partos vaginales que hubieran terminado en cesárea. En efecto, la versión interna se fue dejando de lado con la difusión de la cesárea.

nosocomio muertos por asfixia. En esa situación, lo único que quedaba era salvar a la mujer. Y eso Beatriz lo recuerda con pesar: “Era muy triste ver cómo llegaban las mujeres ya muertas”.

A pesar de su apertura hacia las diferencias, Beatriz es indudablemente hija de su escuela. Su postura frente a las parteras tradicionales de la zona responde a la historia de luchas entre la medicina occidental y la partería tradicional. Si bien reconoce el maltrato sistemático que recibían las parturientas en el sistema de salud oficial, no considera la labor de las parteras como una opción válida para la atención del parto. Les atribuye la responsabilidad de la mayoría de casos de muerte materna durante el parto, principalmente por hemorragia, una situación que, según Beatriz, ellas no pueden controlar. Cuando detectaba que una partera, desde su perspectiva, había puesto en peligro la vida de una parturienta, Beatriz cuenta que no tenía reparos en amenazarla: “¡Si vuelves a hacer eso, vas a la cárcel! ¡Ahora hay obstetrices, hospital! ¡No te metas a hacer eso!”.

Beatriz tiene una postura ambigua respecto de las parteras empíricas: aunque reconoce su valor, considera que obstaculizaban, de alguna manera, la labor que ella desarrollaba como obstetrix y representante del sistema público de salud. “Toditas tuvieron que dedicarse a hacer otra cosa, ya no a ser parteras. Se les iban mal”, dice Beatriz, refiriéndose a la muerte materna durante los partos atendidos por las parteras.

Posteriormente, sin embargo, después del terremoto de 1970, durante el gobierno del general Juan Velasco Alvarado, se dio una orden desde el Ministerio de Salud para que las parteras recibieran capacitación y, de este modo, pudieran atender partos sin complicaciones. Muchas de ellas llegaban al hospital de Carhuaz, donde Beatriz les explicaba cuestiones básicas para la atención del parto. Además, les dieron instrumentos, chatas,<sup>26</sup> gasa, entre otros insumos para la atención.

No obstante, más que ofrecerles una ampliación de sus conocimientos y técnicas, ese plan aparentemente consiguió limitar su acción: el ejercicio de la partería había sido oficialmente cubierto de restricciones. “¡No se metan si no están en las últimas! ¡No estén manoseando!”, les decía Beatriz en las capacitaciones. Otra medida dada luego del terremoto de 1970 fue la construcción e implementación de postas médicas en varios distritos de la provincia. De esta manera, la capacitación de las parteras tradicionales —que, de alguna manera, era un intento por “integrarlas” al sistema público de salud—<sup>27</sup> coincidió con la expansión de dicho sistema a través de la puesta en funcionamiento de más establecimientos en la zona, lo que evidentemente reducía las posibilidades de acción de las parteras, sobre todo por un tema de control.<sup>28</sup>

<sup>26</sup> ‘Chata’: recipiente usado para que las personas orinen o defecuen cuando no es posible que se movilicen, de modo que lo pueden hacer echadas o sentadas.

<sup>27</sup> Probablemente, las medidas implementadas en la década de 1970 y, posteriormente, en la de 1980 han guardado relación con la Declaración de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud Alma-Ata (Kazajistán), del 12 de setiembre de 1978. En esta, se expresó “la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todas las y los profesionales sanitarios y las y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo” (Tejada de Rivero, 2018: 364).

<sup>28</sup> Sin embargo, de acuerdo con Argüello-Avendaño y Mateo-González (2014), con el tiempo, los intentos por incorporar a las parteras tradicionales se han dejado de lado. Incluso, el término *parteras tradicionales* ha ido desapareciendo de los informes de los organismos internacionales a partir de un cambio de paradigma que se dio en la década de 1990. Desde ese momento, se consideró que la capacitación de las parteras tradicionales no era una estrategia adecuada para disminuir la mortalidad materna. En adelante, en documentos oficiales, se empezaron a plantear definiciones de partera

Por otra parte, si bien las mujeres mostraban resistencia a ser atendidas en el hospital, es importante resaltar que era muy complejo que una mujer lograra ser atendida a tiempo en el establecimiento de salud cuando se trataba de un parto con complicaciones. El acceso al hospital para las mujeres que iban a parir era muy difícil. En esa época, no había aún ambulancias ni vehículos a disposición del hospital que pudieran ser utilizados por el personal para movilizarse hasta las zonas más alejadas con rapidez y que pudiera trasladar a las mujeres al hospital. Ante dicha carencia, la población hacía lo que estaba a su alcance. Beatriz recuerda que las parturientas llegaban al hospital desde esas zonas en condiciones que no eran las mejores: “En una escalera ponían pellejo de carnero o un colchoncito, bien amarrada la mujer”. Hombres de la comunidad las cargaban todo el trayecto a pie. Iban lo más rápido que podían. Las mujeres llegaban desde todas las comunidades de la cordillera Negra, de Maya, de Coctipampa, de Rámpac, de todas partes.

Apenas una parturienta ingresaba en el hospital, se aplicaba el protocolo establecido. Se registraban sus datos en el libro de ingreso, básicamente nombres y apellidos. Luego, se llenaba su historia médica: nombre, edad, lugar de procedencia y estado en que llegaba —lúcida, en estado de coma, si podía caminar o no—, y se anotaba el nombre de la persona que la acompañaba, porque era la responsable en cualquier situación. Por otra parte, si bien se les permitía a las mujeres permanecer con su ropa, se les exigía que estuviera limpia. En caso contrario, se les exigía que utilizaran la ropa bridada por el hospital. Muchas mujeres llevaban ropa adicional para cambiarse antes del parto, pero lo más importante para la mayoría era llevar ropa que las abrigase: en la zona, la temperatura baja por las noches y suele hacer mucho frío.

---

tradicional desde una perspectiva negativa: “Las parteras tradicionales carecen de capacitación médica académica, aun cuando algunas han recibido capacitación para evitar prácticas peligrosas o contaminantes” (UNFPA, 2002: 22, citado por Argüello-Avendaño y Mateo-González, 2014: 20); “Las parteras tradicionales no tienen instrucción suficiente ni los conocimientos necesarios para atender complicaciones obstétricas o remitir esos casos a establecimientos adecuados (UNFPA, 2004: 7, citado por Argüello-Avendaño y Mateo-González, 2014: 20)” o “Las parteras tradicionales, hayan o no recibido capacitación, carecen de los conocimientos necesarios para atender problemas que amenazan la vida de la embarazada (UNFPA, 2002: 12, citado por Argüello-Avendaño y Mateo-González, 2014: 20).

## AFRONTANDO LAS DIFERENCIAS

Beatriz nació en Iquitos, vivió ahí hasta los dieciséis años, migró a Lima para estudiar y a los 21 años ya estaba instalada en Carhuaz. A pesar de las diferencias culturales, lingüísticas, climáticas, entre otras, la adaptación de Beatriz a esa nueva ciudad se produjo rápidamente. No llegó a aprender a hablar en quechua, salvo algunas palabras o frases; sin embargo, lograba comprender lo que le decían cuando le hablaban en esa lengua. Recuerda que, por suerte, un médico en el hospital hablaba quechua y él cumplía también la función de intérprete.

En ese nuevo contexto, toda su atención estuvo centrada en atender de la mejor manera los partos. En este proceso de aprendizaje fue muy importante para su trabajo identificar aspectos relacionados con las costumbres, ideas y comportamientos de las parturientas. De este modo, a partir de su experiencia previa, de sus propios prejuicios y de su nueva vida en Carhuaz, fue construyendo una idea sobre cómo eran las mujeres de los Andes y, sobre todo, fue identificando las acciones que podían estar afectando negativamente la experiencia del parto.

Una práctica que Beatriz observaba de manera regular en las zonas altas era que las mujeres empezaban a pujar antes del momento preciso, es decir, antes de la dilatación, ya sea por iniciativa propia o por sugerencia de la partera que las acompañaba, como ya se ha mencionado. Dice que las mujeres pensaban que haciendo fuerza el bebé iba a salir más rápidamente. La idea del parto como proceso no estaba interiorizada en ellas, de modo que, según Beatriz, no sabían que era necesaria la dilatación del útero para que llegara el período expulsivo: “¿Por dónde va a salir ese bebe si el útero no se dilata? Había enfermas que pujaban todo el día y toda la noche, hasta el día siguiente”. Cuando se encontraba con esta situación, Beatriz les explicaba: “Cuando ya va a nacer el bebe, los dolores son de otra clase. Te va a venir ganas de pujar”. Era cotidiano que muchas mujeres llegaran al hospital con fuertes dolores, pero, al examinarlas, notaba que todavía les faltaba dilatar.

Asimismo, una de las diferencias más evidentes para Beatriz entre lo que había aprendido como parte de su formación de obstetrix y las prácticas tradicionales estaba relacionada con la posición de la parturienta durante el trabajo de parto y durante el período expulsivo. En el hospital, como parte del protocolo establecido —que sigue vigente—, las mujeres debían estar echadas en una cama esperando que llegara la fase expulsiva. Las mujeres asumían que debían hacer lo que les dijeran sin cuestionamientos. Sin embargo, algunas le decían a Beatriz: “Mamita, yo no puedo”. Beatriz las ayudaba a bajar

de la cama y las observaba. Cuando notaba que ya pujaban, sabía que el bebé debía de estar coronando —la fase final del parto, cuando la cabeza del feto alcanza la entrada hacia la cavidad vaginal—. Entonces, les decía: “Ya, ahora sí, mamita, échate porque tu bebito se va a caer al suelo. Esto no es como tu casa”. Ayudaba a que la mujer se echara rápidamente y colocaba una chata. Ya en la fase expulsiva, Beatriz se preocupaba mucho de cuidar el perineo de la mujer que atendía para evitar que se produjera un desgarro. Para ello, procuraba que la salida del bebé se produjera de a pocos.

Las prácticas en la atención de un parto que Beatriz desarrolló revelan su capacidad de observación, de escucha, de empatía, así como de reconocer y actuar en función de las necesidades de las mujeres que iban a parir. Muestran su capacidad para entender que, si bien había protocolos que cumplir, lo más importante era que la mujer no perdiera el control sobre su propio proceso. En la atención que ella brindaba se observa que la comunicación era muy importante. Sin proponérselo y sin un protocolo que le indicara cómo debía dirigirse a una parturienta, de manera natural, su lenguaje fue parte importante de la atención de un parto. Les comunicaba a las mujeres lo que iba a suceder, lo que iban a sentir y cómo podían afrontarlo, siempre honesta, clara, asertiva y, a la vez, respetuosa y amable.

Sin embargo, Beatriz observaba con sorpresa ciertas costumbres de las mujeres que ponían en práctica cuando el parto era en casa y que consideraba dañinas. Una de ellas era la colocación de una soga al cordón umbilical cuando aún estaba conectado con la placenta, luego de haberse producido el nacimiento. Se amarraba el extremo de una soga al cordón y el otro extremo a una de las puntas de la cama. La idea era que la parturienta jalara su propia placenta con esa soga. Muchas veces, lo que sucedía era que se producía una hemorragia por haberla jalado de una manera inadecuada o antes de tiempo, o, por el contrario, la placenta no salía completa debido al tirón. Ambas situaciones podían tener graves consecuencias para la mujer, ya que la exponía a hemorragias o infecciones potencialmente mortales. Cabe mencionar que, hoy en día, esa sigue siendo una causa de muerte materna, incluso dentro de los establecimientos de salud públicos.

Luego de presenciar tantos partos, Beatriz reconoce y valora la fuerza de las mujeres campesinas. Cuando se refiere a ellas, lo hace con mucha admiración: “¡Qué mujeres tan guapas!”, dice. Considera que son mujeres muy valientes, muy fuertes, que aguantan: “[Son mujeres] que están hechas especialmente para el parto”. Esta idea refleja el discurso construido y tan difundido sobre las diferencias de la capacidad para parir que presentan naturalmente las mujeres dependiendo de su raza.

Como lo señala Lossio et al. (2016), contrariamente a la debilidad física de la mujer urbana y moderna, hay una tendencia por exaltar la fortaleza física de la mujer indígena rural y el compromiso con su rol reproductivo: “Conocida es la facilidad con que nuestras indias verifican sus partos, muchas veces en medio de una jornada, se detienen apuradas por los dolores de las contracciones uterinas y en breves instantes, media hora, dan a luz y lavan a su hijo y echándoselo a la espalda envuelto en cualquier trapo, siguen expeditas su camino como si nada hubiera pasado” (Moloche, 1908: 21, citado por Lossio et al., 2016).

Es posible que las condiciones del entorno y los hábitos de vida condicionen de cierta manera o permitan que las mujeres, en este caso, desarrollen algunas capacidades que en otros lugares no. Sin embargo, vale la pena preguntarse si realmente solo se trata de una cuestión étnica, racial o cultural lo que marca una diferencia entre mujeres del campo y mujeres de la ciudad, o más bien estaría relacionada con la exposición y el contacto más cercano y directo con el sistema de salud, cuyo discurso afecta a las mujeres. De ese modo, considero que esa idea que apunta a que algunas mujeres son más aptas para parir queda desvirtuada si tenemos en cuenta que, a lo largo del tiempo, a partir del proceso de medicalización del parto, se nos ha ido despojando de la fuerza, el control y de todo lo relacionado con el poder que tiene una mujer al momento de parir.

## LOS CONFLICTOS LABORALES EN EL SISTEMA DE SALUD OFICIAL: EL SENTIDO POLÍTICO DE BEATRIZ

*Yo creí inclusive que mis jefes i ciudadanía en general  
estaban reconocidos de tanto sacrificio de mi parte i  
con decepción he visto que los primeros ignoran la realidad.*

Había transcurrido un poco más de una década de ejercicio y de aprendizaje en el hospital de Carhuaz. Si bien hubo médicos que reconocieron la capacidad y conocimientos de Beatriz, nunca faltó aquel que la reprendiese por ciertas técnicas o prácticas que ella implementaba, como la de aceptar la movilidad de la parturienta hasta la llegada de la fase expulsiva: “¡No! ¿Qué has hecho? ¡Que le pongan en la cama! ¡Que le amarren las piernas! ¡Que puje, que puje!”, le llamó la atención a gritos un médico. Beatriz sabía que esa práctica era correcta: había incorporado lo que un médico de Sudáfrica —ponente del Segundo Congreso Interamericano de Obstetricia de 1962, llevado a cabo en Lima, al que ella había asistido— había explicado sobre las posiciones de las mujeres durante el parto: de pie y sentadas. Beatriz, hoy, se asombra de que las posiciones que corresponderían al llamado *parto vertical* hayan sido aceptadas recientemente en la Facultad de Obstetricia e implementadas en el sistema público de salud.

La década de 1960 transcurrió sin inconvenientes, salvo por una situación que la afectó profundamente. Durante mucho tiempo, Beatriz había atendido todos los partos de las mujeres que llegaban al hospital. Recuerda que se presentaban casos de todo tipo: partos normales sin complicaciones y partos difíciles. Muchos de los difíciles eran llevados a cabo con éxito porque Beatriz aplicaba ciertas técnicas que había aprendido como parte de su formación de obstetrix. Ella reconocía su propio nivel de experiencia y su capacidad para afrontar un parto. Del mismo modo, sabía claramente cuáles eran las funciones que debía cumplir dentro del hospital. Sin embargo, era consciente de la realidad del establecimiento respecto de la cantidad y presencia permanente de personal competente de salud, de la demanda de atención y del deber que tenía como obstetrix. Este grado de conciencia y de compromiso la llevó muchas veces a priorizar el ejercicio de su profesión frente a otros aspectos, de modo que optó por dejar de lado los asuntos burocráticos en favor de las parturientas, quienes llegaban a parir en el hospital.

Sin embargo, a pesar de su eficiencia y de la valoración de su trabajo —específicamente de sus conocimientos, habilidad y capacidad para ejercer— Beatriz dependía del médico de turno. A lo largo de casi dos décadas de experiencia en el hospital de Carhuaz, hubo médicos que valoraron su capacidad y su trabajo, y otros quienes, por el contrario, solo estuvieron “buscando el error” para amonestarla. La capacidad de Beatriz para la atención de partos y su habilidad para practicar maniobras que podían permitir que un parto pudiera resolverse de la mejor manera y que, incluso, se pudiera salvar la vida del recién nacido y de la madre eran reconocidas. Ella había desarrollado su carrera, desde su primer día en el hospital de Carhuaz, de manera intachable, lo que le permitió ganar prestigio y ser reconocida por ser una gran profesional. No obstante, tal reconocimiento no fue bien visto por todos.

