

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DEL PERÚ**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**



Autoatención campesina del embarazo, parto y posparto en la sierra de Piura:  
experiencias y estrategias de atención familiar en un contexto de  
transformación rural y pluralismo médico en los andes norteños del Perú

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Antropología  
presentado por:

Ramos Rojas, Arantxa Madeleine

Asesor:

Diez Hurtado, Antonio Alejandro

Lima, 2023

## Informe de Similitud


Yo, Antonio Alejandro Diez Hurtado, docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado

Autoatención campesina del embarazo, parto y posparto en la sierra de Piura: experiencias y estrategias de atención familiar en un contexto de transformación rural y pluralismo médico en los andes norteños del Perú, del/de la autor(a)/ de los(as) autores(as) Arantxa Madeleine Ramos Rojas

dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 7%. Así lo consigna el reporte desimilitud emitido por el software *Turnitin* el 24/04/2023.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas. Lugar y fecha:

Lima, 25 de abril del 2023

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Diez Hurtado, Antonio Alejandro</u>			
DNI:	08184475		Firma
ORCID:	0000-0003-3349-0272		

*“...Tal la tierra oirá en tu silenciar,  
cómo nos van cobrando todos  
el alquiler del mundo donde nos dejas  
y el valor de aquel pan inacabable.  
Y nos lo cobran, cuando, siendo nosotros  
pequeños entonces, como tú verías,  
no se lo podíamos haber arrebatado  
a nadie; cuando tú nos lo diste,  
¿di, mamá?”*

César Vallejo, *Trilce* (XXIII)

*“Ella calla. Siempre callará. Pero es puro ruido. Intenso, doloroso, mudo.  
Ha inventado historias, anécdotas, personajes, toda una vida. Las inventa cada día.  
Lo seguirá haciendo quizá por siempre. Ella es una actividad imparable, un zumbido, una  
tensión eléctrica que no deja de sonar para que el silencio frágil, oculto, no sea tocado”*

José Carlos Agüero, *Persona*

*Desde este estruendomudo donde —las más de las veces—  
el silencio es el lenguaje que vence,  
las palabras posibles son para Charo, mi mamá.  
Aquí una muestra.*

## AGRADECIMIENTOS

Si escribir el diseño de esta tesis mientras la enfermedad de mamá avanzaba fue difícil, después de su muerte, el poder terminarla —y otros aspectos de la vida— se volvieron muchas veces una tarea imposible. Entre tanto, también llegué a sentir que jamás podría volver a escribir o dedicarme a la antropología. Por suerte algunas sensaciones difíciles son la muestra de lo mucho que nos importa aquello que nos atormenta. Así, en lo escrito en todas estas páginas se encarnan varias partes de mí que, a diferentes dimensiones, tiempos y procesos, buscaron trascender los túneles necesarios para poder dar a luz.

Hago pública esta sensación sobre todo porque creo que no he sido la única. La vida puede hacerse muy difícil de continuar cuando las redes de soporte se ausentan, eso lo podemos ver bien en nuestras propias experiencias de duelo, en las pérdidas que las pandemias sociales dejan y en algunos de los casos representados en esta tesis. Con mayor razón, entonces, agradezco todas aquellas presencias que, ya sea sin saberlo o activamente presentes, han podido ser compañía en el tránsito de momentos críticos que las condiciones imponen. Esta tesis, definitivamente, no hubiese sido posible sin estas muestras de humanidad compartida.

Quiero dedicar esta tesis a mi mamá que, con su necedad, ternura, ímpetu —y todas las de perder— confrontó a un mundo que nunca estuvo hecho para ella (para nosotras) y lo volvió habitable, cálido y con sentido. Y a mi abuela, porque el hambre y lo injusto no fueron un pdf o una cifra más, sino vida y lucha encarnada. A ellas dos les agradezco sus vidas, caldo de cultivo de la sensibilidad que les he heredado. Agradezco también a Helio, mi padre, por enseñarme a sospechar de todo lo que nos viene empaquetado. Gracias por compartirme tu curiosidad y cariño por Huarmaca y por el gusto compartido por la poesía, la crónica y el escribir. También les agradezco a mis dos padres como equipo, ambos periodistas de calle, que desde la misma convicción de haber elegido una carrera que les apasionaba a pesar de las limitaciones, se esforzaron todo imposible para permitirme estudiar antropología. Y, por si fuera poco, a su manera encaminaron la curiosidad, la sospecha y la reflexión comprometida. Siempre admiré mucho la naturalidad y sentido común con la que podían tener lúcidas críticas a las clases dominantes. Sumo a este párrafo a Ezzio, mi mellizo año y medio menor, a quien le agradezco la compañía cómplice, así como la mutua confianza para sacar, y dejar ser, nuestro lado más creativo y reflexivo.

Agradezco, además, a esa otra familia que construimos y con la que se puede sentir un nosotros: A Giancarlo de la Cruz Huanay, mi mejor amigo, por compartir generosamente su intensidad, su esencia y su amor por la literatura. Estaba ansiosa por mostrarle esta tesis —incluida la dedicatoria— pero tristemente partió pronto a planos donde la literatura sobrepasa los textos y la vida. Agradezco también a Gabriela, porque su agudeza reflexiva y su olfato crítico han sido siempre estimulantes desde el primer ciclo de universidad y su compañía es casi como la de una hermana. Le agradezco también a Pierina, por su cálida amistad militante, y por lo mucho que remueve al mundo con la profundidad con

la que se involucra en lo importante. A mis amigas y compañeras de Manada Feminista, por ser soporte político y emocional gran parte de mi vida universitaria. La lucha y el cariño sigue, aunque hayamos tomado otros caminos. Agradezco también a Karina que con su escucha atenta y compasiva ha podido acompañar desde nuevas miradas experienciales. Por último, quisiera hacer un agradecimiento especial a Omar, mi compañero de vida, de aulas y anhelos. El sabernos compañeros en el cálido amor militante y en la pasión por la antropología, me interpelan cotidianamente y han podido ser ancla en los momentos de desorientación más duros. Continuar con esta tesis no hubiese sido posible sin los ánimos, la confianza y las lecturas y feedbacks minuciosos que con tanto amor fueron dedicados.

Quiero hacer un especial agradecimiento a mi asesor, Alejandro Diez por la paciencia, la comprensión y los comentarios precisos. Me imagino que lo intuyó, pero acá lo reafirmo: siempre fue muy alivante su activa respuesta y disposición a escuchar/guiar desde la observación/lectura atenta y rigurosa, así como los ánimos y la confianza en momentos donde el desaliento vencía. Gracias también a mis lectoras, investigadoras rigurosas y críticas que han impactado profundamente en mi formación como antropóloga. Por último, quisiera agradecer con especial cariño a Julio Portocarrero. Qué suerte haber estado cerca a sus miradas urgentes y refrescantes de la antropología en momentos clave en mi formación. El oficio y rigurosidad con la que enseña, han sabido ser guía que encamina intuiciones desde mi primer ciclo en la carrera y, por suerte, se ha mantenido hasta el día de hoy.

Por último, extendiendo mi agradecimiento a las mujeres de mis casos por permitirme ser parte de sus vidas y me ofrecerme su amistad, a los diversos funcionarios de la municipalidad que me ayudaron con mucho empeño, a las diversas autoridades locales con las que pude compartir momentos gratos y a mis familiares de Huarmaca, que me acogieron cálidamente y me compartieron sus visiones sobre la tierra de mis abuelos, a quienes tuve presente durante todo el trabajo de campo, sobre todo en Succhirca, donde mi abuela paterna fue profesora durante los mejores años de su vida. Ha sido un honor poder investigar y conocer un poco más sobre uno de los territorios que configuran mis recuerdos más primigenios y estructurante.

## RESUMEN

Esta tesis es una aproximación etnográfica a las familias *del campo* de la sierra de Piura, y sus esfuerzos para atender la vida —y vencer la muerte— en uno de los procesos fundamentales para su existencia: el proceso de embarazo, parto y posparto (EPP).

Nuestra aproximación teórica y metodológica enfatiza en las articulaciones y negociaciones que estas familias realizan para la autoatención de este proceso, que puede implicar momentos críticos en la vida y el cuerpo de las mujeres. Profundizamos especialmente desde sus estrategias prácticas y sus experiencias corporales, morales y afectivas. Sostenemos que estas son configuradas y forzadas por un contexto de pobreza rural y precaria infraestructura estatal que cobra altos costos en el cuerpo, la salud, la economía y las relaciones familiares campesinas.

Sin embargo, también identificamos una sofisticada apropiación, experimentación e hibridación campesina de los recursos y repertorios de atención a la mano, generando así lo que denominamos “campesinización de los recursos biomédicos”. Además, la autoatención del EPP nos evidencia un profundo conocimiento sobre el cuerpo, las relaciones, las lógicas de intimidad e intercambio por parte de las mujeres y sus familias. Estos elementos nos permiten conocer características del posicionamiento étnico/de clase del campesinado de la sierra piurana y su protagonismo en la reducción de la muerte materna, a la vez que permiten confrontar las lecturas comúnmente desagenciantes en torno las poblaciones campesinas andinas y su rol fundamental en la transformación de sus condiciones.

Palabras clave: sierra de Piura, autoatención, pluralismo médico, transformaciones rurales, embarazo, parto y posparto (EPP).

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO 1: .....	5
DISEÑO TEÓRICO Y METODOLÓGICO .....	5
1.1. Diseño Teórico .....	5
1.1.1. Estado de la cuestión .....	5
1.1.1.1. Salud sexual y reproductiva.....	5
1.1.1.2. Medicina tradicional andina y sus agentes .....	14
1.1.1.3. Pluralismo médico en los andes .....	19
1.1.1.4. Balance.....	23
1.1.2. Marco teórico.....	25
1.1.2.1. Las “atenciones” familiares campesinas.....	25
1.1.2.2. Diálogos médicos e Intermedicalidad en la autoatención .....	34
1.2. Diseño metodológico .....	46
1.2.1. Planteamiento de investigación .....	47
1.2.2. Muestra de trabajo de campo y lugar etnográfico.....	50
1.2.3. Métodos de trabajo de campo: Fuentes de datos, registros y análisis .....	56
CAPÍTULO 2: .....	59
CONTEXTO DE CONDICIONES Y POSIBILIDADES DE ATENCIÓN: Dinámicas familiares campesinas en un contexto andino de transformación rural y pluralismo médico en la sierra de Piura.....	59
2.1. Dinámicas familiares en un contexto de transformación rural .....	60
2.1.1. Organización de la economía familiar campesina .....	61
2.1.1.1. Comunidad, tierras y agricultura familiar de subsistencia.....	62
2.1.1.2. Organización actividades “domésticas” .....	69
2.1.1.3. “La tierra nos da, pero a veces no alcanza”: comercio agrícola y trabajo asalariado no agrícola .....	80
2.1.2. Migración temporal y movilidad femenina .....	84
2.1.3. Experiencia y práctica del Estado.....	93
2.1.3.1. Experiencia con Instituciones educativas .....	94
2.1.3.2. Experiencia con programas sociales .....	98
2.2. Pluralismo Médico en los andes norteños .....	103

2.2.1.	Postas, centros y hospitales: sistema de salud oficial .....	105
2.2.2.	Oferta local de la práctica de atención campesina .....	112
2.2.2.1.	Automedicación y las farmacias del pueblo.....	113
2.2.2.2.	Repertorios ‘religiosos’ .....	117
2.2.2.3.	Repertorios curanderiles norteños.....	129
2.2.3.	Balance pluralismo médico en los andes norteños.....	145
CAPÍTULO 3 .....		147
HISTORIAS DE VIDA REPRODUCTIVA: Mujeres, vida cotidiana e itinerarios de atención .....		147
3.1.	ROSARIO: “Yo a mis gemelas las tuve en la maternidad de Lima” .....	147
3.2.	TELMA: “Mi esposo se fue a ver a la partera, yo me quedé con mi mamá...” .....	161
3.3.	ALVA: “La partera llegó cuando ya estaba caído...” .....	172
3.4.	PRISCILA: “¡sentí su pie! Me asusté... Recuerdo que vinieron en ambulancia desde Huarmaca” .....	181
3.4.1.	OLIMPIA: “...Ay que dolor diosito, por eso no quiero parir ya... mucho me malogro” .....	187
CAPÍTULO 4 .....		195
“LAS ATENCIONES” EN LA VIDA REPRODUCTIVA CAMPESINA: Redes familiares, recursos y repertorios de autoatención del embarazo, parto y posparto .....		195
4.1.	Organización de las redes de atención .....	195
4.1.1.	Organización familiar inicial: configuración de redes de atención en las mujeres jóvenes migrantes.....	197
4.1.2.	Organización familiar actual: redes de atención en mujeres adultas asentadas en “el campo” .....	210
4.2.	Recursos y repertorios en “las atenciones” del embarazo, parto y posparto .....	217
4.2.1.	Embarazo: dilemas y preocupaciones .....	217
4.2.2.	Parto: territorio de atención y experiencia con terapeutas.....	226
4.2.3.	Posparto: el descanso y las atenciones familiares .....	242
4.2.3.1.	El descanso posparto .....	243
4.2.3.2.	Atenciones familiares posparto.....	246
CAPÍTULO 5 .....		254



EXPERIENCIAS Y ESTRATEGIAS DE AUTOATENCIÓN: Dimensión emocional, política y económica de las atenciones familiares en los andes norteños.....	254
5.1. Experiencias de autoatención: Dimensión corporal, moral y afectiva de las atenciones .....	254
5.1.1. Experiencia y nociones sobre el cuerpo .....	254
5.1.2. Experiencia moral y afectiva de las atenciones .....	262
5.1.3. Balance: La “fuerza” de las atenciones como experiencia encarnada de feminización de la “fuerza” campo.....	270
5.2. Estrategias de autoatención: agencia campesina y negociaciones intermédicas .....	275
5.2.1. “Campesinización” de los repertorios biomédicos .....	279
5.2.2. Generación de lazos de familiaridad .....	285
5.2.3. Limitantes de las estrategias de autoatención.....	288
5.3. Síntesis del capítulo .....	294
CONCLUSIONES.....	296
6.1. Sobre la importancia de las experiencias íntimas en el estudio de sociedades campesinas .....	299
6.2. ¿Quién salva a quien de una muerte materna?.....	302
6.3. Problematizando la medición estatal de la “salud materna” .....	305
BIBLIOGRAFÍA .....	307
ANEXOS .....	315

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Modelo teórico de las atenciones	34
Gráfico 2 Estrategias de autoatención	45
Gráfico 3 Mapa del distrito Huarmaca	55
Gráfico 4 Pluralismo médico en los andes norteños	146
Gráfico 5 Rutas de las ciudades de retorno al campo	204
Gráfico 6 Rutas del caserío de origen al caserío del cónyuge	207
Gráfico 7 Rutas de las configuraciones familiares	209
Gráfico 8 Prácticas de atención y representaciones ideológicas del descanso	245
Gráfico 9 Prácticas de atención y representaciones ideológicas de las atenciones	252
Gráfico 10 Síntesis de las prácticas de atención y representaciones de la salud/enfermedad de la etapa posparto	253
Gráfico 11 La fuerza del cuerpo de las mujeres en la vida cotidiana	256
Gráfico 12 Autoatención y Modelo relacional del embarazo, parto y posparto en la Sierra de Piura	295

## ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía 1. 10 a.m., Alba con su hija menor en la zona de descanso de su casa	75
Fotografía 2. Telma yendo al control del Centro de Salud con Ismael en el rebozo	77
Fotografía 3. Cocinas de fogón y gas. Casa de Olimpia	78
Fotografía 4. Alba y su hija en la cocina	80
Fotografía 5. Priscila con los plátanos cargados en el rebozo regresando de la chacra	81
Fotografía 6. Vista del I.E. José María Arguedas Succhirca (Primaria y secundaria)	99
Fotografía 7. Puerta del Establecimiento de salud. I-2 Succhirca	110
Fotografía 8. Puerta del Establecimiento de salud. I-2 Succhirca	112
Fotografía 9. Puerta del Establecimiento de salud. 1-4 Huarmaca	115
Fotografía 10. Botica Huarmaca	119
Fotografía 11. Pomo de maravilla Curativa y agua florida en la 'Botica Huarmaca'	120
Fotografía 12. Alumbre para el susto en la 'Botica Huarmaca'	120
Fotografía 13. Arco de la Fiesta de los linderos del 3 de Mayo (año 2019)"	122
Fotografía 14. Gente del campo rodeando el Castillo de celebración del Señor de la Exaltación en la plaza principal del pueblo Fuente: Elaboración propia	124
Fotografía 15. Preparación de Rompoppe sin alcohol de uno de los pastores de la iglesia evangélica Asamblea de Dios	130
Fotografía 16. Bendición de las varas y chicotes de las comunidades Cabeza-Succhirca y Yacuas-Coyonayú en la celebración de Semana Santa	132
Fotografía 17. Bolso del personal médico con pequeñas manchas de barro	236

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Animales domésticos y cocinas por unidad doméstica	79
Tabla 2. Trabajo y ocupación femenina al migrar	95
Tabla 3. Nivel educativo (al año 2019) de los hijos de los 5 casos trabajados	102
Tabla 4. Lugar de residencia de la madre y tiempo de campo	221
Tabla 5. Territorio y lugar donde se dio el parto por caso	233
Tabla 6. Lugar de parto por caso y agente de salud que atendió	240



## INTRODUCCIÓN

*“(…)Nuestro trabajo es documentar, de la manera más meticulosa y honesta que podamos, el complejo funcionamiento de una vasta maquinaria arraigada en una economía política que solo un romántico llamaría frágil. Lo frágil es más bien nuestra empresa de crear una contabilidad más veraz y luchar contra la amnesia. Esperaremos el “fallo en la matriz” para que más personas puedan ver claramente cuál es el costo, no para nosotros (porque los que leemos las revistas o participamos en los análisis sociales estamos por definición protegidos), sino para aquellos que todavía ponen sus espaldas a la tarea imposible de vivir con casi nada mientras otros se revuelcan en el exceso”. (Traducción propia, Farmer, 2003; p. 317)*

Esta tesis trata de documentar la complejidad de la atención familiar campesina del embarazo, parto y posparto en la sierra de Piura. Para lograrlo, nos sumergimos en la intimidad y toda la experiencia corporal, moral y afectiva de las mujeres; así como en las estrategias de atención que sus familiares ejercen para salvaguardar sus vidas. Partimos considerando el contexto de transformación rural en el que se encuentran, así como la amplia oferta de salud presente en la zona, ya que todo ello nos permite entender cómo estas familias sortean las dificultades, articulan terapéuticas, e hibridan explicaciones que les hagan sentido, al mismo tiempo que negocian una buena atención con los diversos terapeutas e instituciones.

Sabemos que el estudio sobre el embarazo, parto y posparto en los andes peruanos no es un tema nuevo. Podríamos decir que este fenómeno se ha investigado ampliamente desde dos grandes campos: los estudios de medicina tradicional andina y desde el tópico de la salud sexual y reproductiva. Ambos frentes han representado amplios esfuerzos: El primero, busca entender las prácticas culturales andinas y el sistema médico quechua; y, el segundo, abordar problemáticas urgentes como la muerte materna o la calidad de atención, respectivamente.

A pesar de los aportes que han significado estas aproximaciones, creemos que existen asunciones y énfasis que deben ser superados. En primer lugar, las investigaciones sobre medicina tradicional nos han planteado un válido cuestionamiento a la hegemonía biomédica; sin embargo, las más de las veces parten de un entendimiento dicotómico y esencialista de dos sistemas médicos,

los cuales definen como discretos y opuestos entre sí. Esta mirada ha opacado los usos diversos e híbridos que las poblaciones campesinas andinas llevan a cabo en la práctica con los recursos, repertorios y tecnologías médicas a los que tienen acceso, más allá de las delimitaciones simbólicas reconocibles.

Por otro lado, a pesar de sus bienintencionados y necesarios intentos por mejorar los servicios de salud estatales, los estudios desde la salud sexual y reproductiva han reducido la comprensión de las mujeres y sus familias, acotando su foco de análisis solamente a su relación con los sistemas de salud oficial. Ello ha generado una simplificación del entendimiento de sujetos y unidades de organización social hacia la noción acotada de “usuarias”; por lo que el centro del análisis no ha trascendido el *sistema de salud* para conocer a las personas que hacen uso de esto, o las dinámicas sociales en torno a la salud y el cuerpo más allá de los límites físicos y procedimentales del sistema estatal.

El espacio en que tiene lugar nuestra investigación es los andes norteños; en específico, la sierra de Piura. Su lejanía geográfica y cultural con lo asociado a lo “andino” desde la literatura hegemónica de las ciencias sociales hace de esta zona una sierra enigmática. Aproximarnos a esta zona desde un fenómeno social tan común, pero muchas veces poco problematizado desde los estudios sobre el campesinado -entiéndase la producción de personas y la atención familiar que estos momentos críticos requieren- abre la puerta a conocer dimensiones importantes de un mundo campesino piurano con características bastante específicas, las cuales se presentan a muchos niveles: morales, corporales, afectivos y relacionales. Un mundo campesino que no necesariamente construye su identidad a partir de componentes étnicos, sino también de clase que —como veremos a lo largo del texto— encuentra como centrales nociones sobre el cuerpo campesino y la “fuerza” frente a un territorio configurado por la escasez de recursos e infraestructura.

Con lo anterior planteado, el objetivo principal de esta tesis ha sido comprender las particularidades y las implicancias económico-políticas y territoriales de la autoatención del embarazo, parto y posparto en las mujeres y familias campesinas de la sierra de Piura, tomando en cuenta su contexto de transformación rural y la oferta médica plural de la zona.

Nuestra comprensión sobre las prácticas de atención de las mujeres y sus familias campesinas del embarazo, parto y posparto (EPP), ahonda en las explicaciones locales sobre salud/enfermedad relacionadas a la “fuerza”, así como en las experiencias corporales, morales y afectivas; y las estrategias de atención del EPP puestas en práctica por las mujeres y sus familias. Por ello, nos aproximamos desde la propuesta teórica de *autoatención* planteada desde la antropología médica crítica, pues proponemos que esta nos brinda la flexibilidad necesaria para entender las articulaciones, negociaciones e hibridaciones de los recursos, repertorios y tecnologías de atención familiar, sin descuidar el medio histórico, político-económico y territorial en el que este se desarrolla.

En el capítulo 1 presentamos la discusión y propuesta teórica y metodológica. Empezamos contextualizando los debates desarrollados por las diversas aproximaciones teóricas sobre parto en los andes, desde la que argumentamos la necesidad de aproximarnos a los principales responsables de la atención de los procesos del EPP: las familias campesinas. Sumado a esto, desarrollamos nuestra base metodológica tomando en cuenta la discusión teórica previa, de la mano de mi propia sensibilidad y reflexividad como investigadora.

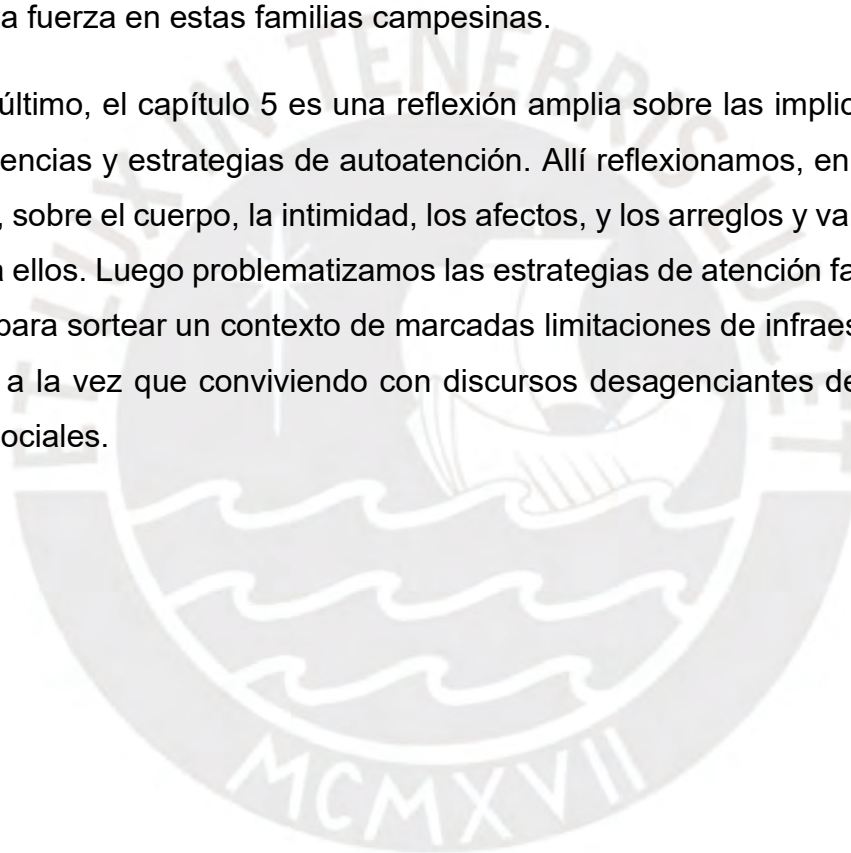
En el capítulo 2 describimos el contexto de condiciones, posibilidades y limitaciones estructurales e ideológicas, y a partir del *enfoque relacional* de Menéndez (1998) situamos las dinámicas familiares campesinas en relación a su contexto andino de transformación rural. También exploramos la relación de tales dinámicas con la plural oferta de recursos y repertorios de la salud usados y recreados por las familias campesinas de los andes norteños del Perú.

El capítulo 3 es un esfuerzo etnográfico de documentar las trayectorias de nuestros casos: 5 mujeres campesinas de la sierra de Piura. En este se describen de manera detallada las condiciones de vida, los eventos, las reflexiones, los dilemas y los problemas cotidianos de nuestros casos. Es un esfuerzo por construir sus trayectorias de vida, con énfasis en sus relaciones íntimas y sus experiencias de embarazo parto y posparto. Es por ello que, en un

segundo momento de cada historia, se describen a profundidad de sus itinerarios de tales experiencias.

