

Descolonizar el saber médico. Obstetricia y parto en el Perú contemporáneo (Siglos XIX y XX)

Lissell Quiroz (Université de Rouen)

Resumen

El artículo invita a reflexionar en torno a la manera cómo el parto medicalizado y hospitalario se impuso en el Perú entre los siglos XIX y XX. La medicalización del parto fue el resultado por un lado de una ofensiva de la corporación médica por posicionarse en el punto cero de la ciencia. Por el otro, fue también una acción del poder político por asentar su control social sobre las mujeres y los recién nacidos. La implantación del modelo del parto occidental ocasionó la relegación y la progresiva desaparición de saberes propios a las mujeres peruanas, parteras y parturientas con saberes certeros aunque no reconocidos como tales. Aplicando los conceptos de epistemicidio de Boaventura dos Santos y de biopolítica de Foucault, el artículo busca comprender las implicancias de esta transformación en el Perú contemporáneo.

Palabras clave: obstetricia - parto - Perú - historia - siglos XIX-XX

La modernidad eurocéntrica difundió la idea que los saberes europeos eran lo más moderno y avanzado de la especie humana y sobre todo superiores a los existentes en el resto del mundo¹. A partir del Renacimiento, la ciencia europea fue imponiéndose en diferentes partes del planeta hasta volverse hegemónica. La exportación de los saberes científicos europeos, produjo lo que Boaventura de Sousa Santos llama epistemicidios, es decir la destrucción de los saberes propios a los pueblos dominados por el colonialismo occidental (De Sousa Santos, 2010). Entre estos epistemicidios se encuentran los saberes médicos tradicionales, en particular el que concierne el embarazo y el parto. En América Latina, en la actualidad, la mayoría de los partos (80 à 90%) se atienden en centros de salud. La medicalización del parto en esta región se traduce hoy en cifras de cesáreas que se sitúan en los niveles más elevados del planeta. Así, según los reportes de la UNICEF, más del 38% de los bebés latinoamericanos nacieron en el quirófano entre 2006 y 2010. En Brasil, un recién nacido de

cada dos, nace vía cesárea². A la inversa, el parto domiciliario, atendido por parteras tradicionales, ha disminuido en gran medida, y hasta ha desaparecido en muchos países.

La ciencia obstétrica europea se ha impuesto así de manera hegemónica en el subcontinente latinoamericano. Como en otras ramas de la medicina, los argumentos a favor de la obstetricia occidental giran en torno a la idea de progreso en materia de reducción de la mortalidad materna e infantil, así como la liberación para las mujeres del peso del dolor. Ahora bien, la argumentación empleada para legitimar la supremacía de la obstetricia moderna merece ser contextualizada. En primer lugar, si bien es cierto que las cifras de la mortalidad materna e infantil se han reducido considerablemente en el último siglo, generalmente se omite señalar que el hospital fue también el lugar donde dar a luz fue extremadamente peligroso y mortal para las mujeres y sus hijos. Las cifras de la reducción de la mortalidad se basan generalmente en las estadísticas de la medicina prepasteuriana, cuando la muerte causaba estragos en los hospitales. Así, entre 1896 y 1906, cinco de cada cien mujeres moría en la Maternidad de Lima mientras que muchas otras contraían infecciones nosocomiales. No se toma en cuenta en cambio – porque no disponemos de datos estadísticos al respecto – los partos realizados por parteras/os tradicionales que constituían la mayoría en los territorios latinoamericanos decimonónicos. Ahí, fuera de contextos de presión económica o de guerras, las poblaciones se mantuvieron estables o hasta crecieron, lo que puede indicar que la mortalidad materna e infantil – aunque no fuera tan baja como la que se registra hoy – no era tan elevada como la de la medicina prepasteuriana. En cuanto a la liberación de las mujeres, algunos estudios actuales cuestionan la utilización rutinaria e innecesaria de tecnologías médicas que no solo son incómodas para las parturientas sino que pueden alterar su salud o la del recién nacido. Tal es el caso de la inducción del parto y de la epidural que terminan limitando la agencia de la parturienta³.