En julio de 1968, Beatriz enfrentó una situación laboral complicada, administrativa específicamente, en la que se le llamaba la atención respecto del supuesto incumplimiento de su horario de atención en el hospital. Concretamente, se le exigía, mediante un oficio remitido por el médico jefe del Área de Salud de Áncash, que cumpliera con sus funciones dentro del horario exigido en el hospital y no fuera del establecimiento de salud. El horario establecido previamente era rígido y, por esa intransigencia burocrática, las pacientes se veían afectadas. Beatriz debía atender partos y no citas en consultorio; y, como bien sabe cualquier persona y, con mayor razón aún el personal de salud, para los nacimientos no hay horarios. A eso se sumaba que, dadas las distancias de las comunidades a la ciudad de Carhuaz y de lo agreste del camino, no todas las mujeres podían llegar al hospital cuando se encontraban en trabajo de parto. Por ello, Beatriz debía ir donde se le requiriera.

Como parte de la rigidez de la administración del hospital, no le reconocían las horas extra que realizaba en las tardes y en las noches cuando se presentaba un parto. Tampoco eran reconocidas las horas invertidas en atenciones a domicilio que, muchas veces, eran requeridas por las mujeres por diversas razones. Como esta situación venía de tiempo atrás, la administración del hospital pretendía implementar un sistema de trabajo que fuera por turnos. Sin embargo, nunca hubo otra obstetriz estable en el hospital de Carhuaz que pudiera asumir esa carga laboral con el sistema de turnos: durante casi dos décadas, Beatriz había sido la única obstetriz.

En términos formales, la exigencia del cumplimiento de un contrato, en este caso planteado por la institución empleadora y aceptado por la empleada, es un tema que tal vez no merecería ningún cuestionamiento, de modo que no cabría criticar la amonestación a Beatriz. Es claro que, en principio, las normas creadas tienen un sentido y, a pesar de que pueden ser cuestionadas, se asume que no respetarlas podría generar algún tipo de daño. En esa línea, Beatriz siempre fue muy respetuosa de las normas, así como de las jerarquías que han funcionado dentro su profesión y del sistema de salud en general. Probablemente, dicho respeto, aprendido e interiorizado como producto de su crianza, se reforzó como parte de la educación en la Escuela de Obstetricia.

Es innegable que la obediencia y la disciplina como principios eran parte de la conducta y proceder de Beatriz; sin embargo, el confrontarse con la realidad, estar en el terreno de acción cuando se asentó en Carhuaz, fue un punto de quiebre que puso dichos principios en cuestionamiento o, en todo caso,

en posibilidad de ser evaluados y jerarquizados de otra manera. Beatriz notó, desde el inicio de su ejercicio en el Hospital de Carhuaz, que la realidad no se ajustaba ni a los protocolos ni a los requisitos administrativos planteados desde la ciudad de Lima, de modo que lo que se le exigía no era coherente con las necesidades de atención en la provincia. Ella consideraba que actuaba de manera correcta, por lo que el oficio que le fue remitido la afectó profundamente. Frente al cuestionamiento sobre su forma de proceder, respondió con un oficio dirigido al médico jefe de la Posta Médica del Hospital de Carhuaz.

Beatriz, a lo largo de su vida en ejercicio en el Hospital de Carhuaz, intentó conciliar el respeto por las normas con la atención adecuada hacia las parturientas. Sin embargo, consideraba que las normas y los asuntos burocráticos estaban yendo en desmedro del objetivo de lograr un parto sin complicaciones a través de la atención oportuna, adecuada y gratuita para las parturientas. Beatriz, efectivamente, había desobedecido las normas y, por lo tanto, había cometido una falta disciplinaria, pero la “desobediencia” respondía a lo que ella consideraba prioritario: salvaguardar la salud de las mujeres y la de sus bebés durante el parto.

El oficio de respuesta o de descargo presentado por Beatriz plantea una especie de manifiesto en el que se desarrollan dos grandes temas que conciernen al sistema público de salud. Ambos son planteados con claridad, y de manera directa y confrontacional: la ineficiencia de la dirigencia administrativa, y la escasez de recursos y capacidad del servicio de atención.

En dicho oficio, Beatriz, por un lado, manifiesta su sentir sobre el personal de salud, concretamente, sobre el médico y critica la forma de administrar el sistema de salud, específicamente el Hospital de Carhuaz. Expresa con dureza su decepción hacia “sus jefes”, quienes, si bien eran médicos, cumplían funciones administrativas de una manera tan rígida que resultaba incompatible con el servicio que debía dar el personal de salud como parte de su compromiso profesional:

Si es verdad que las leyes i disposiciones se dictan para ser cumplidas, tambien es sier-  
to que a los que hacen cumplir las mismas les adjudican el criterio de conciencia i para  
ello son los jueces i superiores con basta cultura para distar las disposiciones de acuer-  
do al medio a las necesidades i circunstancias en bien i provecho de todos por que sinó  
se nombraría de Jefes a personas que sepan leer i escribir nomas para que hagan cum-  
plir la ley al pie de la letra

Por otro lado, con la seguridad que le daba su experiencia de casi dos décadas de trabajo en el Hospital de Carhuaz, expone las carencias y los problemas que enfrentaba ese establecimiento de salud, que básicamente se debían a la falta de personal competente para la atención. Asimismo, deja en claro su capacidad como obstetrix y su disposición permanente que parten de su vocación, de su compromiso con la comunidad y de su juramento como profesional:

[...] debo de dejar aclarado que no tengo el menor inconveniente de cumplir con lo dispuesto; pero ac[ll]aro que el Hospital no tiene personal capacitado para la atención de partos i durante 17 años de servicios en esta provincia no ha habido para mi ni día ni hora ni lugar que no haya sido hábil para atender tanto en el Hospital como a domicilio en forma gratuita salvando vidas cumpliendo con mi profesión humanista para lo cual hice el juramento Hipocrático [...]

Asimismo, Beatriz señala que el perjuicio ocasionado por las exigencias que le plantean será para las parturientas. Llama la atención sobre las condiciones de vida de muchas mujeres de la zona, de las carencias que enfrentan y de la necesidad de contar con la atención oportuna durante sus partos:

[...] de[ ]jo expresa constancia en caso de no rectificarse las disposiciones tr[an]scritas no tendré obligación alguna de atención obstétrica no en el Hospital ni fuera de él sinó en horas de labor i las perjudicadas serán las pobres madres que por su indigencia no pueden absolutamente requerir servicio profesional.

Finalmente, Beatriz llama a la reflexión sobre la realidad de la provincia de Carhuaz, de las carencias del hospital en cuanto a la presencia de personal y de la demanda de atención que sobrepasa su capacidad:

Espero de Ud. Señor Jefe informe al Médico Jefe del Area de Salud de Ancash sobre la realidad de nuestro Hospital i de nuestra provincia que somos los dos únicos profesionales i que tenemos que hacer milagros.

A pesar de ser breve, la respuesta dada por Beatriz es interesante, porque muestra aspectos que, muchas veces, se cree que no corresponden con el ejercicio de una profesión vinculada al ámbito médico. Su oficio es una defensa que termina siendo una manifestación de protesta y un llamado de atención, no solo sobre su situación, sino, y especialmente, sobre los problemas que afectan directamente a las mujeres de la zona. Su respuesta revela su vocación y el gran compromiso que tiene con su profesión y con la población, en tanto son indeliberables. A pesar de la aparente simplicidad de sus argumentos, critica de manera coherente y contundente el funcionamiento del sistema administrativo del hospital, el centralismo y la poca capacidad del Estado para implementar políticas que incluyan a las distintas poblaciones, y que reconozca y atienda sus particulares necesidades. Su reflexión revela su sentido político, una faceta resaltante dentro de su ejercicio como obstetrix.

Por otro lado, es interesante constatar que el actuar de Beatriz es el reflejo de ciertos principios que regían la labor de las obstetrixes en el Perú, los cuales se observan en la ponencia presentada por la delegada Zoila La Rosa de Junchaya en la ciudad de Huancayo en 1962, titulada "Algunos aspectos de la deontología obstétrica". En esta ponencia, se muestra, por un lado, que la labor de las obstetrixes está guiada por principios arraigados en una tradición religiosa, así como en el deber de mantener el orden social: "[L]a nobilísima profesión de Obstetricia requiere de tres factores primordial[es]: AMOR A LA PROFESIÓN, AMOR A LA LUCHA Y AMOR AL PRÓJIMO". Hay un fuerte sentido de la justicia en su actuar:

Carhuaz 22 de julio de 1968.

Señor Médico jefe de la posta médica de Carhuaz  
pte.

Al dar respuesta a la trascipción del Of.N° 112-68 del Médico Jefe del Area de Salud de Ancash, referente a que debo de cumplir mi horario de Obstetrix extrictamente en el Hospital, debo de dejar aclarado que no tengo el menor inconveniente de cumplir con lo dispuesto; pero acaro que el Hospital no tiene personal capacitado para la atención de partos i durante 17 años de servicios en esta provincia no ha habido para mi ni dia ni hora ni lugar que no haya sido hábil para atender tanto en el Hospital como a domicilio en forma gratuita salvando vidas cumpliendo con mi profeción humanista para lo cual hise el juramento Hipocrático, Ahora bien yo crei inc[.]usive que mis jefes i ciudadanía en general estaban reconocidos de tanto sacrificio de mi parte i con desepción he visto que los primeros ignoran la realidad ya que [ilegible] burócrata mascobre mi sueldo por estar en osio durante el horario que se me exige i que en adelante dejo expresa constancia en caso de no rectificarse las disposiciones trscritas no tendré obligación alguna de atención obstétrica no en el Hospital ni fuera de él sinó en horas de labor i las perjudicadas serán las pobres madres que por su indigencia no pueden absolutamente requerir servicio profecional.

Si es verdad que las leyes i disposiciones se dictan para ser cumplidas, tambien es sierto que a los que hacen cumplir las mismas les adjudican el criterio de conciencia i para ello son los jueces i superiores con basta cultura para distar las disposiciones de acuerdo al medio a las necesidades i circunstancias en bien i provecho de todos por que sinó se nombraria de Jefes a personas que sepan leer i escribir nomas para que hagan cumplir la ley al pie de la letra i o como a Ud. Señor Médico Jefe profecional que debe merituar la labor desplegada por mi en tantos años de labor dentro de su jefatura i al mismo tiempo espero de Ud. Señor Jefe informe al Médico Jefe del Area de Salud de Ancash sobre la realidad de nuestro Hospital i de nuestra provincia que somos los dos únicos profecionales i que tenemos que hacer milagros.

La labor de oficina está al dia de mi parte i en mis atenciones profecionales estoy muy prestigiada i me someto a estadísticas para probar mi capacidad i humanidad.

Muy respetuosamente.  
Beatriz Flores Soplín

*Transcripción del oficio enviado por Beatriz Flores Soplín en respuesta a memorándum<sup>29</sup>*

<sup>29</sup> Véase Anexo 3: carta de oficio original de Beatriz Flores Soplín en respuesta al memorándum del médico jefe del Área de Salud de Ancash.

[...] Nos da derecho a reducir todos los deberes específicamente obstétricos a dos principios del Derecho Natural, que vienen a ser respectivamente el cimiento de dos grandes virtudes mentadas: Justicia y Caridad. La Justicia consiste, según Santo Tomás de Aquino, en tener habitualmente y para siempre la voluntad de dar a cada uno, aquello que le da derecho a la ley. Es pues la Justicia, como reza el lema de Pío XII, el principio del orden social.

Por otro lado, el discurso revela un compromiso asumido que resulta ineludible: “La profesión de Obstetrix es un verdadero Apostolado y de máxima responsabilidad en salvaguardar el Binomio Madre-Hijo”. Este compromiso es un deber con la humanidad que, pese a no ser plenamente reconocido, requiere de una labor sacrificada por parte de las obstetricas:

[Que la] devoción heroica al deber debe adornar a toda Obstetrix, y, conscientemente, debe entregarse en cuerpo y alma al cumplimiento de su deber, en ese yunque cotidiano, tan trivial al parecer, por ser cotidiano, tan duro por ser yunque y dónde únicamente se forjan las heroínas que al salvar la vida de la Madre y del Niño dan alegría a todos los hogares del mundo.<sup>30</sup>

De esta manera, entre los asuntos cotidianos y los temas administrativos, transcurrió la década de 1960, diez años más de ejercicio de su profesión en Carhuaz y de aprendizaje, que tuvo como contexto un gran cambio a nivel político. El gobierno de Fernando Belaunde Terry fue interrumpido en 1968 por un golpe de Estado militar. El general Juan Velasco Alvarado, autoproclamado presidente del Perú hasta 1975, tomó el poder y se empezaron a implementar muchos cambios a nivel de políticas públicas. Terminaba esa década y nada hacía presagiar que se produciría un terrible y lamentable desastre que afectaría, entre otras ciudades, a Carhuaz y, por lo tanto, a Beatriz.

---

<sup>30</sup> Anexo 4: ponencia presentada por la delegada Zoila La Rosa de Junchaya sobre deontología obstétrica.

## EL TERREMOTO DEL 70: VOLVER A NACER

*Todo se perdió en el hospital.*

Eran las 3:23 p.m. del 31 de mayo de 1970 cuando se produjo un terremoto de 7,8 grados en la escala de Richter que afectó a 22 provincias de los departamentos de Áncash, La Libertad y Lima. Este terrible desastre tuvo como consecuencias la muerte de aproximadamente 70 000 personas y enormes daños en infraestructura. La reacción del Estado —al mando del general Juan Velasco Alvarado— se produjo inmediatamente después del desastre. Se organizaron acciones de asistencia y rescate, a las que se sumaron otros países. Si bien hubo ciudades que resultaron más afectadas por el terremoto, Carhuaz sufrió graves daños y muchas pérdidas: hubo aproximadamente 7000 muertos y el 80 % de las edificaciones de la ciudad quedó destruido. En el caso del hospital, hubo grandes pérdidas también: toda la infraestructura, los materiales e insumos médicos, y toda la información registrada.

Beatriz recuerda ese día con claridad y mucha tristeza. Las paredes de adobe se movían. Era imposible mantenerse en pie y caminar. Todo se derrumbaba. Una pared se desmoronó y cayó en su pierna. Ella recuerda que empezó a sentir un dolor intenso. En medio del desastre, Beatriz no se había dado cuenta de que aquel dolor era a causa de una fractura en la pierna. Cuando tomó conciencia de lo que le había pasado, cogió una maderita que encontró por ahí y se la entablilló. Días después, tuvo que ser trasladada a Lima para ser operada. A pesar de ser una mujer muy fuerte, no se recuperó completamente. La pierna fracturada siempre le ha generado malestar, sobre todo ahora que es mayor. El terremoto marcó su vida. Como si no hubiera sido suficiente, ese día, al gran dolor físico que le ocasionó ese desastre, se sumó un inmenso sufrimiento que no desaparecerá: el fallecimiento de su hijo Carlos Enrique de 11 años de edad en esta tragedia.

Cuando Beatriz pensaba que ya no podía suceder nada más, a los cinco días del terremoto, hubo una lluvia tan intensa que terminó de malograr muchas de las estructuras que aún quedaban en pie. La misma suerte corrieron los pocos documentos que quedaron en el hospital debajo de los escombros. Lamentablemente, todos los registros se perdieron cuando fue demolida la estructura con el fin de evitar otra tragedia.

Luego del terremoto, los heridos fueron evacuados a hospitales de otras ciudades y las poblaciones más afectadas a lugares temporales seguros. El Estado, en ese momento manejado por los militares del Gobierno revolucionario, creó la Comisión de Reconstrucción y Rehabilitación de la Zona Afectada (CRYRZA) con el fin de atender las necesidades de la población. Del mismo modo, como parte del proceso de reconstrucción, el Estado peruano aceptó la ayuda de otros Estados que ofrecieron apoyo para las zonas afectadas, entre ellos Cuba. Su auxilio consistió en la edificación de seis hospitales rurales, uno de los cuales se construyó en la ciudad de Carhuaz. El diseño del nuevo hospital fue completamente distinto respecto del antiguo que ya había sido demolido; por ejemplo, las nuevas habitaciones eran más pequeñas. Los cambios tenían como objetivo evitar riesgos similares.

A pesar de la rápida y eficiente reacción del Estado frente a esta tragedia, y de la misma población que se organizó para auxiliar de la manera que podía a los heridos, la desolación, y sentimientos de temor y pesar en la población fueron inevitables. Muchas familias no se pudieron recuperar por la pérdida de algunos de sus miembros y tomó algún tiempo volver a construir las casas. La reacción del Estado permitió, en un primer momento, la rápida atención y evacuación de las personas heridas gravemente a Lima para ser atendidas.

Sin embargo, el plan de reconstrucción a cargo de CRYRZA no funcionó. Las acciones de la comisión evidenciaron, entre otros, un problema que se presenta hasta el día de hoy: corrupción. En la zona del desastre, se expropiaron todos los terrenos urbanos afectados a cambio de un monto mínimo como compensación. La reubicación en el nuevo plano catastral se planteó bajo criterios establecidos por la burocracia militar y por las instituciones de ayuda, quienes dieron prioridad a sus allegados. Las personas que, además de haber sufrido pérdidas materiales, perdieron a sus familiares o quedaron heridos gravemente no pudieron, al mismo tiempo, atender la recuperación de sus bienes materiales, de modo que la ayuda para ellas fue postergada injustificadamente (Chauca, 2010).