En el capítulo 4, analizamos la organización de sus redes de atención en las diversas configuraciones familiares en las que se dan los embarazos, partos y pospartos, así como el papel que juega cada uno de los miembros. A partir de ello, sistematizamos las explicaciones, los recursos, repertorios y tecnologías que intervienen en este proceso. Elementos que nos permiten conocer no sólo las particularidades de los procedimientos de atención, sino también nos muestra las concepciones de salud/enfermedad y su relación con nociones sobre el cuerpo y la fuerza en estas familias campesinas.

Por último, el capítulo 5 es una reflexión amplia sobre las implicancias de las experiencias y estrategias de autoatención. Allí reflexionamos, en un primer momento, sobre el cuerpo, la intimidad, los afectos, y los arreglos y valoraciones en torno a ellos. Luego problematizamos las estrategias de atención familiar que se crean para sortear un contexto de marcadas limitaciones de infraestructura y servicios, a la vez que conviviendo con discursos desagenciantes desde otros agentes sociales.





## CAPÍTULO 1:

### DISEÑO TEÓRICO Y METODOLÓGICO

#### 1.1. Diseño Teórico

Iniciamos este capítulo haciendo un recuento de la literatura relacionada al tema general en el que se inserta esta investigación: *el embarazo y parto en los andes*. Luego, considerando los aportes, limitaciones y vacíos de la literatura revisada, presentamos un marco teórico reflexivo propio, con el cual guiamos esta tesis.

##### 1.1.1. Estado de la cuestión

En esta sección organizamos la literatura existente sobre *el embarazo parto y posparto*<sup>1</sup> *en los andes* en relación a tres grandes temas desde el que ha sido trabajado: 1) La salud sexual y reproductiva de las mujeres andinas, 2) La medicina tradicional andina y sus agentes, y 3) el pluralismo médico en los andes. Para finalizar, haremos un balance del estado de la cuestión planteado a modo de entender sus aportes y limitaciones.

##### 1.1.1.1. Salud sexual y reproductiva

En este acápite comentaremos parte de las producciones de corte cualitativo enfocadas en los derechos sexuales y reproductivos de mujeres de zonas rurales. El corte está hecho a partir de los años noventa ya que consideramos importante poner en contexto cómo en esos años *la salud sexual y reproductiva de las mujeres* se puso en boga a nivel global. Por ello, consideramos que uno de los factores más influyentes fue la participación del Perú en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo de 1994 (en la cual participaron representantes de 179 estados, incluida la

---

<sup>1</sup> En adelante EPP

“sociedad civil”<sup>2</sup> a través de las ONG’s). En esta conferencia mundial se conversó sobre el empoderamiento de la mujer y la mejora de la situación de las niñas, conjuntamente con el derecho a la salud sexual y reproductiva, como estrategia importante para la reducción de la pobreza, mejora de la salud y la calidad de vida (Galdos:2013, p. 455).

Para el cumplimiento de lo acordado en El Cairo, en el Perú se organizó una mesa tripartita entre organismos internacionales, el Estado y estas ONG’s como representantes de la sociedad civil (Ewig, 2012; Galdós, 2013). Este hecho ha sido cuestionado desde algunos sectores del movimiento feminista latinoamericano, relacionados a la representatividad de las ONG’s para hablar en nombre de las mujeres (Galindo, 2012) el cual continúa siendo un debate abierto en el movimiento.

Así también, como parte de los acuerdos que se generaron en esta conferencia, se buscó la implementación de diversas políticas sociales, con las cuales se planteó un conjunto de reformas en el sector salud y políticas de planificación familiar, así como el financiamiento a diversas investigaciones en relación a ese tema. Los efectos de la Conferencia del Cairo en la política económica sudamericana y, especialmente, peruana han venido siendo cuestionados los últimos años por implicar una cooptación neoliberal del sector salud a partir de programas de reducción de la pobreza (Ewig, 2012).

Este marco contextual nos abre un escenario donde el foco de las intervenciones en salud empezó a enfocarse en las mujeres. Para efectos de esta investigación hemos tratado de ceñirnos a abordar los textos que explícitamente trabajan con mujeres en zonas rurales. Para ello, identificamos tres temas desde los que se aborda la salud sexual y reproductiva de las mujeres: 1) muerte materna, 2) calidad de atención y 3) educación en derechos sexuales y reproductivos.

En los años 90’s la muerte materna en zonas rurales era un tema preocupante ya que se estimaba que por cada 100 mil niños nacidos vivos 265 mujeres perdían la vida por complicaciones relacionadas con el embarazo parto

---

<sup>2</sup> Para el caso peruano fueron tres ONG’s feministas: Manuela Ramos, Flora Tristán y Red Nacional de Promoción de la mujeres.

y puerperio (Anderson 1999, p.9). Dentro de las estrategias utilizadas por el Ministerio de salud, a través del Proyecto 2000<sup>3</sup>, se llevaron a cabo dos investigaciones cualitativas. Por un lado, se encargó al Departamento de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú la ejecución de un estudio cualitativo sobre los Casos de Muerte Materna(1999:8) y por otro lado, se encargó otro a la facultad de ciencias sociales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y a la ONG Flora Tristán la ejecución de un estudio cualitativo que permita identificar, describir, evaluar y recuperar las técnicas tradicionales y socio-culturales del proceso de parto y de atención del recién nacido (1999:8) Los libros resultantes fueron *Mujeres de negro. Muerte materna en zonas rurales* y *Salvarse con bien, el parto en la vida en los andes*. Textos que nos parecen relevantes para nuestra revisión ya que ambos libros<sup>4</sup> buscan entender las prácticas de cuidado en torno al embarazo y parto de mujeres rurales, como una forma de aproximarse al fenómeno de muerte materna.

*Mujeres de Negro Muerte materna en zonas rurales del Perú* (Anderson, 1999) trata de entender los factores que influyen en las muertes materna en zonas rurales y la valorización de las mujeres en su entorno doméstico. Su acercamiento y propuesta metodológica son principalmente las autopsias verbales. Estas consisten en reconstruir, a partir del grupo social cercano, el proceso de decisiones llevadas a cabo por las familias al momento de abordar las complicaciones generadas alrededor de los embarazos y los partos de las mujeres fallecidas. Este método es una propuesta bastante novedosa, ya que parte de la triangulación de la información con la que reconstruye un modelo de cadenas de decisión y con la que reconoce diferentes relaciones de poder existentes a nivel doméstico. En esa línea, consideramos que esta investigación no da luces sobre la importancia de los cuidados de los grupos domésticos hacia las mujeres y sobre cómo estos cuidados hacia las mujeres se relacionan con la posición y la valorización que estas tienen en el grupo doméstico, puntos que nos interesa recoger en la investigación.

---

<sup>3</sup> Proyecto 2000 fue una iniciativa de cooperación entre los Gobiernos de Estados Unidos y el Perú a través del Ministerio de Salud y USAID (Anderson 1999, Dierna 1999)

<sup>4</sup> DIERNA, Rosa (1999) *Salvarse con bien. El parto en la vida de los andes y Amazonía de Perú*. y ANDERSON, Jeanine(1999) *Mujeres de negro. La muerte materna en zonas rurales del Perú*.

Por otro lado, *Salvarse con bien. El parto en la vida de los andes y Amazonía de Perú* (Dierna 1999) trata de dar cuenta de las diversas prácticas de cuidado alrededor del parto en diferentes zonas del Perú. Es una investigación de corte cualitativo. El libro está enfocado principalmente en los hallazgos por zona en las que se hizo el estudio. Este hecho ayuda a hacer comparaciones entre los diversos sitios elegidos y poder ver las similitudes y las diferencias. Entendemos que la misma investigación pretende dar sólo un bosquejo general al país. No obstante, consideramos que se pudo profundizar un poco más en el diálogo entre sistemas médicos, sino parece que se sigue construyendo un modelo de parto andino a pesar de las pretensiones de mostrar las diferencias regionales. Por ello, consideramos que es importante recoger en siguientes investigaciones marcos teóricos que ayuden a ver el lado dinámico y local de las prácticas de atención del parto, ya que, si no se sigue generando una mirada dicotómica entre biomedicina y medicina tradicional, ambos como sistemas esenciales y contrapuestos, que no es de mucha ayuda para analizar sociedades complejas.

Un segundo tema identificado son las investigaciones relacionadas a la calidad de atención y acceso de las usuarias a los centros de salud pública. Estas investigaciones parecen querer abordar las limitaciones y problemas que generan que las mujeres no vayan a los centros de salud. En ese sentido, estas investigaciones abordan las percepciones que las mujeres tienen sobre los centros de salud. Dentro de estas producciones tenemos la de Pérez(1999), Poppe(2000) Anderson (2001), y Shepard (2009).

Patricia Poppe (2000) en *Calidad del servicio de salud desde la percepción de la usuaria. Diagnóstico de necesidades de comunicación*. Busca entender la calidad de la comunicación entre los ofertantes de salud (proveedores y servicios en general) y la demanda (usuarias) (2000:p.11). La metodología del diagnóstico fue básicamente entrevistas al personal y focus group a las usuarias las cuales fueron seleccionadas por ser líderes de su comunidad. Dentro de las conclusiones del estudio, da cuenta que son las mujeres las que más acuden al establecimiento de salud, en comparación de los hombres. Además, señala una lista de recomendaciones para que el personal de salud trate de manera horizontal a las mujeres/usuarias. Por otro lado, esta investigación no tiene una

especificación clara de los lugares en los que trabajó a medida que va desarrollándose el libro, hecho que no permite entender las particularidades de los lugares desde los que sitúa sus recomendaciones. Así también, continúa es el hecho de que cuando las mujeres conocen más de las enfermedades, acuden mucho más a tratarlas por lo que recomienda que las estrategias de información sobre diversas enfermedades relacionadas a la salud sexual y reproductiva tengan mayor propaganda. Todas estas recomendaciones, sin embargo, no parece problematizar las preferencias de las mujeres ni la propia denominación de 'usuaria' a las que las reducen, sino más bien se centra sólo buscar que estas 'accedan/acudan' a las postas de salud con recomendaciones que no llegan a comprender las diversas realidades de estas mujeres.

Por otro lado, la aproximación de Jeanine Anderson (2001) en *Tendiendo puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de salud*. Parece problematizar mucho más que el texto anterior el proceso de cambio de las zonas rurales en las que se trabajó. En este libro Jeanine da cuenta de cómo las sociedades rurales están en un contexto de transformación, al mismo tiempo que reconoce que estas cuentan con una gama bastante amplia de las ofertas a su disposición. Por otro lado, señala cómo los sistemas médicos en este contexto son bastante eclécticos. Da cuenta, además, de los modelos explicativos que tanto las mujeres rurales como de los proveedores de salud tienen respecto del otro, donde el buen trato y la capacidad resolutoria son un punto de encuentro entre lo que se entiende como 'calidad de atención'. Sin embargo, si bien se trabaja tanto en La Libertad, Ancash y Huancavelica, para este trabajo no cubre nuestra área de interés: la sierra norte.

En esa línea, existe un trabajo que aborda las percepciones de las mujeres en edad fértil en Chota, la sierra de Cajamarca, territorialmente más cerca de la sierra de Piura. José Pérez (1999) en *conocimientos Actitudes y recepciones de grupos focales en torno a la salud materno infantil en el área rural*<sup>5</sup> da cuenta cómo las mujeres en Chota al momento de enterarse de la proximidad del parto, contactan primero a una partera, ya que esta resulta más cercana y más económica. Además, da cuenta cómo las mujeres continúan sus actividades de

---

<sup>5</sup> En, "Mamita dame mi chucho" Los servicios de salud en el área rural: percepciones del usuario en un enfoque desde la ciencia social (1999).

trabajo agrícola hasta meses avanzados de embarazo. La metodología utilizada fueron los grupos focales a mujeres en edad fértil y madres adolescentes. Primar este método en una investigación de este tipo considero que recorta mucho las posibilidades de profundizar más. Ya que si bien es cierto logra recolectar datos bastante interesantes sobre algunas de las prácticas de las mujeres, no termina por distinguirse y entenderse con mayor complejidad el contexto (regional, económico, de cuidado, sus redes, etc.) desde el que están hablando las mujeres en edad fértil en Chota.

Estos textos reseñados, nos sirven de muestra de la preocupación por entender la mirada de las mujeres rurales sobre su salud sexual y reproductiva; sin embargo, considero que sería importante problematizar el hecho de que estas sean tomadas en relación de usuarias de un servicio. Ya que ello limita conocer la experiencia personal de la salud y el uso práctico que ellas dan a estas instituciones estatales de la salud y cómo se podría aportar más desde sus propias evaluaciones de sus necesidades. Hecho que considero que ayudaría mucho más a la problemática sobre el acceso y uso de los centros de salud.

Un tercer tema identificado en relación a los embarazos y partos en mujeres de zonas rurales, son las intervenciones tanto de planificación familiar, como de educación en derechos sexuales y reproductivos. Este hecho nos lleva a un contexto delicado en los años 90's en relación a las políticas de planificación familiar del Estado peruano. Las cuales implicaron la implementación de una política gubernamental más amplia de reducción de la pobreza, en la que el presidente y los niveles más altos de su gobierno, favorecieron de manera encubierta el control demográfico sobre los derechos reproductivos (Ewig 2012:204). Así sucede el lamentable hecho conocido como "las esterilizaciones forzadas". Parte de las mujeres campesinas afectadas que denunciaron, se encuentran en Huancabamba (capital de provincia) a 5 horas del distrito Huarmaca, espacio donde se ejecutó el trabajo de campo<sup>6</sup>.

Por otro lado, el tema de "autocuidados" de las mujeres como una forma de empoderamiento sobre sus cuerpos y su salud sexual y reproductiva es

---

<sup>6</sup> Debido a la cercanía del proceso, se tocó con bastante respeto los temas relacionados a la sexualidad de las mujeres con las que se trabajó.

abordado por la tesis de Cynthia Ingar (2009) sobre *sistemas de salud y agencia femenina: análisis del proyecto de Reprosalud en la comunidad de Acopalca, Ancash*. Ella analiza este proyecto de intervención en salud sexual y reproductiva varios años después de su desactivación. Además, trata de dar cuenta de las formas en que las mujeres han construido una agencia propia y analiza hasta qué punto este proyecto ayudó o no ayudó a lograrlo.

Reprosalud fue un proyecto que funcionó durante 10 años (1995-2000) en diferentes zonas rurales del país (Ingar, 2009: 37). Su objetivo fue que las mujeres incrementen la utilización de intervenciones en salud reproductiva tanto a nivel de autocuidados como aquellas que dependen de los servicios de salud a los que acuden (Anderson, 2001:12). Este proyecto parte de un convenio de cooperación entre Manuela Ramos, Alternativa y USAID (Anderson, 2001:11) y operó en ocho departamentos del Perú: Ancash Ayacucho, Huancavelica, La Libertad, Puno, Lima San Martín y Ucayali, los mismos lugares donde se encontraba operando el Proyecto 2000 (Ingar 2009: p. 37).

Una de las aproximaciones metodológicas que se utilizaron en varios de los textos producidos bajo este proyecto fueron los autodiagnósticos (Yon, 2003: 323). Método utilizado como una forma de recoger las explicaciones de las mujeres, es decir sus percepciones, interpretaciones, propuestas (Anderson 2001:30). Esta búsqueda por entender la mirada de las propias mujeres también se intentó reproducir en los talleres educativos (Ingar, 2009). Sin embargo, Ingar también señala que muchas de estas mujeres que ella entrevistó, comentaban que iban a los talleres sabiendo que ahí les iban a indicar lo que era correcto. Con ello, parece ser que esta "autonomía" no está partiendo necesariamente de la voz de las mujeres, sino que se "enseña", generando un aire de subestimación a la propia agencia de las mujeres en la zona. Por ello, considero pertinente que las investigaciones con mujeres rurales, no pierdan de vista los propios énfasis, preocupaciones y prácticas activas y creativas sobre su mundo social.

De hecho, Tristan Platt (2002)<sup>7</sup> plantea una crítica interesante a los discursos de salud sexual y reproductiva en relación a cómo estos de cierta manera también están generando un sentido común de lo que está bien y es esperable de la salud sexual y reproductiva a partir de una aproximación biomédica.

Podríamos agregar a esa crítica como el foco del autocuidado está centrado en las mujeres como sujeto individual sin tomar en cuenta las lógicas y tensiones con el grupo doméstico del que son parte, mirada importante si se desea analizar cómo se dan los cuidados en zonas campesinas (pero no sólo en estas). Menéndez (2003) da cuenta de cómo el término de “autocuidado” se desarrolla desde la medicina y desde el salubrismo especialmente a partir del concepto estilo de vida, donde estos suelen entender las acciones desarrolladas por individuos para prevenir el desarrollo de padecimientos (2003, p.199), en lugar de considerar cómo las atenciones están siendo asumidas también en relación a sus redes más cercanas.

Además, consideramos pertinente recoger algunas de las críticas hechas por Christina Ewig (2012) a las formas en las que se planteó la salud sexual y reproductiva en el Perú a partir de su libro *Neoliberalismo de la segunda ola. Género, raza, y reforma en el sector salud en el Perú*. El cual da cuenta de cómo las reformas neoliberales implicaron un ajuste estructural en las políticas económicas a inicios de los noventa, y que, media década después, significarán cambios en las reformas políticas y sociales con recortes de derechos, lo cual generó así una segunda ola neoliberal. Ella plantea que el sector salud adoptó un conjunto de reformas relacionadas a la salud sexual y reproductiva que reconfiguraron e influyeron en las mujeres y sus EPP<sup>8</sup>, así como en el control de estos. Señala además que el foco en la salud sexual y reproductiva tenía también un correlato mayor, en función a la reducción de la pobreza mediante el control de la natalidad de las mujeres pobres. Hecho que cobra sentido en un contexto donde era el Banco Mundial y el Banco Interamericano para el Desarrollo (BID) los habían asumido con fuerza los temas de la política social y de la política de

---

<sup>7</sup> En el *feto agresivo. Parto, formación de la persona y mito-historia en los andes*(2002) donde analiza las trayectorias de parto en Macha, un ayllu quechua-hablante al norte de Potosí-Bolivia.

<sup>8</sup> Embarazo, parto y posparto



salud en particular, donde estos tenían mayor influencia en las políticas nacionales de salud de los Estados latinoamericanos (2012, p.102). Denuncia también la instrumentalización de un discurso feminista y de derechos por parte de organismos internacionales.

De hecho, las mismas ONG's feministas que fueron parte de la mesa tripartita para cumplir lo acordado en el Cairo 1994, terminaron cooptadas y difícilmente pudieron hacer frente (a tiempo) a las irregularidades producidas con la política de planificación familiar del gobierno (Ewig, 2012, 135-170). En esa línea, es necesario mencionar que existe toda una crítica hecha por un sector del movimiento feminista latinoamericano a las ONG's feministas financiadas por organismos internacionales, las cuales denuncian que estas no tenían representatividad del movimiento en la conferencia de el Cairo, además de denunciar cómo burocratizan y despolitizan el movimiento (Espinoza 2012<sup>9</sup>, Galindo 2014<sup>10</sup>). Así, la economía política también influye en la posición de las ONG's y las agendas que abanderan sobre la salud sexual y reproductiva.

En resumidas cuentas, en este acápite hemos tratado de dar un pequeño bosquejo sobre cómo se han abordado los estudios sobre los embarazos, partos y pospartos de mujeres rurales a partir de la salud sexual y productiva. Por ello, sobre el primer tema, muerte materna y parto en los andes, consideramos que nos plantean casos interesantes para entender las prácticas de atención de las familias rurales. No obstante, estas aproximaciones abarcan variedad de espacios y casos (centrados sobre todo en la sierra sur, a pesar de pequeñas aproximaciones a la sierra de la libertad y un par de casos en la Amazonía), los cuales no nos dan muchas pistas sobre el territorio donde desarrollamos esta investigación: sierra de Piura.

Por otro lado, los textos que abordan la calidad de atención y las usuarias parecen tener un foco en la salud pública tanto en su acceso y su perfeccionamiento en relación a las usuarias. Si bien es cierto este hecho es

---

<sup>9</sup>ESPINOZA, Yuderkis. (2012) *Los desafíos de las prácticas teórico-políticas del feminismo latinoamericano en el contexto actual*. En Crisis y movimientos sociales en nuestra América. Cuerpos, territorios e imaginarios en disputa. PDTG.Eds. DAZA,Mar; HOETMER, Raphael; VARGAS, Virginia.

<sup>10</sup> GALINDO, María (2014) "Feminismo Urgente. ¡A despatriarcar!". Buenos Aires: la vaca

importante para el mejoramiento de los servicios de salud, al ser objetivo el “por qué no van al centro de salud”, parece que se pierde de vista el ver cómo las personas (mujeres) y sus grupos domésticos entienden, cuidan y atienden sus procesos de salud enfermedad más allá de su calidad de usuario.

Respecto a las intervenciones y el autocuidado considero que es importante tomar en cuenta la cadena de poder que se articula en las políticas sociales y en los financiamientos internacionales, como una forma de sopesar sus intervenciones y producciones. Por último, la literatura encontrada respecto a la salud sexual y reproductiva en relación a los embarazos y partos es escasa, a lo mucho se ha encontrado que los estudios revisados trabajan en la sierra de La libertad y Cajamarca, más no la sierra de Piura.

#### **1.1.1.2. Medicina tradicional andina y sus agentes**

Este acápite busca dar cuenta de la producción antropológica relacionada a la medicina tradicional andina sobre el embarazo y parto. Por ello, en un primer momento se buscará dar cuenta de la producción en torno al sistema de salud andino. Luego, abordaremos a sus agentes/terapeutas que, para efectos de esta investigación, será enfocado en las parteras/parteros. Por último, se hará un balance crítico de esta aproximación.

Existe una basta producción relacionada a la sistematización y tipificación de una “medicina tradicional andina”. Dentro de los representantes de esta propuesta, está la producción del Centro de medicina andina instalado en el Cusco desde 1984 (2009:375-384)<sup>11</sup>. El cual continúa produciendo hasta la actualidad y tiene como objetivo el rescatar y difundir los conocimientos y prácticas terapéuticas de la medicina tradicional andina (2009, p. 376). Varios de los textos reseñados a continuación están relacionados a publicaciones hechas por este centro de medicina tradicional.

Aurelio Carmona (2009) en *Propuesta de un marco conceptual para el estudio de la medicina tradicional andina*, da cuenta de cómo no solo se suele

---

<sup>11</sup> Libro: Medicina tradicional andina. Planteamientos y aproximaciones. Ricardo y Rodolfo Sánchez Garrafa ed. (2009)

entender a la medicina 'folklórica', 'popular' y 'tradicional' como lo mismo, sino también como el uso de estas denominaciones suelen remitir solamente al uso de propiedades curativas y/o dañinas de determinados vegetales (2009, p.20). Carmona argumenta la necesidad de hablar desde una medicina tradicional andina. Para ello critica la propuesta de 'popular' hechas por Valdizán, Maldonado (médico de profesión) en el libro *Medicina popular peruana*, publicada en los años veinte, por aproximarse a entender las prácticas populares y asumir como "mitos médicos" aquello a lo que no le encontraban una 'lógica'. También cuestiona el uso de medicina 'folklorica' propuesto por Oscar Valdivia, por ser este un término que remite a un aspecto muy reducido como una práctica de la actividad curativa pero que no explica la forma organizada que presenta (2009, pp.20-25). En esa línea, plantea hablar de *medicina tradicional andina*, entendiendo esta desde su origen en las prácticas médicas incaicas, así como de tener un contenido mágico y religioso complementado por prácticas terapéuticas empírico racionales, donde intervienen el uso de plantas y animales, los cuales son usados en una doble función: ritual y curativa. Así, plantea que estos cuentan con una etiología, diagnóstico y tratamiento distinto al de la medicina académica y científica (2009, p. 20- 25).

En esa línea, Alejandro Vela (2001) en *El sistema de salud tradicional andino* también da cuenta de la discusión en torno a la existencia de una medicina tradicional andina, el cual caracteriza a partir sus concepciones sobre salud y enfermedad, así como la vida y el mundo en la cultura surandina, basada en un sentido de totalidad en equilibrio y específicamente en un equilibrio cálido - frío(2001, p.14) que, cuando se rompe este equilibrio, surge la enfermedad.

Germán Zuluaga (2009) en *Reflexiones para un diálogo entre los sistemas tradicionales de salud y medicina occidental*, trata de definir la medicina tradicional a través de identificar características. Ella plantea que existen "diferentes medicinas tradicionales" y hace referencia a variaciones de acuerdo a los grupos con los que se trabaje. Considera también como características generales de la medicina tradicional, la transmisión de generación en generación, el fundamento en un conocimiento empírico, los recursos terapéuticos variados, y cómo la medicina, magia y religión se integran en un conjunto de creencias y prácticas, entre otras. Nos parece que esta entrada está

problematizando un poco más que las anteriores, de hecho, sugiere cierto eclecticismo de este sistema, así como una variación regional. No obstante, no profundiza en esas variaciones.

Por otro lado, esta construcción de un sistema médico andino está bastante relacionado al análisis del embarazo y el parto en los andes. Como ejemplo de ello tenemos el libro *El Ritual de parto en los Andes. Aspectos socio-culturales de la concepción, embarazo, parto, puerperio, recién nacido y parteras tradicionales en la zona sur-andina del Perú* (1995) de Ofelia Burgos. Cuyo objetivo es “decodificar la trama o matriz cultural que explica los comportamientos en tomo a la salud reproductiva y demostrar que se trata de un saber y conducta integrada y coherente con los principios culturales” (1995, p.1). En esa línea, la autora da cuenta de cómo se configura una ‘visión del mundo andino’ y plantea al parto en los andes como un ritual. La metodología que utiliza es, según señala, su experiencia laboral en proyectos en las zonas de Cusco, Puno y Apurímac. Por otro lado, da cuenta de que ha nutrido su propuesta a partir de una revisión etnohistórica. De esta forma combina estas fuentes para construir las características del ritual de parto, no obstante, las variaciones regionales no se hacen notar y, más bien, gran parte del texto se torna por momento bastante esencialista.