Paralelamente, la implantación de la medicina obstétrica moderna europea fue acabando con los saberes médicos existentes en América Latina, con las personas que ejercían la partería tradicional y con los saberes de las mujeres mismas. Este epistemicidio se integra en un proceso más global que Santiago Castro-Gómez llama la *hybris* del “punto cero”, la ubicación de la corporación médica como centro de referencia desde el cual construyó “una visión sobre el mundo social reconocida como legítima y avalada por el Estado” (Castro-Gómez, 2005: p. 141). A partir de la Ilustración, los médicos hicieron de la ciencia el medio de asentar su presencia y su autoridad en espacios a los que no tenían acceso hasta ahí, como en el caso del cuerpo femenino. Los Estados-nación latinoamericanos en construcción del siglo XIX acompañaron y legitimaron la ampliación del campo de competencia de los médicos e hicieron del nacimiento un asunto público. En el Perú, este proceso de creación y de

ubicación de la medicina obstétrica moderna en el punto cero se operó desde finales del siglo XVIII. En ese contexto, la ciencia obstétrica moderna se empleó para disciplinar el cuerpo de las mujeres, principalmente indígenas⁴, asignadas a un estatuto subalterno que las asimilaba a la barbarie. El proceso de medicalización de parto, desarrollado durante los siglos XIX y XX, se acompañó no solo de la imposición de los postulados y las representaciones de la “modernidad” científica occidental sino también de la limitación y hasta desaparición de la agencia de las mujeres y de una guerra sin piedad contra las parteras y médicos-as tradicionales.

El presente artículo analiza cómo se produjo este proceso en el caso peruano, desde una perspectiva crítica de la historia de la medicina. En efecto, la bibliografía más importante en este campo, analiza generalmente el tema de los saberes médicos modernos y occidentales como la historia de un largo camino hacia el progreso, donde los médicos fueron los grandes actores de una batalla contra fuerzas reaccionarias. La intención aquí no es de denigrar esta historiografía ni los saberes que la acompañan, sino mostrar cómo la medicina obstétrica fue un campo de tensión y de poder que terminó con saberes que en realidad no eran menos legítimos ni menos eficaces que los de la modernidad europea. En ese sentido, este artículo analiza esta historia en términos de biopolítica, es decir de una política de la población que buscó jerarquizar y segregar para poder disciplinarla, controlarla y gobernarla.

Medicina ilustrada y control del cuerpo femenino

En el mundo hispano, la imposición de un saber médico sobre el embarazo, el parto y el cuerpo femenino se desarrolló a partir de la época de la Ilustración. A partir de la década de 1790, el discurso ilustrado impuso una frontera entre los expertos, los sabios e iniciados a la ciencia, y los “otros” que permanecían en la oscuridad. La ciencia médica se alzó como referente de todo lo concerniente al ser humano, empezando por el periodo de la gestación. El interés de los facultativos por el parto acompañó la integración de la cirugía a la medicina, de la que teóricamente dependían las-os parteras-os desde el siglo XVII. De esta forma, la obstetricia quedó aunada al campo de la medicina.

A partir de ahí, las acciones se dirigieron a los-as parteras-os y curanderos-as. Contra ellas-os, los facultativos desataron una guerra encarnizada. La primera ofensiva fue una campaña de denigración de estas personas. La prensa ilustrada sirvió de vector a estas diatribas que tenían por objeto deslegitimar la acción curativa de estos hombres y mujeres. Según este discurso, estas personas no solo no merecían el apelativo de médico-a-s sino que eran los principales responsables de las muertes y del despoblamiento del Perú como lo recalca el científico ilustrado Hipólito Unanue en 1792:

Una plaga de langostas nacidas del abandono es la que ha cubierto de cadáveres nuestros cementerios, y convertido los campos en sepulcros [...]. Era grande el abandono, suma la necesidad de auxilio, y la ignorancia general. Así se formó una peste de curanderos y charlatanes que iba devorando por todas partes la vida y la sustancia del vulgo, que adora neciamente por Esculapio a las serpientes⁵.