Por otra parte, en muchos lugares que fueron afectados por el desastre, no se tuvieron en cuenta las características de las estructuras para su reconstrucción. Tanto los materiales de construcción como el estilo arquitectónico de las nuevas casas cambiaron completamente. Si bien el uso de material noble podía implicar mayor seguridad, la transformación del estilo generó una gran sensación de extrañeza en la población.

El hospital, hasta ese momento, contaba con personal básico, como ya se ha mencionado. No contaba con una enfermera, que recién llegó con los cambios políticos en 1975;<sup>31</sup> solo contaba con auxiliares. No había estabilidad del personal. Los médicos llegaban y se iban pronto, así como las auxiliares. Beatriz recuerda que era un trabajo arduo. No obstante, era muy gratificante para ella: le encantaba lo que hacía y, como siempre se sintió muy capaz, podía atender sin mucho apoyo. Finalmente, llegó un

<sup>31</sup> En ese año, además, “El Colegio de Obstetricas del Perú, hoy Colegio de Obstetras del Perú, se constituyó el 15 de julio de 1975, mediante el Decreto Ley N° 21210, como entidad autónoma y representativa de los profesionales de obstetricia en todo el territorio, con personería jurídica y sede en la ciudad de Lima; se estableció la colegiación como requisito indispensable para el ejercicio de la profesión. Mediante la Ley N° 23346 del 19 de Diciembre de 1981, se reconoce a la profesión de Obstetricia como profesión médica, indicando que los profesionales que ejercen la profesión disfrutarán de los mismos derechos que la legislación y demás disposiciones otorgan a la profesión médica”.

médico que se quedó más tiempo que cualquier otro, Jorge Miano Trelles, un joven médico quien fue nombrado para trabajar en el Hospital de Carhuaz en 1972. Beatriz recuerda que mantuvieron un excelente vínculo laboral, porque realizaban un trabajo conjunto que se complementaba muy bien y que estaba basado en el respeto mutuo. Alguna vez, el médico Miano le dijo: “Yo no me meto en partos, señora. Yo le puedo ayudar, usted sabe”. Fue una relación muy cordial que llegó a su fin en 1975. Fue el último médico con quien Beatriz trabajaría de manera cordial en el Hospital de Carhuaz y en el servicio público en general. De esta manera, la tragedia del terremoto de 1970 marcaría el inicio de una década que también traería cambios de otro tipo para Beatriz.



*Beatriz fuera del Hospital de Carhuaz construido por la Delegación de Cuba luego del terremoto (1974)*

## LA IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO CIVIL DE GRADUANDOS: EXALTACIÓN DE EGOS Y LUCHAS DE PODER

*Esos muchachos que recién terminaban de estudiar querían mandarnos,  
en vez de tener respeto al sitio que están viniendo.*

Era 1975. El Estado iniciaba la implementación de una serie de medidas en el ámbito de la salud pública con el fin cubrir las altas demandas de atención que eran requeridas en todo el país. Si bien Beatriz ya había pensado en jubilarse, la implementación del programa del Servicio Civil de Graduandos (Secigra) terminó por acelerar este momento.

De acuerdo con Mayta-Tristán et al. (2014: 781-782), el origen del Secigra se remonta a 1936 cuando, en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), luego de la Revolución mexicana, se crearon los servicios sociales en medicina para atender la escasez de recursos humanos en salud (RHUS) en zonas vulnerables. Esta medida se volvió una política que fue propuesta bajo la idea de reciprocidad y cuyo fin era que los egresados retribuyeran mediante sus servicios la educación recibida por parte del Estado. En sus inicios, cumplir este programa era un requisito para que los graduandos y profesionales de salud pudieran ejercer en el territorio nacional o en una institución del Estado, realizar un programa de posgrado, obtener becas financiadas por el Gobierno, etcétera. En el Perú, este programa se implementó en 1972, a modo de piloto del servicio social de los graduandos, bajo el nombre de *Servicio Civil de Graduandos en Ciencias de la Salud* (Secigra-Salud).

A pesar de que Beatriz no conoció a mucho personal de este programa, no tiene un buen recuerdo de “los Secigras”, como ella los llama. Recuerda que, apenas llegó el primer médico de ese programa, este quería mandar a todo el personal del hospital. Considera que “los Secigras” fueron quienes la sacaron de su puesto. Beatriz recuerda con indignación el trato que recibían del nuevo personal, el maltrato hacia el personal que ya laboraba en el hospital antes de su llegada. Como parte de su molestia, señala que, además de ser irrespetuosos, en muchos casos, “ni siquiera tenían título”.

Beatriz tuvo que enfrentar una situación complicada con un médico recién llegado que era parte de este programa, que determinó en gran medida el camino que seguiría su ejercicio profesional. “[Ese

médico] tuvo el atrevimiento de entrar a mi consultorio y cambiarle la chapa para que no pudiera entrar”, recuerda. Cuando fue objeto de maltrato y de abuso de poder de parte de ese médico, viajó a Huaraz para interponer una queja formal en la Dirección General Departamental de Salud. Ahí le indicaron que debía remitir un memorándum al médico. Beatriz volvió a Carhuaz con esa sugerencia y puso el memo. Sabía que, por ser colegiada, tenía mayor peso que el médico del programa Secigra. Conocía de jerarquías, era respetuosa de las normas y no se quedaba callada ante lo que consideraba injusto. Finalmente, el médico Secigra se fue. Beatriz cuenta que luego llegó otro médico de este programa “más humilde y con ganas de aprender”. Sin embargo, nunca tuvo una buena impresión respecto del personal de salud que llegaba —de acuerdo con su perspectiva— “a practicar”.

Beatriz tuvo que enfrentar otra situación laboral difícil. Otro médico estuvo observando su práctica. Indagó sobre su forma de proceder durante los partos y sobre su práctica en general. A pesar de trabajar muy de cerca con ella en el hospital, no se le acercó para conversar ni para decirle directamente que no estaba de acuerdo con algunos procedimientos y atenciones que hacía. Sin decirle nada, fue a denunciarla a la instancia encargada de tratar esos temas en el Hospital de Huaraz. Su acusación se basaba en que Beatriz estaba asumiendo labores que no le correspondían, “que estaba cumpliendo las funciones de médica”, recuerda. En consecuencia, le pusieron un memorándum en el que le decían que no estaba autorizada a realizar las funciones de un médico. Beatriz hasta ahora no le encuentra sentido a esa llamada de atención. Ella era la única obstetrix. El médico practicante iba una vez a la semana al hospital. Y, si bien había dado la orden de que lo llamaran apenas se presentara una parturienta y que lo esperaran para la atención del parto, él no se encontraba en el pueblo, sino en la ciudad de Huaraz. En esa época, llegar a Carhuaz tomaba una hora y media con clima en condiciones normales. Si llovía, el tiempo era mayor. Además, el Hospital de Carhuaz no contaba con ambulancias en las que se pudiera trasladar a las parturientas a Huaraz. Muchas de las mujeres llegaban al hospital en el período expulsivo. Para Beatriz, la prioridad era atenderlas, a pesar de la orden dada por el médico. Ella recuerda que, cuando el médico llegaba luego de que ella había atendido sola un parto, este se indignaba. Le reclamaba a Beatriz porque no lo habían llamado y no lo habían esperado. Ella le explicaba que había sido imposible esperar. Según Beatriz, el médico reconocía que no estaba mal su forma de proceder en términos de atención médica, pero no podía aceptar que, además de ser capaz de hacerlo, asumiera las funciones que le correspondían a él por ser médico: “Por una parte, tiene razón, pero usted no está obligada a hacer lo que podemos hacer los médicos”, le dijo alguna vez. Beatriz, hasta el día de hoy, no considera que fuera una opción dejar de hacer todo lo que estuviera a su alcance, sobre todo si sabía de su capacidad para atender un parto de la mejor manera si no estaba presente el especialista.

Ese fue un año determinante para el inicio de una nueva etapa en la vida de Beatriz. Un giro en el ejercicio de su profesión la esperaba. Con la implementación del programa Secigra, se había producido la llegada de médicos sin mucha experiencia. Del mismo modo, llegó a trabajar la primera enfermera al Hospital de Carhuaz. El personal enviado como parte de ese programa debía ser en principio un gran apoyo para la atención en el hospital; sin embargo, terminó siendo para Beatriz el origen de muchos conflictos que no solo la afectaron directamente a ella, sino al resto del personal que ya

trabajaba en el hospital, así como a las pacientes. Los nuevos empleados no mantenían comunicación con quienes habían estado trabajando en el hospital durante años. No les informaban sobre la situación de los pacientes ni sobre otros asuntos. Peor aún, Beatriz recuerda que informaban mal. Al igual que los médicos, las enfermeras también generaron un conflicto. Según Beatriz: “Llegaron a hacer laberinto con las pobres auxiliares. No las aguantaban. Mandonas. Además, no querían hacer guardia. Ellas querían dormir. Dejaban que las auxiliares atendieran”. Beatriz cuenta: “Ahí fue que tuve que renunciar”. El maltrato directo y constante que sufrió la llevó a retirarse ese año, 1975. “Ya no era vida”, recuerda. Ese año dejó su trabajo en el hospital y empezó un nuevo reto.<sup>32</sup>

Tal vez, con una gestión distinta, Beatriz hubiera continuado laborando y hubiera podido aportar en la formación de practicantes o de profesionales recién egresados. Sin embargo, no fue así: según su experiencia, “los Secigras” la llevaron a renunciar. Beatriz empezaba, de esta manera, una nueva etapa en su vida profesional: la atención particular en su propio consultorio.

---

<sup>32</sup> Véase Anexo 5: resolución directoral que acepta la renuncia de Beatriz al cargo de obstetriz del Hospital de Carhuaz.

## LA INDEPENDIZACIÓN DEL SECTOR PÚBLICO: EL CONSULTORIO PRIVADO

*Sea cualquier hora, yo te atiende.*

Beatriz, quien ya había renunciado a su puesto, empezaba un nuevo proyecto como parte de su ejercicio profesional: continuar de manera independiente la atención de partos. Empezó atendiendo a domicilio. Tenía su equipo, que llevaba a donde requirieran de su atención. Su esposo tenía una pequeña camioneta. Él la llevaba a todas partes, “hasta la pampa”, recuerda Beatriz: Marcará, Tinco, Mancos, Yungay, Caraz.

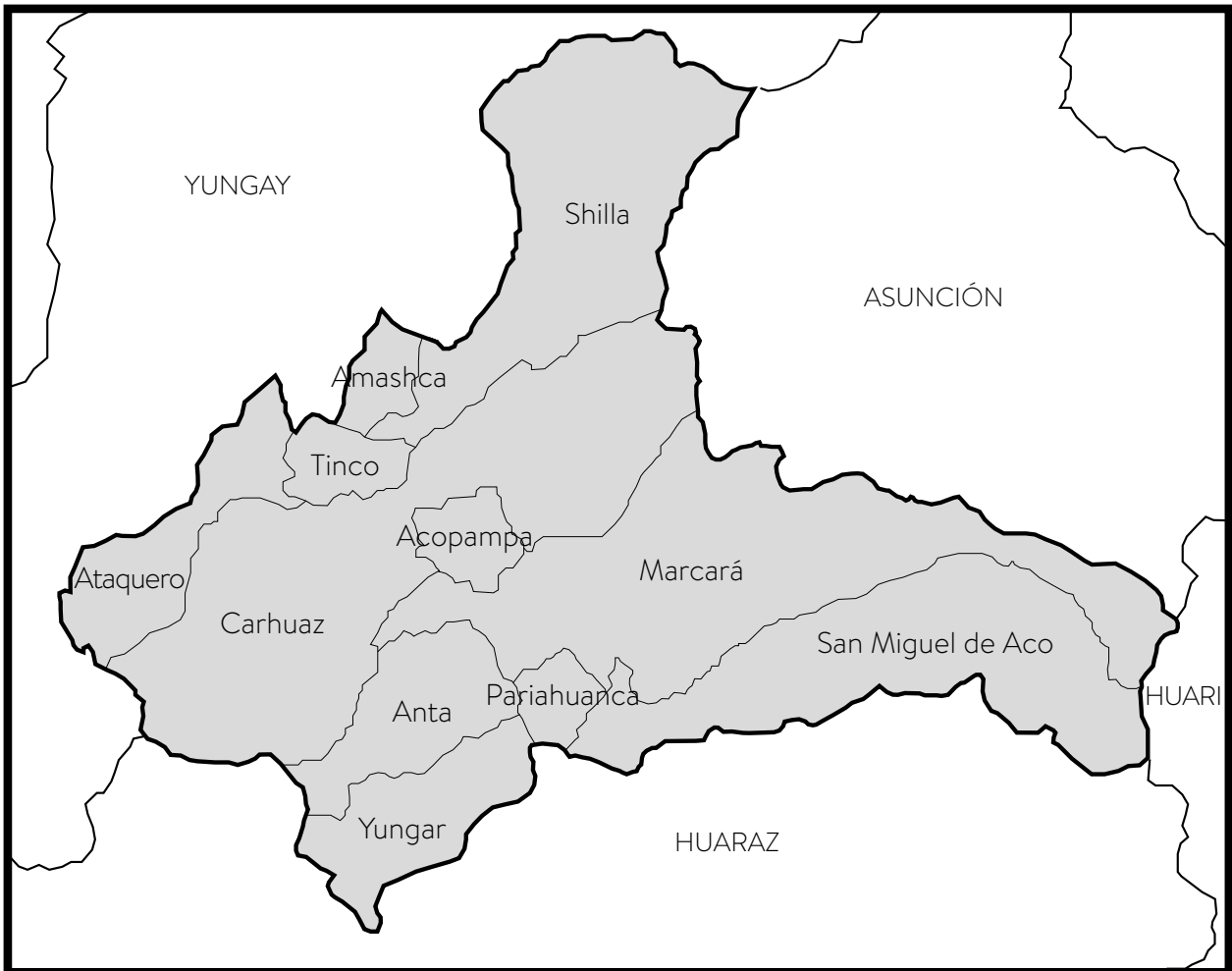
También, llegaban a cualquier hora de distintos lugares para recogerla y llevarla. Cuando empezó, Beatriz pensaba que sería más cómodo de esa manera, pero no resultó ser así. Se iba, por ejemplo, a Marcará para atender a una mujer y, en ese momento, llegaba a Carhuaz otra mujer de Acopampa y no encontraba a Beatriz. A veces, la parturienta podía esperar a que regresara, porque todavía no estaba avanzada, pero no siempre los tiempos estaban sincronizados. “Era un trajín para mí”, recuerda Beatriz, así que optó por no salir de su consultorio para atender, salvo en casos excepcionales. Desde ese momento decidió que, si alguna mujer quería ser atendida, tendría que ir a su consultorio.

En la puerta de su consultorio, hasta hoy se puede ver una placa que dice “Beatriz Flores de Torres. Obstetriz”. El lugar era parte de su casa, un lugar especialmente acondicionado e implementado para atender los partos. Era un espacio amplio. En una sala, que también funcionaba como consultorio, se quedaban las mujeres que estaban en trabajo de parto. Cuando avanzaban en el proceso, pasaban a otra habitación que funcionaba como sala de partos. Eso le daba la posibilidad de atender a más mujeres y a cualquier hora. Entonces, llegaban de Toma, de Tinco, de Marcará, de Acopampa, etcétera. Con este nuevo sistema, Beatriz podía atender de cuatro a cinco partos consecutivos. Es interesante cómo fue ajustando cuestiones de logística con el fin de seguir atendiendo de manera oportuna a la mayor cantidad de mujeres.

Además de la atención durante el parto, Beatriz ofrecía otros servicios. Ella realizaba consultas sobre medicina general durante la gestación y el posparto. Era una especie de triaje, en el que evaluaba a la mujer y, si era necesario, la derivaba para ser atendida en el hospital. Asimismo, como parte del acompañamiento durante el embarazo, daba recomendaciones. Luego del parto, cuando las mujeres se habían recuperado, Beatriz les brindaba información y orientación sobre planificación familiar, labor que estaba dirigida a las mujeres gestantes. Sin embargo, la mayoría de la población que atendía era campesina y solo acudía para el parto, de modo que no era factible realizar un trabajo preventivo. A duras penas, se lograba que las mujeres acudieran a realizarse controles prenatales. Por eso, Beatriz explicaba básicamente el método de ovulación Billings (MOB). Recuerda que se trabajaba con las mujeres y sus parejas: se hacían cuadros explicativos sencillos que señalaban principalmente los días en los que era posible un embarazo. Había aceptación inmediata, pero era muy difícil hacer seguimiento. Beatriz recuerda, además, que había una “moderada población con la que se trabajaba con pastillas anticonceptivas e inyectables aplicados cada mes o cada tres meses”. Asimismo, se trabajó estrechamente con la Cruz Roja del Perú, con la señora Colomba Ghigliano, en la prevención en temas de sexualidad, como los exámenes de papanicolaou.