Por otro lado, otro aspecto a resaltar son los terapeutas especializados en los embarazos y partos: las parteras/parteros. Para Vela (2001) algunas parteras/parteros son un tipo de agente híbrido, pues, proviniendo de un medio cultural tradicional, han recibido y asimilado una capacitación en criterios de la medicina científica (especialmente promovida hace más de 25 años por la estrategia de Atención Primaria de la Salud) (2001 p. 15). Sin embargo, para Luz Valverde (2007) en su tesis “*Las parteras s saben, son importantes, solo que están olvidadas*” *Situación actual de las parteras en los Andes del sur del Perú (Ayacucho)*, ella argumenta que existe una suerte de persecución y desprestigio hacia las parteras de la zona por parte del centro de salud, además de contar con un conjunto de estrategias por parte de ellas para seguir practicando esta labor. Un tercer punto que rescatan Burgos (1995) y Valverde (2007) es cómo muchas veces son las madres de estas mujeres, hermanas, tías las que cumplen el papel de parteras.

Para el caso de las parteras del norte del Perú, no existe mucha bibliografía existente disponible salvo *iniciación y sueño entre las parteras de la sierra de Piura (Ayabaca)* (1995) de Fabiola Chávez, quien también resalta que no existe material etnográfico sobre el tema en la zona. Ella da cuenta de 4 casos de parteras que inician esta labor a partir de un sueño. Además, da cuenta de la íntima relación entre la religión católica y las parteras, por ello, argumenta que la gran cantidad de iglesias evangélicas en la zona influye en la conversión de nuevos adeptos (la cual implica rechazar al catolicismo y a los terapeutas locales), por lo que considera que esta es una de las principales razones del abandono de estas prácticas. Este caso es bastante interesante, sin embargo, es de los únicos trabajos hechos desde la antropología, sobre este tema, en la sierra de Piura. Así, parece ser que el material sobre la zona seleccionada es bastante escaso.

Todas estas aproximaciones comentadas, tratan de dar luces sobre la sistematicidad y existencia de una “medicina tradicional andina”. Si bien es cierto, estas producciones nos abren una mirada interesante sobre cómo es necesario entender las prácticas de atención “andinas” más allá de las aproximaciones biomédicas, el afán de configurar dicha sistematicidad termina por volverse una aproximación por momentos bastante asincrónica y poco dinámica. Además, cuando desde esta perspectiva se aproximan a procesos como el embarazo o parto, parece ser que se asume a este solo como una representación ritual o simbólica, dejando de lado a los principales actores que participan en dicho proceso: las mujeres y sus familias. De hecho, con las parteras sucede algo parecido, se asume que es una práctica que “se está perdiendo” y que sería bueno “recuperarlas”, en lugar de entender a los grupos familiares, que son los que, a fin de cuentas, necesitan de esta o de diversos repertorios de salud para atender los procesos que consideren amenazantes.

Por ello, considero necesario llamar la atención a algunas premisas de esta caracterización del “sistema médico andino”: Primero, con esta denominación de “andino”, no queda tan claro los límites entre una geografía (en teoría homogénea) con representaciones socio-culturales abstractas, la cual resulta en una conjetura que homogeniza todo el territorio andino y reduce toda las prácticas localizadas a sólo algunas experiencias focalizadas, en teoría más

“puras”. Así, desde esta perspectiva, se pasa por alto el contexto y peculiaridades regionales o locales de espacios andinos, los cuales son bastante diversos en geografía e historia. Sumado a ello, parece ser que el registro de data se centra sobre todo en territorios “andinos” del centro y sur del Perú en los que, además, existe una amplia población quechua, a la cual también tienden a homogeneizar.

Parece ser que esta teorización de un “sistema tradicional andino” no sólo homogeniza, sino que también se construye dejando de lado a otros territorios “andinos” del norte del Perú, donde, por ejemplo, para nuestro caso, en la sierra de Piura, nos encontramos en un espacio andino peculiar, de geografía más tropical (Diez, 1999; Bernex de Falen y Revesz, 1989) y con una población campesina más mestiza (Diez, 1999). De tal forma, parece urgente mirar los territorios andinos desde su especificidad y dinamismo al momento de analizar las prácticas y representaciones de relacionadas a la salud (y a otros temas), en lugar de reproducir lógicas “andinistas” ya ampliamente cuestionadas (Starn, 1992) por su carácter ahistórico, que esencializa una supuesta cultura incaica previa y estática en el tiempo y que es incapaz de ver el dinamismo y las transformaciones.

Así, resulta pertinente dialogar los estudios sobre salud, y específicamente el embarazo y parto, en zonas andinas asumiendo que estos son territorios diversos y particulares, donde una mirada a los procesos de transformación rural en los que se encuentra son un aspecto relevante para comprender sus prácticas y representaciones. En esa línea, las comunidades campesinas contemporáneas nos plantean nuevos retos. Como señala Jeanine Anderson (2001) Los sistemas médicos andinos se revelan eclécticos debido al nuevo contexto de modernización del campo, que implica la extensión de redes de comunicación y de diversos servicios, estatales y privados. Desde el caso que analiza, señala que el uso de servicios, o la participación en un proyecto de desarrollo local, aumenta la probabilidad de uso de otros servicios, así como la participación en sucesivos proyectos, hecho que implica mayor contacto con actores institucionales nuevos, que no formaban parte de comunidades tradicionalmente. Un punto interesante es que sugiere que hay un proceso de aprendizaje y apropiación de las prácticas, asociadas a la vinculación con

nuevos actores y nuevas lógicas de solución de problemas locales (Anderson, 2001; p. 28), al cual suma que las mujeres y hombres del campo pueden desarrollar nuevas identidades, ampliar su red social y adquirir nuevos grupos de referencia. Esta mirada dinámica de los repertorios de salud y de los sujetos, es la que nos parece importante rescatar.

En esa línea, Diez en *Salvarse o no salvarse* (1998) también está considerando este dinamismo para el caso de los embarazos y partos. En este texto da cuenta que en los procesos de embarazo, parto y puerperio existe una mezcla de conocimientos de ambos sistemas, muchas veces poco coherente, siendo las fuentes de información también diversas: la familia, los parteros y especialistas tradicionales, la capacitación de múltiples ONG's o el Ministerio de Salud, las amigas y amigos en el colegio, los maestros, la televisión (Diez 1998, en Yon 2003 p. 324). Así, vemos cómo una mirada más dinámica a las transformaciones rurales y a los sujetos, nos pueden ayudar a salir de tendencias andinistas.

Por último, Menéndez (1994, 2003, 2018) nos plantea una crítica bastante reveladora sobre los efectos de centrarnos en una medicina tradicional. Cuestiona cómo esta tendencia termina creando modelos dicotómicos de la salud, con la que se continúa con una clásica división entre medicina tradicional y biomedicina, donde se construyen a estos como entes discretos y sistemáticamente aislados y sin relación, cuando en las prácticas de los sujetos no necesariamente estos aparecen así. Por ello, nos parece fundamental considerar dentro de los análisis de embarazo, parto y posparto en los andes, una profunda mirada a las particularidades locales, así como a los sujetos y sus prácticas con las cuales generan apropiaciones dinámicas y creativas en las atenciones relacionadas a la salud.

### **1.1.1.3. Pluralismo médico en los andes**

En este acápite, nos interesa comentar la literatura sobre "*el pluralismo médico en los andes*", una propuesta bastante interesante hecha desde la antropología médica que toma en consideración parte de los cuestionamientos hechos en la sección anterior.

Nos parece pertinente recoger las reflexiones de Gabe y Elston (2004), en *Medical Pluralism*<sup>12</sup>, quienes luego de hacer un recuento histórico crítico de los enfoques contemporáneos, pasan a definir el concepto de pluralismo médico. Así, en su revisión (2004; p. 183-187) señalan que 1) fueron los antropólogos médicos los primeros en acuñar el concepto de “Pluralismo Médico”, describiéndolo como aquellas diferentes prácticas para curar que son parte del estudio de una cultura. 2) Según ellos, los antropólogos de los años 80 's fueron los que pusieron más atención en la colaboración entre la medicina tradicional/indígena y la biomedicina en Latinoamérica, Asia y África. 3) Señalan también que son los sociólogos médicos de los años 90 's los que utilizan el término para referirse a las terapias alternativas comunes en occidente. 4) Por último, señalan que la mayor parte de la bibliografía sobre el tema se ha concentrado en la descripción de la variedad de formas de atención y medicinas posibles para el público. De esta forma, a modo de balance proponen leer al pluralismo médico como “*la coexistencia de diferentes tradiciones médicas basadas en principios diferentes o en distintas miradas del mundo en una misma sociedad*” (2004; p.183). Esta lectura nos parece interesante, ya que nos permite cuestionar la clásica división entre medicina biomédica y medicina tradicional y nos abre la puerta a verlos de manera más relacionada.

Por su parte, Pool y Geissler (2005) en *Medical systems and medical syncretism*<sup>13</sup>. plantean que el pluralismo médico está muy ligado a la idea de sistemas médicos, donde el pluralismo médico vendría a ser el uso de diferentes sectores o tradiciones médicas dentro de una sociedad (2005 p. 40), el cual puede tomar diferentes formas: sistemas médicos entendidos por separado, en jerarquía o usados simultáneamente en un mismo proceso. En esa línea, ambos autores plantean que en la práctica no es tanto el pluralismo médico sino el *sincretismo*, el cual se refiere a unificar o reconciliar escuelas de pensamiento diferentes o opuestas, esto debido a que los sistemas médicos no suelen distinguirse tan claramente como se sugiere y, más bien, suele presentarse de manera mucho más desordenada en la práctica.

---

<sup>12</sup> En: Key concepts in Medical Sociology.

<sup>13</sup> En: Medical Anthropology Cap 4. Serie Understanding Public Health. McGraw-Hill



En una línea parecida, Pedersen (1989) problematiza la existencia de sistemas médicos como entidades alternativas y excluyentes, y más bien hace énfasis en la necesidad de una visión más dinámica de la realidad, la cual implica entender que estos sistemas se perciben en permanente intercambio e interacción recíproca (1989, p.4). Así, suma al análisis del pluralismo médico un punto importante: cómo en la práctica los sujetos no necesariamente perciben estos sistemas como entidades separadas o autónomas que interactúan en forma contrapuesta entre sí.

Por otro lado, parte de los textos claves en la propuesta de un pluralismo médico en los andes son los de Libbet Crandon (1986) y Ann Miles y Thomas Leatherman (2003).

Libbet Crandon (1986) en *“Medical Dialogue and the Political Economy of Medical Pluralism: A Case from Rural Highland Bolivia”*. A partir de su trabajo de campo en Bolivia, propone entender el pluralismo médico a partir del diálogo que se genera entre sistemas, donde este diálogo plantea una economía política detrás. Donde las relaciones interétnicas, la identidad y el poder pueden ser negociados. Las tradiciones médicas existentes en Bolivia son particularmente adecuadas para este tipo de negociación. La forma en que las personas hablan sobre la enfermedad es un medio por el cual el contenido simbólico de la identidad étnica y, en consecuencia, los recursos económicos y políticos se intercambian a nivel de la comunidad (1986; pp. 463-467). Este hecho nos plantea un escenario donde el pluralismo médico no sólo implica la coexistencia de sistemas médicos, sino que a través de esos se puede ‘jugar’ con una identidad étnica en los andes.

Por otro lado, Ann Miles y Thomas Leatherman (2003) en *Perspectives on medical anthropology in the Andes*<sup>14</sup>, dan cuenta de cómo desde finales de los 70's y 80's se han producido cambios importantes en la teoría antropológica, la etnografía andina y la antropología médica, los cuales han cuestionado un determinismo ecológico en los andes (en la línea de la crítica a los “andinistas” que comentamos más arriba) y, más bien, puede notarse un giro hacia la búsqueda de marcos teóricos que incorporen múltiples capas de análisis,

---

<sup>14</sup> En: Medical Pluralism in the Andes

incluida la preocupación por la economía política, las estructuras y procesos poscoloniales así como de las formas de estructuración de los diversos entendimientos del cuerpo, la enfermedad, la salud y la curación (2003; *traducción propia* pp.3-4). En esa línea, ambos autores tratan de definir la existencia de un pluralismo médico en los andes tomando en cuenta diversos cambios y transformaciones de las sociedades andinas contemporáneas: los contextos de reformas agrarias, la monetización de las economías rurales, los movimientos de resistencia social y revoluciones, la migración rural a la urbana y el rápido crecimiento en los sectores urbanos, la hiperinflación, políticas de ajuste estructural neoliberal, privatización y aumento de la pobreza, migraciones transnacionales y la creciente globalización(2003; p.4).

Así, resulta bastante interesante la entrada que sugieren Crandon (1986) y Ann Miles y Thomas Leatherman (2003), ya que incorporan dentro del análisis del pluralismo médico la importancia de fijarnos en la economía política y la 'identidad étnica' como aspectos relevantes en el análisis de estas sociedades dinámicas y en transformación.

Sumado a ello, Gabe y Elston (2004) cuestionan que algunos estudios recientes planteados desde el pluralismo médico, no hayan prestado suficiente atención a la dominación de la biomedicina en situaciones de pluralismo médico. En esa línea Baer (2003) plantea que el pluralismo médico en el mundo moderno se caracteriza por un patrón en el que la biomedicina ejerce dominio sobre sistemas médicos alternativos, sean estos profesionales o no. Para complementar esta observación Greene (1998) nos da cuenta de la importancia de diferenciar entre la medicina biomédica y el poder biomédico donde la primera puede tener recursos limitados mientras la segunda continúa expandiéndose. Gabe y Elston (2004) suman que mientras que el pluralismo ha sido parte de la práctica diaria, el interés mostrado por los gobiernos de regularizar la medicina alternativa ha hecho más complejo el pluralismo médico. Así, parece ser que es necesario resaltar que el sistema biomédico, de la mano con las instituciones estatales de salud (e intereses globales), se configuran en relación jerárquica a otras aproximaciones de la salud. Así también, Gabe y Elston (2004) llaman la atención al potencial descriptivo del pluralismo médico, el cual no sólo debería centrarse en análisis teóricos sobre la biomedicina y la medicina alternativa o

tradicional, sino también a desvelar las propias jerarquías y relaciones que hay dentro de estos.

En suma, consideramos que esta aproximación es bastante interesante y complementaria al marco teórico propuesto. No obstante, a pesar de la mirada dinámica desde la que parte esta propuesta, las investigaciones se sitúan en territorios andinos con fronteras más étnicamente claras, de las que nos ofrecen los andes norteños del Perú. Al mismo tiempo, no hemos encontrado material (en la producción nacional) que se aproxime desde esta interesante perspectiva a las experiencia de embarazo, parto y posparto en zonas *andinas* en transformación rural.

#### 1.1.1.4. Balance

En el estado de la cuestión propuesto, identificamos tres grandes corrientes de producción cercanos al embarazo y parto en los andes: salud sexual y reproductiva, medicina tradicional y sus agentes, y pluralismo médico en los andes.

Sobre las investigaciones relacionadas a la *salud sexual y reproductiva* vemos cómo están centradas en las percepciones y preferencias de las mujeres en su relación de usuaria - prestadores de servicio. El foco de dicha aproximación es entender qué está mal con el servicio de salud, para poder arreglarlo. Esto se ve aún más claro en las recomendaciones de varios de los libros reseñados en este acápite. Consideramos que dicha centralidad, salvo contadas excepciones (Anderson, 1999), la condición de usuarias no hace posible ver el tejido de relaciones inmerso en las prácticas de atención, ni de las percepciones y experiencias que ellas y su grupo doméstico tienen respecto a procesos de salud o situaciones que estas consideren amenazantes. Así, para el caso de los embarazos, partos y pospartos, parece ser que el sistema de salud continúa teniendo una desconexión con estas, justamente por esta ceguera sobre las prácticas familiares y de las mujeres.

Sobre la literatura relacionada a la *medicina tradicional* si bien es cierto nos plantean un cuestionamiento a la hegemonía biomédica, debe ser tomada con pinzas para no terminar dicotomizado y esencializando en dos sistemas médicos la variada y dinámica práctica sobre la salud en zonas andinas. De esta forma, vemos que esta aproximación se enfoca sobre todo en los conocimientos especializados de los terapeutas (tanto del saber biomédico como del tradicional), más que en las mujeres, sus grupos domésticos y sus prácticas de atención, perdiendo muchas veces el foco a los sujetos y los contextos específicos.

Sobre el *pluralismo médico*, consideramos que este nos brinda ideas muy novedosas en relación a cómo a través de los usos prácticos y localizados de las personas y colectividades, se tejen nociones de salud relacionadas a una economía política detrás. Sin embargo, hace falta volver a aclarar que es necesario considerar la idea de pluralidad tomando en cuenta que es pertinente desvelar sus articulaciones y tensiones, para las cuales, las observaciones de las prácticas cotidianas de las/los sujetos es punto clave.

Por último, de toda la revisión hecha en relación a los embarazos y partos en los andes, sólo encontramos tres textos que tocan de alguna forma la sierra norte Pérez, José. (1999), Anderson(1999) y Dierna(1999). Después de esos, la vasta revisión temática propuesta se centra en su gran mayoría en los andes del centro sur. Llenar este vacío también ayudaría a la tarea de cuestionar algunas de las premisas históricas relacionadas a los andes.

En esa línea, esta revisión guiada por la temática del embarazo, parto y posparto en los andes, evidencia un vacío en la mirada a las atenciones familiares de estos en los andes norteños, sobre todo en la sierra de Piura. Así también, al dar cuenta de cómo las producciones alrededor de los embarazos y partos suelen estar referidas a modelos tradicionales quechuas, haría falta discutir esta premisa a partir de evidencia etnográfica en los andes norteños. Sumado a ello, también consideramos pertinente el ser conscientes de los contextos de cambio global, esta investigación pretende entender cómo se construyen las prácticas de atención doméstica en un contexto de diversidad en la oferta de atención y cuidados. Por último, es necesario resaltar la necesidad

de entender las atenciones familiares teniendo como foco a las mujeres, pero sin descuidar los lazos sociales con las que cuentan y la posición que ellas ocupan dentro de las mismas.

### **1.1.2. Marco teórico**

El planteamiento teórico de esta investigación, busca entender y explicar cómo se configuran las prácticas de atención familiar campesina alrededor del embarazo, parto y posparto (en adelante EPP) en un contexto andino en transformación rural y de amplia oferta de repertorios explicativos de la salud. Esto, a partir del estudio de caso de las experiencias de EPP de las mujeres y sus familias en la sierra de Piura.

Para ello, el marco teórico desde el que abordaremos esta tesis es una lectura propia en torno de los debates teóricos alrededor de la *autoatención*, los *diálogos médicos* y la *intermedicalidad*. Ya que consideramos que estas aproximaciones 1) nos ayudan a romper con el clásico acercamiento que reproduce la dicotomía entre medicina tradicional y biomedicina; y que, más bien, 2) nos plantean caminos nuevos para entender la articulación de formas de explicación y atención localizados en un espacio territorial y un contexto particular que, además, 3) considere las propias percepciones que las mujeres y sus familias tienen sobre aquellos eventos o situaciones que consideren amenazantes de sus procesos de EPP.

#### **1.1.2.1. Las “atenciones” familiares campesinas**

Para describir nuestro estudio de caso, usamos el término “*atenciones*” para referir al conjunto de esfuerzos que las familiares utilizan a nivel de prácticas y representaciones para socorrer las circunstancias que consideren amenazantes durante sus procesos de embarazo parto y posparto en la sierra de Piura. La categoría de “atenciones” nace de una reflexión y apropiación crítica de los aportes de dos reveladoras tradiciones teóricas, importantes para entender aquellos esfuerzos personales y colectivos por atender y reproducir la vida: 1) la antropología médica crítica: su enfoque relacional y el concepto de autoatención. 2) La teoría social feminista relativa a los “cuidados” y las nociones sobre las dimensiones políticas, económicas y afectivas de los mismos. Así, del

primer punto tomamos el enfoque relacional, la categoría de autoatención y nos adscribimos a un debate de antropología médica crítica latinoamericana. Del segundo punto, nos preguntamos sobre la pertinencia de los aportes de la teoría social feminista para entradas planteadas desde la antropología, especialmente para el caso desarrollado.

- **Enfoque relacional**

Sobre este *enfoque relacional* es necesario considerar que este viene de una tradición de antropología médica crítica, la cual hace énfasis en que las atenciones de procesos relacionados a la salud, deben verse desde la interacción entre los sujetos, sus grupos cercanos, su mundo social local y su relación en la estructura global. Por ello, tanto Duncan Pedersen (1989) como Eduardo Menéndez (1994; 2013; 2018) hacen énfasis en la importancia de notar la relación de hegemonía/subalternidad según la posición social relativa de las personas en la sociedad global, la cual afecta e influye en cómo estas personas perciben e interpretan los procesos relacionados a la salud o enfermedad. Sumado a ello, Menéndez (1994; 2003), hace énfasis en las *prácticas* de los *sujetos*: plantean que estos no entienden a los modelos de atención o sistemas médicos como elementos aislados y excluyentes, sino más bien, generan la mayoría de articulaciones de las formas de atención a través de los usos y las búsquedas de soluciones pragmáticas a sus procesos de salud/enfermedad. Así, propone superar el énfasis en los sistemas médicos con el que se genera una concepción dominante de antagonismos más que de articulaciones, y más bien propone observarlos actuando a través de las propias *prácticas de atención* que las personas (y sus grupos cercanos) usan activa y creativamente, superando así las miradas esencialistas de los modelos de atención.

Ahora bien, si bien es cierto esta propuesta está partiendo de entender las *atenciones* de procesos relacionados a la salud/enfermedad/atención (en adelante *s/e/a*), los cuales parecen apuntar sobre todo a curar o aliviar una patología de salud, es importante aclarar que de ninguna forma en esta tesis asumimos que los EPP's se presentan como una enfermedad. Sino más bien, consideramos que es preciso entender, desde nuestro caso específico, las propias evaluaciones, condiciones y situaciones que las mujeres y sus familias

consideren y evalúen **amenazantes** hacia sus vidas durante sus procesos de EPP's, los cuales pueden activar nociones de salud/enfermedad localmente situadas, sí, pero no sólo ello: por ejemplo, se puede tomar como amenazante una geografía difícil, una evaluación desfavorable de sus economías, una lectura de las instituciones estatales como precarias, etc.

Además, Menéndez aclara que la propuesta relacional no coloca prioritariamente el eje de análisis en las condiciones de estratificación social (entendida en términos exclusivamente económicos, y referida a los grandes conjuntos sociales: clases, estratos, niveles, "pobres", grupos étnicos, etcétera), sino que asume la existencia de toda una serie de diferenciaciones que aparecen en los niveles microgrupales y/o comunitarios, es decir, llama la atención a entender los conjuntos micros y/o macros, a partir de las relaciones existentes entre las partes, donde se debe analizar los procesos de salud incluyendo estos diferentes niveles y las articulaciones que operan en este proceso (1994: 73). En ese sentido, estos niveles nos permiten tener presente tanto las relaciones cotidianas de los sujetos, sus grupos domésticos y su entorno, así como su articulación con una dinámica de poder mucho más grande, tanto en términos territoriales como en términos ideológicos, económicos y políticos.

En resumen, es desde este enfoque *relacional* que describimos y analizamos las *atenciones* familiares del EPP's, considerando su propio sistema de relaciones construidas a partir de sus experiencias prácticas en la cual hacemos foco la relación con su contexto a un nivel de dinámica intrafamiliar y extrafamiliar. Ello, a partir de situar localmente este conjunto de relaciones dinámicas territorial, económico-político e ideológicos en los andes norteños, desde el cual elaboran *atenciones* familiares en función de la vida de las mujeres campesina durante sus EPP's y donde esta no sea **amenazada**.

- **¿Autoatención y/o cuidados?**

"*Atenciones*" es la categoría que usamos en esta investigación para localizar nuestra descripción y análisis de los procesos de autoatención-entendidos en esta tesis como la *atención familiar*- de los embarazos, partos y pospartos en un el territorio andino norteño en transformación y con una amplia oferta de repertorios explicativos de la salud en la Sierra de Piura.

Cabe aclarar que con *autoatención* nos estamos aproximando desde el enfoque relacional propuesto por Eduardo Menéndez (1994, 2003, 2018), adscrito a los debates en antropología médica crítica en latinoamérica. Así, Menéndez (2003) se refiere a la autoatención como

*“Las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención (Menéndez 2003; pp.198)”. Así, “(...)la autoatención constituye una actividad constante, aunque intermitente, desarrollada a partir de los propios sujetos y grupos en forma autónoma o teniendo como referencia secundaria o decisiva a las otras formas de atención (2013; p.198)”.*

Además, argumenta que la autoatención constituye una de las actividades básicas de los procesos de salud/enfermedad/atención, ya que esta es una actividad sintetizadora desarrollada por los grupos sociales respecto de sus procesos. Además, la autoatención puede tener acciones “desarrolladas por las otras formas de atención”, pero ello no resta el hecho de que la intervención del grupo cercano es fundamental incluso para que la implementación de las mismas sea posible (Menéndez, 2003; p. 198). Sumado a ello, Menéndez plantea que “algunos de los problemas metodológicos es la tendencia a reducir la autoatención a estructura y no verla como proceso, lo que limita comprender el papel decisivo de la autoatención en la reproducción biosocial de los microgrupos”(2018; p.108). Señala también que considerarla un “proceso” posibilita observar una serie de hechos que, por ejemplo, cuestionan las interpretaciones médicas o ponen en evidencia los cambios constantes que operan en los saberes populares(2018 p.108).

A partir de estas consideraciones, las “*atenciones*” vendrían a ser aquella práctica realizada por las familias de la sierra de Piura para atender sus procesos de EPP. Proponemos esta categoría como una forma de localizar la noción de *autoatención* de los procesos de salud/enfermedad a través del estudio de



nuestro caso particular. Este hecho, implica ampliar esta perspectiva a observar casos que no son necesariamente leídos como enfermedad: tal como sucede con los procesos de EPP, en el que se activan ciertas *atenciones familiares* especiales en función de salvaguardar la vida de las mujeres de diversas **amenazas** (que ellas y sus familias evalúan). Es decir, parece activar ciertas nociones personales y familiares relacionadas a sus propias lecturas sobre lo que significa la salud y la enfermedad. Así también, consideramos que la práctica de estas *atenciones* implica usar diferentes recursos materiales y repertorios explicativos locales para atender y explicar las diversas atenciones de sus itinerarios de EPP.