De manera significativa, el discurso científico ilustrado no se basaba en una realidad tangible y sustentada –los médicos ilustrados no presentaban cifras ni pruebas que acompañasen sus afirmaciones– sino en simples postulados retóricos. Por consiguiente, podemos deducir que la meta final no era solo preservar a la población de su decadencia y finitud, sino de posicionarse en espacios que escapaban a su tutela. Tal era el caso de la medicina obstétrica y ginecológica que hasta ahí residía casi totalmente en manos de parteras y curanderas. Por ende, hacia ellas también apuntaron las invectivas ilustradas. Así, el sacerdote franciscano Juan Antonio Olavarrieta, editor del *Semanario Crítico*, en sus columnas, tildaba a aquellas mujeres de “chusma de viejas parteras, curanderas y emplasteras, cuya ignorancia con una vil inclinación a la lisonja pervierte, y arrastra en pos de si una gran parte del Estado, y la mayor parte del vello Sexo⁶”. Este tipo de discursos fue cuestionando y desacreditando la acción de lo-as especialistas tradicionales de la salud. En materia de obstetricia, los científicos ilustrados movilizaron las representaciones clasistas, racistas y de género para imponer su autoridad. Valiéndose del hecho que las parteras eran principalmente mulatas e indígenas, los criollos ilustrados les imputaron el hecho de ser ignorantes, sucias y supersticiosas. Todos estos caracteres fueron opuestos a la inteligencia, la ciencia y la racionalidad de los facultativos. El epistemicidio consistió entonces en silenciar y opacar los conocimientos, las cualidades y la pericia de las-os parteras-os tradicionales. Cabe señalar en ese sentido que estas personas eran las que acompañaban a las parturientas y que habían adquirido por la experiencia o por una transmisión de generación en generación, saberes obstétricos y dominio de la farmacopea tradicional. Además no solo acompañaban a las mujeres durante el alumbramiento sino que eran también peritos en toda la vida sexual y reproductiva de las comunidades. Las-os parteros conocían bastante bien a sus pacientes y a sus familias. Esto, asociado a la confianza que puede procurar este tipo de acompañamiento, se revela benéfico durante la gestación y el parto, como lo señalan los estudios actuales (Trelaün, 2012). A la inversa, los médicos criollos carecían todos de estos saberes. Habían ciertamente estudiado tratados de medicina obstétrica redactados en Europa pero no tenían la oportunidad de practicar partos. En muchos casos, no habían siquiera tenido la oportunidad de auscultar a una mujer embarazada. La partera francesa Benita Paulina Fessel, durante su estancia en el Perú entre 1826 y 1836, recalca la falta de experiencia clínica de los « comadrones » peruanos y criticaba sus diagnósticos (Quiroz-Pérez, 2014).

La guerra organizada por los médicos peruanos contra la medicina tradicional se ve claramente ilustrada en el juicio entablado por el Protomedicato contra la partera y curandera Dorotea Salguero, a fines de la década de 1820. Dorotea Salguero (1770-1838) era natural del norte del Perú y se había instalado en Lima desde principios del siglo XIX. A partir de ese momento su fama fue creciendo en la capital, lo que le valió entre la población el calificativo de la doctora⁷. Su público no se limitaba a las castas de Lima sino que incluía a los criollos como aparece en una nota del Mercurio Peruano del 19 de enero de 1827:

La gran enfermera de esta capital doña Dorotea hace curaciones admirables sin tratar con médicos, y no necesita más auxilios que acudir a la botica. Es solicitada de hombres ilustrados y hay sin número de exemplares de los individuos que ha sacado del sepulcro después de la aduana de los médicos (Valdizán, 1929 : p. 37).

La popularidad creciente de la curandera peruana socavaba la acción política del Protomedicato que trataba de imponer su poder en el campo de la obstetricia y ginecología. Su conocimiento y su pericia debían ser amplias pues se emitieron entre 18 y 20 testimonios de sus curas maravillosas (Valdizán, 1929 : p. 45). Frente a este tipo de competencia que venía además de una mujer, el Protomédico decidió abrir un proceso a la curandera. El 26 de junio de 1828, la Corte Superior de Lima emitió su fallo en favor del cuerpo médico instando a Dorotea Salguero a no mezclarse en “el ejercicio de la medicina, de la Cirugía, de la Farmacia, ni de ninguna otra de las Ciencias Auxiliares de la Medicina” so pena de destierro⁸. Las autoridades no dudaron así mismo en coaccionar a la curandera encerrándola varias veces en carceletas⁹. Sin embargo, nada de esto limitó la actividad de Dorotea Salguero, que por el contrario, ganó en fama y popularidad. En 1831, ya eran 160 individuos los que estaban dispuestos a testimoniar en su favor. La curandera misma no dudó en defenderse y publicó un alegato en el que rechazaba la acusación de asesina y estafadora y en el que sustentaba su accionar como un deber de auxilio al prójimo¹⁰. El asunto se presentó ante el Congreso que no quiso pronunciarse sobre él (Valdizán, 1929 : p.57). El conflicto entre el Protomedicato y Dorotea Salguero se prolongó varios años más. Por fin, durante la Confederación Perú-Boliviana, en febrero de 1837, el prefecto de Lima, José María Galindo, dictó un oficio en el que se reconocía el acierto de esta mujer “en la curación de algunas enfermedades, según consta por notoriedad y por las 26 cartas que presenta¹¹”. Pero Dorotea Salguero falleció en 1838 sin que el Protomedicato admitiera su competencia y experiencia médica.