Beatriz había implementado un sistema de atención en su consultorio muy distinto al que se aplicaba en el Hospital de Carhuaz. Las y los bebés nacían y se quedaban al lado de sus mamás tres días. En ese espacio, la participación de la familia o de personas cercanas a la parturienta era valorada y requerida. La mamá, la abuela, la pareja o algún otro pariente ayudaba en lo que fuera necesario. Beatriz está convencida de que, si está presente alguna persona cercana a la mujer acompañándola y apoyándola, esta se sentirá más segura. Siempre ha considerado que parte de su labor es darles valor y fuerza a las mujeres: “Tienes que ser valiente, hijita. Tú tienes que poner de tu parte, hijita. Yo te voy a ayudar como apoyo, cuando sea necesario”, les decía. Sin embargo, si bien Beatriz cree que las mujeres tienen el poder de sobreponerse al dolor y parir, considera también que mantener la calma es una cuestión psicológica y que no todas llegan preparadas al momento del parto. Ha atendido mujeres que empiezan a gritar incontrolablemente y a quienes no ha podido ayudar. En esos casos, tuvo que derivarlas: “Sabes, hijita, tienes que ir al hospital, porque tú no puedes ayudarte tú misma. Vas a necesitar que te hagan un corte abajo, porque no aguantas el dolor”.

Por otra parte, su renuncia al sector público, contrariamente a lo que se hubiera esperado, no significó la división y ruptura de relaciones con este. A pesar de la independización del hospital, Beatriz mantendría con esta institución, durante las décadas siguientes, un fuerte vínculo de trabajo. Esto se debió principalmente a que, durante mucho tiempo, fue la única obstetriz en toda la provincia. Llegaban muchas obstetrices, pero solo se quedaban el tiempo que les correspondía para cumplir sus prácticas. Por ello, “al hospital no le convenía que yo desapareciera. No me decían nada. Al contrario, me apoyaban dándome las partidas de nacimiento. Y yo les informaba para la partida de defunción de algún bebé que nacía muerto”, cuenta Beatriz. El hospital siguió dependiendo de sus servicios por la gran demanda de atención que existía en la zona. Beatriz actuaba como apoyo para el hospital. Muchas mujeres embarazadas eran derivadas a su consultorio.



*Provincia de Carhuaz y sus distritos*

## LAS EXPERIENCIAS EN SU CONSULTORIO

Beatriz ha atendido tantos partos a lo largo de su actividad profesional, en el hospital y en su consultorio, que ha perdido la cuenta. Sin embargo, sabe que en Carhuaz ha ayudado a parir a tres generaciones de mujeres desde que llegó en la década de 1950. En todo ese tiempo, ha vivido experiencias diversas: algunas le mostraron lo fuertes y sanas que podían ser las parturientas; otras le enseñaron cómo pueden afectarles física y psicológicamente ciertas situaciones que no fueron controladas con anticipación y algunas que están invisibilizadas.

Beatriz recuerda con emoción un 31 de diciembre. Una muchacha primeriza de 24 años llegó a las 5:30 a.m. con dilatación avanzada y de cuarenta semanas. Esperaban el nacimiento para los primeros días de enero. Sin embargo, el 30 de diciembre, la mujer ya presentaba dolores de parto. En ese momento, no pensaban que el nacimiento se produciría tan rápido, pero Betty la examinó y supo que en dos horas aproximadamente nacería la bebé. La mujer dio a luz a las 8:05 a.m. a una niña de buen peso: 3 kilos y 300 gramos. No hubo ninguna complicación. El parto se llevó a cabo con normalidad. A las cinco de la tarde, la mujer le dijo que se iba a ir a su casa para recibir a su familia que había llegado de Lima. Ella decía que se sentía bien, que iban a recibir el Año Nuevo. Beatriz recuerda que se vio en apuros para bañar a la bebé, firmar la partida de nacimiento, llenar los otros papeles, colocar la vacuna. A las seis de la tarde se fue la mujer con su hija recién nacida, pero, antes de irse, le dijo: “Usted también ya, señora, reciba el Año Nuevo ya tranquila. Yo me siento ya bien, ya. Mi mamá me va a atender”. Beatriz recuerda que el esposo era el más apurado en irse. Se había preparado mucho para celebrar; “hasta habían matado un lechón”, recuerda entre risas Beatriz. Es un parto que guarda en su memoria como un buen recuerdo por el buen ánimo y buena salud de la parturienta, y de la niña que nació.

Sin embargo, a pesar de que puede parecer una situación feliz, revela algunos problemas estructurales. Uno de ellos, visto anteriormente, es la construcción de la noción de raza y de los prejuicios alrededor de esta. Tal como lo señala Lossio et al. (2016), basándose en Quiroz (2012) y Necochea (2016), los discursos médicos estaban impregnados de visiones de clase y raza, de modo que se pensaba que las mujeres campesinas indígenas tenían una mayor resistencia al dolor que las mujeres urbanas de clase media y que no necesitaban de reposo posparto. En este caso, se podría hablar

específicamente de las mujeres andinas. Es interesante que una anécdota tan simple muestre cuán arraigada está la idea de que ciertas mujeres son más resistentes por naturaleza, de modo que se espera que sigan con sus actividades de manera normal apenas han parido, como preparar los alimentos para una fiesta o atender a la familia. Otro problema estructural se revela en el caso anterior: la paternidad no despierta necesariamente empatía hacia una mujer que acaba de parir, sino, por el contrario, puede activar las formas que sostienen a este sistema patriarcal en el que vivimos y que han sido tan bien aprendido por todos y todas.

Beatriz guarda también recuerdos no muy gratos. Otra mujer llegó a su consultorio en período expulsivo para ser atendida. Beatriz la recibió y la mujer parió a las 4:30 p.m. Todo se desarrolló con normalidad durante el parto. Su familia la acompañó desde su llegada. A las 6:00 p.m., Beatriz le sirvió la comida y la dejó con su familia. Unos minutos después, el nuevo padre buscó a Beatriz para decirle que su esposa no quería comer. Beatriz se acercó para ver qué era lo que sucedía y se dio cuenta de que estaban peleando: “¡Yo no quiero ver a ese chico, llévatelo! ¡Yo no he querido hombre, yo he querido mujer!”, escuchó que gritaba el esposo. Era una pelea por el bebé que acababa de nacer. Luego, Beatriz escuchó que la mujer le decía en quechua a su esposo que debían pagarle. El hombre le contestó algo que Beatriz no entendió. Sin embargo, recuerda que lo que dijo indignó a la mujer, quien se encontraba sumamente molesta. La discusión se volvió más intensa. Beatriz, en ese momento, mientras ellos discutían, notó que la mujer se estaba desangrando. Cayó al piso, al lado de su hermana, quien le hacía compañía. Había un charco de sangre. Inmediatamente, le tomó el pulso. Este era muy débil. Le empezaron a hablar, pero ya no contestaba. Le puso cloruro de sodio, consiguieron un auto y la llevaron al hospital. Llegaron alrededor de las 7:30 p.m. Ingresó aún con vida, pero no había sangre para realizar una transfusión. La mujer perdió el conocimiento y ya no se pudo hacer más. “Nos ganó, nos ganó”, lamenta hasta hoy Beatriz.

En este caso, la mujer estaba anémica. Era una condición que no se tuvo en cuenta, porque no se había controlado. Beatriz la había atendido en sus partos anteriores y, en esta nueva oportunidad, lamentablemente, se confió. Durante el parto, no presentó problemas. La placenta salió completa, pero el útero no se contraía bien. A pesar de las ampollas de ergometrina que Beatriz le aplicó después del parto para lograr estas contracciones, la hemorragia se produjo. Varios factores confluieron para terminar en este penoso desenlace: la anemia que no se detectó por la falta de controles prenatales, su condición de múltipara (el bebé era su octavo hijo), y, sobre todo, la cólera que llevó a esta mujer a sentarse y a gritar hasta generar una hemorragia incontrolable. “Ese bebé debe tener doce años ya”, dice Beatriz con pesar al recordar la pérdida de esa mujer.

Esta lamentable historia llama la atención sobre la perspectiva que se tiene, en general, sobre los procesos de embarazo, parto y posparto. Si bien, desde el sistema médico, hay una serie de condiciones que deben cumplirse para que el desarrollo de estos procesos sea adecuado y seguro, es necesario que se tome en cuenta, así como las cuestiones culturales, el aspecto emocional y afectivo de las mujeres. Este ámbito es sumamente importante para que el parto sea una experiencia buena en todos los sentidos posibles para una mujer, y su hija o hijo.

Además de la responsabilidad —culpa— que recae sobre las parteras tradicionales cuando intervienen en un parto, la responsabilidad sobre cómo se desarrolla el embarazo y el parto dentro del sistema de salud oficial suele recaer sobre la mujer, sobre todo en zonas rurales y periurbanas: si no se realizó los controles periódicamente en un establecimiento de salud, si recibió atención de una partera tradicional, si no se alimentó bien, si no pone de su parte, si hizo esto o lo otro, y un largo etcétera. Sin embargo, se debe tener en cuenta que los problemas que pueden presentar las mujeres en el embarazo o durante el parto, y que tienen consecuencias en el feto, son estructurales y no son siempre responsabilidad de ellas, sino del Estado. Estos problemas se deben a su desinterés histórico por corregir las causas de esta situación, que afecta a todas las mujeres, pero, sobre todo, a aquellas que el discurso siempre ha identificado como parte de la población que requiere atención prioritaria a través de políticas públicas, atención que, en la realidad, no solo no beneficia a las mujeres, sino que muchas veces las afecta y violenta.

Uno de estos problemas que se mantiene a lo largo de las décadas son los niveles de pobreza o pobreza extrema. Esta, entre otras causas, obliga a las mujeres a continuar realizando actividades o trabajos que implican una sobrecarga para su proceso, y que las vulnera física, mental y espiritualmente. A eso se suma la incapacidad del Estado para integrar los sistemas de salud comunales preexistentes con el sistema de salud oficial desde su creación. Por ello, desde hace muchas décadas, el control de los nacimientos es parte de una política de Estado y no se valida ninguna otra opción que esté fuera del sistema biomédico, de modo que no solo ofrece, sino obliga a las mujeres a atenderse dentro del sistema de salud oficial bajo su protocolo salvo muy pocas excepciones. Este implica un alto grado de violencia ejercido contra ellas, pues reciben un trato basado en la falta de reconocimiento de su cultura, de su lengua, de sus costumbres, de sus sentimientos, etcétera, trato que se puede verificar también, de manera cotidiana, en zonas urbanas.

Otro de los factores que no parece interesarle al Estado es la situación en la que las mujeres han quedado embarazadas. Una realidad de permanente violencia física y psicológica por parte de la pareja o del entorno es claramente un factor de riesgo para ellas. Principalmente las adolescentes que viven en una situación de constante violencia ejercida por miembros del entorno familiar se ven obligadas a buscar alternativas para salir de ese círculo. La edad es otra variable importante para analizar las condiciones en las que se van a desarrollar el embarazo y el parto, de modo que las niñas o adolescentes son la población más vulnerable. La concepción remite a situaciones de violación sexual en el caso de las niñas y son altas las probabilidades de la consumación de este delito en el caso de las adolescentes. Como señalan Mendoza y Subiría (2013), los impactos del embarazo en mujeres adolescentes, individual y colectivamente, son graves, sobre todo si no es resultado de una decisión libre e informada, como sucede en la mayoría de casos. Esto se relaciona directamente con la limitación de sus proyectos de vida (Mendoza y Subiría, 2013: 474). Los principales factores de riesgo en relación con lo biológico son el incremento de la tasa de morbimortalidad, dadas las probables complicaciones obstétricas que se pueden presentar como hemorragias uterinas, abortos espontáneos, amenazas de parto prematuro, preclampsia, eclampsia, parto prolongado, bajo peso del recién nacido, entre otras causas (Rodríguez, 2013 citado por Dueñas, 2018: 7-8). A lo anterior se

suma la muerte de adolescentes por abortos mal practicados. Asimismo, se producen riesgos relacionados con la desnutrición infantil y la muerte temprana, tanto de la adolescente como de sus hijos o hijas (Mendoza y Subiría, 2013: 474). Por otra parte, en el Perú, del 10 % al 20 % de mujeres de 15 a 24 años deja la escuela a causa del embarazo, matrimonio o para cuidar niños o niñas. Nueve de cada diez madres adolescentes no asisten a ningún centro educativo. En el caso de las adolescentes en situación de pobreza, el embarazo las lleva a tener un empleo a edades más tempranas y bajo condiciones laborales precarias. Es claro que esta situación básicamente perpetúa las inequidades (Mendoza y Subiría, 2013: 474-475).

Finalmente, el elemento más invisibilizado por el discurso del Estado y del sistema de salud es el deseo de las mujeres: una vez que se conoce que una mujer está embarazada, su voz queda silenciada por las diversas instancias del Estado y de la sociedad. Su cuerpo pasa a ser objeto —aunque nunca lo deja de ser, en esta situación, cobra mayor importancia para el Estado y, por ello, recae mayor control sobre este—. Asimismo, se vuelve materia de las políticas públicas basadas en principios del patriarcado y en otras ideas fundamentalistas que nos coloca a años luz de un Estado laico. Desde ese momento, la mujer tiene la obligación de asumir un embarazo —aunque no lo desee— y de parir a un nuevo ser que sea saludable. Además, ella debe mantenerse de la mejor manera para poder criarlo bien y que logre ser una ciudadana o ciudadano que sirva a la patria. Bajo el discurso y el sistema legal del Estado peruano —y de ciertas instituciones religiosas con una poderosa injerencia en cómo se legisla en nuestro país—, la única posibilidad es que ese embarazo continúe su normal desarrollo. En ese sentido, el principal problema que enfrentamos las mujeres son los mecanismos que operan, desde el Estado y la sociedad, para no permitir que nosotras podamos decidir sobre nuestros propios cuerpos, de modo que puedan continuar violentándonos.<sup>33</sup>

En el caso del Perú, en 2000, se planteó la necesidad de capacitar a los y las parteras tradicionales. Para ello, el Minsa elaboró el documento “Lineamientos normativos para la capacitación de parteras(os) tradicionales”, bajo la premisa de que

La partera tradicional también es un aliado principal en el proceso de adecuar la atención que se brinda en los establecimientos de salud a la realidad antropológica y geográfica de cada comunidad. De acuerdo a lo observado, esta estrategia fortalecerá el clima de confianza entre el personal de salud y el usuario de las áreas rurales, lo que permitirá incrementar la cobertura de atención del parto en nuestros servicios. (Minsa, 2000: 5)

<sup>33</sup> Estas ideas nos llevan reflexionar sobre cuántos de esos embarazos llevados a término no son deseados por ser producto de una violación sexual o por otras razones, así como cuántos de estos partos no deberían producirse porque la mujer nunca quiso ni aceptó el embarazo. Si bien aparentemente no está directamente relacionado con el tema que se aborda en esta investigación, es necesario comprender que el derecho que tiene una mujer a un parto humanizado o respetado es indesligable del reconocimiento del derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo y su propio bienestar. En ese sentido, el derecho al aborto es otro tema pendiente en la agenda de las mujeres para la conquista de derechos. Es un tema que debe ser debatido, sobre todo en un contexto como el nuestro en el que no está garantizada una educación sexual integral, y en el que se vulneran constantemente los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Cabe mencionar que ese inicio de la violencia —el negar el derecho a elegir— se prolonga durante todo el embarazo y se potencia durante el parto, sobre todo en el caso de las niñas, adolescentes o de mujeres de zonas rurales que se encuentran en situación de pobreza y cuya lengua materna no es el castellano.

El documento señala como uno de sus objetivos específicos: “Fortalecer la labor de la partera(o) tradicional para promover el cuidado de la salud materna y perinatal por las familias y comunidades, así como la participación comunitaria en la solución de los problemas de la salud materna” (Minsa, 2000: 9). Sin embargo, más allá de realmente buscar la promoción de los y las parteras tradicionales, esta iniciativa procuraba incrementar el acceso de las mujeres y del recién nacido a los servicios de salud, y, sobre todo, limitar la actividad de los y las parteras, en tanto la principal función que se les asigna en casi la totalidad de casos es derivar a las mujeres al establecimiento de salud.<sup>34</sup> Esto revela un claro intento por parte del Estado de controlar a las mujeres, en primer lugar, para restringir su opción de elegir cómo parir, y, en segundo lugar, para evitar el ejercicio de los y las parteras con el fin de acabar con su ejercicio a mediano o largo plazo.