Por otro lado, la categoría “*atenciones*” aquí usada nos permite describir acciones prácticas localmente situadas y significadas a partir de nuestros casos específicos. Así, como hemos mencionado, la entrada que procuramos es una aproximación desde la antropología médica crítica. Es situados desde esta perspectiva, que consideramos necesario dialogar y tender puentes con algunos aspectos de la teoría social feminista relacionada a la noción del “cuidados”. Ello, a partir de preguntamos sobre la pertinencia de algunas de sus discusiones para entradas planteadas desde la antropología.

Uno de los primeros dilemas que surgen con la categoría de “cuidados” es su definición. Por ello, dentro de la literatura que trata de sistematizar y dar una lectura general de los diversos aspectos y debates que este concepto abarca, encontramos dos textos bastante interesantes: El primero es *Key concepts in feminist theory and research*(2002) de Cristina Hughes, libro en cual plantea seis conceptos claves en la teoría de género tales como igualdad, diferencia, elección, experiencia, tiempo, y cuidado. En este último, se aproxima a algunos debates en torno al concepto y sugiere que los trabajos sobre “cuidados” tienden a presentarse como genéricos, cuando en realidad son representaciones parciales, específicas, con determinadas relaciones sociales, y están dentro del dominio público y/o privado.

El otro texto es *Géneros de cuidado* (2005) de Jeanine Anderson, en cual sugiere que no sólo los cuidados tienen género, sino también hay “géneros” del cuidado (variedades distintas, explica) entre los cuales presenta algunos

balances, reflexiones y literatura relacionada a los *tiempos de cuidado*, a los *contratos implícitos entre mujeres y hombres*, los *costos del cuidado y los costos de no cuidar*, y sobre el *cuidado y políticas sociales en el Perú* (Anderson, 2005). En este texto, se hace un esfuerzo por ordenar temáticamente algunos de los debates en torno al cuidado. Como hemos visto, ambos textos parten de considerar a este término como bastante amplio y ambiguo y, más bien, sugieren tratarlos desde las especificidades que se pretende trabajar. Si bien saludamos la propuesta de trabajarlos desde lo específico, nos surge la duda sobre denominar estas especificidades desde una categoría más global y un poco gaseosa como la de "cuidados", en lugar de delimitar dicha especificidad. De todos modos, consideramos que más allá de la categoría, el esfuerzo por mirar el mundo a través de las mujeres y sus experiencias, subjetividades y actividades cotidianas es uno de los puntos claves con los que dialogamos con estos debates (y perspectivas) en la teoría feminista.

Ahora bien, consideramos que el concepto de "cuidados" ha sido explorado desde la sociología feminista, desde la cual reconocemos que existen propuestas muy interesantes para leer los mismos. Dos estudios de caso me parecen importantes a considerar: 1) *Feeding the family* (1991) de Marjorie DeVault en el cual estudia la alimentación de un grupo diverso de familias estadounidenses (diferentes en ingreso, estratos sociales y grupos étnicos), desde el cual revela la fuerza y la creatividad detrás del trabajo "invisible" de comprar, cocinar y servir comidas, en el cual la comida significa más que nutrición o economía, sino que está simbolizando los vínculos de género adecuados.

El segundo libro es 2) *Negociación de la intimidad* (2009) de Viviana Zelizer en el cual explora la relación de la intimidad con la economía a partir de analizar casos judiciales donde la negociación de un "precio" se presenta como central en áreas de la intimidad. En este texto, sugiere que los cuidados varían en gran medida según el grado de intimidad, y pueden ser bastante impersonales o generar vínculos muy estrechos. Y que, además, las relaciones de cuidado también se pueden considerar íntimas en cuanto implican confianza (Zelizer, 2009; p.183). Así, en este texto la lectura del cuidado gira en torno a la intimidad y su implicancia económica.

Ambos casos fueron desarrollados en sociedades urbanas industrializadas, sin embargo, las autoras hacen un esfuerzo por hacer extraño lo conocido o cotidiano, así como por y ver las dimensiones económicas y políticas en juego en los aspectos íntimos. Ahora bien, estamos frente a casos que exploran límites interesantes de los cuidados; sin embargo, haría falta reconocer que estas son realidades específicas territorialmente situadas en urbes del norte global, al mismo tiempo que están siendo producidas desde una tradición sociológica.

Cabría la pregunta, entonces, ¿qué sucede y cómo se está leyendo la cotidianidad, la intimidad y la subjetividad femenina desde el sur global y a partir de entradas que se sitúan desde la antropología? Consideramos que esta tesis es un pequeño aporte a esta discusión planteada. Sumado a ello, para finalizar, encontramos algunas ideas interesantes y reflexiones críticas sugeridas desde la antropología amazónica, las cuales han llamado la atención a algunos puntos ciegos de la teoría de género más hegemónica. Así, Joanna Overing (1986) y Luisa Elvira Belaunde(2018) sugieren que haría falta cuestionar cierto preconcepto en el que las mujeres son universalmente discriminadas por los hombres independientemente del grupo cultural, en el parece asumirse que de antemano las reglas sociales subyugan a las mujeres y dan prestigio a los hombres (Belaunde 2018, p.28), Así, sugieren que los estudios de género pueden caer fácilmente en una trampa de tipo “o bien pierdes, o bien pierdes” al juzgar a las mujeres con la medida de los hombres y desmerecerlas por no hacer lo que los hombres hacen (Belaunde, 2018). Overing llama a este preconcepto como un “catch 22” al que describe como un proceso donde las obligaciones masculinas le dan status al hombre, mientras que las obligaciones femeninas constriñen a las mujeres. Además, agrega que esto es especialmente confuso cuando al mismo tiempo se sostiene el argumento de que las mujeres son desvalorizadas debido a su “espontaneidad”, a su relativa autonomía y a su falta de involucramiento en el establecimiento de relaciones ‘importantes’ fuera del grupo ‘doméstico’ (Overing 1986; p. 141).

De tal forma, parece ser necesario reflexionar la medida de alguno de nuestros “preconceptos” para no caer asumir que las actividades realizadas cotidianamente por las mujeres, de antemano son solo obligaciones en las que ellas no tienen un campo de deseo, acción o autonomía. Así, desde esta

investigación constantemente hemos venido reflexionando cómo, a diversas dimensiones, las mujeres tienen una constante práctica reflexiva, activa y creativa durante sus vidas reproductivas y en la reproducción de la vida familiar campesina. Por ello, la entrada desde las “atenciones” también incluye hacer foco a la experiencia corporal, moral y afectiva de las mujeres en relación a las atenciones familiares de sus EPP.

Para finalizar, en los siguientes puntos del acápite, describimos dos categorías que nos van a ayudar a describir y analizar estas “atenciones” familiares durante los procesos de EPP en mujeres campesinas de la sierra de Piura: Los *itinerarios de atención* (rutas de lo que ‘hacen’) y los recursos y repertorios explicativos de atención (lo que ‘usan’, a nivel de prácticas y representaciones).

i) Itinerarios de atención

Ahora bien, para describir los procesos de *atención* de cada embarazo, parto y postparto, comprendemos la necesidad de ordenar la experiencia personal y las narrativas de este proceso, a partir de la noción de *itinerarios de atención*. Este término es una apropiación del concepto de “itinerarios terapéuticos”, planteados desde una tradición de antropología médica crítica.

Sobre los itinerarios terapéuticos, Julio Portocarrero (2015) los describe como aquellas rutas que siguen los pacientes o unidades domésticas en su búsqueda por restablecer el estado de salud, las decisiones que toman alrededor de ellas y a quienes acuden para tratar sus padecimientos. Además, da cuenta de cómo los pacientes muchas veces hacen sus combinaciones de manera creativa, incluso contra la prescripción de los propios terapeutas, creando regímenes que ellos consideran correctos (2015, p. 13). Esta propuesta, aunque está haciendo referencia a rutas terapéuticas de procesos de salud/enfermedad, rescatamos para nuestro caso referido a las “atenciones familiares” (en función de proteger a las mujeres ante amenazas a su salud de durante sus EPP's), la idea de tomar en cuenta la agencia creativa de los sujetos durante todo el

transcurso de sus rutas de atención, los cuales exigen una constante evaluación, decisión y articulación a partir de prácticas y explicaciones.

Cabe resaltar que las evaluaciones y decisiones, nos llevan pensar en cómo se dan los procesos de decisión y acción, para lo cual consideramos pertinente recoger algunas revisiones críticas de Linda Garro (1998) a los “estudios de toma de decisiones”: 1) Plantea que es importante tener cuidado con el concepto de “elección” u “opción” ya que darían cuenta que las decisiones son esencialmente personales, 2) Llama la atención sobre los estudios de toma de decisiones que desvían la atención de la influencia de la economía política más amplia, el contexto histórico y el orden social objetivo para restringir las acciones de tratamiento y dar forma a las fuentes de tratamiento (Brodwin 1996; Good 1994; A. Young 1981 en Garro 1998). Estas dos observaciones nos parecen puntos importantes a considerar. Los cuáles serán abordados a partir del *enfoque relacional* (antes descrito), al que sumaremos la perspectiva de considerar cómo en las relaciones intrafamiliares y extrafamiliares de nuestros casos, se están evaluando y negociando las decisiones de atención a partir de consideraciones específicas de acuerdo a los participantes de la atención y en relación con su contexto. Sumado a ello, Garro agrega que este proceso de decisiones se basa en el conocimiento colectivo local y personal, donde el curso de acción adoptado, aunque puede estar conformado por restricciones del mundo real, refleja estas evaluaciones, y la posibilidad de que éstas puedan cambiar con el tiempo (Garro, 1998;p. 328-329). Es decir, nos refleja el dinamismo durante el proceso de evaluación de las atenciones según el caso particular de atención que se va desarrollando.

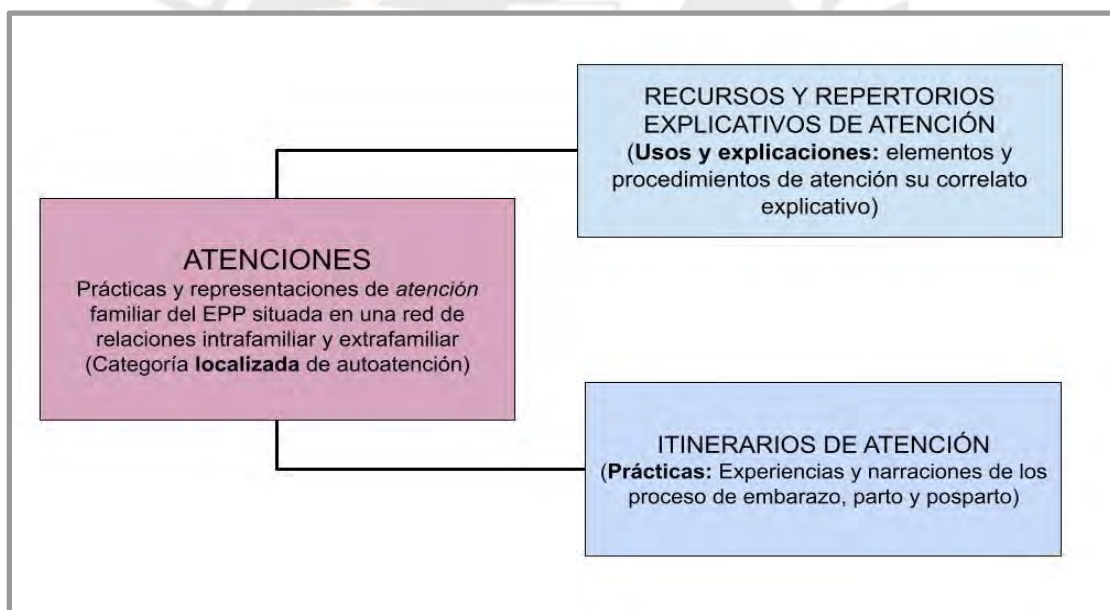
Para finalizar, ambas entradas nos sirven para señalar que los *itinerarios de atención* son entendidos como aquellas rutas de atención familiar en función de proteger a las mujeres ante las amenazas a su salud de durante todo el proceso EPP's, lo cual implica un evaluación constante sobre lo que se considera amenazante y formas de solucionarlo a partir de las atenciones. Así, es durante los itinerarios que podremos ver los intercambios, negociaciones y explicaciones que se van generando de manera dinámica durante cada particular itinerario de atención. Por último, queremos señalar que estos itinerarios serán reconstruidos

a partir de las narraciones de las experiencias de EPP de las mujeres campesinas de los andes norteños.

ii) Recursos y repertorios explicativos de atención

Un punto importante que nos interesa identificar es cómo estas familias usan todos lo que tienen a la mano para atender, tanto a nivel material o práctico, como a nivel explicativo. Por ello, comprendemos la necesidad de conocer los diversos elementos, procedimientos y tecnologías, así como el correlato explicativo que estas familias campesinas usan para atender en sus procesos de embarazo, parto y posparto a partir de la categoría de *recursos y repertorios de atención*.

Gráfico 1 Modelo teórico de las atenciones



Fuente: Elaboración propia

### 1.1.2.2. Diálogos médicos e Intermedicalidad en la autoatención

## i) Estrategias de Autoatención

“*Estrategias de autoatención*” es la categoría que propongo para integrar tres propuestas teóricas de tradiciones académicas diferentes: 1) Debates sobre los medios de vida del campesinado contemporáneo a través de la noción de *estrategias familiares campesinas* (Zoomers, 1998; Diez, 2014); 2) Producciones relacionadas al pluralismo médico en los andes (Crandon-Malamud, 1998), a través de la propuesta teórica de *diálogos médicos* (Crandon-Malamud, 1998; 1991) y, 3) desde los estudios amazónicos sobre la salud, a través del concepto de *intermedicalidad* (Greene, 1995; Foller, 2004).

Cuando nos aproximamos a la categoría de “estrategia” la estamos tomando prestada de los debates sobre los medio de supervivencia (o estrategias de vida), enfoque que Conway y Chambers (1991) sistematizan como aquellas capacidades, valores y actividades que las familias campesinas tienen para proveerse sus medios de vida (Conway y Chambers en Diez, 2014, p. 46). Propuesta que “comprende los activos o capitales (naturales, físicos, humanos, financieros o sociales) del que disponen las familias, las actividades que desarrollan y el acceso a recursos y medios de producción (mediado por instituciones y relaciones sociales)” (Diez, 2014, p. 46). Lo interesante de esta propuesta<sup>15</sup> es que nos plantea una manera integral de analizar las actividades campesinas: tanto la producción y reproducción social son leídas de manera combinada y procesual a través de las “estrategias familiares”. Así, es en el conjunto combinado de actividades que identificamos “lógicas de supervivencia, acumulación de activos o reducción de riesgos, procesos de inserción al mercado o de superación de la pobreza, lógicas capitalistas o lógicas de defensa o de elaboración de seguros frente a riesgos” (Diez, 2014; p.64). Ahora bien, aunque esta categoría nos permite una entrada más procesual de los modos de afrontamiento de la vida en las sociedades campesinas contemporáneas, recogemos algunas críticas a esta propuesta que nos permita considerar sus limitaciones: 1) Gran parte de las observaciones que se le hacen a esta propuesta teórica están señalan el excesivo énfasis en los factores económicos, dejando

---

<sup>15</sup> Para mayor profundización de la categoría y los debates alrededor, Diez (2014) hace un balance bastante profundo.

de lado aspectos históricos y sociales (Scoones, 2009; Diez, 2014). Sumado a ello, 2) Anderson (2011) comenta cómo desde los estudios relacionados al desarrollo rural, parece faltar incorporar una mirada a las formas de organizar la vida doméstica y la economía de los cuidados, pues, al decir de la autora, “aspectos como el reciclaje de desperdicios humanos, las ideas de higiene (el manejo de microbios), el uso de materiales locales y no locales, los gustos y preferencias, la estética parecen resultar difícil de asimilar a nuestros esquema sesgados siempre hacia lo urbano” (Anderson; 2011, p. 41). Así, comenta que sería necesario una aproximación a la producción, elaboración y consumo de bienes y servicios relacionados con la familia y el hogar en zonas rurales (Anderson; 2011,p.42). Ambas críticas nos ayudan a pensar las familias rurales más allá de lógicas economicistas, y más bien, nos aproxima a ver la reproducción y producción de personas y relaciones sociales, donde los cuidados, la intimidad y la experiencia moral y afectiva de la unidad doméstica cumplen un rol importante en la configuración de dichas estrategias.

Siguiendo esa línea, consideramos que hablar de estrategias de autoatención no sólo nos permite integrar estas críticas, sino también dialogar los estudios de ruralidad y estrategias familiares campesinas con los debates de antropología médica en la región. Así, las estrategias de autoatención nos estarían refiriendo a un proceso activo de adaptación creativa de las familias campesinas a procesos económico-políticos cambiantes y a un escenario médico plural; es decir, al afrontamiento familiar campesino de los procesos de atención de la vida. Para profundizar en ello, nos aproximamos desde las nociones de *diálogos médicos* (Crandon-Malamud, 1998; 1991) e *intermedicalidad* (Greene, 1995; Foller, 2004).

#### - **Diálogos médicos e intermedicalidad**

Para enfrentarnos a las *estrategias de autoatención* familiar campesina del EPP en los andes norteños, creemos necesario partir de ciertas premisas teóricas que consideren las particularidades estructurales, al mismo tiempo que se aproximen desde un enfoque dinámico de las relaciones; es decir, que considere la agencia de los sujetos sociales y la creatividad en los recursos que emplean. Para aproximarnos desde este foco, hacemos uso de dos tradiciones



teóricas críticas de la antropología médica: Pluralismo médico en los andes con la propuesta de “diálogos médicos” de Libet Crandon Malamud (1986) y los debates sobre la salud en pueblos indígenas amazónicos, con la categoría de “intermedicalidad” de Shane Greene (1995) y Foller (2004).

“Diálogos médicos” es una categoría que nace dentro de los estudios de pluralismo médico en los andes y fue propuesta por Libbet Crandon-Malamud (1986). Ella desarrolla su trabajo de campo en el altiplano rural de Bolivia en una aldea médicamente pluralista y encuentra cómo la identidad étnica y las relaciones económico políticas -así como el grado de poder detrás de ellas- parecen estar siendo constantemente declaradas a través del lenguaje de la medicina, al mismo tiempo que están constantemente en negociación (Crandon-Malamud, 1986). Así, la salud no se reduce a la eficacia médica, sino que nos muestra también preocupaciones políticas donde la afiliación étnica y la configuración de las clases entran en juego (Crandon, 1986). Es a partir de este estudio en el que la autora entiende que los diálogos médicos reflejan, involucran y construyen relaciones políticas-económicas, ideológicas y sociales en los que los grupos étnicos negocian el significado de la identidad y la afiliación étnica y, por lo tanto, de las relaciones interétnicas (Crandon, 1986, p. 964). Además, esta autora hace la salvedad de que aquel mismo argumento puede leerse en clave de la creación de relaciones entre clase, pero que para los fines de su estudio se centrará en las relaciones étnicas (Crandon, 1986, p.964). En resumidas cuentas, para ella los “diálogos médicos” son una ventana a través de la cual podemos ver los procesos políticos y económicos vinculados con la naturaleza de las relaciones interétnicas/interclase, es decir, nos permite ver la interconexión político-económica entre la medicina y las relaciones de etnicidad/clase. Al mismo tiempo nos propone a este como un escenario en el que se negocian dichas relaciones interétnicas/interclase, donde esta dimensión dinámica en juego puede ser un escenario para el cambio o para su legitimación a partir del monopolio de la construcción del significado de los procesos de salud, de enfermedad y de atención (Crandon, 1986, p.964).

Considerando las aproximaciones reseñadas, tomamos prestada la lectura de los “diálogos médicos” relacionan la salud, los cuidados y las atenciones (es decir, la producción y reproducción de la vida) con la economía-política en la que

se desarrollan y la dinámica relacional en juego entre los sujetos, las familias y los diversos actores dentro de un contexto médico plural y transformación rural. Esta entrada nos permite ver cómo existe un espacio donde las relaciones interétnicas/interclase se relacionan, se construyen y se legitiman, tanto porque es un espacio para entender cómo éstas operan como para entender los mecanismos de cambio o la monopolización del mismo entre estas relaciones. Crandon aclara que su misma lógica no sólo opera para las relaciones y negociaciones étnicas, sino también para la configuración de las relaciones entre clases. Esta tesis recoge aquella intuición para desarrollar una lectura propia de los “diálogos médicos” en un contexto andino nor-peruano, compuesto por divisiones étnicas más difusas y relaciones de poder centradas en la relación con el trabajo y la tierra en un contexto de transformación de las dinámicas y relaciones rurales.

La “intermedicalidad”, por otro lado, nos abre paso a reflexiones nacidas en la etnografía amazónica y sus aproximaciones críticas a la salud (Greene, 1998; Foller, 2004; Langdon y Garnelo, 2004 ). Es Greene quien propone esta categoría en un ya clásico texto *The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermedicality in Aguaruna Lands, Peru* (Greene, 1998) en el que analiza cómo las tecnologías biomédicas son apropiadas por chamanes Aguarunas en sus rituales. En este texto, presenta a los chamanes como lectores activos del contexto de transformación en el que viven y con una gran capacidad de adaptación y agencia. Al mismo tiempo, plantea cómo estas tecnologías biomédicas, al contrario de significar una pérdida de repertorios chamánicos, potencian su poder. De tal forma, Greene (1998) plantea que los recursos biomédicos son “chamanizados” en la práctica y técnica chamánica, apropiándose también del poder biomédico e, incluso, “indigenizándolo”.

Greene (1998), además, problematiza la llamada “etnomedicina” (o “medicina tradicional”), denunciando la categoría como una forma de simplificar las diversas manifestaciones médicas locales y regionales por parte de diferentes agentes coloniales -a saber, la OMS, ONG's, el Estado, antropólogos-. Para Greene, la “etnomedicina” es considerada por estos agentes como un recurso médico que les permite continuar expandiendo la formulación de políticas de “desarrollo occidental” y la supervisión biopolítica sin ningún

compromiso real para abordar las graves asimetrías de la economía global, aunque estas afecten directamente cualquier esfuerzo de salud que pueda proporcionar mejores recursos biomédicos para el desarrollo países del tercer mundo (Greene, 2004: p.638). Él apunta:

“Se debe hacer una distinción crítica entre los *recursos biomédicos* (servicios, productos, biotecnologías, artículos costosos para el cuidado de la salud) y la *influencia política internacional de base biomédica* (política, organización e investigación en salud). El primero puede ser limitado (como en los países de América del Sur) mientras que el segundo continúa expandiéndose (especialmente en América del Sur). Quizás otra forma de articular la distinción es diferenciar entre *medicina biomédica* y *poder biomédico*. En el Tercer Mundo, los recursos biomédicos son relativamente escasos y de mala calidad (debido a las relaciones económicas); sin embargo, la influencia y el interés político biomédico y científico internacional no lo son” (Greene, 1998: p.638; traducción y énfasis propio)

El autor plantea una crítica potente al ejercicio hecho desde el discurso del “desarrollo” al distinguir entre *medicina biomédica* y *poder biomédico*, denunciando cómo se saca provecho de las precarias condiciones de salud del llamado ‘tercer mundo’ desde la expansión del poder biomédico a través del discursos desarrollistas de la OMS (y otras instituciones) y el uso abusivo de las “etnomedicinas” como un recurso complementario a los recursos biomédicos. Así, señala que la etnomedicina es vista como un recurso médico que permite a la OMS y a otros desarrolladores continuar expandiendo la formulación de políticas de desarrollo y la supervisión biopolítica de Occidente sin ningún compromiso de abordar las graves asimetrías de la economía global, aunque estas afecten directamente cualquier esfuerzo de salud que pueda proporcionar recursos biomédicos mejorados para los países en desarrollo (Greene, 1998: p, 638). Por ello, Greene considera que la “cooperación” entre “etnomedicina” y “biomedicina” se presenta como una estrategia de la real expansión del poder biomédico, la cual permite la continuidad de la expansión de la política de desarrollo occidental sin ningún compromiso real de erradicar las desigualdades estructurales. Así, puntualiza:

“...La “colaboración” puede verse como una forma de utilizar todos los recursos de atención médica disponibles y como un intento de legitimar aún más las prácticas etnomédicas que durante tanto tiempo han sido demonizadas o ignoradas. Sin embargo, el empleo oficial de la “etnomedicina” en el esfuerzo de desarrollo “Salud para todos” también se convierte en una forma de eludir el problema de proporcionar recursos biomédicos más amplios que surgen de las limitaciones económicas mientras se continúa con el “desarrollo””. (Greene, 1998: p.637; traducción y énfasis propio).

Tal situación nos lleva a pensar en cómo la “cooperación” entre sistemas médicos también implica una *exploración oportunista* del conocimiento y de los recursos médicos nativos a través de la investigación farmacéutica internacional (Greene en Santana 2019: p.7). De esta forma, mientras la “etnomedicina” es cooptada por lógicas desarrollistas, implicando una esencialización ahistórica, los sujetos sociales son los que devuelven el carácter histórico y político, a través del dinamismo y agencia desde el cual sus prácticas y representaciones van moldeando de manera creativa e híbrida los procesos de salud y atención.

A partir de este planteamiento, consideramos necesario problematizar los intereses institucionales y desarrollistas de la salud, presentes en el transcurso de nuestra investigación, desde una óptica que evalúe sus prácticas a partir de los intereses políticos, económicos, ideológicos e incluso coloniales que pueden implicar.

Por otro lado, Foller (2004) complementa este abordaje al plantear el “conocimiento indígena tradicional” como uno dinámico, creativo y sujeto a influencias (Foller, 2004, p. 118). Ella enfatiza en cómo la (re) negociación con diferentes formas de saber médico se dan constantemente, y en que los límites entre las diferentes formas de conocimiento médico son fluidos y producen activamente un “espacio de intermedicalidad”. Ello no quiere decir que se trate de un espacio homogéneo, sino más bien, se presenta como una medicina híbrida, la cual implica un proceso variable, continuo y dinámico en el tiempo (Foller, 2004, p. 118).