Este caso representó el punto culminante de la tensión y del conflicto entre los médicos y los

especialistas de la medicina tradicional y especialmente de la obstetricia. La llegada al Perú de una partera francesa formada en la Maternidad de París, sirvió de impulso a la creación de una institución del mismo tipo en Lima que fue empleada como punto de lanza del control del cuerpo femenino.

Disciplinar a las mujeres, “civilizar a las bárbaras”

La Maternidad de Lima se fundó en 1826, en plena contienda del Protectorado con Dorotea Salguero. La creación de esta institución, que asociaba un hospital a una escuela de partos, propició la formación de una nueva profesión femenina, la de las parteras tituladas autodenominadas obstetrices (Quiroz-Pérez, 2012). Estas mujeres, de clases intermediarias además de ser criollas o mestizas, fueron erigiéndose, durante la segunda mitad del siglo XIX, en las especialistas del parto. Si bien estuvieron siempre bajo tutela de un médico, su formación a la vez teórica y práctica, les permitió adquirir mayor competencia que la mayoría de los facultativos. Durante todo el siglo XIX, la Maternidad de Lima fue así un espacio de encuentro y de tensión entre diferentes actores, los médicos y estudiantes de medicina, las obstetrices y las parturientas.

La Maternidad de Lima nació bajo el modelo del hospital “moderno”, por oposición a los hospicios administrados por la Iglesia católica. El nuevo hospital se erigió como el espacio de la ciencia y la razón, en ruptura con la misión teológica y caritativa del hospital antiguo. Sin embargo, el paso del uno a otro tipo de hospital no fue radical sino progresivo. Significó en primer lugar la transferencia del poder de la Iglesia a los científicos en proceso de secularización. En términos de atención al público, este último no varió en su composición ya que siguió recibiendo a mujeres pobres y pertenecientes a las castas. Así, en 1911, 63,7% de las mujeres admitidas en el Hospital de Santa Ana del que dependía la Maternidad, eran analfabetas, mientras que el 68% de las admisiones concernieron a mujeres de origen indígena¹². Esta situación posibilitó que la Maternidad de Lima se convirtiera en un centro de aprendizaje y experimentación: en sus salas, tanto obstetrices como estudiantes de medicina se formaron a la clínica. Aunque el parto no fuera una patología en sí, la medicina moderna rastreó afanosamente el menor signo de enfermedad de la mujer. Las tesis de medicina dedicadas al periodo de gestación y parto, muestran ese interés por detectar lo patológico en las náuseas, los vómitos, en el útero, los ovarios o la placenta. En ese contexto, el cuerpo femenino fue utilizado para experimentar nuevas técnicas o medicamentos puestos a disposición de los facultativos. Tal es el caso del fórceps, de los sedantes como el cloroformo o las intervenciones quirúrgicas como la cesárea. No se trata aquí de denigrar la técnica introducida en los hospitales peruanos decimonónicos sino de contextualizar las condiciones

de su desarrollo. Cabe así señalar que el nivel de precisión y de eficacia actual de la medicalización del parto, se debe a que hubo un largo periodo de ensayos y tanteos realizados sobre mujeres gestantes. Por otro lado, la medicalización del parto debutó en un ambiente extremadamente patógeno. Las parturientas eran instaladas en dormitorios comunes donde cohabitaban entre 10 y 20 mujeres más los recién nacidos que dormían con sus madres. Por eso en Lima, hasta principios de la década de 1920, la tasa de mortalidad materna y de recién nacidos era sumamente elevada.

La Maternidad de Lima fue asimismo un espacio de expresión de la colonialidad del poder. Los médicos y las obstetrices pertenecían a las categorías superiores e intermedias de la sociedad que se consideraban como la encarnación de la civilización y el progreso. Sobre este personal de salud recaía además el aura y el prestigio de la modernidad científica. Las parturientas admitidas se situaban en cambio en lo que Franz Fanon llama la “zona del no ser”, es decir que no eran consideradas como personas sino como salvajes como lo insinuaba el jurista Manuel A. Fuentes:

[...] nuestras mujeres de la sierra paren en los caminos, en medio de las rígidas y desiertas cordilleras, y al momento toman sus “crias”, las envuelven, no en finas y bordadas telas, sino en una grosera gerga y se la echan á la espalda para continuar su viage [...] (Fuentes, 1925 : p.75-76).