---

<sup>34</sup> De acuerdo con el documento “Lineamientos normativos para la capacitación de parteras(os) tradicionales”, las principales funciones a cumplir por la partera(o) tradicional eran las siguientes: a. reconocer y derivar a las gestantes, parturientas y puérperas que presenten algún signo de alarma a un establecimiento de salud más cercano; b. atender los partos en la comunidad solo en los casos en los que por razones de fuerza mayor el traslado a un establecimiento de salud no sea posible; c. informar a las gestantes sobre la importancia del control pre-natal y los cuidados que deben tener durante el embarazo; d. identificar a los gestantes de su comunidad y derivarlas al establecimiento de salud más cercano para su control pre-natal; e. informar periódicamente al establecimiento de salud sobre sus actividades desarrolladas; y f. acompañar a la gestante y/o parturienta al establecimiento de salud para que reciba atención calificada. En caso de una emergencia obstétrica o neonatal, deberá tomar las siguientes acciones: a. aplicar medidas básicas de atención y su referencia inmediata a un establecimiento de salud; b. apoyar en el cumplimiento de las indicaciones y/o tratamientos dados por el personal de salud a gestantes y puérperas; c. brindar educación sanitaria en aspectos de salud reproductiva; d. promover en su comunidad el uso del Seguro Materno Infantil y las “Casas de Espera para Gestantes de Alto Riesgo” (Minsa, 2000: 12).

## SU VISIÓN SOBRE LAS NUEVAS GENERACIONES DE OBSTETRAS

*Más parece que dictan cursos para abogados que para obstetras,  
más enfocado a cuestiones sociales, políticas.*

Beatriz, después de tantas décadas de ejercicio, tiene una mirada crítica sobre la formación de las nuevas generaciones de obstetras. Ella ha sido testigo de cómo ha ido cambiando. Incluso, lo ha visto directamente en el caso de una de sus nietas, quien ha estudiado Obstetricia también. Cuestiona la formación que actualmente reciben las y los estudiantes, porque considera que ahora esta se enfoca más en la parte social y que ya no se preparan tanto en la parte científica y académica. Ella considera que ahora las obstetras cumplen la función de auxiliares, es decir, de asistencia a un médico, a pesar de que se trate de un parto normal. Una de las razones —cree Beatriz— es que el internado ha dejado de ser un espacio, y un período de aprendizaje y de experiencia. Sin embargo, la razón de fondo estaría en el rol y en las funciones que consideran las escuelas de medicina y el Estado que deben asumir las y los obstetras. En este punto, se evidencia el poder sobre todo de las y los médicos frente a un gremio que, a lo largo de su historia, ha constituido una amenaza para parte de su sector.

Beatriz recuerda que, anteriormente, las obstetras llevaban cursos de la especialidad que, luego, les permitían, por ejemplo, recetar y utilizar los medicamentos que consideraran necesarios para las mujeres que atendían. No requerían, como hoy en día sucede con las y los obstetras, que la receta llevara la firma de una o un médico: estaban autorizadas a prescribir medicamentos. Resulta claro que tales conocimientos les otorgaban cierto poder, en tanto tenían una de las facultades que poseían aquellos. El cambio en la malla curricular, la eliminación de materias o de los contenidos relacionados con esos conocimientos, les quitó ese poder, y las subordinó aún más. A esta situación se suma la tensión constante que ha estado presente a lo largo del desarrollo de la obstetricia y que sigue vigente desde que fue reconocida oficialmente como profesión médica.<sup>35</sup> Es una especialidad que ha enfrentado y que sigue enfrentando muchos obstáculos, que no solo provienen del ámbito médico, sino del político.

---

<sup>35</sup> Véase Anexo 6: resolución de El Peruano: Ley 23346 (reconocimiento de la profesión de obstetricia como profesión médica).

Por ejemplo, en 2018, a través del Proyecto 2331, a propuesta del legislador Segundo Tapia del partido Fuerza Popular, se pretendió derogar la Ley 23346 que reconoce a la obstetricia como profesión médica, ley con más de 36 años de vigencia en ese momento; sin embargo, fue archivado, porque no tenía una finalidad pública. Fuera de las razones técnicas que presentó para proponer tal medida, el congresista Tapia, médico gineco-obstetra de profesión, deja ver su postura de rechazo a la presencia y a la labor de las y los obstetras al señalar constantemente, como lo hace parte de su gremio, que son intrusos en la profesión (*La República*, 2018). Este tipo de situaciones revela cuán vigente es la pugna por un campo de acción que ha sido disputado por décadas, situación que desconoce o minimiza el hecho de que, en muchas regiones del país, el número de médicos gineco-obstetras es menor, en gran porcentaje, que el número de obstetras (*La República*, 2018).<sup>36</sup>

A pesar de que la intervención del Estado en el control de los nacimientos ha estado presente desde hace casi dos siglos y de que Beatriz ha sido testigo de ello durante su ejercicio en el sector público, cuestiona que siga funcionando de la misma manera actualmente. El Estado obliga a las mujeres en estado de gestación a atenderse en el hospital. De lo contrario, las multa. Sin embargo, a pesar de la coacción, muchas aún se resisten a realizar los controles prenatales y a parir en dicha institución. El rechazo parece justificado por el evidente maltrato psicológico que reciben desde que ingresa la parturienta al hospital: “Le dan poca importancia. Por ejemplo, le viene un dolor en la subida del hospital. La pobre mujer se queda ahí y le gritan: ¡Sube! ¡Apresúrate! Tienes que hacer ejercicio”. Esas indicaciones, ese maltrato, son contraproducentes para el proceso, porque “lo único que tienen que hacer es esperar que pase el dolor y que retome la confianza para seguir”, señala Beatriz. Por otra parte, su mala experiencia con los médicos y las enfermeras del Secigra la lleva a tener una mejor imagen de los serumistas.<sup>37</sup> Si bien ella ya no trabajaba en el hospital en ese momento, pudo ver de cerca cómo funcionaba ese programa y lo valora.

Asimismo, Beatriz critica algunas acciones que considera contrarias a ciertos principios básicos que se deben respetar, como la aplicación de todas las técnicas necesarias para lograr un parto vaginal cuando las condiciones lo permiten. Si bien reconoce que la cesárea es un procedimiento necesario en determinadas circunstancias, considera que no es justificable la enorme cifra de cesáreas que se practican hoy en día. Con molestia, denuncia la norma que exigía que los practicantes debían hacer cincuenta cesáreas para obtener el título de médico cirujano gineco-obstetra. Beatriz cree que normas de ese tipo empujan a los médicos a practicar una cesárea a cualquier costo, incluso engañando a las mujeres: “Tu chico está atravesado. Tu hijo está con los cordones envueltos. Te vas a morir”.

<sup>36</sup> De acuerdo con el Colegio de Obstetras del Perú, el número de médicos gineco-obstetras es menor que el número de obstetras: Amazonas, 11 gineco-obstetras y 260 obstetras; Arequipa, 38 y 445; Lima, 473 y 2080; Cusco 35 y 527, entre otros (*La República*, 2018).

<sup>37</sup> El Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (Serums) es un programa creado en 1981 con una reglamentación establecida en el año 1997. La Ley 19646, Servicio Civil de Graduandos en Ciencias de la Salud Humana (Secigra-Salud), exige el cumplimiento de este programa como un requisito indispensable para médicos, odontólogos, enfermeros, obstetras, químico farmacéuticos, nutricionistas, tecnólogos médicos, asistentes sociales, biólogos, psicólogos, veterinarios e ingenieros sanitarios para ocupar cargos en entidades públicas, ingresar a los programas de segunda especialización profesional y recibir del Estado beca u otra ayuda equivalente para estudios o perfeccionamiento. Luego, dejó de ser obligatorio y, actualmente, “tienen un carácter más parecido al internado de las ciencias de la salud; es decir, son períodos de 6 a 12 meses en instituciones públicas en su misma ciudad y continuando con la supervisión de la universidad a la que pertenece el estudiante” (Mayta-Tristán, 2014: 782).

La cesárea es un procedimiento considerado una cirugía mayor, con un riesgo cuatro veces más alto que el de un parto vaginal desarrollado en condiciones óptimas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una intervención justificada entre el 5 % y el 15 % de los nacimientos (Mideros, 2008: 249). Las consecuencias pueden aumentar cuando se practica en mujeres de zonas rurales, sobre todo en aquellas que trabajan en el campo. Esa es una situación complicada, porque supone un proceso de recuperación de varios meses, que requiere de cuidados muchas veces incompatibles con su forma de vida. Lamentablemente, “las invalidan; a menos que quieran controlar la herida siempre les anda hincando, hay adherencias”, dice Beatriz. Al trauma de la cesárea, se suma una serie de limitaciones o contraindicaciones a causa de esta intervención. Beatriz señala que está muy difundido el mito de que es imposible para una mujer tener un parto vaginal luego de una cesárea. Es completamente factible que, después de una cesárea, se produzca un parto vaginal. Beatriz recuerda haber atendido a una señora que, luego de una cesárea en su primer parto, tuvo seis hijos con su ayuda. Eso la hace sentir muy orgullosa: “Haber tenido ese honor de atenderla”.

## EL ÚLTIMO PARTO: LA VOCACIÓN QUE PERMANECE

*Ahora vivo tranquila en Carhuaz.*

*Aún sigo explicando sobre los partos cada vez que alguien lo requiere.*

Durante más de seis décadas, Beatriz puso su vocación al servicio de las mujeres de Carhuaz. Fueron veinticinco años dedicados a la atención en el hospital y cuatro décadas en su consultorio. Durante esa última etapa, ella atendía regularmente partos de mujeres que vivían en la misma ciudad de Carhuaz y de aquellas que llegaban de las comunidades anexas. Lo había hecho toda su vida tal como lo aprendió en la universidad: aplicando sus conocimientos y usando el instrumental básico que sabía manejar a la perfección, pero también integrando parte de las costumbres e idiosincrasia de la comunidad en la que se insertó. Sin embargo, un día entraron en vigencia nuevas normas del Minsa y Beatriz recuerda, por ejemplo, que el personal del hospital dejó de facilitarle las partidas de nacimiento para los bebés de los partos que atendía en su consultorio.

De igual manera, llegó a su casa un documento del ministerio, en el que se detallaba una serie de requisitos para que su consultorio siguiera funcionando, es decir, para que siguiera ejerciendo su profesión legalmente. Los requerimientos establecían, entre otros aspectos, que contara con equipo especial, como una incubadora para bebés prematuros; por otro lado, demandaban la presencia permanente de personal de salud, específicamente de un médico y una enfermera. Su instrumental era básico y ella atendía sola. A pesar de estas complicaciones, por un momento, se planteó alinear-se a las exigencias del sistema público de salud. Había un médico que quería trabajar con ella, pero fue trasladado a otro hospital.

Sin embargo, en tanto dependía del hospital para certificar los nacimientos, debía cumplir uno de los requisitos exigidos por el Estado para el ejercicio de la profesión médica en ese momento: tener máximo de 70 años de edad. Dado el incumplimiento de los requisitos exigidos, a Beatriz no le renovaron la licencia; formalmente no debía seguir atendiendo, pero lo hizo. Había muchas mujeres que solicitaban su atención, pues, ya sea por partos anteriores o por referencias de otras mujeres, preferían ir donde ella que al hospital. Y Beatriz sabía que aún podía atenderlas, como lo había hecho desde que llegó a Carhuaz, porque tenía aún la fuerza y los conocimientos.

Estas condiciones, si bien respondían a las nuevas políticas de salud y protocolos de atención —que, de alguna manera, aspiran a mejorar los estándares de calidad—, cambiaban la forma en la que Beatriz había construido su propio sistema de atención y sus expectativas frente a su desarrollo profesional. Su trabajo se vio disminuido, pero continuó. El final llegaría inevitablemente, a pesar de que no fue como ella lo hubiera deseado. Un hito en la vida de Beatriz llegó en 2015: atendió el último parto en su consultorio. En ese momento, tuvo que parar, a pesar de que aún estaba en condiciones físicas de seguir trabajando. De esta manera, Beatriz dejó de ayudar a parir a las mujeres de la provincia de Carhuaz; dejó de ejercer.

A pesar de que su salud se ha deteriorado por algunos accidentes sufridos, Beatriz mantiene la lucidez y la fuerza, esa que trasciende lo físico y que se lleva en el corazón. Sigue viviendo en Carhuaz, realizando sus actividades cotidianas y conversando con quien lo requiera sobre el embarazo o el parto. Dada su vocación, resulta imposible imaginarla alejada de temas o conversaciones relacionados con su profesión.

## RECORDAR Y MIRAR HACIA ADENTRO PARA CERRAR

*Me gustaba el trabajo y me sacrificaba por mi profesión. Amo mi profesión.*

*Me sirvió para ahogar mis penas y para mis alegrías.*

En una de aquellas conversaciones que tuvimos sobre aspectos que no están directamente relacionados con el ejercicio de la profesión de obstetrix, le pregunté a Beatriz acerca de esos temas que, décadas después, parecen no tener sentido. Los “hubiera” casi siempre son impertinentes; sin embargo, suelen también revelar sentimientos y expectativas que quedaron atrapados en el tiempo y que son importantes para comprender la real dimensión, en este caso, de su desarrollo profesional.

Le pregunté por su estadía permanente en Carhuaz. ¿Por qué nunca volvió a Iquitos? ¿Por qué se quedó en Carhuaz hasta el día de hoy? ¿Qué sentimientos le produjo ese viaje sin retorno? Quedarse toda su vida en Carhuaz y no volver a Iquitos, su lugar de nacimiento y en el que vivió hasta los dieciséis años, no le generó aparentemente ningún pesar: “Encontré un trabajo y un amor que me hizo olvidar la selva; no me gustaba la selva”. No me ha contado con especificidad qué no le gustaba de la selva o por qué no le gustaba, pero, quizás, el desagrado por su ciudad no era generado por el espacio o por la gente que lo habitaba, sino por las circunstancias que hacían que su vida no fuera la que esperaba ni con la que se conformaría. Tal vez, una de las razones, una de esas circunstancias, giraba alrededor de la relación con su padre: “No era libre en Iquitos, porque mi papá nos cuidaba mucho y no nos dejaba salir”. La reconciliación con las personas cercanas que dejó en Iquitos no se produjo y, en consecuencia, tampoco la reconciliación con el lugar, aquella que hubiera podido propiciar su retorno.

Beatriz se comprometió y se casó con Alberto Torres Mejía muy poco tiempo después de llegar a Carhuaz. Tuvo siete hijos y cuatro hijas, once en total, entre octubre de 1952 y enero de 1969. Ser madre fue una tarea ardua. A pesar de haber tenido once embarazos, muy cercano uno de otro, Beatriz no detuvo sus funciones laborales más que el tiempo de licencia establecido por ley. Siempre ha sido muy activa y ha tenido intereses de diverso tipo, que ha desarrollado sobre todo luego de su cese; entre estos se encuentran ciertas actividades económicas propias de la zona —crianza de cuyes, por ejemplo—.<sup>38</sup> Del mismo modo, ha participado activamente de la vida social de Carhuaz.

<sup>38</sup> Véase Anexo 7: certificado de asistencia al curso Crianza y Agroindustria de Cuy, y Anexo 8: certificado de asistencia al curso en Gestión Empresarial.

¿Cómo le fue posible conciliar su rol como madre y como obstetriz teniendo en cuenta lo demandante de ambas? Beatriz reflexiona que, antes, la mayoría de mujeres no trabajaba, de modo que nadie se cuestionaba o se enfrentaba a un problema para el cuidado de los hijos. Lo normal era que las madres atendieran a sus hijos todo el día, todos los días, y que, además, se hicieran cargo de las labores de la casa. Sin embargo, tiene la sensación de que la vida era más fácil antes. Ella contaba con ayuda de personas que trabajaban en su hogar —niñeras—, quienes se encargaban en gran medida de la crianza de sus hijos e hijas. En esa época, las mujeres adolescentes que no estudiaban iban a trabajar a las casas de otras familias a realizar servicios de cuidado, limpieza, entre otros. “Yo tenía una ama para cada hijo. Tenía cocinera, lavandera, planchadora”, recuerda Beatriz, además de la ayuda de la familia de su esposo. Como la cantidad de partos no era tan elevada como hoy en día, pudo continuar con el desarrollo de su trabajo. No obstante, tuvo que cargar con el peso de la crítica de la familia de su esposo y aprender a hacer oídos sordos a los comentarios.

Gracias al sistema de apoyo que estableció para la crianza de sus hijos e hijas, esta actividad —compleja en gran medida— no le resultó tan ardua. Recuerda que la alimentación era fundamental: “Los alimentos eran tan puros que mis hijos eran sanos. Nunca estaban enfermos”. Que estuvieran sanos era muy importante, porque, en caso de enfermedad, su trabajo se podía ver afectado. Además, recuerda que, en esa época, a diferencia de ahora, sí existía una idea de *familia*,<sup>39</sup> desde una perspectiva conservadora. Su percepción se revela compleja, en tanto descalifica el que hoy en día los hijos e hijas sean criados, muchas veces, pasando gran parte del día fuera de sus casas, a cargo de familiares, como la abuela, la tía, etcétera, pero no cuestiona que otras personas —en su caso, otras mujeres— estuvieran a cargo de la crianza de sus hijos e hijas como parte de un trabajo. Esta reflexión revela cierto conflicto y contradicción en Beatriz por el gran peso de la tradición bajo la que fue formada, y por sus expectativas profesionales y laborales.