La autora hace énfasis en la hibridación de los recursos, al explicar que existe una superposición mutua de los conocimientos médicos construidos en las variadas tradiciones, aunque permanecen sus límites y distinciones, ya que

cada cuerpo de conocimiento se origina de un discurso diferente (Foller, 2004). Estos sistemas de conocimiento pueden adaptarse mutuamente, competir o interactuar de varias formas, en dependencia de las estructuras de poder y resistencia en juego, resultando en un proceso de reconstrucción de conocimientos. Existe un flujo de conocimiento entre los discursos biomédicos y etnomédicos (y otros presentes en el lugar) donde “intermedicalidad” es el nuevo discurso construido entre las tradiciones médicas anteriores (Santana, 2019: p. 9-10). Así, la “intermedicalidad” construye nuevas formas de hibridez, lo que significa que los límites entre las dos epistemologías, la biomedicina y la medicina indígena, se han desdibujado (Foller, 2004, p.117). De esta forma, Foller considera que

“...Los miembros de los pueblos indígenas seleccionan e inventan soluciones utilizando el conocimiento y los materiales de las agencias occidentales. Se incluyen elementos de la biomedicina, según las fuentes, porque fortalecen la etnomedicina, lo que constituye un proceso de “indigenización”. Este compromiso implica tanto aceptar el conocimiento biomédico como resistir el poder y la ideología de la biomedicina(...) Este nuevo conocimiento y práctica sobrevive y sufre continuas transformaciones. Es un proyecto de negociación y renegociación, resistencia cultural e ilustración de la formación de una identidad indígena como estado dinámico y transitorio (Foller, 2004:p.117, traducción y énfasis propio)

Tanto Greene (1998) como Foller (2004), hacen un esfuerzo por entender la economía política en los procesos de salud/ atención a partir del concepto de “intermedicalidad” en la etnografía amazónica. Parte de las intuiciones que nos deja esta categoría es la crítica a aquellas tendencias teóricas que asumen que con la llegada de la biomedicina se “pierden costumbres ancestrales”<sup>16</sup>, las cuales implican una mirada esencialista, estática y sin una real comprensión de cómo las relaciones coloniales han existido y se han tejido históricamente con el territorio amazónico. Además, este concepto nos aporta al entender que la hibridez de los recursos, repertorios y tecnologías implican superposiciones, articulaciones y competencias, así como un activo dinamismo en su construcción. Así también, la categoría de “intermedicalidad” nos sirve

---

<sup>16</sup> Énfasis de la autora

especialmente para nuestro caso al dar luces sobre la reapropiación de las tecnologías y cuestionar el poder biomédico con un énfasis en la capacidad del agente de reelaborar. Por último, consideramos un aporte bastante interesante cómo esta agencia también se ve traducida en una “chamanización” (Greene, 1998) y/o “indigenización” (Foller, 2004) de los recursos biomédicos.

Para finalizar, nuestra propuesta es un intento por tender puentes entre dos categorías de la antropología médica desarrolladas de manera paralela en áreas culturales y corrientes teóricas distintas: “diálogos médicos” proveniente de la tradición de pluralismo médico en los andes y la “intermedicalidad”, nacida en los debates sobre la salud en pueblos indígenas amazónicos. Es por ello que, a la luz de dichas propuestas, y considerando sus propias limitaciones, buscamos integrarlas a través de las estrategias de autoatención de los EPP's en un contexto peruano nor-andino.

Ambas aproximaciones abordan una preocupación por cuestionar las miradas estáticas de las relaciones, grupos, sujetos y recursos de los territorios en los que se desarrollan. Además, tienen en común el énfasis en cómo las familias y sujetos de un grupo étnico/clase determinado se adaptan a sus condiciones y posibilidades, ya sea en constante interrelación con sus relaciones económico-políticas de contexto histórico-estructural con los “diálogos médicos” o a través de la “intermedicalidad” en sus respuestas creativas donde los recursos y repertorios a su disposición son moldeados de acuerdo a las necesidades y se presentan de manera híbrida.

En balance, ambas corrientes aportan a la construcción de una lectura y marco crítico sobre los procesos de salud. Mientras los “diálogos médicos” nos permiten ver las relaciones interétnicas/interclase en un contexto de pluralismo médico y transformación rural en la sierra de Piura, la “intermedicalidad” nos permite conocer la dimensión activa y creativa de las mujeres y sus familias y el uso híbrido de los repertorios empleados al negociar sus relaciones en un contexto médico plural que, aunque progresivamente medicalizado, con limitaciones claras, donde las más de las veces las familias deben gestionar *estrategias de autoatención* para lidiar con la precariedad de los servicios y de las oportunidades.

ii) Pluralismo médico y sistemas de salud complejos

Pedersen (1989) plantea que todos los sistemas médicos tienen un conjunto reconocible y, más o menos, organizado de tecnologías (materia médica, drogas, hierbas o procedimientos tales como la adivinación, la cirugía o la acupuntura) y practicantes (médicos, enfermeras, dentistas, farmacéuticos, terapeutas, brujos, curanderos, hueseros, herbolistas, parteras, etc.), integrados por un sustrato ideológico (conceptos, nociones e ideas) que forma parte indisoluble del repertorio cultural de la sociedad). Sin embargo, luego aclara que los sistemas médicos son categorías analíticas creadas por los investigadores sociales en salud, y no forma compartida para entender los procesos de salud y enfermedad. Este, sin embargo, hace hincapié en la organización y la estructural médica más no ayuda a entender los procesos más dinámicos entre modelos de atención, ya que la gente no necesariamente percibe estos sistemas como entidades separadas o autónomas, que interactúan en forma competitiva o complementaria guardando cierta distancia e independencia entre sí. (p. 4). Estos datos no confrontan con la necesidad de revisar las hipótesis sobre la existencia de los sistemas médicos como entidades alternativas y excluyentes, para aproximarnos a una visión más dinámica de la realidad, en la que se perciben estos sistemas en permanente intercambio e interacción recíproca, proceso que viene ocurriendo desde los primeros contactos entre distintas tradiciones médicas hasta el presente (1989 p. 4) Es en ese sentido donde damos cuenta que la mayoría de sistemas médicos forman parte de sistemas de salud complejos. Es decir, coexisten con otros sistemas, con agentes, instituciones y repertorios de salud particulares y diferentes entre sí. En antropología este escenario de pluralismo médico ya ha sido ampliamente estudiado (Baer 2004, Crandon 1986, Joraemon 2005 en Portocarrero 2015). Por ello, efectos de esta investigación preferimos no hablar de 'sistema tradicional andino' ni 'sistema médico andino' ya que consideramos que estos tiene implicancias a diferentes niveles: A nivel metodológico, el centrar el estudio desde la particularidad de un sistema médico no nos ayuda a abordar la complejidad de las relaciones imbricadas en las prácticas de los sujetos que buscan atender sus procesos de salud/enfermedad/atención. A nivel ideológico

consideramos que esta aproximación ayuda a reproducir la esencialización de una “cultura andina” así como una “medicina tradicional andina” ahistóricas que poco nos ayuda a entender los contextos de transformación y cambio en las zonas rurales del país. Además, esta perspectiva homogeneizadora de “los andinos” y sus prácticas de salud termina reproduciendo como bien menciona Starn una lógica de determinismo cultural con el ambiente el cual, donde aquellos repertorios asociados a una cultura andina más “quechua” no termina reflejando el carácter étnico de la sierra norte del País.

### iii) Modelos de atención y sistemas explicativos

En esa línea, la propuesta de abordaje conceptual para analizar y operacionalizar el proceso de intermedicalidad partirá de la construcción de los modelos de atención presentes en la zona a partir de los modelos explicativos que los sujetos identifiquen tanto a nivel de representaciones como de prácticas. Para efectos de la definición de Modelos de atención, abordaremos está a partir de Menéndez (2003) donde señala que son todas aquellas formas de atención de los padecimientos, los cuales se pueden configurar a partir de condiciones religiosas, étnicas, económico/políticas, técnicas y científicas. Donde la biomedicina se ha configurado como un modelo médico hegemónico en relación a otras formas de entender y explicar la salud, los padecimientos y la atención (p. 186). Esto nos remite al hecho de que ésta más que hacer referencia a un sistema médico organizado y articulado (como sistema tradicional andino el cual ya hemos criticado antes), está dando cuenta de aquellas formas de atender (prevenir dar tratamiento, controlar, curar, etc.) los procesos de salud/enfermedad/atención con que los sujetos disponen en su medio y que no necesariamente son entendidos como un sistema de salud por los propios sujetos y sus grupos domésticos.

En esa línea, preferimos hablar de modelos de atención los cuales serán contruidos a partir de los modelos explicativos, los cuales, según señala Perdersen (1989) tienen que ver con la construcción de la experiencia de enfermedad, el manejo cognoscitivo (la denominación, explicación, tipificación, clasificación, etc.) y el manejo terapéutico (Kleinman, 1973:160).

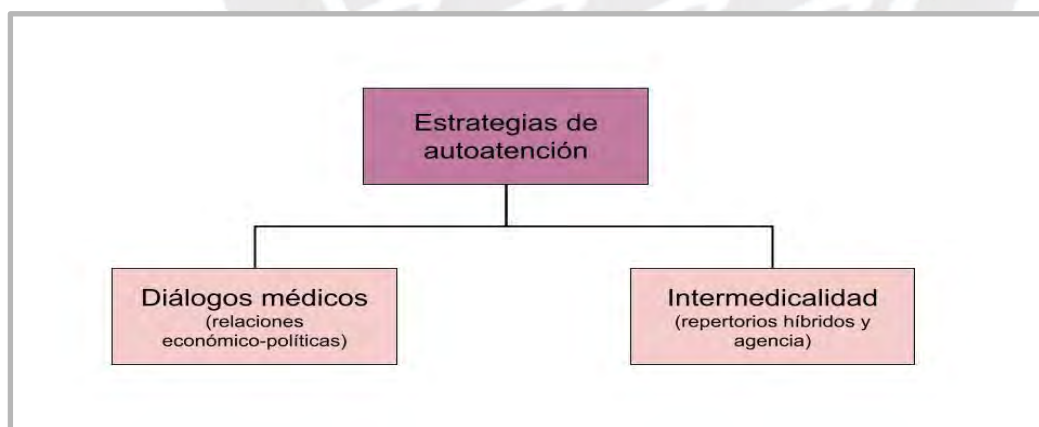


En el campo peruano Jeanine Anderson utiliza esta teórica/metodológica de modelos explicativos en el libro *Tendiendo puentes* (2001), para abordar las formas en que las mujeres y los servidores de salud entienden la calidad de atención. Este ejemplo da cuenta de la posibilidad de, en un contexto de cambio y transformación de las zonas rurales, abordar las formas en que las personas y sus grupos domésticos construyen formas de explicar sus procesos de s/e/a en los “andes” o en las zonas rurales del país.

De esta forma, sabemos que los modelos explicativos varían de acuerdo a la posición social desde la que los sujetos y sus grupos domésticos (en este caso las mujeres y sus procesos de embarazo y parto) a partir de lo que enuncian y practican.

Para finalizar, se presenta a continuación un gráfico que busca sintetizar de manera analítica las conexiones y relaciones que se tejen entre los conceptos desarrollados en esta sección. Cabe aclarar, a modo de cierre, que la propuesta/modelo del marco teórico (así como el gráfico presentado) están totalmente abiertos a revisión y perfeccionamiento según lo exijan las condiciones de su existencia.

*Gráfico 2 Estrategias de autoatención*



Fuente: elaboración propia.

## 1.2. Diseño metodológico

Esta tesis es un estudio de caso con el *fantasma*<sup>17</sup> de la etnografía recorriendo toda la propuesta de investigación: a pesar de ser plenamente conscientes de las limitaciones de tiempo y recursos que una etnografía exige, esta investigación ha tratado, en lo posible, de incorporar un enfoque (posicionamiento), un método (una experiencia de campo) y un texto (un producto) etnográfico, para la cual tomamos en cuenta la propuesta de Guber (2001; 2004). Así, asumirla como enfoque nos ha exigido una práctica de conocimiento que busca entender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros. Además, entenderla como método, ha implicado ser conscientes de la importancia de un trabajo de campo profundo y extenso. Por último, nos hemos preocupado por la redacción de un texto etnográfico que priorice las interacciones, dilemas, experiencias y reflexiones de las personas que participan en esta investigación, todo ello de la mano de una “reflexividad” constante, la cuál ha sido pieza clave durante toda la investigación.

Así, esta “reflexividad” nos ha acompañado durante todo el proceso de diseño, trabajo de campo y redacción final de este texto. La consideramos fundamental para esta investigación en parte porque, al ser los investigadores la principal herramienta de la construcción de datos, hace falta una constante “re-pregunta” sobre nuestros propios paradigmas de entendimiento del mundo, así como una confrontación constante con lo que nos están diciendo o queriendo decir las personas con las que trabajamos. De tal modo, como se podrá constatar en esta tesis, varias de las afirmaciones sobre la perspectiva de las mujeres están en relación directa a las interacciones dialógicas con ellas. Las mujeres con las que realicé la mayor parte del estudio fueron siempre agentes interpeladoras (cuya interacción me planteó dilemas constantemente), con las cuales yo también he sido leída, analizada e incorporada dentro de sus propias interpretaciones del mundo.

Todas estas consideraciones etnográficas las enmarcamos dentro de las posibilidades que un estudio de caso (Creswell, 1998) nos abre y permite. Así, en esta investigación entendemos como estudio de caso el trabajo a profundidad

---

<sup>17</sup>Nos referimos al **enfoque** de la investigación

de casos específicos que, a partir de un contexto delimitado y de una gran variedad de fuentes de datos, nos permiten entender diversos temas y perspectivas de la vida de las personas y colectividades con las que trabajamos.

Ahora bien, todas las particularidades, detalles y pormenores del diseño metodológico de esta investigación son reseñados en tres puntos: 1) En el primero de estos, presento el planteamiento de la investigación a partir de las preguntas y objetivos que han guiado el proyecto. 2) En un segundo momento, doy cuenta del campo etnográfico y presento los casos. 3) En un tercer momento presento los métodos usados durante el trabajo de campo, a partir de detallar las fuentes de datos y el consecuente proceso análisis.

### **1.2.1. Planteamiento de investigación**

Las preguntas de investigación acá expuestas emergen luego de la revisión detenida de la literatura relacionada al parto en los andes y las preguntas que nos surgen de ciertos vacíos encontrados en el balance de los mismos. Así, resaltamos la importancia de aproximarnos a las formas particulares en las que las mujeres y sus grupos domésticos *atienden* los procesos de embarazo, parto y posparto (en adelante, EPP), tomando en cuenta sus propias preocupaciones personales y familiares, más allá de su condición de usuarias de uno o más sistemas de salud. Así también, nos parece necesario tener estudios sobre el EPP en territorios andinos que no sólo se centren en los andes centro y sur, ya que los resultados de dichas investigaciones suelen brindar hallazgos relacionados a poblaciones quechua, dejando de lado las poblaciones más mestizas presentes en los andes norteños.

Así también reconocemos importante entender que los sistemas de salud no son discretos y que, más bien, existe una amplia variedad de sistemas de salud complejos coexistiendo, cuyos recursos y repertorios explicativos de la salud se ven articulados desde las prácticas de *atención* de las familias campesinas de esta zona. Por último, la propia investigación nos ha exigido mirar y entender las particularidades del campesinado en esta zona, de manera que

ha sido necesario situarlas en su contexto político-económico y territorial específico. Así, nos ha parecido relevante considerar que nos encontramos en un contexto andino norteño dinámico, donde los procesos de transformación rural y la oferta médica plural se presentan como factores importantes en la configuración particular de las *atenciones* que estas familias brindan durante el embarazo, parto y posparto.

Por ello, la pregunta principal desde la que partimos plantea: ¿Qué particularidades e implicancias tienen las “atenciones” del embarazo, partos y posparto, en la vida reproductiva de las mujeres en los andes norteños, considerando su particular contexto andino de transformación rural y pluralismo médico (En Huarmaca-Piura)? Esta pregunta busca entender las manifestaciones particularidades y las implicancias económico-políticas y territoriales que tienen las *atenciones* familiares del embarazo, parto y posparto en los andes norteños. La respuesta la vamos construyendo durante todos los capítulos sin excepción: iniciamos el capítulo 2 de esta tesis describiendo el contexto estructural e ideológico, al cual consideramos importante para el proceso analítico e interpretativo posterior. Así también, En el capítulo 3 describimos a detalle la vida cotidiana y las trayectorias de EPP con sus respectivos itinerarios. En el capítulo 4 esbozamos las configuraciones de las redes y los recursos y repertorios explicativos de *atención*, y en el capítulo 5 hacemos un esfuerzo reflexivo por explicar cómo estas atenciones tienen implicancias en el cuerpo y la vida de las mujeres, y cómo éstas están íntimamente relacionadas a sus configuraciones familiares, así también, profundizamos en las estrategias de autoatención y su dimensión activa, creativa y particular vinculación con su contexto económico-político y territorial.

Luego, para desarrollar esta pregunta, abordamos las diversas dimensiones del fenómeno a partir de tres preguntas secundarias. La primera de esta es ¿Cuáles son las actividades cotidianas y cómo han sido las trayectorias de vida reproductiva de las mujeres en Huarmaca-Piura? Pregunta que busca describir y conocer qué hacen las mujeres durante su día a día y cómo ha sido la configuración de su vida reproductiva: desde el inicio de sus relaciones hasta

la descripción del itinerario de cada embarazo de inicio a fin. Esta primera parte nos ayuda a comprender diversos matices de su vida cotidiana en relación a la particular trayectoria de vida reproductiva, la cual nos abre la puerta a conocer sus experiencias de EPP y la propia dinámica de configuración y organización de su unidad doméstica. Para desarrollar dicha descripción, hemos dedicado todo el capítulo 3 a detallar aspectos de su vida cotidiana de la mano de la descripción de toda su trayectoria reproductiva, incluyendo todos los itinerarios de sus embarazos.

La segunda pregunta es ¿Cómo se configuran y organizan las redes de atención y cuáles son los recursos y repertorios explicativos que las mujeres y sus familias usan durante la atención de sus procesos de embarazo, parto y posparto? Con esta pregunta tratamos de entender cómo se configuran y organizan las redes familiares que, en un segundo momento, se encargan de atender el EPP, desde los particulares recursos y repertorios explicativos que manejen, esto ha sido detallado durante todo el capítulo 4. Finalmente, ha sido importante detallar los diferentes aspectos implicados en la experiencia corporal, moral y afectiva de las mismas mujeres durante el proceso de autoatención de sus embarazos y partos, el cual detallamos en el capítulo 5.

Por último, la tercera pregunta es ¿Cómo las prácticas de *atención* de los EPP dialogan con su contexto político-económico territorial? En esta pregunta buscamos conocer las nociones locales del cuerpo y las representaciones familiares y campesinas de salud/enfermedad. Así también nos interesa analizar la intermedicalidad de las *atenciones* y los diálogos médicos que estos implican. Ambos puntos están detallados en el capítulo 4 y 5.

## 1.2.2. Muestra de trabajo de campo y lugar etnográfico

### - Muestra<sup>18</sup>

La muestra estuvo relacionada a los momentos del trabajo de campo y los lugares en los que me encontraba: Al inicio significó una primera exploración del pueblo y la elección del caserío. Luego, implicó una presentación e introducción con las familias e instituciones del caserío seleccionado y, por último, el desarrollo de casos. La selección de la muestra fue un muestreo no probabilístico por bola de nieve y por informantes clave.

### - Muestra Huarmaca<sup>19</sup>

En la primera etapa, tuve un acercamiento exploratorio en el “pueblo”, la capital del distrito, lugar central de las dinámicas internas. En este me aproximé a algunas instituciones de la política local: funcionarios de la Municipalidad, presidentes de Centros Poblados, Roderos y al Centro Comunal de la Comunidad Cabeza de Succhirca. Así también tuve un acercamiento a la Institución de Salud Estatal Local, en el cual conversé con diversos servidores (principalmente obstetras). Por último, tuve una exploración y reconocimiento de la oferta de salud local. Esto significó un esfuerzo por contactar con diversos actores clave en el uso y práctica de diversos recursos y repertorios de salud. Dicho contacto fue con actores relacionados a 1) Farmacias, 2) Prácticas de salud católicas y evangélicas y 3) Terapeutas locales (parteras, santiguadoras, hierberas y sorteadoras) y 4) El uso y experiencia práctica estos diversos recursos y repertorios.

### - Muestra Succhirca<sup>20</sup>

En la segunda etapa, nos aproximamos a la comunidad Cabeza-Succhirca, específicamente al caserío de Succhirca, por ser este un escenario medianamente interconectado entre las dinámicas urbanas y rurales. En este

---

<sup>18</sup> Para ver las tablas detalladas, por favor revise **ANEXOS**

<sup>19</sup> ANEXO 1

<sup>20</sup> ANEXO 2

nos aproximamos a las instituciones de salud estatal, a los terapeutas locales, al mismo tiempo que fuimos presentándonos a la comunidad y a las familias en sus dinámicas cotidianas.

- Muestra Casos<sup>21</sup>

Por último, para la selección de los casos, se priorizó las relaciones de confianza establecidas con las mujeres y familias de la comunidad generados en la etapa anterior. Esto, debido a que se necesitaba de comodidad por parte de ellas, disposición y confianza, para que se pueda conversar sobre eventos importantes de sus vidas, la relación que tenían con sus vínculos cercanos, así como la reconstrucción de sus itinerarios de atención de todos sus partos.

De tal forma, los casos seleccionados fueron 5 mujeres de la comunidad de Succhirca entre los 24 y 40 años que, al momento en que se realizó el trabajo de campo, contaban con más de una experiencia de embarazo, parto y posparto. En estos casos hemos encontrado diversos puntos de variabilidad y convergencia descritos y analizados en los capítulos 4 y 5 relacionados a 1) la experiencia migratoria previa al compromiso, 2) el inicio de su vida conyugal y reproductiva, 3) la relación con sus redes cercanas.

Por último, durante todo el trabajo de campo con los casos, reconstruí 17 experiencias de embarazos y partos de estas unidades domésticas. Estos EPP se desarrollaron entre los años 2001 y 2018. Dentro de estos hemos encontrado diversos puntos de variabilidad y convergencia descritos y analizados en los capítulos 3 y 4 relacionados a 1) Las redes presentes durante los EPP, 2) Los agentes externos que intervienen en la atención y 5) Las complicaciones durante los EPP.

---

<sup>21</sup> ANEXO 3

### - Lugar:

Esta investigación busca llenar un vacío en la producción antropológica relacionada al embarazo, parto y posparto en los andes norteños del Perú, por lo que hacemos foco a una de las zonas más subrepresentada de este territorio: la sierra de Piura, específicamente la zona sur en la cual se ubica uno de los distritos más grandes y poblados, mayoritariamente rural y con altos índices de “parto domiciliario” registrados, de la cual sólo se conoce de manera indirecta. Para definir este lugar, hemos partido de tres consideraciones: 1) La subrepresentación de los andes norteños en la literatura revisada sobre el tema (EPP en los andes) y el territorio (Sierra de Piura), 2) La necesidad de una entrada desde la antropología a uno de los distritos más ‘aislados’ de la sierra de Piura, Huarmaca y 3) Un interés personal/familiar/político por el espacio donde se desarrolló el trabajo de campo.

Sobre el primer punto, recordemos que la vasta literatura relacionada al embarazo, parto y posparto en los andes revisada y comentada en el estado de la cuestión, parece mostrarnos una sobre-producción de estos estudios en zonas andinas del centro y sur del Perú. Al contrario, ocurre con la sierra norte: existe un gran vacío de producción sobre el tema, con pocos referentes como Oths (1995); Anderson (1999); Dierna (1999), entre otros; que, aun así, no terminan de cubrir o ubicar a los territorios de la sierra de Piura. La cual se nos presenta como una zona andina peculiar por su gran componente *mestizo* (Diez, 1999) que, debido a su aproximación geográfica al Ecuador, su escasa elevación sobre el nivel del mar y su particular relación/altitud (inversión térmica), nos ubica en una *sierra tropical* (Diez, 1999; Bernex de Falen y Revesz, 1989).

Sobre este territorio, encontramos que las producciones etnográficas son bastante escasas, y las pocas que hay están relacionadas con la organización comunal (Diez, 1999) y el estudio de las rondas campesinas (Huber, 1995). Aunque estas etnografías nos dan luces sobre las dinámicas económicas y políticas campesinas en esta región andina (Huber, 1995; Diez 1999) y varios detalles sobre sus particularidades históricas, geográficas, de la vida cotidiana y sobre festividades (Diez; 1999); estas no llegan a abordar o sugerir nuestro tema



en cuestión. Además, dichas producciones fueron realizadas en la zona central de la sierra Piura, específicamente en los distritos de Pacaipampa (Diez, 1999), Frías (Huber, 1995) y Huancabamba (Huber, 1995), algunos de los distritos más grandes y poblados de la sierra de Piura. No obstante, Huarmaca que cumple estas mismas características mencionadas, tiene una representación ausente, sumado a que dentro de estas investigaciones apenas es mencionado esporádicamente como un territorio bastante aislado y poco conectado con la dinámica regional.

Este aislamiento parece estar medianamente ‘representado’ en cifras estadísticas: dentro de la medición de pobreza y pobreza extrema este distrito de la sierra piurana se encuentra dentro de los más pobres<sup>22</sup> y, además, según cifras del MINSA, al año 2014 al menos un 60% de mujeres tenían “partos domiciliarios”, a pesar de la creciente medicalización de los mismos a través de “partos institucionales” como política nacional. Por ello, consideramos que haría falta el esfuerzo por representar desde la antropología (y desde la etnografía) las vidas y experiencias de lo que aquí vemos reducido a cifras.