Las empresas de “civilización de los indios bárbaros” fueron generales a todo el continente americano - de Canadá hasta la Tierra del Fuego - durante el siglo XIX. Estas políticas globales se declinaron en acciones diversas entre las cuales se encuentra el disciplinamiento del parto. Este requiere un tiempo y una atención particular, que recaía generalmente en la familia y una persona especialista del nacimiento. Los estudios sobre la fisiología del parto, señalan que se trata de un momento crucial con una temporalidad propia (Delassus, 2011). Cada mujer vive así su parto de manera individual en función de su historia personal y de sus referentes culturales. En ese sentido, para que el parto pueda darse en condiciones óptimas tanto para la parturienta como para su bebé, hay que respetar las manifestaciones de la individualidad de cada ser. La obstetricia moderna limitó prontamente la libertad de expresión femenina. En el caso de la Maternidad de Lima, todas las características propias de las pacientes fueron, por sus orígenes, asociadas a la barbarie. Las quejas, los gemidos y los gritos se tomaron como manifestaciones de la “animalidad” de las gestantes. Y la expresión más clara de esta política de disciplinamiento de los cuerpos fue la imposición de la posición dorsal, cómoda y práctica para el personal de salud, pero antifisiológica, dolorosa e incómoda para la parturienta. En el Perú, hasta una época muy reciente, en los partos de las zonas andinas y amazónicas, las mujeres se posicionaban de diferentes maneras, siendo las más usuales, la posición sentada o de pie. Las mujeres eran asistidas por miembros de la familia

(pareja, madre, familiar) y las-os parteras-os que vigilaban el desarrollo del parto (Lestage, 1999). La obstetricia moderna impuso en cambio un modelo único, que restringió el accionar de la mujer. Este modelo fue aplicado de manera coercitiva y suscitó siempre diversas formas de oposición, como lo indica el estudiante de medicina Ricardo Moloche en 1908:

Muchas se resisten a dar a luz en la posición dorsal, prefiriendo la actitud de rodillas y no en el lecho sino en el suelo, adonde colocan cualquier lienzo; cuando se les sorprende en esta posición y se les obliga al decúbito manifiestan su desagrado para acostarse diciendo que así el cuerpo no las ayuda (Moloche, 1908 : p. 9).

En el mismo sentido, la búsqueda de formas de aplacamiento del dolor puede ser vista como otro método del disciplinamiento del cuerpo. Una serie de productos fueron así empleados a partir de la segunda mitad del siglo XIX para limitar el dolor, en una óptica totalmente empírica, y con muchos efectos secundarios como lo manifiesta Emilio Muñoz en su tesis sobre la raqui-anestesia cocaínica en el parto:

A medida que la analgesia hacia su marcha ascensional se desarrollaron una serie de accidentes que produjeron en mí la consiguiente alarma: los observados por primera vez. Esos accidentes consistieron: en una marcada palidez de la cara que se cubrió de sudores; ansiedad respiratoria, aceleración y pequeñez de pulso; abundante secreción de saliva pilante y de lágrimas y un aspecto especial de la fisonomía en que se retrataba una profunda depresión; pero estos síntomas se disiparon rápidamente y la paciente dio muestras de satisfacción. La analgesia era total: el alfiler no producía reacción ni en las partes inferiores del cuerpo, ni en las regiones más elevadas, cara, frente. Los dolores de la contracción se extinguieron en consecuencia, así al nivel del útero como de toda la zona genital¹³.

A principios del siglo XX, esta política de control del cuerpo de la gestante se aplicaba a alrededor de un millar de mujeres al año, aquellas atendidas en la Maternidad de Lima. Millones de otras seguían por entonces dando a luz a domicilio, con ayuda de una partera. Sin embargo, el desarrollo del Estado-nación peruano llevó consigo la imposición de este modelo a todas las zonas andinas y amazónicas sin mucha variación en su procedimiento.

Biopolítica de la salud perinatal peruana en el siglo XX

La Maternidad de Lima fue así el espacio donde se experimentó una política de salud perinatal que se extendió luego, de manera progresiva, a todo el país. La difusión de esta política pública de salud debe ser estudiada de par con la progresión de la construcción del Estado-nación. El Perú es en primer lugar un territorio fragmentado geográficamente y muy centralizado. La “colonización” interior por el Estado se hizo progresivamente a partir de la

capital dónde las élites veían al resto del país más que como un vasto hinterland. Esto iba asociado a un sistema global de segregación espacial que oponía a Lima del resto del país en círculos concéntricos a los que se les atribuía un mayor o menor grado de civilización. La sociedad republicana conservó las categorías raciales creadas anteriormente perpetuando la idea de la separación de la población en niveles de humanidad distintos que demandaban políticas públicas específicas. En lo que concierne particularmente al periodo perinatal, los gobiernos oscilaron entre diferentes acciones. En la capital y las principales ciudades del país, se crearon centros de salud semejantes al de Lima aunque menos modernos y equipados. Aquí, el control de las mujeres fue riguroso aunque el trato diferenciado en función de la "raza¹⁴". Para las criollas y mestizas acomodadas, se instauraron consultorios privados donde los médicos y las obstetras atendían personalmente a sus pacientes, mientras que para las mujeres pobres y racializadas la atención era colectiva, coercitiva y violenta. En el resto del país y principalmente en las zonas más alejadas de los centros urbanos, donde la presencia del Estado tardó en llegar, se aceptaron las prácticas médicas y obstétricas clásicas, toleradas por la falta de recursos y la supuesta barbarie de sus habitantes.