Por otra parte, el sistema de apoyo organizado por Beatriz plantea un debate pendiente. Existe una falta de reconocimiento sobre los diversos proyectos de vida de las mujeres a causa de los roles de género establecidos tradicionalmente por la sociedad. Por esta razón, el desarrollo profesional, laboral o económico de una mujer en el Perú ha estado y sigue estando, en muchos casos, supeditado no a un reparto equitativo de los roles entre hombres y mujeres, sino al encargo de las funciones que tradicionalmente han sido asignadas a las mujeres a otras mujeres. Muchas veces, este encargo no ha implicado un contrato laboral con una remuneración justa, sino con una muy por debajo del sueldo mínimo; en el peor de los casos, a cambio de hospedaje y alimentación, sin remuneración, lo que constituye, claramente, un caso de explotación y esclavitud. De esta manera, el círculo de pobreza y la dificultad de muchas mujeres para acceder a educación, por ejemplo, o a desarrollar su propio proyecto de vida se refuerzan negativamente. En este contexto en el que los roles de género tradicionales respecto de las tareas que deben asumir hombres y mujeres están tan fuertemente arraigados, sin embargo, Beatriz encontró una forma de apoyo para desarrollarse profesional y laboralmente, forma que no implicó desentenderse del rol de madre que había asumido.

<sup>39</sup> Beatriz se refiere a la idea de *familia* tradicionalmente constituida por el padre, la madre y la familia extensa, que, además de la conformación, tiene que ver con una serie de valores diferenciados para hombres y mujeres; estos, finalmente, va a repercutir en los roles que la sociedad espera que asuman.

Cuando empezó su carrera profesional, Beatriz nunca hubiera imaginado que se iba a quedar toda su vida en Carhuaz. Apenas recibió su título, viajó para instalarse únicamente por un año con la condición de volver a Lima para estudiar Medicina, tal como se lo habían planteado cuando le propusieron el puesto en Carhuaz. Tenía claramente la intención de no permanecer mucho tiempo ahí. Sin embargo, su deseo de ejercer la profesión de obstetriz de una manera apasionada y comprometida, y de continuar su formación fue limitado por otras facetas de su vida: “Me enamoré, me casé y trunqué mi sueño de ser médico”, confiesa Beatriz. Su vida ha estado llena de retos y de importantes decisiones, y, probablemente, de algunas frustraciones. Todos los ámbitos de su vida, sin embargo, giraron siempre en torno de su profesión.

Finalmente, Beatriz —como si en realidad hablara para sí misma— lanza una reflexión sobre su largo andar que refleja cómo ha conducido su vida, cómo ha enfrentado el peso que recae sobre las mujeres. “No habré sido buena madre; no habré sido buena esposa, porque tenía que dejarles para todo. Nada bueno podía ser, pero en mi profesión, a Dios gracias cumplí con mis deberes”. Esa confesión tan profunda revela la carga que se les asigna a las mujeres, las expectativas que recaen sobre nosotras. A pesar de los cambios que observamos en las últimas décadas respecto de las brechas de género, su confesión muestra claramente lo que se esperaba y se espera aún de las mujeres que deciden profesionalizarse o desarrollarse en el ámbito laboral: que sigan realizando las tareas reproductivas que tradicionalmente les corresponderían de acuerdo con los roles de género establecidos. Beatriz no lo hizo: no se alineó a las demandas sociales, como si intuyera que, sin importar la forma en que sea resuelto, nunca satisfaría las expectativas de esta sociedad patriarcal. Siguió su pasión y, si bien deja entrever cierto grado de culpa por no haber cumplido adecuadamente los roles asumidos bajo una perspectiva tradicional —como el de esposa o madre— se siente satisfecha y orgullosa de quien es y de todo lo que hizo a lo largo de tantas décadas.

## REFLEXIÓN FINAL

En el Perú, además de los rezagos coloniales que se manifiestan aún en las relaciones sociales y, en general, en el funcionamiento estatal, el machismo y la misoginia están fuertemente arraigados. Es importante considerar esos factores para comprender cómo se han abordado y afrontado, desde el Estado, los procesos del embarazo, parto, puerperio y de la maternidad en nuestro país. Este, de manera sostenida, ha implementado, a lo largo de nuestra historia, medidas, normas o políticas públicas mediante las cuales se ha tratado a las mujeres desde una perspectiva utilitaria para satisfacer intereses de diverso tipo, como demográficos, económicos, políticos, entre otros. Ya desde el siglo XIX, a pesar de las buenas intenciones y de aportes valiosos en muchos aspectos, el Estado y el sistema médico oficial han buscado de diversas maneras ejercer el control sobre la sexualidad de las mujeres.

Ese sistema coercitivo ha sido una constante en la historia de los tantos intentos del Estado de imponer —a través de políticas públicas de salud y acciones relacionadas— una visión de bienestar, desarrollo, progreso, entre otros, sobre todo a las comunidades minoritarias, grupos vulnerables o poblaciones marginadas históricamente —como las mujeres—, sobre la base de la medicina occidental. Probablemente, haya muchos aspectos positivos sobre dichas políticas, que han sido estudiados y sobre los que se puede seguir reflexionando, pero muchas de estas son claramente contraproducentes desde una perspectiva de derechos, de acceso a la salud y de construcción de ciudadanía.

De esta manera, nos han ido despojando, de manera sistemática, por generaciones, de los conocimientos ancestrales sobre sexualidad, de nuestra intuición, de nuestra capacidad para transmitir, de nuestra capacidad para valorar y conectarnos con nuestrAs corpAs y con nuestros procesos fisiológicos que trascienden ese ámbito, de nuestra capacidad para decidir procrear o no, y, en el caso de esta reflexión, del poder y control que tiene una mujer para parir de acuerdo con sus necesidades y deseos. El impacto del sistema médico y del Estado en la vida sexual y reproductiva de las mujeres ha sido tan poderoso que se han normalizado muchas concepciones y prácticas de la medicina, que hoy en día se creen de larga data. Si bien estas se encuentran presentes desde el siglo XIX intentando invisibilizar los conocimientos y las prácticas que han sido transmitidos por mujeres de generación en generación durante siglos, cabe precisar que la difusión de ese nuevo sistema es relativamente reciente, por la poca capacidad que ha tenido el Estado para cubrir la posible demanda. En zonas urbanas, hasta las primeras décadas del siglo XX, lo frecuente era que las mujeres parieran en sus casas, mientras que en zonas rurales ha sido así hasta hace unas pocas décadas. En ese

sentido, la idea de parto institucional que se implementa bajo el protocolo del parto medicalizado puede ser considerado reciente en nuestro país. Sin embargo, a pesar de la poca cobertura que tenía en sus inicios, la medicalización del parto se ha ido consolidando mediante la práctica, pero, sobre todo, a través del discurso construido desde los distintos ámbitos de poder.

En el Perú, como en muchas partes del mundo, la medicalización del parto ha traído consigo un ejercicio permanente de violencia en los procesos del embarazo, el parto y del puerperio, conocida como *violencia obstétrica*. Esta es consecuencia de la implementación de prácticas que responden claramente a una combinación de factores: a un sistema patriarcal fuertemente arraigado en nuestras sociedades y evidentemente en las instituciones tanto estatales como privadas —que consienten la falta de reconocimiento de los derechos de las mujeres—; a grandes intereses económicos;<sup>40</sup> y a la preponderancia del uso de la ciencia y de la tecnología.<sup>41</sup> El parto medicalizado no solo es la opción principal, sino la única, que brinda el Estado, así como el sistema privado de salud institucional; además, este se ha convertido en obligatorio para la mayoría de la población. Por ello, se requiere encontrar mecanismos que permitan el reconocimiento de nuestros procesos, de nuestras decisiones y, por lo tanto, del respeto absoluto de nuestros derechos.

En ese sentido, indagar en la vida de una obstetriz que se formó e inició su ejercicio en una época en la que las condiciones políticas, económicas, educativas, tecnológicas, etcétera, eran muy distintas a las actuales es importante porque permite observar y analizar, a través de las distintas etapas del ejercicio de su profesión, los innumerables cambios que se han producido. La historia de Beatriz nos remite al desarrollo de parte de la historia de la educación médica, de la historia del sistema de salud oficial y del sistema de salud comunal, y de la historia política en el Perú. Esa revisión nos confronta con parte de la historia de las mujeres en nuestro país. Como se ha visto, Beatriz representa, de algún modo, un punto intermedio entre el sistema de salud oficial y el sistema de salud

<sup>40</sup> Esto se puede observar en el caso de los prestadores de salud, como el caso de cesáreas injustificadas, así como en de la industria farmacéutica (sobre todo, la leche en fórmula. Al respecto, véase León, 2010).

<sup>41</sup> La gran cantidad de casos de violencia obstétrica sufrida por mujeres y registrada en la mayoría de países latinoamericanos en las últimas décadas da cuenta de la situación crítica en la que nos encontramos. Si bien en el Perú, hoy en día, son cotidianos los testimonios que evidencian este tipo de violencia, aún no se ha desarrollado conciencia sobre lo que significa, más allá de que se conozca o se use el término. Hasta la fecha, no hay un esfuerzo conjunto desde la academia por proponer una línea de investigación multidisciplinaria que vaya en esa dirección y que sería muy pertinente para abordar este tipo de violencia que afecta todos los días a miles de mujeres en nuestro país. Existe un gran trabajo por parte de algunas agrupaciones de mujeres para luchar contra la violencia obstétrica, generar información sobre el tema y crear grupos de apoyo. Sin embargo, aún no hay un esfuerzo colectivo amplio con el objetivo de proponer y exigir cambios en el ámbito político para lograr el reconocimiento del Estado. Dos casos aislados fueron, por un lado, el Proyecto de Ley 1158/2011-CR que propuso el congresista Jaime Delgado en 2011, que buscaba promover una iniciativa vinculada con el parto humanizado. Si bien es una buena iniciativa, se debe tener en cuenta que no surgió de un proceso de reflexión y movimiento de mujeres sobre lo que nos afecta. Tampoco fue difundida ni convocó a mujeres ni a organizaciones que le dieran el respaldo de base o la legitimidad necesaria. En general, no implicó participación de la sociedad civil. Puede consultarse la Ley de Promoción y Protección del Derecho al Parto Humanizado y a la Salud de la Mujer Gestante y el Recién Nacido en el siguiente enlace: [http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016\\_2021/Proyectos\\_de\\_Ley\\_y\\_de\\_Resoluciones\\_Legislativas/PL0198620171009.pdf](http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL0198620171009.pdf) (Proyecto 1158/2011-CR). Por otro lado, en 2017, el congresista Horacio Zeballos propuso el Proyecto de Ley 1986/2017-CR, que, pocos días después, fue retirado por el propio congresista. La Ley de Promoción y Protección del Derecho al Parto Humanizado y a la Salud de la Mujer Gestante del Infante por Nacer y el Recién Nacido puede consultarse en el siguiente enlace: [http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/DictamenesFuturo/8046533BA9117DB905257E45006BEACF/\\$FILE/SALUD\\_1158-2011-CR\\_Txt.Fav.Sust.Unanimidad.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/DictamenesFuturo/8046533BA9117DB905257E45006BEACF/$FILE/SALUD_1158-2011-CR_Txt.Fav.Sust.Unanimidad.pdf). En ambos casos, dada la situación política que se vive en el Perú, se podría pensar que, debido a los intereses económicos que se ponían en juego con ambos proyectos, tanto para el sector público como para el privado, se quedaron en proyectos de ley.

comunal. A pesar de que sus prácticas se basaban principalmente en el sistema médico occidental, supo lograr la aceptación, el reconocimiento y la preferencia (frente al sistema de salud oficial) de las mujeres de la ciudad de Carhuaz, como de aquellas de las comunidades rurales que forman parte de la provincia. A pesar de la resistencia de Beatriz a aceptar la labor de las parteras, su trabajo, desde una mirada actual, constituye un puente entre dos visiones distintas, sobre el que se debe reflexionar, conversar y debatir.

Beatriz ha mostrado que es sumamente importante desarrollar y mantener el espíritu crítico y el sentido político, y cuán necesario es actuar buscando el bienestar de las personas. Por ello, entre otros logros, a pesar de haber aplicado los principios aprendidos durante su formación, se le debe reconocer haber llamado la atención sobre las brechas que existen en el ámbito de la salud y que afectan, sobre todo, a las poblaciones más vulnerables, las mujeres en este caso. Asimismo, es rescatable su decisión, perseverancia y fortaleza para haber logrado desarrollar su carrera de obstetrix en una época en la que profesionalizarse, además del reto económico que supuso para ella y para su familia, no era una situación común para las mujeres. De esta manera, su historia —así como la de otras mujeres que han ayudado a parir a otras mujeres con sus conocimientos y experiencia— es importante para reconstruir la historia de la obstetricia en el Perú.

Para cerrar, el presente trabajo me lleva a plantear cinco puntos sobre los que considero necesario reflexionar y debatir. En primer lugar, además de otros temas, como el racismo, que genera graves daños para el bienestar de las personas —de las mujeres, en particular—, considero que es fundamental incluir como perspectivas para el análisis a la misoginia y al machismo, problemas tan arraigados en una sociedad patriarcal como la nuestra. Si bien hay muchas opiniones que intentan minimizar esta perspectiva, dejarla de lado solo invisibiliza una de las causas de los conflictos ya existentes, además de profundizarlos. En ese sentido, creo necesaria la incorporación de perspectivas de análisis que provengan de diversas disciplinas, y permitan tener una visión más amplia de la problemática y de sus posibles alternativas de solución.

En segundo lugar, considero necesario seguir profundizando en el origen y la evolución de la profesión de obstetra tanto en el ámbito de la educación médica como en el contexto del desarrollo de la medicina en el Perú. Asimismo, es importante seguir investigando sobre su evolución dentro del sistema de salud oficial y su encuentro con el sistema comunal, así como su relación con los distintos actores de estos sistemas. Finalmente, en este escenario, es fundamental mirar de cerca un tema complejo y antiguo, pero vigente: las luchas de poder entre los distintos actores del sistema de salud oficial, que tienen su origen en las escuelas de medicina, dependientes, en gran medida, del poder político y económico, conflictos que determinarán, en última instancia, que una sociedad —nuestra sociedad— goce de bienestar o no.

En tercer lugar, dado el proceso de medicalización en el que las sociedades en general se encuentran hoy en día, sería importante profundizar en el conocimiento y la comprensión de las consecuencias que este tiene en los distintos ámbitos de desarrollo de mujeres y hombres en el Perú. Asimismo,

habría que investigar sobre las distintas formas de respuesta que ha tenido la población frente al avance de la medicalización, sobre los cambios que se han ido produciendo respecto de la forma de comprender la salud o el bienestar, así como respecto de la relación con el sistema de salud oficial y otros sistemas. En particular, se debe mirar con especial énfasis el caso de las formas de cuidado y de atención a las mujeres durante los procesos de embarazo, parto y puerperio, y, en general, aquellos relacionados con el desarrollo de la sexualidad. En este punto, sigue pendiente revisar el rol que cumplen las parteras tradicionales, sobre todo en zonas rurales.

En cuarto lugar, a pesar de que parezca una tarea poco útil a causa del énfasis del Estado en lograr el 100 % de parto institucional y el consecuente proceso de extinción de las parteras tradicionales, es fundamental que sus conocimientos y prácticas sean revalorados, recuperados y difundidos, con el fin de que continúen la labor que realizan en favor de un gran porcentaje de mujeres que aún requieren de su atención. En ese sentido, es importante recoger sus historias para que se pueda comprender y valorar su labor; para que se conozca la otra cara de su historia, aquella que, lejos de representar la muerte materna, es vital para que se produzca el parto digno en muchos lugares del Perú; y para que su voz, aquella que ha sido negada dentro de la historia oficial en nuestro país, sea difundida y escuchada.

Por último, en relación con los puntos señalados anteriormente, es primordial que la historia oral sea recogida y registrada, no solo para enriquecer las fuentes escritas, sino para contrastar y cuestionar el discurso oficial. Resulta importante para alimentar y mantener viva la memoria de los diversos actores de nuestra sociedad, cuyos conocimientos y experiencia pueden aportar enormemente no solo a conocer y comprender nuestra historia, y a reconocernos en ella desde otra perspectiva, sino a generar debates que puedan abrir el camino para plantear cambios necesarios para alcanzar el bienestar. En ese sentido, es necesario que la academia realice un esfuerzo por incorporar con mayor fuerza la metodología de la historia de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

Argüello-Avendaño, H. y Mateo-González, A. (2014). “Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años”. *Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, 12(2), pp. 13-29.