Por todos estos puntos y, considerando que tenemos razones suficientes para creer que el tema planteado en esta investigación es relevante, nos parece pertinente situar nuestro caso en el distrito de Huarmaca, cuya invisibilidad no se corresponde con su gran extensión territorial (1,908.22 km<sup>2</sup>) y población (35 548, el 90% rural), ni con sus altos índices de pobreza monetaria (puesto 220 a nivel distrital nacional), ni con su alta presencia de “partos domiciliarios” (60% de todos partos registrados). Así, consideramos que las particularidades de este distrito nos brindan información nueva sobre el tema, así como información inédita sobre un territorio que, aunque peculiar, también bastante ignorado por diversas entradas hechas desde la antropología y las ciencias sociales.

Ahora bien, el trabajo de campo se realizó en el caserío de Succhirca, perteneciente a la comunidad Cabeza-Succhirca, una de las comunidades

---

<sup>22</sup> Según el mapa de pobreza monetaria provincial y distrital Huarmaca ocupa el puesto 220 de 1874 de distritos del Perú.

campesinas históricas presente en esta zona. Dicha elección significó considerar un espacio rural de este distrito que se encuentre medianamente conectado: 1) acceso logístico: aunque por las lluvias existían zonas bastante aisladas y una gran imposibilidad de acceso, este territorio, aunque con limitaciones, tenía maneras de acceder. 2) Así también, es un espacio con cierta centralidad e interconexión, ya que en este caserío se encuentra la posta de salud (la cual abarca 5 caseríos), el local del centro poblado, además de estar rodeado por una trocha carrozable que tienen salida hacia Serrán, con la cual conecta (de manera precaria) con la costa piurana.

Para finalizar, un último punto que motiva la elección e interés por esta zona, parte desde mi propia experiencia cotidiana con mi historia familiar, dado que toda mi genealogía paterna residentes en Lima, son de la sierra de Piura. De tal forma, este territorio ha estado presente siempre en mi historia de vida, ya sea a través de dinámicas familiares de socialización (que nunca dejaron de ser constantes y de referir esta zona), o través de alimentos: tortillas, rompo y sopa de arvejas (entre otros) parte importante de mis referentes culinarios y de experiencia ritual durante toda mi vida. Así también, desde muy pequeña, he sido partícipe de varios de los repertorios locales religioso-festivos (El del Señor de la Exaltación, Corpus Christi, entre otros), así como de repertorios de salud local como el “santiguar” o “rezar”, con los que mi abuelo atendió a todos sus nietos “ojeados” o con “susto”. De tal forma, me considero bastante familiarizada con esta zona y alguna de sus dinámicas. La cual, considero es una experiencia de vida que nutre a mi formación como antropóloga en tanto las relaciones campo/casa que bien discuten Ferguson y Gupta (1997) al señalar una reproducción de las relaciones de colonización desde las que la antropología fue fundada, se diluyen en un contexto donde ya no se trata de estudiar un “otro”, sino más bien implica aproximarnos desde una familiaridad previa. Estos autores proponen una antropología que haga énfasis en su posición, su intención y las consecuencias de su producción. Tomando en cuenta ello y asumiendo que nos encontramos en un contexto de descolonización de las ciencias sociales donde los hijos y nietos de migrantes (y, en suma, descendientes de actores subalternizados históricamente) nos convertimos en investigadores, considero que no invisibilizar esta historia es también un posicionamiento político. Esta

experiencia, considero, me permite una gran reflexividad y diálogo entre mi posición como investigadora (con rigurosidad académica que mi formación exige), mis compromisos políticos y éticos, y mi historia familiar.

Para terminar, a continuación, se presenta el mapa que ubica el distrito de Huarmaca en relación a los distritos de la provincia de Huancabamba en el departamento de Piura.

*Gráfico 3 Mapa del distrito Huarmaca*



Fuente: Huangal (2019)

### 1.2.3. Métodos de trabajo de campo: Fuentes de datos, registros y análisis

Los métodos de trabajo de campo priorizaron la narrativa producida por los mismos sujetos con los que se trabajó, especialmente el de las mujeres y sus grupos familiares. Para que esta entrada sea posible fue necesario 1) El uso de técnicas con enfoque etnográfico y 2) Registro en cuaderno de campo y una tematización analítica. Luego de reseñar estos dos puntos, presentamos los 3 “métodos” que guiaron la investigación durante el trabajo de campo, el registro de la información y la tematización analítica.

Sobre el primero punto, se priorizó el uso de técnicas como la observación participante y las conversaciones informales, sobre todo en las dinámicas intrafamiliares y en el acompañamiento de mujeres campesinas. Así también, se necesitó de entrevistas abiertas sobre todo con agentes extrafamiliares: funcionarios institucionales y terapeutas locales de diversos repertorios de la oferta local. Por último, se necesitó la revisión de archivo en el Centro de Salud y una constante revisión bibliográfica.

Sobre el segundo punto, fue necesario el registro en un cuaderno de trabajo campo y la tematización de estos en un cuaderno de campo ampliado. *Sobre el cuaderno de campo:* Este se desarrolló durante el trabajo de campo y sirvió para ir registrando diversos datos, entre los que se priorizaron las descripciones densas de eventos, diálogos e interacciones personales y cotidianas. A esos se agregaron las dudas que me surgían y memos analíticos con conexiones con la bibliografía revisada. *Sobre el cuaderno de campo ampliado:* Este proceso significó ampliar el cuaderno de campo a partir de incorporar más datos registrados (audios, entrevistas, fotos, llamadas telefónicas, interacciones que cobraron sentido después). *Sobre el proceso de análisis:* este implicó tematizar en grandes temas/métodos el cuaderno de campo. Luego, considerando las variadas fuentes de datos y los casos particulares, el análisis se enfocó en construir rangos de situaciones entre quienes disponían más o menos recursos

(experiencia migratoria, redes, atenciones, economía familiar, relaciones estables, diálogos médicos con terapeutas etc.).

#### MÉTODOS:

Los métodos significaron una guía de lo que era necesario registrar durante el trabajo de campo (los cuales se basaron en diversas fuentes de datos y en el registro en un cuaderno de campo) y también fueron una guía inicial en el proceso de análisis.

##### - “Mapa de relaciones”: Contextualización del campesinado norteño

Una dimensión del método implicó elaborar un “*mapa de relaciones*” de las familias campesinas con su contexto territorial y económico-político. Ello implicó identificar las instituciones y dinámicas locales con las que las familias se relacionaban. En esta sección se dividieron los temas en dos: 1) Por un lado toda aquella información referida a las estrategias de subsistencia de las familias campesinas en esta zona. 2) Por otro lado, identificar los diferentes repertorios de salud que tienen a la mano y de los cuales hacen uso activo.

##### - “Dilemas de la vida cotidiana”: Rutinas y relaciones cotidianas

Otra dimensión del método implicó una escucha activa y observación permanente a los temas que las mujeres plantearan en el día a día. Esto implicó conocer sus vidas cotidianas a partir de la reflexión que ellas tenían sobre los eventos que iban sucediendo en sus vidas. Esta entrada se dividió en dos focos: 1) El registro de sus rutinas cotidianas, de los temas que planteaban y 2) La identificación de las redes de estas mujeres (tanto desde la ausencia como la presencia de las mismas). Este método nos ayudó a comprender las dinámicas intrafamiliares de la vida cotidiana y a generar las condiciones de confianza necesaria para profundizar en sus historias de vida reproductiva.

##### - “Historias de vida reproductiva”: Autobiografías e itinerarios de atención del EPP

El último método utilizado implicó la reconstrucción de las “*historias de vida reproductiva*” de cada caso. Le llamamos “*historia de vida*”, ya que recoge elementos de las historias de vida autobiográficas donde se prioriza las

narrativas de las mismas mujeres sobre eventos importantes de sus vidas. A esta denominación le agregamos la de “*reproductiva*” para hacer énfasis en dos puntos: 1)El proceso de configuración, organización y mantenimiento de sus nuevas unidades domésticas y 2)Toda la trayectoria de sus procesos de embarazo, parto y posparto.

Por otro lado, otro elemento de este método fue la reconstrucción de *itinerarios de atención*: en este nos interesó ver de manera particular cada uno de los procesos de embarazo, parto y posparto a través de 2 ejes: 1)redes presentes durante el EPP y 2)Recursos y repertorios explicativos durante todo el proceso de EPP.



## CAPÍTULO 2:

### **CONTEXTO DE CONDICIONES Y POSIBILIDADES DE ATENCIÓN: Dinámicas familiares campesinas en un contexto andino de transformación rural y pluralismo médico en la sierra de Piura**

En este capítulo se describen las condiciones estructurales e ideológicas —así como las posibilidades de acción que estas implican— que las mujeres campesinas de la sierra de Piura, y sus familias, tienen a disposición para “*atender*” la vida de sus miembros, en un contexto andino de transformación rural y pluralismo médico en los andes norteños del Perú.

Nos encontramos en un territorio de población campesina móvil, que oscila entre la comunidad y centros económicos a diversa distancia (*‘La Selva’, ‘Serrán’, ‘Chiclayo’, ‘Piura’, ‘Tumbes’, ‘Lima’*); que mezcla trabajo agrícola de subsistencia con trabajos no-agrícolas asalariados precarios, sin olvidar un fundamental trabajo femenino cotidiano que las hace posibles. Todo ello, sumado a una experiencia de creciente presencia de servicios y programas sociales en sus rutinas y prácticas cotidianas. Todas estas experiencias y dinámicas familiares nos sitúan en un contexto particular de relación y articulación a fenómenos de *transformación de las ruralidades* a nivel regional y global.

Sumado a ello, nos encontramos en un escenario donde las instituciones de salud estatal coexisten una variada oferta local de recursos y repertorios explicativos de la salud articulados por una *práctica de atención campesina*, en la que reconocemos el uso de 1) la automedicación a partir de una experiencia personal con las farmacias, 2) de repertorios religiosos que parten de nociones de catolicismo popular de origen colonial y/o de una presencia creciente de cristianismo evangélico en la zona, y 3) de un amplio repertorio de un circuito curanderil en la zona norte del Perú. Esta realidad nos sitúa en un escenario de *pluralismo médico en los andes norteños*, en el cual todos estos repertorios explicativos locales entran en articulación, tensión, contradicción y coexistencia al momento en que estas familias atraviesan procesos que amenacen su salud.

Por ello, considerando dicho contexto de condiciones y posibilidades estructurales e ideológicas, y a partir de un *enfoque relacional* (Menéndez; 1998) que sitúa la autoatención en su contexto material e ideológico, situamos a las mujeres campesinas y sus familias de la sierra de Piura de manera activa y dinámica en dos dimensiones: 1) sus dinámicas familiares campesinas en relación a su contexto andino de transformación rural, y 2) su relación con la plural oferta de recursos y repertorios explicativos de la salud de la cual disponen activamente en esta zona de los andes norteños del Perú.

## **2.1. Dinámicas familiares en un contexto de transformación rural**

Si bien es cierto la agricultura continúa siendo una actividad que organiza la vida de las mujeres y sus familias en la comunidad, de manera paralela existe una intensa e incierta búsqueda de trabajos asalariados dentro y fuera del caserío, pan del día a día dentro de los dilemas en la economía familiar campesina de esta zona. Esta búsqueda, muchas veces se ve traducida en un ir y venir constante que configura hogares móviles, con prácticas migratorias particulares según el género y la etapa de vida en la que se encuentran los miembros de las familias. Además, las rutinas cotidianas de estas familias campesinas se ven cada vez más afectadas por la creciente experiencia y práctica del Estado a través de sus servicios estatales y sus programas sociales. Todos estas prácticas y dilemas configuran las dinámicas de las familias campesinas en esta zona de la sierra de Piura.

Desde esta lectura, en este sub-capítulo, profundizaremos en cómo las familias campesinas configuran sus rutinas y organizan sus vidas con una plasticidad tal, que articulan un entramado de prácticas y dilemas familiares particulares, con dinámicas locales y regionales de transformación rural. Para comprender dicho entramado, en esta sección nos aproximamos a estas unidades domésticas campesinas a través de conocer 1) Organización de la economía familiar campesina, 2) Las dinámicas locales de migración temporal y movilidad femenina y 3) relacionar la experiencia y práctica del Estado con sus rutinas cotidianas.



### **2.1.1. Organización de la economía familiar campesina**

Al llegar a la comunidad de Cabeza-Succhirca, es común encontrarnos con familias campesinas que tienen la agricultura como una actividad que organiza la vida cotidiana de las unidades domésticas dentro de la comunidad. No obstante, las tierras son escasas y la producción en su gran mayoría está destinada básicamente al autoconsumo, con muy pocas posibilidades de vinculación a mercados. Parece ser, entonces, que nos encontramos en una zona donde la agricultura familiar de subsistencia es central para el mantenimiento de las unidades domésticas en el campo, pero no suficiente. Paralelamente a ello, también existe una constante e incierta búsqueda de trabajos asalariados (la mayoría de estos no-agrícolas), dentro y fuera del caserío, siendo esta la razón principal de la migración de algunos miembros de estas familias, sobre todo hombres (de cualquier edad) y jóvenes (de cualquier género). Estas actividades, aunque complementarias, parecen ser importantes para asegurar la sobrevivencia de las familias y para generar nuevos capitales.

En esa línea, en este apartado nos interesa caracterizar la economía familiar campesina en esta zona de la sierra de Piura, considerando que está inmersa dentro de dinámicas particulares de su historia local (su organización comunal, propiedad y uso de tierras, organizaciones ronderiles, etc.), y a su vez atravesada por cambios en la ruralidad, que terminan resultando en hogares rurales más móviles e interconectados con espacios urbanos. Sobre esto último, identificamos ciertos puntos compartidos con dinámicas rurales nacionales y regionales más amplias: 1) estamos frente a nuevos hogares rurales peruanos con mayor movilidad e interconexión con espacios urbanos, 2) mayor diversificación de actividades de subsistencia, producción y acumulación y 3) la necesidad de tierra, su condición subordinada y su condición de actividad de sobrevivencia antes que capitalista: la economía campesina “no tiene que ser (económicamente) exitosa”, sino asegurar el mantenimiento de las familias (Diez, 2014: p.21). Así, siendo conscientes del gran dinamismo de las familias campesinas, en el resto del acápite nos centramos en las particularidades de nuestro caso y su relación con estos puntos más amplios.

A continuación, desarrollamos tres aspectos de la dinámica y especificidad de la economía campesina en esta zona: En un primer momento, nos interesa conocer su relación comunal, las tierras que dispone y cómo se practica la agricultura familiar de subsistencia. Luego, nos detenemos en la organización de las actividades domésticas de las familias y el papel de las mujeres en este entramado. Por último, comentamos las posibilidades y limitaciones del comercio agrícola y el trabajo asalariado de las unidades domésticas del caserío de Succhirca. Estos aspectos se complementan entre sí, en tanto configuran las estrategias de subsistencia de las familias campesinas de esta zona de los andes norteños.

#### **2.1.1.1. Comunidad, tierras y agricultura familiar de subsistencia**

Los casos desarrollados en esta investigación se sitúan en el caserío de Succhirca, el cual se encuentra dentro del distrito de Huarmaca y pertenece a la jurisdicción de la comunidad Cabeza de Succhirca y, a su vez, al centro poblado del mismo nombre. Valga la aclaración, los caseríos que conforman la comunidad no necesariamente coinciden con los del centro poblado, ya que la configuración de los mismos refiere a procesos históricos y políticos diferentes<sup>23</sup>. Así también, el caserío de Succhirca y la comunidad de Cabeza de Succhirca tiene su propia comisión de rondas campesinas, adscrita a la central de rondas campesinas de Huarmaca.

Sobre las comunidades de la sierra de Piura sabemos que, si bien es cierto, estas comparten similitudes con modelos comunales más clásicos -por ejemplo, el pertenecer a un territorio cuya propiedad comunal es reconocida por el Estado o por relaciones de parentesco entre los campesinos-, estas también poseen particularidades significativas. Sobre esto, en la etnografía sobre las comunidades de la sierra de Piura, Diez (1999) nos detalla parte de estas singularidades (las cuales son resuenan significativamente con nuestro caso): Una de ellas es la dispersión de las viviendas entre las tierras de cultivo,

---

<sup>23</sup> La primera de estas en 1959 (procesos de reforma agraria) y la segunda el 2012 (proceso de provincialización del distrito)

agrupadas a lo mucho en caseríos (pequeñas aglomeraciones de casas). Agrega que, quizás, es por esta dispersión que los campesinos que integran las comunidades no están forzosamente identificados en ellas y que no haya un fuerte sentimiento de pertenencia al grupo como en el sur andino (1999, p.94). Otro punto importante es que, aunque existe una cierta unidad, su organización es débil: la venta y la transferencia de tierra son frecuentes y la mayoría de los comuneros no tiene un arraigo sentido de la existencia de una propiedad comunal y por el contrario se consideran dueños de las tierras que ocupan. Sumado a ello, no es raro encontrar campesinos que pertenezcan a más de una comunidad, los comuneros pueden pasar de una comunidad a la otra con facilidad (Diez, 1999; p.94). Por último, agrega que estos grupos no se dividen bajo una lógica simbólica clasificación social como sus homólogos del sur, sino que están construidas por sectores que responden más a lógicas de división territorial. Se suma a esto que los comuneros de la sierra de Piura no hablan sino el castellano y están muy mestizados (1999, pp.73-94). Aunque esta etnografía fue hecha en la zona central de la sierra piurana<sup>24</sup>, y nuestro campo se desarrolló en la zona sur de la misma, varios de dichos patrones los encontramos también en la comunidad Cabeza-Succhirca, los cuales son detallados a lo largo del acápite.

La comunidad Cabeza-Succhirca fue reconocida como tal en 1959 y es de las últimas *comunidades históricas*<sup>25</sup> de la sierra de Piura en ser reconocidas. A modo de breve recuento histórico, sabemos que el reconocimiento legal de las comunidades indígenas y campesinas en el Perú, grosso modo, se da en tres momentos históricos: 1) Luego de la primera ley de comunidad de los años veinte. 2) Reformas pre reforma agraria referidos a las demandas de los yanaconas de hacienda y 3) Reconocimiento post reforma agraria. Para el caso de la sierra de Piura estos procesos se dan de manera paulatina. El primero entre 1930 y 1955; el segundo entre 1956 y 1975; y el tercero entre 1981 y 1990 (Diez, 1999, p. 97). El autor argumenta que cada periodo supuso un tipo de comunidad específica, siendo el primero de estos el reconocimiento de *comunidades*

---

<sup>24</sup> La etnografía se realizó en la zona de Pacaipampa en el departamento de Ayabaca.

<sup>25</sup> Aquellas que tienen herencia comunitaria colonial o republicana, según la clasificación de los procesos de comunalización en la sierra de Piura hecho por Alejandro Diez (1999).

*históricas*, luego las *comunidades de hacienda*<sup>26</sup> y *comunidades de la reforma agraria*<sup>27</sup> (1999, p. 97). Para el caso de las comunidades que rodean el pueblo de Huarmaca: Llacuas Collonayú, Cabeza-Succhirca y Segunda y Rosa, todas comunidades históricas, el reconocimiento legal de las mismas data de finales de los años 50, por lo menos más de veinte años después del inicio del reconocimiento de sus pares. Estos retrasos pudieron tener sus causas en presiones políticas de algunos hacendados y pequeños propietarios mestizos de la zona (Diez, 1999, p. 100).

Por su parte, el centro poblado de Succhirca se crea el año 2012 como parte de la iniciativa de provincialización del distrito. Su jurisdicción comprende nueve caseríos: Succhirca, Girogingray, Víctor Raúl, Laguna de Succhirca, Los Charanes, Chalpa, San Antonio, La Rinconada y Molulo. En la actualidad, el local del centro poblado está ubicado en Succhirca y es el segundo piso de una de las viviendas de la zona. Durante mi estancia, dicha dirección no solía estar abierta: “al presidente hay contactarlo por teléfono”. Este, lejos de significar una autoridad, el presidente del centro poblado no parecía tener mucha legitimidad dentro del caserío.

Parece ser que la existencia de esta división en centros poblados fue iniciada por uno de los alcaldes del pueblo, dos o tres gestiones pasadas, como una forma de iniciar un proceso de provincialización del distrito de Huarmaca. Durante mi trabajo de campo, en el año 2019, la administración de la Municipalidad estaba a cargo de la misma organización partidaria a la que él pertenece y las gestiones de la provincialización seguían en pie. Su influencia y popularidad parece ser fuerte en esta zona. Por ejemplo, para el año 2016 fue electo congresista de la República con el partido Fuerza Popular. Incluso en las elecciones municipales del año 2020, el nuevo alcalde de Huarmaca pertenecía al mismo partido. A pesar de que los trámites de provincialización siguen en pie, estos no parecen causar expectativa en la población. Al contrario, algunas

---

<sup>26</sup> Formada por grupos de pequeños propietarios o compradores de tierras de las haciendas (Diez 1999, p.97)

<sup>27</sup> Formadas a partir de los grupos creados por el estado sobre las Haciendas expropiadas (Diez 199. p 97.)

personas comentaron que este proceso parece ser más una oportunidad para sacar rédito político que una solución real para la mejora de la administración del distrito.

#### - **Propiedad, tenencia y uso de la tierra**

Un hecho que llamó mi atención durante el trabajo de campo, fue la poca participación de las unidades domésticas en las asambleas de la comunidad Cabeza-Succhirca. Estas se realizaban todos los domingos a la 1 de la tarde en el local comunal ubicado en el caserío de Yumbe, aledaño al pueblo de Huarmaca. Si bien es cierto, movilizarse hasta Huarmaca implicaba esfuerzos que no todos podían asumir, la baja asistencia se debía también a una muy escasa identificación con la comunidad. Este hecho también lo podía ver en cómo ninguno utilizaba la categoría identitaria de “comunero/a”, sino que preferían usar términos como ‘campesinos’ o ‘gente del campo’ para referirse a sí mismos.

No obstante, todas las familias con las que trabajé en Succhirca estaban empadronadas en la comunidad, tanto varones como mujeres. Según el presidente de la comunidad de Cabezas- Succhirca, uno de los conflictos más frecuentes eran los referidos a límites de las parcelas, y estos solían resolverse priorizando a aquellos comuneros empadronados sobre los que no lo son. No sorprende entonces como Olimpia, una de las madres con las que trabajé, hablaba sobre sus tierras: *“Esas son las parcelas ya de nosotros, que nosotros trabajamos. Ya por algo estás empadronado, eso ya no te quitan, así venga alguien. Esos ya son propietarios hasta que te mueras, quedarán los hijos, ya los hijos se irán, vuelta vendrán los nietos y a pue”*. Parece ser que una de las razones principales para estar empadronado es el hecho de proteger tus tierras.

Como mencionamos, si bien no parece haber una identidad arraigada con la comunidad, esta sí está presente en la vida de las familias, pues funciona como garante de la propiedad y derechos de las mismas. De hecho, de los cinco

casos con los que trabajé, ninguno tenía un título que certifique que son posesionarios de sus tierras, más allá de estar empadronados.

*“Ya se fueron las plantas viejas, quedaron los brotes”* bromeó alguna vez Olimpia, refiriéndose al proceso de ser propietario *“hasta que te mueras y que tus hijos y nietos continúen en esas tierras”*. Esta idea es bastante compartida en los campesinos de esta zona, los cuales al hablar de sus tierras 1) Se presentan como dueños de las mismas 2) hacen referencia a que ellos las han heredado de sus padres y abuelos y estos a su vez de los *“los antiguos”*. Por ejemplo, podíamos ver la continuación de dicha dinámica en David, hijo de Olimpia, quien ahora está construyendo una casa en el caserío de Los Charanes, donde tienen tierras. Sin embargo, este es un acuerdo entre los padres y el hijo, ya que él, a diferencia de sus padres, no está empadronado como comunero.

Esta práctica de herencia y reparto de las tierras entre los hijos es bastante común y generalizada en esta zona. Por un lado, esto hace que las familias, hasta cierto punto, conozcan y respeten los límites de las parcelas pertenecientes a cada familia. Por otro lado, existe significativa independencia sobre las tierras que se poseen, tanto para decidir qué cultivar como para poder venderlas. Esto último resulta curioso, ya que si bien es cierto las tierras comunales son intransferibles, en la práctica estas pueden ser vendidas, siempre entre los comuneros. También puede darse el caso de pertenecer a más de una comunidad. Sin embargo, como no se puede estar empadronados en dos comunidades, esto se da a través de un *“arreglo”*. Este consiste en una especie de regalo (por ejemplo, una gallina o dos botellas de aguardiente o *“yonque”*) que se ofrecen a la comunidad en las celebraciones de las cruces a modo de permiso para cultivar sus tierras. La mencionada celebración se da a inicios del mes de mayo, donde se adornan con arcos y apadrinan las cruces, que representan los linderos de la comunidad.

Como hemos señalado, las parcelas que dispone cada familia son entregadas o adquiridas a partir de cierta lógica tradicional de herencia, y en menor medida a través de venta o *“arreglos”*, sin que eso signifique que estas

tierras dejen de ser parte de la jurisdicción comunal. Se suma a esto el hecho de que, a través de uniones matrimoniales, las tierras que dispone cada familia pueden ampliarse.

De esta forma, siguiendo con el caso de Olimpia, los terrenos del que dispone su unidad doméstica, serían la suma de sus pequeñas parcelas en Víctor Raúl y Succhirca, con las tierras que su marido tiene en Los Charanes, Víctor Raúl, Laguna de Succhirca y Chalpa (caseríos de la comunidad ubicados a diversas altitudes). Si bien es cierto el tamaño de las parcelas puede variar según cada familia, si es bastante común que los campesinos tengan tierras en diversos caseríos, pues garantiza un mayor acceso y control de diversas zonas de cultivo.

En esta zona se practica la agricultura familiar de subsistencia. Por esta entendemos que las unidades domésticas poseen pocas tierras (menos de dos hectáreas estandarizadas); tienen una mayor orientación al autoconsumo; generalmente sin riego y baja tecnología; incipiente vinculación al mercado; y su producción no permite el sostenimiento de la familia (Eguren y Mendoza 2016, p.6).