La medicalización intensiva del parto a nivel nacional empezó poco antes de que estallara el conflicto armado interno (1980-2000). En 1982, casi la mitad de los partos (49%) habían sido atendidos por personal de salud (Blondet, Montero, 1994 : p. 80). Esta cifra fue aumentado rápidamente: en 1992, el total ascendía ya al 65,2%. Sin embargo, este porcentaje global disimulaba diferencias internas importantes. Así, mientras que en Lima metropolitana 84,5% de los partos habían sido atendidos por personal de salud, solo el 15,2 % lo habían sido en las áreas rurales. En cuanto a las regiones, el parto domiciliario continuaba siendo ampliamente mayoritario en la Sierra (72%) y en la Selva (64,5%)¹⁵. La acción del Estado se reforzó entonces en estas regiones en un contexto de guerra. En 1992, durante el gobierno de Alberto Fujimori (1990-2000), se capturó al líder de la guerrilla Sendero Luminoso, Abimael Guzmán. Sin embargo, la violencia no culminó con ese hecho en muchas localidades del país. El gobierno tomó matices cada vez más autoritarios y dictatoriales a la vez que desató una política represiva en dirección de las regiones andinas y amazónicas so pretexto de luchar contra la subversión y el terrorismo. La Comisión de la Verdad y la Reconciliación estima que 75% de las víctimas del conflicto tenían el quechua u otras lenguas nativas como idioma materno¹⁶. El caso de la política de planificación familiar desarrollada entre 1992 muestra que la política represiva del gobierno Fujimori no estuvo únicamente enfocada a luchar contra el terrorismo sino también a des-indianizar al Perú.

En efecto, durante ese periodo de aniquilamiento del estado de derecho, el gobierno peruano empleó nuevamente la ciencia médica moderna para desarrollar una política de Estado destinada a controlar la natalidad de poblaciones indígenas y de bajos recursos. Los estudios actuales, sumamente importantes y muy bien documentados como el de la antropóloga Alejandra Ballón, tienden a presentar esta política - centrada el tema de las esterilizaciones forzadas - como un acto aislado en la historia del Perú (Ballón, 2014). Me parece sin embargo que habría que insertar este dramático acontecimiento en la larga historia de la política de salud pública en dirección de los indígenas. La originalidad del gobierno de Fujimori fue que le dio un carácter masivo a una política que venía experimentándose desde el siglo XIX, aplicando asimismo los avances tecnológicos, principalmente en materia quirúrgica. En 1996 se estableció oficialmente el Programa Nacional de Salud Reproductiva y de Planificación Familiar (PNSRPF) cuyo objetivo era alcanzar en el año 2000 la tasa de fecundidad de 2,5 hijos por mujer. Preveía también que 100% de las mujeres atendidas por personal de salud a la hora del parto egresarán con un método anticonceptivo¹⁷. En 1992, la tasa de fecundidad "ideal" ya casi había sido alcanzada en las zonas urbanas mientras que en las zonas rurales era aún de 6,2. En cuando a los métodos anticonceptivos, más del 60% de las mujeres de las zonas rurales empleaba métodos tradicionales (Blondet, Montero, 1994 : p.76). El estudio del PNSRPF debe ser interseccional pues se dirigió casi exclusivamente a las madres de familia de las comunidades indígenas en edad de procrear. El personal de salud (médicos-as, obstetras y enfermeras-os) fue movilizado para aplicar esta normativa que rápidamente se acompañó de metas cuantitativas a alcanzar. Así lo relata el enfermero Rafael Delgado Zumaeta que intervino en las jornadas de esterilizaciones entre 1995 y 1997¹⁸. Para responder a la imposición del Estado, el personal de salud apuntó a los métodos más rápidos e irreversibles, entre los cuales sobresalió la esterilización. Si en teoría dicha intervención quirúrgica debía contar con el consentimiento informado de la paciente, en la práctica se coaccionó a las mujeres, aun a las gestantes. Ese fue el caso de Felipa Guerra Martínez, esterilizada en 1995 a la edad de 31 años. La eligieron aunque estuviese embarazada porque tenía cuatro hijos. Su testimonio hace eco con los del siglo anterior:

Yo les dije varias veces que no, que no quería, y que estaba embarazada, pero insistieron. "Es orden del gobierno", me decían. Luego me dijeron que solo me iban a sacar análisis sobre mi embarazo. Pero era un engaño. Las dos enfermeras que vinieron a mi casa me dijeron: "Señora, si estás embarazada no te vamos a tocar ni un poquito". Cuando llegamos a la posta de Campanilla, nos encerraron en el local para que nadie saliera. En ese lugar pasamos la noche. Había mujeres de Chumanza, de Perla de Mayo y otras localidades. Había más de 100 mujeres. Dormimos unas en colchones, otras en el piso. Al segundo día nos pusieron batas. A la fuerza me hicieron subir a la camilla. Yo no quería, me jalaron del brazo diciéndome que me iban a sacar mis

análisis, que si no me dejaba no iba a tener pasaje de regreso a mi casa, ni alimento, ni agua¹⁹.

Como Felipa Guerra, 300 000 personas fueron víctimas de las esterilizaciones forzadas, de las cuales 90% fueron mujeres madres de familia. Las técnicas obstétricas experimentadas y perfeccionadas desde hacía más de un siglo fueron empleadas masivamente por el personal de salud en un programa que no solo vulneró los derechos y la dignidad de las personas implicadas, sino que apuntaba a des-indianizar el Perú.

Conclusión

En suma, la obstetricia moderna debe analizarse en términos de biopolítica, ya que la ciencia desarrollada en el Perú, a partir del siglo XIX, fue empleada por el Estado y sus agentes para asentar el control y el poder sobre las mujeres y sus bebés. En ese sentido parece inadecuado y en muchos aspectos inexacto estudiarla en términos de progreso. En lo que se refiere a los partos eutócicos que representan alrededor de 80% de los alumbramientos, la imposición del parto hospitalario ha inducido la progresiva desaparición de los saberes de las/os parteras/os y de las parturientas. Con respecto a los especialistas tradicionales del parto, la ofensiva, como se ha señalado en este artículo, fue directa y violenta. El desprestigio de estos saberes, asociados a la superstición y la barbarie, fue debilitando progresivamente a esta profesión. En la actualidad en el Perú ejercen solo 3 000 parteras tradicionales mientras que el personal de salud ha crecido de manera exponencial. El país cuenta así con alrededor de 15 000 obstetras habilitadas/os a ejercer en todo el territorio nacional cuando eran alrededor de 300 a principios del siglo XX. Más ampliamente, la medicalización del parto aniquila la agencia de las parturientas al punto que hoy domina la idea que no se puede dar a luz sin un médico y fuera de un hospital, lo que explica el crecimiento considerable de la cesárea. Cuestionar este modelo no significa desecharlo enteramente sino postular que no es el único y que existieron y existen otras formas de dar a luz tan válidas y seguras como el parto hospitalario.

Bibliographie

Ballón, A. (2014), *Memorias del caso peruano de esterilización forzada, Compilación e investigación*, Alejandra Ballón. Lima : Biblioteca Nacional del Perú, Fondo Editorial.

Blondet, C., Montero, C. (1994), *La situación de la mujer en el Perú, 1980-1994*, Doc. de Trabajo n°68, Lima : IEP.

Castro-Gómez, S. (2005), *La hybris del punto cero: ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816)*, Bogotá : Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

De Sousa Santos, B. (2010), *Descolonizar el saber, reinventar el poder*, Montevideo : Ed. Trilce.

Delassus, J.-M. (2011), *Penser la naissance*, Paris : Dunod.

Fuentes, M. A. (1925) [1867], Lima. *Apuntes históricos, descriptivos y de costumbres*, Lima : Lib. e imp. Moreno.

Lestage, F. (1999), *Naissance et petite enfance dans les Andes péruviennes. Pratiques, rites, représentations*, Paris : L'Harmattan.

Moloche, R. (1908), *La Maternidad de Lima. Contribución a la historia de la Obstetricia*, Ts. Br. Medicina, Lima : Imp. del Estado..

Quiroz-Pérez, L. (2012), De la comadrona a la obstetriz. Nacimiento y apogeo de la profesión de partera titulada en el Perú (siglo XIX), *DYNAMIS. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam* (Granada), 32 (2), p. 415-437.

Quiroz-Pérez, L. (2104), « Benoîte Cadeau-Fessel et la naissance de la profession de sage-femme (Pérou, XIXe siècle) », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 39, p. 225-247.