Aurenque, D. y De la Ravana, M. (2018). “Medicalización, prevención y cuerpos sanos: la actualidad de los aportes de Illich y Foucault”. *Tópicos, Revista de Filosofía*, 28(57), pp. 407-437. Fecha de consulta: 13 de agosto de 2019. Extraído de: <http://topicosojs.up.edu.mx/ojs/index.php/topicos/article/view/914/920>

Ballón, A. (2014). El caso peruano de esterilización forzada: Notas para una cartografía de la resistencia. *Aletheia*, 5 (9). En Memoria Académica. Recuperado en [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.6418/pr.6418.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.6418/pr.6418.pdf)

\_\_\_\_\_. (2013). El caso peruano de esterilización forzada. Recuperado en <http://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/balocc81n-gutierrez-alejandra-el-caso-peruano-de-esterilizacion-forzada-en-mi-cuerpo-no-es-delito-kacc8illpay-warmi-derrama-magisterial-marzo-2013.pdf>

Bustíos, C. (2004). “Salud pública en una república oligárquica: Perú, 1877-1933”. En Bustíos, C. *Cuatrocientos años de la salud pública en el Perú: 1533-1933*. Lima: UNMSM. Fecha de consulta: 08 de julio de 2019. Extraído de: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cua\\_salud/contenido.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cua_salud/contenido.htm)

\_\_\_\_\_. (2003). “Notas sobre la educación médica 1933-1980. Segunda parte”. *Acta Médica Peruana*, 20(3). Fecha de consulta: 5 de julio de 2019. Extraído de: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta\\_medica/2003\\_n3/pdf/ao4.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_medica/2003_n3/pdf/ao4.pdf)

Chauca Ortiz, P. (2010). “Terremoto del 70: prevención y reconstrucción. Lecciones no asimiladas”. *WWSynthesis*. Fecha de consulta: 07 de julio de 2019. Extraído de: <https://wwsynthesis.wordpress.com/2010/03/04/prevencion-y-reconstruccion-lecciones-no/>

Cueto, M. (2015). “Las claves del período”. Contreras, C. (director) y Cueto, M. (coordinador). *Perú mirando hacia adentro*. Tomo 4 (1930-1960). Madrid/Barcelona: Fundación Mapfre/Penguin Random House, pp. 17-38.

Dueñas, J. (2018). *Disminuyendo el embarazo en adolescentes en el puesto de salud Maya-Carhuaz, 2017*. Trabajo académico para obtener el título de segunda especialidad de Salud Familiar y Comunitaria. Chimbote, Universidad Católica Los Ángeles Chimbote. Fecha de consulta: 2 de setiembre de 2019. Extraído de: [http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4173/EMBARAZO\\_ADOLESCENTES\\_DUENAS\\_JESSICA\\_MARLENE.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4173/EMBARAZO_ADOLESCENTES_DUENAS_JESSICA_MARLENE.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Diario Oficial El Peruano. (2015). Resolución Ministerial 256-2015/MINSA. Fecha de consulta: 2 de agosto de 2019. Extraído de: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/modifican-el-manual-de-clasificacion-de-cargos-del-ministeri-resolucion-ministerial-n-256-2015minsa-1229632-2/>

El Parto es Nuestro. (s/f). “El alumbramiento de la placenta”. *El Parto es Nuestro*. Fecha de consulta: 2 de abril de 2019. Extraído de: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/5-el-alumbramiento-de-la-placenta>

Fernández, I. (2004). “Medicina y poder sobre los cuerpos”. En *Thématica. Revista de Filosofía*, (33), pp. 191-198.

Foucault, M. (1977). “Historia de la medicalización”. *Educación Médica y Salud*, 11(1), pp. 3-25.

Guerra-García, R. (2011-2012). “Generaciones médicas en el Perú y origen de la UPCH”. *Acta Herediana*, 50. Fecha de consulta: 30 de agosto de 2019. Extraído de: [http://repebis.upch.edu.pe/articulos/acta\\_hered/v50/a2.pdf](http://repebis.upch.edu.pe/articulos/acta_hered/v50/a2.pdf)

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2016). “Perú: brechas de género 2016. Avances hacia la igualdad de hombres y mujeres”. Fecha de consulta: 3 de setiembre de 2019. Extraído de: [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1388/Libro.pdf](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1388/Libro.pdf)

La República. (2018). “Colegio de Obstetras rechaza proyecto que busca quitarles competencias”. La República. Fecha de consulta: 20 de julio de 2019. Extraído de: <https://larepublica.pe/sociedad/1174114-colegio-de-obstetras-rechaza-proyecto-que-busca-quitarles-competencias/>

León, C. (2010). “Graves irregularidades en hospitales públicos y clínicas privadas de maternidad a nivel nacional, para estimular el uso de la fórmula en los recién nacidos”. Gestión de las Inversiones y Contrataciones Públicas [Entrada de blog]. Fecha de consulta: 14 de abril de 2019. Extraído de: <http://blog.pucp.edu.pe/blog/derechopublicoymedioambiente/2010/08/13/graves-irregularidades-en-hospitales-publicos-y-clinicas-privadas-de-maternidad-a-nivel-nacional-para-estimular-el-uso-de-la-formula-en-los-recien-nacidos/>

López, M. (s/f). *La medicalización de la vida y la salud de las mujeres*. Fecha de consulta: 20 de julio de 2019. Extraído de: [http://www.caps.cat/images/stories/Medicalizacion\\_de\\_la\\_vida\\_y\\_la\\_salud\\_Xarxa\\_de\\_salut\\_Margarita\\_Lopez\\_Carrillo.pdf](http://www.caps.cat/images/stories/Medicalizacion_de_la_vida_y_la_salud_Xarxa_de_salut_Margarita_Lopez_Carrillo.pdf)

Lossio, J., Iguñiz-Romero, R., y Robledo, P. (2018). “Por el bien de la nación: discursos científicos en favor de la medicalización del parto en el Perú, 1900-1940”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25(4), pp. 943-957. Fecha de consulta: 14 de junio de 2019. Extraído de: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v25n4/0104-5970-hcsm-25-04-0943.pdf>

Maldonado, H. y Puertas, M. (2012). “Las mujeres y las ciencias de la salud, UNMSM 1930-1956”. *Investigaciones Sociales*, 16(29), pp. 109-118. Fecha de consulta: 7 de julio de 2019. Extraído de: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociales/article/view/7725/6725>

Márquez, S. y Meneu, R. (2007). “La medicalización de la vida y sus protagonistas”. *Eikasía. Revista de Filosofía*, 2(8), pp. 65-86.

Mayta-Tristán, P., Poterico, J., Galán-Rodas, E., y Raa-Ortiz, D. (2014). “El requisito obligatorio del servicio social en salud del Perú: discriminatorio e inconstitucional”. En *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(4), pp. 781-787. Fecha de consulta: 14 de agosto de 2019. Extraído de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342014000400026](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400026)

Mendoza, W. y Subiría, G. (2013). “El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(3), pp. 471-479. Fecha de consulta: 2 de agosto de 2019. Extraído de: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/286/287>

Mideros, R. (2008). *Medicalización e industria del nacimiento*. Fecha de consulta: 25 de julio de 2019. Extraído de: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/catalog/resGet.php?resId=22769>

Mienfermera. (2014). “Las diferentes funciones de enfermeras(os), técnicas(os) y auxiliares de enfermería y cuidadores”. *Mienfermera*. Fecha de consulta: 4 de julio de 2019. Extraído de: <http://www.mienfermeraperu.com.blog/las-diferentes-funciones-de-enfermerasos-tecnicasos-y-auxiliares-de-enfermeria-y-cuidadores>

Ministerio de Salud (Minsa). (2017). “Guía técnica para la consejería en lactancia materna”. Fecha de consulta: 13 de julio de 2019. Extraído de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4173.pdf>

\_\_\_\_\_. (2003). *La mortalidad materna en el Perú 1997-2003*. Oficina General de Epidemiología. Fecha de consulta: 18 de junio de 2019. Extraído de: <https://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/ASIS/docs/Enlaces/020.pdf>

\_\_\_\_\_. (2000). “Lineamientos normativos para la capacitación de parteras(os) tradicionales”. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Programas de Salud Madre-Niño. Programa Materno Perinatal. Fecha de consulta: 14 de junio de 2019. Extraído de [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1110\\_DGSP95.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1110_DGSP95.pdf)

Murillo, J. y Franco, G. (2008). “San Fernando: ¿utopía o proyecto inconcluso?”. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69(2), pp. 130-139. Fecha de consulta: 7 de setiembre de 2019. Extraído de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832008000200013&lng=es&tlng=e](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832008000200013&lng=es&tlng=e)

Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar. (s/f). Fecha de consulta: 4 de agosto de 2019. Extraído de: [en https://observatorioviolecia.pe/mv\\_violencia-obstetrica/](https://observatorioviolecia.pe/mv_violencia-obstetrica/)

Quiroz, L. (2012). “De la comadrona a la obstetrix. Nacimiento y apogeo de la profesión de partera titulada en el Perú del siglo XIX”. *Dynamis*, 32 (2), pp. 415-437. Fecha de consulta: 2 de setiembre de 2019. Extraído de: <http://scielo.isciii.es/pdf/dyn/v32n2/07.pdf>

Ramos-Rodríguez, C. (2008). “Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina”. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69(1), pp. 12-16. Fecha de consulta: 10 de julio de 2019. Extraído de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v69n1/ao3v69n1.pdf>

Robledo, P. (2016). *Cuando parí* [documental]. Perú: Carachama. [Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Q1wccjnEGJs>]

Sibrian, N. (2016). “El proceso de medicalización del embarazo en Chile: siglos de posicionamiento y legitimación discursiva”. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 8(21), pp. 25-36. Fecha de consulta: 12 de julio de 2019. Extraído de: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/viewArticle/414>

Sosa, E. (2018). *Luis Alberto Sánchez, la educación y el periodismo. La argumentación en el discurso sobre la educación universitaria: análisis de sus columnas de comentario 'Cuadernos de bitácora' en la revista Caretas (1977– 1994)*. Tesis para optar por el grado de licenciado en Comunicación Social. Lima, UNMSM. Fecha de consulta: 3 de agosto de 2019. Extraído de: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/8188?show=full>

Távara, L. et al. (2015). *Impacto del embarazo en la salud de las adolescentes en el Perú*. Lima: Promsex.

Tejada de Rivero, D. (2018). "La historia de la Conferencia de Alma Ata". *Revista Peruana de Ginecología obstétrica*, 64(3), pp. 361-366. Fecha de consulta: 4 de junio de 2019. Extraído de: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2098>.

Untoiglich, G. (2014). "Medicalización y patologización de la vida: situación de las infancias en Latinoamérica". *Nuances: estudos sobre Educação*, 25(1), pp. 20-38. Fecha de consulta: 3 de mayo de 2019. Extraído de: <http://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/2743/2516>

Velarde, L. (2007). *Las parteras sí saben, son importantes, solo que están olvidadas. Situación actual de las parteras en los Andes del sur del Perú (Ayacucho)*. Tesis para optar por el grado de magister. Lima, PUCP. Fecha de consulta: 2 de junio de 2019. Extraído de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/1170>

San Román, J. (1994). *Perfiles históricos de la Amazonía peruana*. Iquitos: CETA, CAAAP, IIAP.

Zárate, E., Watanabe, T., Cárdenas, M., y Flórez, C. (2016). "La mayor crisis de la Escuela de Medicina de San Fernando y el cogobierno". *Theorēma*, 3(4), pp. 99-140. Fecha de consulta: 11 de agosto de 2019. Extraído de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4187.pdf>



*Beatriz de vacaciones en Lima (plaza San Martín)  
(1951)*



*Mamá Betty en 2010  
(Foto: Pilar Robledo)*

# ANEXOS

Anexo 1: Partida de nacimiento de Beatriz Flores Soplín

**Concejo Provincial de Maynas**  
*Sacres Ojeda Anglio*  
 JEFE DE LA SECCION DEL REGISTRO CIVIL

A solicitud de Don *Manuel Caudero*

CERTIFICO: que a fojas *29865* del Registro de NACIMIENTOS,  
 correspondiente al año *1930* se encuentra la siguiente PARTIDA  
 número *de cuatrocientos veintidós*

Hoy a las *diez horas* de la *mañana*  
 del día *diez* de *Abril* mil novecientos  
*veintidós* se Presentó en esta SECCION DEL REGISTRO CIVIL y  
 ESTADISTICA del CONCEJO PROVINCIAL de *Bajo Amazonas*  
 Iquitos—Perú.—Don *Pablo Flores*  
 de *cuarenta y siete* años, *saltador carpintero* natural de  
*Lima - Píez* de raza *blanca* domiciliado en  
 la calle de *Prospero* esa número *veintidós*  
 y manifestó *una niña* nacida el día *cuatro*  
*de los corrientes* a las  
*dos horas y media* de la *tarde*  
 en *esta ciudad, en el domicilio del declarante,*  
*sin asistencia de obstetras*

llamada *Beatriz Flores*, de raza *blanca*  
 hija natural de Don *declarante que va*  
*presu su voluntad de raza (anos) blanca (confesor*  
*a ley* (de raza) natural de  
 y de Doña *Carimica Soplín*  
 de *veintiocho* años, *saltador*  
 raza *blanca* y natural de *esta ciudad*

Presentó como testigos a Don *Ricardo Cate*  
 de *veintidós* años *saltador, carpintero*  
 domiciliado en la calle *Avenida Leguía* número

Yo tiene \_\_\_\_\_ y a Don Jose Nicolas Flores  
de cuarenta años casado  
empleado domiciliado en la calle de Monroy  
sin número la casa

En fé de lo actuado suscriben el Señor Alcalde, el declarante, los testigos y Yo el Jefe de la Sección. — El Alcalde M. A. Monroy

El Declarante Pablo Flores  
Testigo Ricardo Lútre Testigo J. S. Flores

El Jefe de la Sección Eduardo Toriega

Al empujón legitimada por haber contraído matrimonio los padres de Beatriz según consta del Acta Matrimonial que está a fojas 102 del libro respectivo certificado Quito, 16 de Enero de 1948. - Fdo. - Eduardo Toriega. - Fdo. - Cecilia de Flores.

Es copia fiel de su original  
Quito, 8 de Abril de 1967.




Andrés Urbaza  
Inspector Asistencial de Estadística

Es conforme  
[Signature]

Anexo 2: Certificado de notas de 5° de secundaria de Beatriz Flores Soplín


**MINISTERIO DE EDUCACION PUBLICA**



**CERTIFICADO OFICIAL DE ENSEÑANZA SECUNDARIA**

**QUINTO AÑO**

REPUBLICA DEL PERU



N.º 1117

**COLEGIO NACIONAL DE *San Juan y San Pedro***

..... *Maria Susana Pastor* ..... Secretario del plantel certifica: que de los libros exámenes promocionales aparece que *Beatriz Flores Soplín* ha obtenido los calvos en los cursos que se continuación se listan:

CURSOS	NOTA DE EXAMEN	Fecha en que fué rendido	LOGAJO	FOLIO	COLEGIO	OBSERVACIONES
Trigonometría (Curso Opcional)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Geometría <i>J. M. A. Fig.</i>	<i>Quince</i>	<i>9. 11. 1947</i>	<i>5</i>	<i>96</i>	<i>Ch...</i>	.....
Física	<i>Quince</i>	<i>9. 11. 1947</i>	<i>5</i>	<i>97</i>	<i>Ch...</i>	.....
Química	<i>Quince</i>	<i>11. 11. 1947</i>	<i>5</i>	<i>70</i>	<i>Ch...</i>	.....
Lógica y Ética	<i>Quince</i>	<i>11. 11. 1947</i>	<i>5</i>	<i>71</i>	<i>Ch...</i>	.....
Economía Política	<i>Catorce</i>	<i>11. 11. 1947</i>	<i>5</i>	<i>72</i>	<i>Ch...</i>	.....
Castellano Historia de la Literatura	<i>Catorce</i>	<i>11. 11. 1947</i>	<i>5</i>	<i>73</i>	<i>Ch...</i>	.....
Un Idioma Extranjero (Inglés, Francés, Alemán o Italiano)	<i>Diez</i>	<i>11. 11. 1947</i>	<i>5</i>	<i>74</i>	<i>Ch...</i>	.....
Educación Física	<i>Catorce</i>	<i>11. 11. 1947</i>	<i>5</i>	<i>75</i>	<i>Ch...</i>	.....
Instrucción Pre-Militar	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Educación Moral y Religiosa	<i>Dieciocho</i>	<i>11. 11. 1947</i>	<i>5</i>	<i>76</i>	<i>Ch...</i>	.....
Historia de la Cultura Peru.	<i>Quince</i>	<i>11. 11. 1947</i>	<i>5</i>	<i>77</i>	<i>Ch...</i>	.....
Economía doméstica	<i>Quince</i>	<i>11. 11. 1947</i>	<i>5</i>	<i>78</i>	<i>Ch...</i>	.....
<i>Plan del Colegio</i>	<i>Quince</i>	<i>11. 11. 1947</i>	<i>5</i>	<i>79</i>	<i>Ch...</i>	.....
<i>Conducta</i>	<i>Dieciocho</i>	<i>11. 11. 1947</i>	<i>5</i>	<i>80</i>	<i>Ch...</i>	.....