Considerando esto, cabe señalar que las tierras son, en su mayoría, de secano<sup>28</sup>; es decir, depende de las lluvias, que duran de diciembre a mayo, aproximadamente. Las posibilidades de riego son mínimas; los campesinos suelen guiar manantiales a sus tierras y hacer pequeños canales, pero estos son bastante artesanales y escasos. Sólo en las zonas bajas, específicamente en la quebrada de Chalpa, parece haber posibilidad de riego gran parte del año. Por otro lado, las zonas de pastos se ubican principalmente en Laccho y Succhapampa, no tienen un control tan rígido de uso, y el ganado, previamente marcado, suele estar suelto. En estas zonas los ronderos también cumplen el papel de cuidadores de ganado.

---

<sup>28</sup> Tierras de secano son aquellas donde su producción está sujeta a cambios climáticos y a la disponibilidad del agua (Diez, 2003 p.75).

En la comunidad Cabeza-Succhirca, grosso modo, podemos dividir sus quince caseríos adscritos en tres zonas altitudinales que guardan relación con características climáticas y de producción:

1) Zonas altas, ubicadas entre los 2300 y 1700 m.s.n.m. en la que se encuentran los caseríos de Cucho, Rumichaca, Yumbe y Yamalan. Estas tierras se encuentran bordeando el lado noroccidental del pueblo de Huarmaca. Las tierras dependen de las lluvias y encontramos sobre todo cultivos como el maíz amarillo y el frejol. También aquí encontramos la presencia de ganado menor.

2) Las zonas medias, entre los 1700 y 1400 m.s.n.m. en el cual se encontraba **Succhirca**, Laguna de Succhirca, Víctor Raúl, Girogingray, Naranjo y Sahuatirca. En esta zona la precipitación es más intensa y prolongada que en las zonas altas. Es denominada como “zonas quichua” por los mismos campesinos, y en ella se cultivan principalmente el maíz amarillo, el plátano y la caña. También encontramos frutas como la granadilla, el melón, la naranja, el café y la lúcuma.

3) Las zonas bajas entre los 1400 y 500 m.s.n.m. en el que se encuentran Chalpa, Los Charanes, Laccho, Pampagrande y Succhapampa. Esta zona suele ser bastante cálida y con mayor irrigación en los alrededores de la quebrada, en la cual se cultiva arroz, maní, soya, mango y limón. En zonas menos irrigadas también encontramos zapallo, frijol boca negro y maíz perla (duro), el cual es utilizado para alimentar animales menores.

Las casas de las unidades domésticas con las que se trabajó se encuentran en el caserío de Succhirca, ubicado a los 1500 m.s.n.m. Estos tienen pequeñas parcelas alrededor de sus viviendas o cercanas a estas. Los productos que se cultivan principalmente en esta zona son el maíz, el plátano y la caña, pero hace no mucho el café ha empezado a ser un cultivo que ha tomado protagonismo. Por último, cabe resaltar que estas tierras, si bien es cierto son administradas y trabajadas por el grupo doméstico, las prácticas de migración laboral masculina y juvenil parece relacionarse a una tendencia a que sean las mujeres quienes,



por su mayor presencia física en el caserío, terminen asumiendo un mayor peso del trabajo agrícola.

#### **2.1.1.2. Organización actividades “domésticas”**

Gran parte de las mujeres en Succhirca han tenido alguna experiencia de movilidad o de realización de actividades asalariadas no agrícolas en su juventud. No obstante, el hecho de permanecer en la comunidad y configurar una unidad doméstica, les exige una dedicación particular a diversos aspectos que involucren lo “doméstico”. Así, como veremos a continuación, a partir de un repaso por sus itinerarios cotidianos y diarios (mañana, tarde y noche), vemos cómo las actividades llamadas “domésticas” sobrepasan por mucho los la intimidad de las familias: las mujeres se encargan de la crianza de hijos, crianza de animales, la gestión y organización del hogar, sí, pero también asumen cotidianamente un conjunto de actividades públicas relacionadas a la crianza, gestión y organización del hogar: participar en jornadas comunales, eventos escolares, llevar a los hijos a los controles, van a las chacras, entre otras.

#### **Por las mañanas**

Cada vez que me quedé a dormir con las mujeres de la comunidad nunca pude “ganarles” al momento de despertar: desde las 5:30 ya estaban preparando un contundente desayuno: una gran porción de arroz y frijoles, a la que le agregaban palta, guineos y, en contadas excepciones, algún tipo de carne. De este comían principalmente los esposos y los hijos que pronto salían, o bien a escuela, o bien a las chacras y sus esporádicos trabajos.

Me llamó la atención que no había otros familiares salvo las mujeres, sus hijos y sus esposos. Los padres y madres con las mujeres con las que trabajé, aunque vivían en otros caseríos, estos no vivían con ellas. No obstante, tampoco estaban tan lejanos.

Una de las rutinas de las mañanas de las mujeres era alistar a sus hijos para ir al colegio, sobre todo si estos son pequeños: Rosario se despertaba un poco más tarde que los demás casos, entre las 6:30 o 7:00 a.m. Preparaba un

clásico desayuno que solía de arroz, frejol con palta o plátanos mientras alistaba a sus hijas gemelas de cuatro años para la escuela. Las bañaba interdiario al costado de la pileta de agua de la casa y solía hacerle peinados especiales (trenzas, colitas, etc.) según estas niñas se lo pidieran. Su bebé de diez meses, todavía estaba en periodo de lactancia, estaba siempre cerca de ella: en un coche, mientras se encontraba en su casa, y en el *rebozo*<sup>29</sup> cuando ella tenía que salir. Como sus hijas todavía eran pequeñas, era ella quien las llevaba a la escuela.

Por otro lado, Alba, tenía a su cuidado una bebé de año y dos meses, otra de dos años y una tercera hija de siete años. A diferencia de Rosario, Alba vivía con su esposo, lo cual implicaba despertarse mucho más temprano para cocinar un plato más contundente del que solía hacer Rosario. Esto lo hacía mientras daba de lactar y comer a sus dos hijas menores. La mayor le ayudaba en este proceso. Con Alba siempre conversábamos en las mañanas luego de que su hija vaya al colegio y su esposo a la chacra. Solía sentarse en la *zona de descanso*<sup>30</sup> al costado de la puerta de su casa. No era raro oírle expresiones como “*cuando no hago nada sí podemos conversar tranquilas*”. Sin embargo, incluso cuando “no hacía nada” estaba realizando actividades como cambiar el pañal a sus hijas, dando de comer a la más pequeña, prendiendo la cocina de leña o incluso, alguna vez, cosiendo una alforja.

---

<sup>29</sup> Nombre de la manta con la que cargan a los bebés en la espalda.

<sup>30</sup> A lo largo de esta zona (diversos caseríos) es bastante común ver en la puerta de las casas estas zonas de descanso.

## Fotografía 1

10 a.m., Alba con su hija menor en la zona de descanso de su casa



Fuente: Elaboración propia

Una vez al mes, a las madres con hijos en la escuela o el colegio les tocaba preparar el desayuno y el almuerzo correspondiente al Programa Nacional de Alimentación Qali Warma. Para el caso de la escuela, si bien es cierto, existían cocinas mejoradas dentro de las instalaciones, las madres preferían cocinar fuera del mismo en una pequeña instalación de leña. Al parecer esto sucedía debido a una mala instalación que hacía que todo el humo quede dentro del cuarto de cocina, la cual terminaba siendo usada sólo como almacén de los alimentos dentro de los cuales encontrábamos -sobre todo- bolsas de víveres, como menestras (lentejas), avena, atún, azúcar y arroz. Además, Rosario mandaba tapers vacíos para que le den el almuerzo ahí a sus hijas. Por las tardes, al llegar estas a casa, Rosa desempacaba el almuerzo y complementaba la comida que traían, con la que había preparado. A veces repartían lentejas días seguidos, lo mismo sucedía con los tallarines con atún. Ella, por su parte, había preparado alguna comida que servía para complementar el almuerzo de sus hijas.

Algunas veces, la rutina cambia cuando el proyecto del Programa Nacional de Saneamiento Urbano (PNSU) presente en la zona solicitaba una reunión

comunal. En este caso, una persona por familia debía cumplir aquella jornada. Como quienes se encontraban en casa eran, en su gran mayoría, mujeres, estas jornadas tenían un gran componente femenino. En aquellas jornadas encontrábamos desde ancianas hasta madres con bebés cargados en el rebozo cumpliendo con las jornadas que iban desde cortar monte hasta cargar ladrillos.

Durante mi trabajo de campo, estábamos en temporada de lluvias. Por ello, apenas habían días de sol, se designaba algunas horas de la mañana para lavar ropa. La cantidad y la frecuencia aumentaba si es que se tenían hijos menores; ya que, la ropa que utilizan suele ensuciarse, mancharse o mojarse bastante más que la de un adulto. Por ejemplo, los pañales que se utilizaban eran elaborados con telas y trapos que debían ser cambiados y lavados constantemente. Rosario, a diferencia de Alba, que sólo usaba trapitos, acompañaba un pañal descartable por encima de las telas que iba cambiando según necesite el bebé.

Sumado a esto, las madres con bebés o hijos pequeños tenían que asistir al control de salud que el Programa Juntos les exigía. Los horarios de atención en la posta solían darse en las mañanas entre las 8 y las 12. Tanto el doctor como la obstetra se encargaban de dichos controles.

## Fotografía 2

Telma yendo al control del Centro de Salud con Ismael en el rebozo



Fuente: Elaboración propia

Otra actividad importante que se desarrollaba en las mañanas eran las preparaciones para el almuerzo, las cuales comenzaban entre las 10 a.m. u 11 a.m. Cada casa tenía un espacio reservado para la cocina, espacio donde la mayoría de las veces se criaban cuyes, o se los tenía en un cuarto contiguo al fogón para hacerles calor. Las cocinas de leña con las que contaba cada casa fueron construidas como parte de un proyecto social del Estado, que consistía en implementar cocinas mejoradas. Además de estas cocinas a base de leña, varias casas, -incluidos las de nuestros casos- contaban con cocinas de gas. Las primeras, se usaban para preparar alimentos cuya cocción demanda mayor tiempo: sancochar el trigo, el mote, las yucas, la papa, las sopas, las carnes, el arroz, las menestras, los fideos o para hervir el agua o calentar la comida. Mientras el uso de las cocinas a gas estaba destinado a alimentos cuya preparación era rápida: aderezos de las comidas o freír huevos. Su uso es bastante limitado, ya que conseguir un balón no sólo es caro sino trabajoso de movilizar.

Fotografía 3  
Cocinas de fogón y gas. Casa de Olimpia



Fuente: Elaboración propia

Para la preparación de estos almuerzos, algunos de los insumos como el mote, frejol o trigo, estaban almacenados en un cuarto cerca de la cocina. Se les guardaba secos y eran adquiridos de sus chacras. Los tallarines y el arroz también eran almacenados y estaban bastante presentes en sus dietas diarias. A diferencia de los anteriores, estos se conseguían en las tiendas de abarrotes del pueblo. Por otro lado, otros productos como la palta, el choclo o frutas como la granadilla, la lima o la lúcuma, dependían de la temporada del año en la que se encontrasen. Además, alimentos como cebolla, tomate o ajos se solían conseguir en el mercado del pueblo mientras que la papa, el camote o la oca, los conseguían en la feria de los domingos desarrollada en el mismo pueblo.

La carne no suele estar tan presente en sus comidas cotidianas, a pesar de tener a su cuidado cuyes, gallinas, pollos, cerdos y chivos. Normalmente, se suelen usar los cuyes en la dieta; ya que son los más abundantes y fáciles de pelar. Las gallinas o los pollos están destinados a momentos significativos para las unidades domésticas o para alguna emergencia. No es casual, entonces, que

este sea el alimento principal destinado a las parturientas. Por otro lado, los cerdos se alimentan de “lavaza” -los residuos orgánicos diarios de la cocina- y son sacrificados o vendidos de acuerdo a alguna emergencia económica. Estos, los chivos y en parte las gallinas, funcionan como una especie de *caja chica* de las unidades domésticas, que permite acceder a dinero de manera rápida.

Las veces en que se compraba la carne era aún menos frecuente. A veces esto se daba cuando en el pueblo corría la voz de que alguna familia ha matado un cerdo y está vendiendo sus carnes. En el pueblo se podía conseguir pescados o menudencias, pero las pocas posibilidades de conservarlo hacían que esta práctica se dé cuando realmente se considera necesario o accesible. Por ejemplo, Alba compraba hígado todos los domingos que iba a Huarmaca, el cual era destinado para su hija de dos años, diagnosticada con anemia.

Tabla 1  
Animales domésticos y cocinas por unidad doméstica

CASOS	Cuy	Cerdo	Gallina	COCINA LEÑA	COCINA GAS	OBSERVACIONES
UD OLIMPIA	X	X	X	X	X	usan las dos
UD TELMA	X	X	X	X	X	usan las dos
UD ALBA	X	-	X	X	X	usa las dos
UD ROSARIO	-	X	X	-	X	tiene sólo 1
UD PRISCILA	-	-	X	X	X*	no tenía gas

Fuente: Elaboración propia

Fotografía 4

Alba y su hija en la cocina



Fuente: Elaboración propia

### Por las tardes

Los niños salían de la escuela a las 12 del día y del colegio a la 1 de la tarde aproximadamente. A esa misma hora solían llegar los esposos de las jornadas matutinas. Por ello, el almuerzo era un lugar de encuentro. La llegada de los hijos mayores significa una ayuda para las madres con bebés o niños en la primera infancia. Así, estas podían dejarlos a su cuidado mientras salían a trabajar a las chacras para “ayudar a sus esposos”. Aunque aquella frase - bastante común- parece no hacer justicia a las jornadas diarias de trabajo doméstico y agrícola que desarrollan, también existía un reconocimiento -no poco callado- de la carga cotidiana:

*“El trabajo en las mujeres es más duro”*, comentaba Priscila. Eran las seis de la tarde y tenía a su hija durmiendo en su espalda, mientras pelaba plátanos para la cena. Por la tarde los había cosechado en una de las chacras cerca del caserío, a unos 40 minutos caminando. Fuimos Priscila, una vecina y yo. A diferencia de la vecina, Priscila no tenía un caballo o un burro para traer lo



cosechado en alforjas, sino que tuvo que traerlos cargados en su espalda. Estaba cansada y me lo hacía notar. Dentro de la conversación de aquella noche apareció una comparación con las épocas en las que estaba en Lima. En ese tiempo, vivía en el distrito de La Victoria y trabajaba en el mercado La Parada como mesera de un chifa. Según ella, le alcanzaba para pagar un cuarto y poder vivir. “¿La ropa en gamarra es bien barata, di?” comentaba mientras concluía que vivir sola en Lima era posible, pero que ahora se hacía más difícil: tenía dos hijos menores de dos años y en Lima había menos trabajo que antes -hacía referencia aquí a la migración venezolana-. En Lima conoció a su actual esposo, el cual era de Ferreñafe y ahora vivía en Succhirca cultivando las chacras de la familia de Priscila.

Fotografía 5

Priscila con los plátanos cargados en el rebozo regresando de la chacra



Fuente: Elaboración propia

El trabajo femenino en el campo podía darse en las mañanas o tardes. El que se de en las mañana dependía de 1) Cumplir con las labores domésticas asignadas 2) No tener hijos bebés o en la primera infancia. Esto último dificulta la movilidad de las madres, las cuales muchas veces debían optar por quedarse

en casa con ellos, encargarlos con un familiar cercano o, en casos extremos, dejarlos solos en las casas.

El cuidado de los bebés o niños durante la primera infancia implica una dedicación constante por al menos sus tres primeros años de vida. Cuando son bebés es común tenerlos constantemente cargados, para lo cual se usa el rebozo, una manta tejida por ellas mismas y que se amarran en cruz entre el brazo y la espalda y que sirve para poder trasladarlos, dormirlos o simplemente tenerlo cerca sin perder la movilidad de las manos mientras se hace otra actividad. Si bien es cierto, a medida que van creciendo se van haciendo más independientes, es necesario estar pendientes de ellos. Ese era el caso de Alba, quien tenía dos hijas menores de dos años a su cuidado. *“Toda a me quedan dos años aqu* comentaba, haciendo referencia al tiempo restante hasta que pueda dejarlas en la escuela. *“Como ellas son pequeñas no puedo salir a trabajar tanto a la chacra”*, decía.

De hecho, el tener hijos mayores ayudaba a reducir esta carga. Esto sucedía con Alba y su hija Sonia de siete años. Apenas llegaba del colegio, Alba se iba a la chacra y dejaba a su hija mayor al cuidado de sus hijas menores. En algunas ocasiones Sonia les calentaba la comida a sus hermanas. Sabía prender el fogón e incluso ya había cocinado un par de veces para ellas. El cuidado que realizaba va desde vigilar que no les pase un accidente a sus hermanas o que estén en una situación de riesgo. Siempre tenía la puerta de la calle cerrada y no la abría hasta que su mamá llegara. Su ayuda era fundamental para Alba, pues en más de una ocasión Sonia había estado presente para socorrerla. Por ejemplo, cuando Alba dio a luz sola en su casa, fue Sonia -de apenas 6 años- quien le pasó los trapos, la ayudó a acomodarse y llamó a su papá.

El primero en nacer suele ser el ayudante de las madres durante edades muy tempranas y continúa hasta varios años después. No obstante, a medida que van creciendo los hijos varones se tornan más independientes, mientras que

las hijas mujeres siguen siendo consideradas como ayudantes de las madres hasta que se casan.

### **Por las noches**

Cuando todos ya habían regresado a sus casas una de las actividades importantes era la cena. La preparación estaba a cargo de las mujeres. Cuando me quedaba en la casa de Olimpia a dormir, intentaba ayudarla a preparar, pero ella era bastante rápida picando y preparando, además de tener en mente todos los pasos de la cena. A pesar de que era la tercera comida del día, parecía tener la misma energía que por las mañanas.

Aquella vez, mientras Olimpia cocinaba rápidamente, me quedé conversando con su esposo en la mesa del comedor dentro de la cocina. Él, me contaba que aparte de trabajar en la chacra, era delegado en la junta directiva de proyecto del PNSU activo en el caserío y estudiaba en Huarmaca la carrera técnica de educación física. Tal y como me comentaba Olimpia, este era bastante activo en la comunidad y solía tener poco tiempo disponible. En la mesa pronto se sentaron sus hijos. Uno de estos, el que estaba a mi costado, estaba escuchando canciones de reggaetón desde un celular que les había regalado su hermano mayor, David, que trabajaba y vivía en Lima. Pronto todos nos sentamos a comer, el esposo fue quien dirigió la conversación aquella noche contándole los pormenores del proyecto y hablando de sus estudios en Huarmaca.

Cuando todos terminaron de cenar se retiraron, alrededor de las 9 o 10 de la noche, todos se comenzaron a alistar para dormir. Yo me quedé un rato más en la cocina junto con Olimpia, hasta que sonó su celular. Era su hijo David, quien vivía en Lima, el cual le llamaba todas las noches para preguntarle sobre su día y para contarle el suyo. Tenían una relación bastante cercana y cómplice: *“Yo le cuento mis cosas, ella me encubre, no me delata con mi papá”* comentaba riéndose alguna vez que le llamé para preguntarle por su mamá.

A estas alturas queda claro que la organización de “actividades domésticas” excede por completo a los trabajos exclusivos del hogar y más bien implica asumir un conjunto de responsabilidades intrafamiliares y extrafamiliares. Más allá del lugar donde realizan las actividades, estas mujeres dan gran parte de su dedicación, preocupación y fuerza realizar tareas dentro de sus casas (como cocinar, lavar), para relacionarse de manera activa y preocupada con sus familias (con sus hijos, con sus cónyuges, sus papás, etc.), así como para realizar actividades fuera del caserío con instituciones estatales (centro de salud, escuelas, programas sociales) o en sus propias chacras (eran estas las que apenas tenían alguna mañana o tarde libre de responsabilidades iban a sus chacras y a alimentar a sus animales).

Así, las mujeres en este caserío parecen tener una activa agenda diaria con rutinas bastante copadas. Como mencionamos, parece ser que incluso los “tiempos libres” estaban siendo ocupados con alguna actividad. Así, la carga de actividades que las mujeres suelen asumir es bastante diversificada: estas no sólo tienen que saber de todo un poco, sino también, tienen que responder a la altura de las exigencias que su contexto les demande. Por ejemplo, en aquellos momentos del año donde sus esposos pasan varios meses trabajando en otros lugares, son estas las que deben asumir todas las actividades necesarias para mantener la vida familiar, hecho que cumplen con bastante ímpetu, destreza y para el cual necesitan de su “fuerza”.

#### **2.1.1.3. “La tierra nos da, pero a veces no alcanza”: comercio agrícola y trabajo asalariado no agrícola**

Estábamos en medio de la temporada de lluvias, lo que causaba que la mayoría de carreteras o caminos hacia los diversos caseríos estaban bloqueados por el barro o algún descarrilamiento. A pesar de ello, varias mujeres de diversos caseríos se juntaban en las veredas de las calles principales del pueblo para vender los productos de su zona. Era marzo y estábamos en temporada de plátanos, mangos y paltas. María, una señora mayor del caserío de Sahuatirca, venía al pueblo interdiario con su balde de plátanos y se sentaba

en la puerta de una de las casas. Llegaba por las mañanas y mientras vendía sus plátanos, a diez por un sol, hilaba algodón que, después, en temporada de secas, usaría para tejer una alforja. En la misma calle, Rosario— uno de nuestros casos— vendía paltas que traía del caserío de Víctor Raúl, donde quedaba la chacra de sus padres. Aquella vez Rosario estaba con su bebé, más no con sus hijas gemelas, a quienes había dejado encargadas con su mamá. Vendía dos paltas por un sol. En general, eran mujeres las que rodeaban las calles del pueblo durante la semana. Lo que ganaban no era mucho, pero era una manera de conseguir liquidez y que los productos que les excedían no se pierdan.

Cabe resaltar que importa el tipo de producto que se comercializa y la temporada. Para el caso de los plátanos, la palta, el maíz y las naranjas (productos de esta zona), las tarifas son reducidas. Por el contrario, para el caso del café, este no suele ser comercializado de esta forma, sino más bien, los acopiadores visitan el caserío en la temporada de agosto y les compran el café en pepas secas. El quintal lo venden aproximadamente a 400 soles, pero estos precios varían cada año.

Considerando que la agricultura familiar es un modo de vida y trabajo agrícola practicado por hombres y mujeres de un mismo núcleo familiar, a través de unidades productivas familiares cuyo fruto si bien es cierto puede ser destinado al consumo propio o al trueque y comercialización (Grisa, 2019), en esta zona las posibilidades de comercialización son bastante reducidas y los productos son destinados básicamente para el autoconsumo, más que a la comercialización.

Aunque las unidades domésticas practican la agricultura familiar de subsistencia como una de sus actividades principales, esto no es todo el tiempo así. De hecho, los cambios en las sociedades rurales en la región no están ligado a procesos de intensificación agropecuaria o agroindustrial sino más bien a la diversificación ocupacional de las actividades del sector secundario (manufactura y talleres) y terciario (servicios), donde la pluriactividad se presenta como una estrategia fundamental en las familias rurales (Grammont, 2009). Existe una evaluación constante por parte de las unidades domésticas (en

adelante UD) en relación a qué actividades económicas está en sus posibilidades realizar. Las cuales, las más de las veces, implican acaparar la mayor cantidad de actividades que puedan implicar un rédito económico. Sean estas agropecuarias o no. Este fenómeno lo leemos desde el enfoque de *pluriactividad*, el cual refiere a la multiplicación de actividades de subsistencia, producción y acumulación de las familias rurales, experimentadas en el campo y otros espacios rurales latinoamericanos en las dos últimas décadas (Diez, 2014) que son configurativas de las estrategias familiares campesinas. La cual se presenta como una estrategia defensiva ante las condiciones del mercado de productos agrícolas y del mercado de trabajo, que son las que -a fin de cuentas- obligan a la población trabajadora a tal dispersión laboral (Grammont, 2009; p. 297).

La actividad agropecuaria es la más segura, ya que el cultivo de la tierra es un recurso siempre a la mano. Esta, aunque no necesariamente implique una alta ganancia, asegura el abastecimiento y subsistencia de las unidades domésticas. Por otro lado, las actividades no-agropecuarias son las más escasas y de un tiempo de duración bastante corto y estacional. Las familias destinan bastante esfuerzo en su búsqueda y realización. Son del tipo de actividad más valorada, ya que permite un rápido acceso al dinero. Además, por su escasez y su importancia, es común una amplia movilidad geográfica para su búsqueda, lo cual genera hogares más móviles y de mayor interconexión con espacios urbanos.

Los trabajos asalariados que podían encontrarse en el caserío eran bastante escasos. Usualmente, estos estaban relacionados a brindar servicios a las diversas instituciones o proyectos en la zona. Es así como el esposo de Telma trabajaba como portero del colegio de primaria o como el esposo de Priscila consiguió trabajo como cuidador de la obra en construcción de la nueva institución educativa. Además, mientras estuve de trabajo de campo, se encontraba activo un proyecto del PNSU con el que se iban a instalar baños a todas las casas de la zona. Este proyecto iba a necesitar mano de obra no calificada para dicha construcción, la cual iba a ser remunerada. La jornada diaria iba a ser de 79 soles y para alcanzar cupo tenías que inscribirte en un

padrón. De hecho, fue esta posibilidad de trabajo con remuneración, la que hizo que el esposo de Rosario regresara de Lima, donde trabajaba como cobrador de combi.

El distrito de Huarmaca también se presenta como espacio de actividades asalariadas no-agrícolas. Las posibilidades siguen siendo escasas, pero encontramos una concentración de campesinos de diversos caseríos. Estos pueden estar residiendo en el pueblo la mayoría de las veces, pero también encontramos casos de campesinos que van y vienen todos los días desde sus caseríos de origen. Por ejemplo, ese es el caso del presidente de la comunidad de Cabeza Succhirca, cuya casa se encuentra en el caserío Víctor Raúl, pero trabaja junto con su esposa en un puesto de abarrotes que tienen en el mercado. Lo mismo sucedió con Jorge, esposo de Priscila, el cual estuvo medio año trabajando como vigilante de la represa de agua del distrito.