Trelaün, M. (2012), *J'accouche bientôt : que faire de la douleur ?*, Paris : Souffle d'Or.

Valdizán, H. (1929), *Crónicas médicas del Doctor Valdizán*, Lima, Talls. Grafs. del Asilo Colonia « Victor Larco Herrera ».

¹ Aníbal Quijano ha analizado el concepto de modernidad referido a las ideas de lo novedoso y avanzado que puede encontrarse en muchas culturas y épocas históricas. Sin embargo, la expresión de modernidad europea remite aquí a la pretensión eurocéntrica de ser la exclusiva productora y protagonista de la modernidad. Sobre el tema, veáse QUIJANO, Aníbal, « Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina », p. 212-13.

² “El uso abusivo de cesáreas en América Latina contradice a la OMS”, *El País*, 15 de marzo del 2013, http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/03/15/actualidad/1363388139_662271.html [consultado el 23/04/16].

³ ODENT, Michel, « Accouchement physiologique. Jusqu'ou mène l'hyper-médicalisation de la naissance ? », *Hebamme.ch Sage-femme.ch* 4/2005, p. 30-36,

<http://docplayer.fr/4885643-Accouchement-physiologique-michel-odent.html> [consultado el 4/05/16].

⁴ En este artículo se emplea el sustantivo “indígena” en el sentido de categoría social, a la que se le asignan caracteres y se encuentra en una situación social segregada y dominada. Sobre la definición de indígena, véase, BONFIL BATALLA, Guillermo, “El concepto del indio en América: una categoría de la situación colonial”, *Anales de Antropología, Revista del Instituto de Investigaciones Antropológicas*, UNAM, vol. 9, 1972, p. 105-124.

⁵ Unanue, Hipólito, “Oración inaugural del Anfiteatro Anatómico, en la Real Universidad de San Marcos, el día 21 de noviembre de 1792”, en Manuel A. Fuentes, *Biblioteca peruana de historia, ciencias y literatura*, t. IV, Lima, F. Bailly Ed., 1861 p. 162-163.

⁶ Citado por Rosas, Claudia, “Madre solo hay una. Ilustración, maternidad y medicina en el Perú del siglo XVIII”, *Anuario de Estudios Americanos*, Sevilla, t. 61, 1, 2004, p. 122.

⁷ *Defensa hecha a favor de Da Dorotea Salguero, en la causa criminal que se le ha formado a mocion del proto medicato por haber curado contra sus prohibiciones y las del juez de primera instancia en recurso a la representacion nacional*, Lima: Impr. J. M. Masias, 1831, p. 4.

⁸ *Mercurio Peruano* n° 279, 15 de julio de 1828.

⁹ *Defensa... op. cit.*, p. 4.

¹⁰ *Defensa... op. cit.*, p. 16.

¹¹ *El Telégrafo de Lima* n° 1054, 14 de febrero de 1837.

¹² “Cuadro estadístico”, *Memoria del director de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima correspondiente al año 1911*, Lima, Imp. de M.A. Dávila, 1912.

¹³ *La raquicocanización en el parto. Tesis que presenta D. Emilio Muñoz para optar el grado de Bachiller ante la Facultad de Medicina de Lima*, Lima, 1902, Archivo Histórico Domingo Angulo.

¹⁴ El término de “raza” empleado en este artículo se refiere a la categoría social creada

para servir sistemas de poder productores de jerarquías esenciales e irreductibles.

15[□] INEI, *Encuesta demográfica y de salud familiar 1992*, Lima, 1993, p. 100-102.

16[□] CVR, Conclusiones generales, <http://www.cverdad.org.pe/ifinal/conclusiones.php> [consultado el 3/05/16].

17[□] *Los consensos de El Cairo. Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres*, Lima: Centro de la Mujer Flora Tristán, Movimiento Manuela Ramos, RSMLAC, 2003, p. 66.

18[□] “Bajo amenaza nos hicieron participar en las esterilizaciones de mujeres”, La República, 6 de Marzo de 2016, <http://larepublica.pe/impres/a/en-portada/746438-bajo-amenaza-nos-hicieron-participar-en-las-esterilizaciones-de-mujeres> [consultado el 3/05/16].

19[□] “Me ataron las muñecas en la camilla para esterilizarme a la fuerza”, La República, 4 de Marzo de 2016, <http://larepublica.pe/impres/a/en-portada/745992-me-ataron-las-munecas-en-la-camilla-para-esterilizarme-la-fuerza> [consultado el 3/05/16].