Así consta de algunos libros, a los que me remito en caso necesario.

**ESCALA DE CALIFICATIVOS**

1 a 5 - Reprobado  
 6 a 10 - Aplezado  
 11 a 16 - Bueno  
 17 a 20 - Sobresaliente

*Maria Susana Pastor*  
DIRECTOR

.....  
SECRETARIO

NOTA.—No ha rendido examen en los cursos que aparecen periferados

Anexo 3: Carta de oficio original de Beatriz Flores Soplín en respuesta al memorándum del médico jefe del Área de Salud de Áncash

Carhuaz 22 de julio de 1968.

Of.S/Nº

Señor Médico jefe del Área de Salud de Áncash  
pte.

Al dar respuesta a la transcripción del Of.Nº 112-68 del Médico Jefe del Área de Salud de Áncash, referente a que debo de cumplir mi horario de Obstetricia estrictamente en el Hospital, debo de dejar aclarado que no tengo el menor inconveniente de cumplir con lo dispuesto; pero aclaro que el Hospital no tiene personal capacitado para la atención de partos y durante 17 años de servicios en esta provincia no ha habido para mí ni día ni hora ni lugar que no haya sido hábil para atender tanto en el Hospital como a domicilio en forma gratuita salvando vidas cumpliendo con mi profesión humanista para lo cual hice el juramento Hipocrático, Ahora bien yo creí ingenuamente que mis jefes y ciudadanía en general estaban reconocidos de tanto sacrificio de mi parte y con desazón he visto que los primeros ignoran la realidad ya que desprecian a los burocratas mas sobre mi sueldo por estar en ocio durante el horario que se me exige y que en adelante dejo expresa constancia en caso de no rectificarse las disposiciones transcritas no tendré obligación alguna de atención obstetrica ni en el Hospital ni fuera de él sino en horas de labor y las perjudicadas serán las pobres madres que por su indigencia no pueden absolutamente requerir servicio profesional.

Si es verdad que las leyes y disposiciones se dictan para ser cumplidas, tambien es cierto que a los que hacen cumplir las mismas los adjudican el criterio de conciencia y para ello son los jueces y superiores con basta cultura para dictar las disposiciones de acuerdo al medio a las necesidades y circunstancias en bien y provecho de todos por que sino se nombraria de Jefe a personas que sepan leer y escribir nomas para que hagan cumplir la ley al pie de la letra y no como a Ud. señor Médico Jefe profesional que debe merituar la labor desplegada por mí en tantos años de labor dentro de su jefatura y al mismo tiempo espero de Ud. señor Jefe informe al Médico Jefe del Area de Salud de Áncash sobre la realidad de nuestro Hospital y de nuestra provincia que somos los dos únicos profesionales y que tenemos que hacer milagros. La labor de oficina está al día de mi parte y en mis atenciones profesionales estoy muy prestigiada y me someto a estadísticas para probar mi capacidad y humanidad.

Muy respetuosamente.

Beatriz Flores Soplín

Anexo 4: Ponencia presentada por la delegada Zoila La Rosa de Junchaya sobre deontología obstétrica

ALGUNOS ASPECTOS DE LA DEONTOLOGIA OBSTETRICA

Ponencia presentada por la Delegada

Zoila La Rosa de Junchaya

Sabemos que la Deontología Obstétrica, es el tratado de los deberes propios de la Obstetrix. También conviene no olvidar que los deberes profesionales, unos se fundan en la justicia, y otros solamente en la caridad, afirmación que nos da derecho a reducir todos los deberes específicamente obstétricos a dos principios del Derecho Natural, que vienen a ser respectivamente el cimiento de dos grandes virtudes mentadas: Justicia y Caridad.

La Justicia consiste, según Santo Tomás de Aquino, en tener habitualmente y para siempre la voluntad de dar a cada uno, aquello que le dá derecho a la ley. Es pues la Justicia, como reza el lema de Pío XII, el principio del orden social.

Hay que tener presente que la Obstetrix, tiene deberes emanados de la Justicia y que puede en su actuación profesional lesionar esa gran virtud. La Deontología es muy necesaria para la Obstetrix, porque ejercita una actividad matizada, las más de las veces de problemas sumamente delicados en armonía con los servicios que ha de prestar o con la gravedad de los intereses que ha de respetar y que si embargo puede lesionar.

Por tanto para que la Obstetrix pueda desempeñar cabal y perfectamente su profesión, en lo que respecta a la tutela, respeto y salvaguarda de los derechos ajenos, necesita una moral, un código moral al que ajustar sus acciones, no sólo como ser humano, sino como Obstetrix, ese Código se llama Deontología Obstétrica.

CONCLUSIONES :

- PRIMERO.- Que la nobilísima profesión de Obstetrix requiere de tres factores primordial: AMOR A LA PROFESION, AMOR A LA LUCHA Y AMOR AL PROJIMO. En consecuencia, aquella que sigue la carrera sin entusiasmo ni enamoramiento por su profesión, no llegará jamás a la perfección en que debe soñar continuamente. (Así mismo en el amor a la lucha, se hace difícil esa inagotable esperanza de victoria que debe animar la actuación de la Obstetrix. Tampoco podrá servir con amor y desinterés a los demás.)
- SEGUNDO.- <sup>hay que tener</sup> ~~Que contando~~ en cuenta que la profesión de Obstetrix, es un verdadero Apóstolado y de máxima responsabilidad, en salvaguarda del Binomio Madre-Hijo, todas las que hemos abrazado con cariño esta carrera, debemos procurar nuestra mejor preparación tanto científica, como moral y social, para dignificar y engrandecer la Obstetricia Inter-Americana e Internacional. *Revisar*
- TERCERO.- Que la devoción heroica al deber debe adornar a toda Obstetrix, y conscientemente debe entregarse en cuerpo y alma al cumplimiento de su deber, en ese yunque cotidiano, tan trivial al parecer, por ser cotidiano, tan duro por ser yunque, y donde únicamente se forjan las heroínas, que al salvar la vida de la Madre y del Niño dan alegría a todos los hogares del Mundo.

- 2 -

RECOMENDACIONES :

- 1º.- Que el II Congreso Interamericano recomienda a la Facultad de Medicina o Escuelas de Obstetricia, que exija como requisito primordial a las postulantes una buena preparación intelectual y el factor VOCACION, con miras a seleccionar dignas profesionales.
- 2º.- Que la Obstetricia constituye la fuente de garantía para la vida de la Madre y el Niño, en consecuencia el Supremo Gobierno debe estimular a las profesionales del ramo con cursos especiales para post-graduadas y
- 3º.- Otorgar becas de perfeccionamiento de profesionales en el extranjero, así como se facilita a otros profesionales.

Huancayo, 10 de Octubre de 1962.

Anexo 5: Resolución Directoral que acepta la renuncia de Beatriz Flores Solpín al cargo de obstetriz del Hospital de Carhuaz

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN REGIONAL NOR - MEDIO

No. 0562-75 RSNM-P



*Solpín*  
CONSTANTINO BUENOS BUROS  
Jefe de División de Personal

# Resolución Directoral

HUARAZ, 7 de NOVIEMBRE de 1975

Visto el documento N° 01834-75;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo con lo dispuesto en la R.M. N° 000313-74-SA-DS de 24 de Enero de 1974, que confiere atribuciones a la Dirección Regional de Salud Nor-Medio, como órgano descentralizado del Ministerio de Salud;

Que, el inc. c) del Artículo 34 de la Ley 11377 Estatuto y Escalafón del Servicio Civil, establece que la renuncia al Cargo es una de las formas de poner término a la Función Pública; y

Estando a lo informado por la División de Personal de la Región de Salud Nor-Medio;

SE RESUELVE:

Aceptar la renuncia presentada, por razones personales a partir del 1° de Noviembre de 1975, por doña Beatriz FLORES SOLPIN de Torres, OBSTETRIZ, Grado VI-Sub-Grado 4, Plaza N° 2082, del Area Hospitalaria N° 5-Huaraz. Sub-Programa 1838-02 Promoción y Recuperación de la Salud.

Regístrese y comuníquese.

*Blanco*  
Dr. César Corcelles Madueño  
DIRECCIÓN REGIONAL

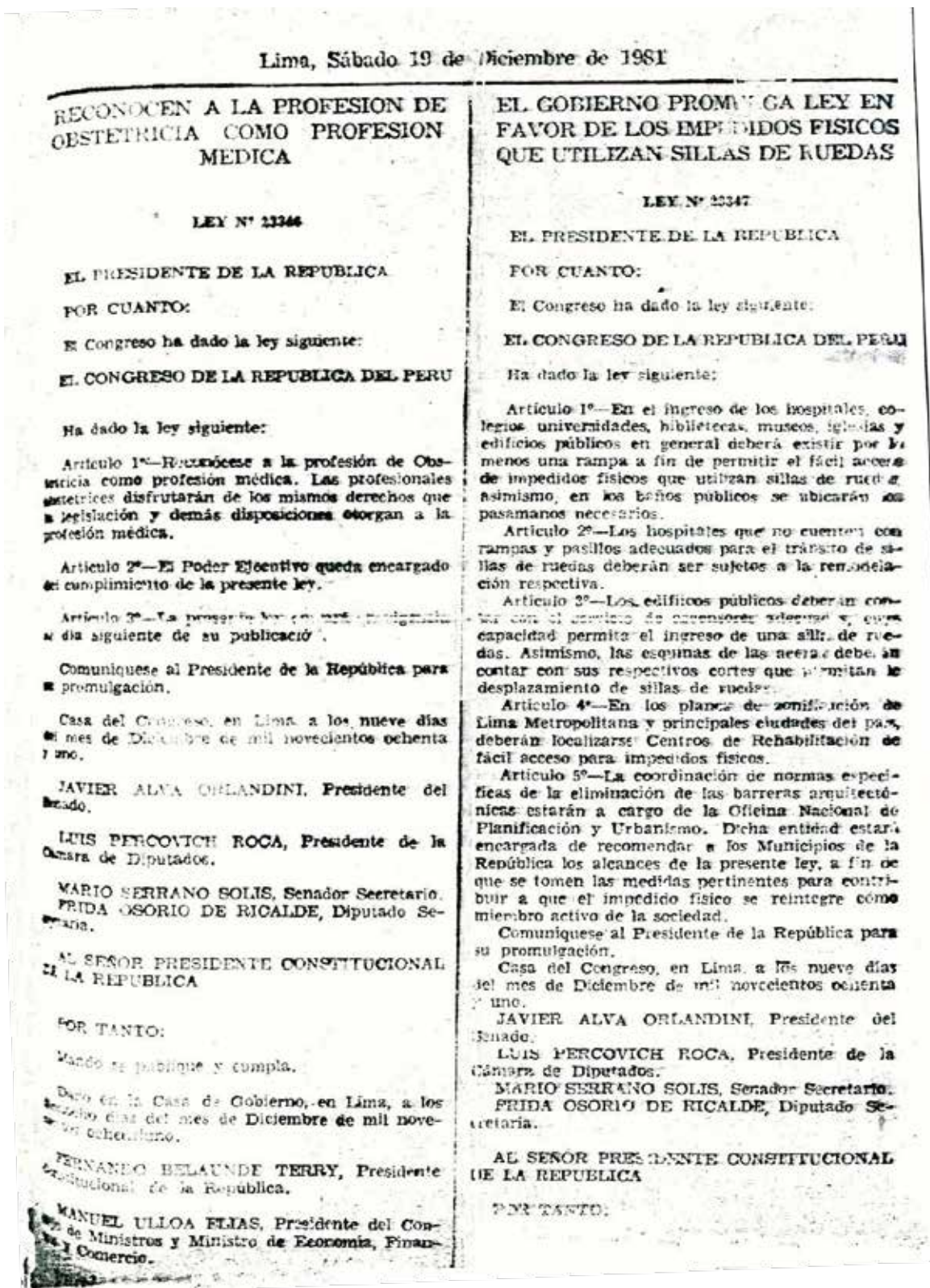
TRANSCRITA PARA LOS  
FINES PERTINENTES A:

- DIPER. M.S. ( )
- DIREC. REGIONAL ( )
- AREA HCSP.
- SECC. PERSONAL ( )
- PLANILLERO ( )
- CAJERO PAGADOR ( )
- INTERESADO ( )
- S.S.E. ( ) MUTUAL ( ) HUARAZ,

13 NOV 1975

*Carmen E. Caro Infantas*  
CARMEN E. CARO INFANTAS  
JEFE DE SECCION

Anexo 6: Resolución de El Peruano: Ley 23346 (reconocimiento de la profesión de obstetricia como profesión médica)



Lima, Sábado 19 de Diciembre de 1981

### RECONOCEN A LA PROFESION DE OBSTETRICIA COMO PROFESION MEDICA

LEY N° 23346

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

FOR CUANTO:

El Congreso ha dado la ley siguiente:

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA DEL PERU

Ha dado la ley siguiente:

Artículo 1°—Reconócese a la profesión de Obstetricia como profesión médica. Las profesionales obstétricas disfrutarán de los mismos derechos que la legislación y demás disposiciones otorgan a la profesión médica.

Artículo 2°—El Poder Ejecutivo queda encargado del cumplimiento de la presente ley.

Artículo 3°—La presente ley entrará en vigencia al día siguiente de su publicación.

Comuníquese al Presidente de la República para su promulgación.

Casa del Congreso, en Lima, a los nueve días del mes de Diciembre de mil novecientos ochenta y uno.

JAVIER ALVA ORLANDINI, Presidente del Senado.

LUIS PERCOVICH ROCA, Presidente de la Cámara de Diputados.

MARIO SERRANO SOLIS, Senador Secretario.  
FRIDA OSORIO DE RICALDE, Diputado Secretario.

AL SEÑOR PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

FOR TANTO:

Queda se publique y cumpla.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los nueve días del mes de Diciembre de mil novecientos ochenta y uno.

FERNANDO BELAUNDE TERRY, Presidente Constitucional de la República.

MANUEL ULLOA ELIAS, Presidente del Consejo de Ministros y Ministro de Economía, Finanzas y Comercio.

### EL GOBIERNO PROMULGA LEY EN FAVOR DE LOS IMPEDIDOS FISICOS QUE UTILIZAN SILLAS DE RUEDAS

LEY N° 23347

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

FOR CUANTO:

El Congreso ha dado la ley siguiente:

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA DEL PERU

Ha dado la ley siguiente:

Artículo 1°—En el ingreso de los hospitales, colegios, universidades, bibliotecas, museos, iglesias y edificios públicos en general deberá existir por lo menos una rampa a fin de permitir el fácil acceso de impedidos físicos que utilizan sillas de ruedas. Asimismo, en los baños públicos se ubicarán los pasamanos necesarios.

Artículo 2°—Los hospitales que no cuenten con rampas y pasillos adecuados para el tránsito de sillas de ruedas deberán ser sujetos a la remodelación respectiva.

Artículo 3°—Los edificios públicos deberán contar con el servicio de ascensores adaptados y cuya capacidad permita el ingreso de una silla de ruedas. Asimismo, las esquinas de las aceras deberán contar con sus respectivos cortes que permitan el desplazamiento de sillas de ruedas.

Artículo 4°—En los planes de zonificación de Lima Metropolitana y principales ciudades del país, deberán localizarse Centros de Rehabilitación de fácil acceso para impedidos físicos.

Artículo 5°—La coordinación de normas específicas de la eliminación de las barreras arquitectónicas estarán a cargo de la Oficina Nacional de Planificación y Urbanismo. Dicha entidad estará encargada de recomendar a los Municipios de la República los alcances de la presente ley, a fin de que se tomen las medidas pertinentes para contribuir a que el impedido físico se reintegre como miembro activo de la sociedad.

Comuníquese al Presidente de la República para su promulgación.

Casa del Congreso, en Lima, a los nueve días del mes de Diciembre de mil novecientos ochenta y uno.

JAVIER ALVA ORLANDINI, Presidente del Senado.

LUIS PERCOVICH ROCA, Presidente de la Cámara de Diputados.

MARIO SERRANO SOLIS, Senador Secretario.  
FRIDA OSORIO DE RICALDE, Diputado Secretario.

AL SEÑOR PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

FOR TANTO:

Anexo 7: Certificado de asistencia al curso Crianza y Agroindustria de Cuy



Anexo 8: Certificado de asistencia al curso en gestión empresarial