Otro tipo de trabajo asalariado es el que se da a modo de trabajador agrícola en regiones productivas aledañas. Es común, por ejemplo, que varios de los campesinos de la zona noroccidental se trasladen a zonas agrícolas como Chalpa o Serrán. Así también, las redes familiares son importantes en este traslado. De esta manera, vemos como el esposo de Olimpia, en más de una ocasión, ha viajado a la selva de Jaén o a San Martín, donde tiene hermanos residiendo y trabajando en esa zona.

Así también, las ciudades son destinos bastante más recurrentes para las poblaciones más jóvenes del caserío. Estas pueden ser ciudades próximas como Chiclayo y Piura, donde los trabajos son sobre todo de servicios y, también, se les considera también como zonas de estudio. También la ciudad de Tumbes es considerada como un destino laboral, sobre todo en la zona comercial de la frontera con Ecuador. Por otro lado, Lima también está presente dentro de los destinos de las poblaciones más jóvenes y, al parecer, se genera cierta organización y articulación entre ellos. Articulación que va desde vivir relativamente cerca (varios migrantes del caserío de Succhirca viven La Victoria) como desde la creación de grupos de WhatsApp o la salida a fiestas entre ellos.

Como hemos visto, el trabajo asalariado en las unidades domésticas de Succhirca, es escaso, existe una activa, pero temporal, dinámica migratoria: se generan hogares móviles y existe una fluida conexión con espacios urbanos. Además, esta es principalmente una actividad masculina y juvenil. Los hombres de la comunidad tienen más posibilidad de migrar a zonas más lejanas, independientemente de si son solteros o parte de una unidad doméstica.

Por el contrario, las mujeres, específicamente las madres, son menos “móviles”. Al ser empujadas a cuidar sus hogares y organizar sus familias, sus posibilidades de acceder a dinero a partir de la comercialización de productos agrícolas o a través de trabajos asalariados no agrícolas son bastante escasas y esporádicas. El desplazamiento que estos trabajos implican también es menor, sucede principalmente en el caserío y, en contadas ocasiones, en el pueblo de Huarmaca. Para las mujeres, además, las posibilidades de trabajo asalariado son aún más escasas que la de sus esposos. Sin embargo, estas mismas mujeres, han tenido un pasado de movilidad activa e incluso está dentro de sus proyecciones a futuro —al menos discursivamente—. Así, ser jóvenes y solteras parece abrirles un campo laboral y migratorio más amplio. Este último punto será detallado en el siguiente acápite.

### **2.1.2. Migración temporal y movilidad femenina**

La migración es uno de los fenómenos más comunes en las historias de vida de nuestros casos y sus familias. No obstante, esta no implica una mudanza de todo el grupo doméstico, sino más bien se da una separación temporal entre el lugar de residencia y el lugar de trabajo. Así, muchos de estos se ven obligados a mantener su residencia en sus comunidades donde el costo de vida es mucho más bajo que en la ciudad, mientras buscan trabajo asalariado vía estas *migraciones temporales* (Grammont, 2004, p.283). Esta práctica, se da bajo un contexto de capitalismo a la vez subdesarrollado y posmoderno, con un mercado de trabajo informal y precario, incapaz de crear los empleos necesarios para cubrir las necesidades de la población creciente (Grammont, 2004, p.294), en el cual los hogares campesinos toman a esta *migración temporal* como parte de sus estrategias familiares proactivas y defensivas (Diez 2014).



Ya sea en la región o en los casos que hemos trabajado, el escenario de constantes desplazamientos de las poblaciones rurales genera una mayor — aunque no reciente— interconexión con zonas urbanizadas. Estos desplazamientos son bastante más fluctuantes y aparecen como *migraciones temporales* múltiples. Parece ser que las migraciones definitivas son cada vez más difíciles de considerar, sobre todo porque las ciudades no ofrecen más la posibilidad de insertarse en el mercado de trabajo, ni siquiera en el trabajo informal (Grammont, 2004). No sorprende entonces que por lo menos cuatro de las cinco unidades domésticas con las que trabajé, tanto las mujeres como sus parejas, hayan tenido experiencias de movilidad en centros urbanos.

Como señalamos en el acápite anterior, en Succhirca son los varones quienes tienen mayor posibilidad de desplazarse por temporadas, sin que esto implique necesariamente un abandono de sus familias o la mudanza de las mismas. Sin embargo, esto no parece ocurrir con las mujeres de las unidades domésticas. Ya que, por un lado, si es que existe algún desplazamiento, este se da en un tiempo muy corto y a un lugar cercano, como vimos en el caso de Rosario, quien viajaba esporádicamente y solo durante unas horas a Huarmaca a vender plátanos y paltas.

Las posibilidades que las mujeres rurales de esta zona tienen, tanto para desplazarse como para conseguir trabajo, se ven reducidas significativamente por la crianza de los hijos. Por otro lado, una de las pocas posibilidades de movilidad femenina —y de un consecuente trabajo remunerado— se da, justamente, cuando estas mujeres aún no tienen hijos o una unidad doméstica a su cargo. Es decir, cuando son jóvenes, están en edad reproductiva y en su estructura de parentesco cumplen el rol de hijas.

De los cinco casos con los que trabajé, cuatro de estas mujeres habían tenido una o más experiencias de movilidad a ciudades, con el fin de realizar trabajos remunerados. Las edades de dichas migraciones oscilaban entre los 13 y 20 años de edad. En estas se encontraban aquellas más jóvenes que migraban los veranos, en temporada de vacaciones del colegio, y aquellas que lo hacían

luego de terminar el mismo, usualmente cuando alcanzaban la mayoría de edad. Los trabajos más comunes de las mujeres de nuestros casos fueron de dos tipos: 1) Trabajo doméstico y 2) Servicios.

Sobre el primer tipo, sabemos que la movilidad de poblaciones rurales femeninas y el trabajo doméstico es una práctica de larga data en la historia del Perú<sup>31</sup>. En la actualidad, aunque esta práctica continúa, tiene variaciones tanto por el acelerado proceso de transformación rural de los últimos años, como por las particularidades propias de la sierra de Piura. Esta especificidad es la que buscaremos desmenuzar.

Como una de sus características, encontramos el *escaparse* de sus casas para irse a trabajar a las ciudades. Olimpia encarna ese caso. Este fue uno de los acontecimientos que marcó su vida:

Notas de campo 2019:

“Eran mediados de septiembre de 1997, días de fiesta en Huarmaca. Olimpia y su prima aprovechaban aquellas fechas para vender frutas en las calles principales del pueblo. Es común que campesinos, de diversos caseríos, aprovechen estas fechas tanto para vender sus productos agrícolas de temporada en las aceras de las calles principales del pueblo y/o para comprar artículos de la costa en la feria o las tiendas y farmacias de la zona. Esta fiesta convocaba lugareños, pero también a migrantes que ahora vivían en Lima, Chiclayo o Piura.

Olimpia recordaba que ella y su prima estaban sentadas vendiendo frutas en la puerta de una de las panaderías cerca de la plaza central y una señora que conversaba con la dueña de dicho local se les acercó.

---

<sup>31</sup> La migración de mujeres rurales hacia las ciudades para trabajar en el servicio doméstico se inicia en los primeros años de la colonia española y continúa hasta hoy (Anderson 2005). Esta migración muchas veces ha rozado la circulación y explotación de menores andinas, Flores Galindo incluso ensayó que a partir de las relaciones de servidumbre generadas por la creciente demanda de trabajadores domésticos en la capital (Lima) a inicios de la República, se fueron cocinando las bases de la geografía del racismo en el Perú (Galindo en Méndez, 2012).

Olimpia recreaba la escena: “¿No quieren ir a Lima a trabajar ayudándome?, nos preguntó. Luego nos regaló panes especiales y medio queso para cada una”. Aclaraba que, aunque no estaba tan segura de hacerlo, igual aceptó. Ella, su prima y la señora coordinaron encontrarse al día siguiente en el mercado. Para ello debían traer su partida de nacimiento. Olimpia recordaba muy vívidamente ese momento, comentaba que toda esa noche no pudo dormir y que a las 5 de la mañana, sin avisar y procurando que nadie se entere, se escapó de su casa.

Su prima y ella se encontraron en el camino al pueblo. Al llegar, buscaron a esa señora en su casa. Ese mismo día partieron. Olimpia estuvo seis meses trabajando en Lima. Su prima trabajaba con aquella señora y ella con la familia joven de su hijo. Seis meses después, luego de una intensa búsqueda, su padre llegó hasta Lima para llevársela de vuelta. Sin embargo, en Chiclayo, la dejó trabajando con una señora con quien él ya había contactado previamente, pues tenía mayor contacto con su familia. En esta ciudad, Olimpia se quedó dos años hasta que conoció a su esposo. Curiosamente él era de un caserío aledaño al suyo, Victor Raúl, también parte de la comunidad Cabeza-Succhirca”.

No es nuevo que la oferta de trabajadoras del hogar aumenta notablemente durante los meses de verano, época de vacaciones escolares, cuando miles de niñas y adolescentes de los pueblos rurales del Perú se abalanzan sobre las ciudades (Anderson, 2005). Succhirca no es la excepción, usualmente los destinos son ciudades aledañas como Chiclayo, Piura o Tumbes. Esta dinámica configura las experiencias de vida de varias de las mujeres del caserío, entre ellas uno de nuestros casos, Priscila.

Priscila tenía apenas 13 años la primera vez que trabajó como empleada doméstica en la ciudad de Piura. Fue una amiga suya del colegio quien la animó a irse esas vacaciones a trabajar. Esta amiga ya lo había hecho antes, así que terminó por convencerla. Una vez en Piura, fue a parar con una señora mayor

que esta amiga conocía. Priscila resaltaba que su trabajo era sobre todo cuidarla. Vivían juntas; los hijos de la señora no solían visitarla, así que ella era su única compañía. Sin embargo, no se sentía tan cómoda trabajando con ella. La señora la despertaba a las 5:00 a.m., la hacía limpiar, cocinar y conversar con ella. Además, la remuneración -90 soles mensuales- le parecía insuficiente. Aunque le daba pena dejar la señora, extrañaba su casa y no le gustaba que la despertaran tan temprano, así que decidió escaparse una vez que le pagara el primer mes.

El único lugar que conocía en aquella ciudad, en la que estaba por primera vez, era el terminal por el que había llegado. Fue en búsqueda de un carro que la regrese a Huarmaca. En la espera, una señora se le acercó y le preguntó si quería trabajar. Priscila comentaba que al principio lo dudó. Sin embargo, la oferta le pareció tentadora: sólo le tenía que ayudar a limpiar -porque ya tenía quién se encargue de la cocina- y la paga serían 150 soles al mes. Al final, aunque con miedo, aceptó. Por suerte aquella experiencia no resultó trágica.

Priscila recordaba con cierta alegría aquella experiencia, comentaba que ahí la pasó mejor, no tenía mucho trabajo que hacer, la señora era amable y, además -resaltaba- siempre que salían a pasear iban con ella, hecho que recordaba como algo bueno. Terminado aquel verano regresó a Succhirca para el comienzo de las clases del colegio. Esta dinámica de ir a trabajar en las vacaciones de verano a Piura, se volvió a repetir durante los años restantes de secundaria. Luego, al terminar la secundaria, viajó a Zarumilla, donde también trabajó en lo mismo. Ahí conoció al padre de su primer hijo, del cual no tiene contacto desde que este bebé nació. Priscila regresó a su casa seis meses después de tener a su hijo.

Al igual que Priscila, otro de nuestros casos, Telma, tenía 14 años la primera vez que viajó a Chiclayo a trabajar como empleada doméstica. Fue en sus vacaciones de colegio. Sin embargo, a diferencia de Priscila, ella no regresó para el inicio de sus clases. Se quedó dos años en Chiclayo trabajando. Al volver a su casa, no retomó retomar el colegio. Se quedó en tercero de secundaria.

*“De Chiclayo me quité, mucho barato no te resultaba. Me regresé porque además mi mamá me llamaba para que la ayude. 80 soles al mes por trabajar en casa es muy poco”,* argumentaba Telma, explicando una de las principales razones por las que regresó a casa de sus padres. Sin embargo, poco tiempo después volvió a viajar, esta vez a Piura, donde también trabajó como empleada doméstica. *“En Piura me pagaban 100 soles al mes por trabajar en casa. Luego ya me pagaron 150. Muy barato pagaban antes, para todo lo que trabajabas”* continuaba Priscila. Pronto volvió a regresar a Chalpa por insistencia de su mamá, que no tenía quien la ayude y acompañe. Meses después conocería a su esposo en aquel caserío.

No es nuevo que el trabajo doméstico sea una de las principales posibilidades de trabajo para las mujeres rurales en zonas urbanas, de hecho, este fenómeno está bastante arraigado en la región y el país. En América Latina, la institución del trabajo doméstico ayuda a estructurar las relaciones interétnicas y las relaciones entre el campo y la ciudad (Anderson, 2005), y en el caso peruano dicha institución es pieza clave de la geografía del racismo en el Perú (Flores Galindo en Méndez, 2012). Así, si bien es cierto, los casos revisados no tienen una denuncia de maltrato en clave racista, sí resulta evidente la diferencia del trato a las adolescentes rurales y la relación interétnica que se teje entre ellas y sus empleadoras. Hecho que podemos observar desde el de ser llevadas hasta Lima por parte de una residente del pueblo (relaciones interétnicas locales), pasando por el hecho de ser remuneradas con sueldos bajos y sobrecargadas con exigentes trabajos domésticos y de cuidado.

Sumado a esto, parece ser que las mujeres continúan desempeñando trabajos relacionados a lo doméstico desde muy pequeñas, cuando salen a trabajar y cuando forman sus nuevas unidades domésticas. Fenómeno que parece desarrollarse en cadena durante diferentes momentos de la vida de estas mujeres. Así, suele pasar que el tipo de empleo femenino sea habitualmente una extensión del trabajo reproductivo y que el camino hacia el trabajo asalariado a menudo nos lleve a desempeñar más trabajo doméstico (Federici, 2012). Existe un entrenamiento constante en labores domésticas, ya sea en casa o a través de las posibilidades laborales. Además, como vimos claramente en el caso de Priscila, se espera de las servidoras de trabajo doméstico que desempeñen

actividades de cuidado y compañía, y que no sólo se limiten a meras acciones físicas de lavar y planchar la ropa. Esta exigencia posiciona a las trabajadoras domésticas como parte de una *economía social y emocional del hogar* (Anderson, 2005).

Sobre el segundo tipo, el otro rubro al que se insertan las mujeres del campo de esta zona en las ciudades son los servicios. Esto lo vemos en las migraciones más recientes a lugares más lejanos como Lima. Suponemos que; por un lado, la oferta de trabajo es mayor y se puede conseguir más fácilmente un trabajo que no implique la convivencia. Por otro lado, parece ser que las dinámicas laborales urbanas en ciudades más grandes priman una mayor desconfianza y un lazo social más deteriorado. Así, a menos que haya una recomendación de por medio, o algún tipo de cercanía con las mujeres o sus familias, el trabajo doméstico ya no parece ser la primera opción laboral que las mujeres tienen cuando van a las ciudades a trabajar.

Por ejemplo, Rosario trabajó como asistente de una panadería y como mesera los dos años que vivió en Lima. Viajó por primera vez a los 18 años, en el 2015, apenas terminó el colegio, junto con una amiga. Llegaron al distrito de La Victoria y ambas consiguieron trabajo en una panadería. En aquel lugar, trabajaban desde las cuatro de la mañana hasta las seis de la tarde. A Rosario no le agradó ese ritmo, por lo que a la semana lo dejó. Pronto consiguió ser mesera de un Chifa hasta que pocos meses después, conoció a su pareja, un joven de su caserío vecino Succhirca.

También en La Victoria, vivía y trabajaba Priscila. Su hijo mayor ya tenía 8 años y vivía con su mamá en Succhirca, mientras ella trabajaba en Lima. Tenía un cuarto cerca al mercado La Parada y trabajaba como mesera en un chifa por la zona. Al costado de este, trabajaba el que ahora es su pareja y padre de sus dos hijos.

Si bien es cierto que todas consideraban como lugar de residencia a sus hogares en sus respectivos caseríos, también es cierto que a medida que la distancia del desplazamiento era mayor, la incertidumbre del momento de regreso también crecía. Es decir, para aquellas que trabajaban en Chiclayo, Piura o Tumbes, la posibilidad de regresar era más alta, en ello también influía el hecho de que todas estas estaban en etapa escolar o dependían de sus

padres. Por otro lado, para aquellas que viajaban a Lima, usualmente siendo ya mayores de edad, la expectativa de quedarse era mayor. Es curioso cómo en nuestros casos se mezclan aquella expectativa por quedarse trabajando en las ciudades con la de configurar sus unidades domésticas. Así, parece ser que conocen a la mayoría de sus parejas durante su estadía en ciudades, al mismo tiempo que suelen elegir de estas parejas a gente cercana a sus residencias de origen. De tal manera en la que, si bien intentan mantenerse en las ciudades, apenas algo falle retornan junto con ellos a sus lugares de origen.

Tabla 2  
Trabajo y ocupación femenina al migrar

Casos	Trabajo y ocupación			
	Lima	Chiclayo	Tumbes	Piura
Telma	-	Trabajadora doméstica	-	Trabajadora doméstica
Olimpia	Trabajadora doméstica	Trabajadora Doméstica	-	-
Rosario	Ayudante en panadería, Mesera en un Chifa	-	-	-
Priscila	Mesera en un Chifa	-	Trabajadora doméstica	Trabajadora doméstica
Alva	-	-	-	-

Fuente: Elaboración propia

La movilidad femenina en nuestros casos se nos presenta como una estrategia de subsistencia de las mujeres y, en parte, de sus familias (a través de remesas). Además, considerando que la migración está vinculada a la economía, la organización social y la cultura del cuidado en los hogares (Anderson, 2005), podríamos clasificar en tres las funciones que, para nuestros casos, desempeña dicha movilidad:

La función económica tiene que ver con que esta migración implica cierto intento de salvar las economías familiares y crear oportunidades para los hijos de las familias en pobreza (Anderson 2005). Así, estas mujeres tienen una gran expectativa y posibilidad de migrar cuando sobre todo cuando son jóvenes, con oportunidades que están ligadas al trabajo doméstico o a la realización de servicios en trabajos formales o informales. No obstante, aunque todas hayan retornado a sus lugares de origen, esto no necesariamente implica “fracaso” para ellas.

Parece ser que constituir una unidad doméstica que funcione de manera más o menos colaborativa es parte de las expectativas de estas mujeres. Lo curioso es que, aunque estas uniones sean deslocalizadas (las conocieron en zonas urbanas), sus parejas terminan siendo personas de caseríos cercanos de origen, volviéndose más “confiables”. Parece ser entonces que la migración no está cumpliendo un rol meramente económico sino también una función de organización social: al ser mujeres jóvenes que están en edad reproductiva, esta práctica migratoria parece funcionar también como una oportunidad de buscar uniones matrimoniales en la ciudad, pero con gente cercana. Este hecho, además, nos hace pensar en la posibilidad del mantenimiento y extensión de redes y capital social entre migrantes jóvenes.

Otro punto parece ser que retornar no significa que no exista intención por volver a las ciudades, aunque sí puede significar un esfuerzo más costoso. Así, habría que pensar en el capital adquirido no sólo se debería medir en términos monetarios, sino cómo estas experiencias son una forma en la que estas mujeres adquirieron nuevos conocimientos (Anderson, 2005), con los cuales están más conectan más las dinámicas urbanas de trabajo, saben que migrar nuevamente puede ser una posibilidad a considerar y, además, este conocimiento se vuelve un capital que les facilita el acceso a nichos en el mercado laboral, incluso después de haber retornado.

Así también, la migración parece estar relacionada con una “cultura de cuidado” de los hogares; es decir, haría falta ver cómo estas mujeres están entrenadas en ofrecer cuidados y afectos. Esto quiere decir que, por un lado,



muchas niñas, adolescentes y mujeres cuentan con experiencias de haberse desempeñado en tareas domésticas en sus propios hogares. Por otro lado, dicho aprendizaje de cuidado también está relacionado con sus experiencias subjetivas y afectivas donde pueden conseguir trabajos remunerados gracias a este conocimiento, pueden tener mayor autonomía sobre sus vidas y además configuran relaciones de cariño con sus experiencias laborales. Respecto a esto último, parece ser que estas mujeres, las más de las veces, llevan un recuerdo grato de las épocas en las que emigraron y una alta expectativa de volver a hacerlo.

Por último, vemos que estas mujeres, ya sea por la cristalización de los recuerdos, una mayor autonomía sobre sus vidas o porque este trabajo les resulte como un capital que les facilite el acceso a nichos de mercado, no sólo están reproduciendo sus conocimientos sobre el cuidar o atender en sus trabajos, sino también, estos le sirven como entrenamiento, conocimiento y anécdota de vida. Ahora bien, aunque esta práctica migratoria suele aparecer sobre todo en su juventud (con escasas posibilidades cuando tienen unidades domésticas que atender), la experiencia migratoria no deja de ser un evento valioso y configurativo de sus vidas, al cual *retornan* siempre, así sea solo desde el recuerdo.

### **2.1.3. Experiencia y práctica del Estado**

Considerando que partimos desde las vidas cotidianas de las familias, nos acercamos al Estado y sus instituciones a partir de la relación que se genera con la experiencia y práctica de las unidades domésticas del caserío. De tal forma, en Succhirca encontramos tres instituciones estatales presentes en las rutinas y en las dinámicas cotidianas de las familias del caserío: a) instituciones educativas, b) proyectos y programas sociales y c) Instituciones de salud. En este acápite desarrollaremos solo los dos primeros, el tercero se detalla con mayor especificidad en la siguiente parte del capítulo.

### 2.1.3.1. Experiencia con Instituciones educativas

- Notas de campo, abril 2019

“Los autos de Huarmaca a Succhirca salen a las 6:30 de la mañana y tienen reservados los mejores asientos (los de adelante) para los profesores de la escuela. En la parte trasera vamos los viajeros esporádicos (como yo) o algunos campesinos que aprovechan aquel trayecto para viajar por la ruta, mientras que varios otros van subiendo en el camino. A medida que nos acercamos a Succhirca, algunos niños piden al conductor que los jalen hasta la escuela y suben rápidamente al carro hasta llenarlo por completo. Los que se quedaron sin subir probaron suerte los días siguientes. Así, cada vez que viajé en la ruta, los niños que fueron rotando subían la más de las veces airoso y vacilante por haber cumplido su hazaña: sonrientes, aunque los asientos no fueran los más cómodos (íbamos todos apretados), ni la ruta la menos abrupta (el barro impedía el paso constantemente)”.

Algunos niños de otros caseríos cercanos venían a la escuela de Succhirca, en la que encontramos el establecimiento educativo “José María Arguedas” el cual cuenta con dos sedes: Inicial y Primaria-Secundaria. Sumado a un proyecto en construcción de la escuela que al 2019, momento en el que realicé el trabajo de campo, la infraestructura ya estaba terminada a un 85%; y llevaba por lo menos 2 años en construcción sin ser inaugurado. Las familias pronosticaban que quizás en un año estaría listo. En la actualidad, por el contexto de pandemia (2021), esta escuela aún sigue sin ser usada y con arreglos faltantes.

Durante el trabajo de campo, la sede inicial contaba con una profesora para todos los niveles, encargada de los 27 niños que se encontraban entre los 3-6 años. Las clases duraban de 8 a.m. a 12 del medio día y los niños solían ir acompañados de sus madres o de sus hermanos o hermanas mayores. Sumado a esto, todos los niños de inicial recibían alimentos en el desayuno y almuerzo por parte del programa social Qali Warma.

La sede de los estudiantes de primaria y secundaria, la encontramos en la parte central del caserío, en el antiguo local del colegio. Al frente de esta institución está la capilla del pueblo donde se encontraba “La cruz” ( linderero del caserío), la cual también servía de “salón” y albergaba a los estudiantes de 3ro y 4to de secundaria. Esta institución contaba con 6 profesores. Sólo una de las profesoras tenía posada en el caserío, las demás iban y venían todos los días desde Huarmaca (como narramos al inicio). De estas seis profesoras, sólo una de ellas era de Huarmaca, las demás venían desde Chiclayo.

Fotografía 6

Vista del I.E. José María Arguedas Succhirca (Primaria y secundaria)



Fuente: Elaboración propia

Las posibilidades reales de tener estudios superiores luego de terminar el colegio son bastante escasas. La gran mayoría de adolescentes (mujeres y varones), luego de terminar la escuela (o incluso antes), migran en busca de empleo a otras zonas, principalmente ciudades. No obstante, sí existe un empeño tanto de los padres, como de los hijos, por culminar los estudios escolares. Este es considerado como un punto de partida para conseguir mejores empleos o para, en caso haya posibilidad, estudiar una carrera técnica.

La mayoría de padres se preocupan porque sus hijos asistan a los colegios desde muy pequeños y procuran un trato especial y considerado con los

profesores. Este trato con los profesores parece ser una manera de asegurar su presencia en la comunidad. Sin embargo, esta colaboración constante con los requerimientos de la escuela no sólo está relacionado a la “educación” como fin. Existen otras consideraciones o evaluaciones de las funciones de la escuela en esta zona: 1) varias mujeres tienen una consideración explícita de ver las escuelas como guarderías de sus hijos pequeños y 2) Las actividades que organizaban la escuela parecían tener una cuota de participación y recreación en la comunidad.

Sobre el primer punto, parece ser que la relación con la escuela influye en las rutinas cotidianas de las familias (de acuerdo a la edad y nivel educativo de sus hijos, tienen que alistarlos y llevarlos cuando son pequeños o cocinarles un plato contundente cuando son mayores). No obstante, no todas las unidades domésticas tenían hijos con edad suficiente para asistir al colegio. De hecho, varias de las mujeres con las que trabajé estaban en sus casas (y no en las chacras) porque sus hijos eran menores y debían “verles”. No sorprende entonces comentarios como los de Alba: *“Sólo me queda un año y medio acá en casa hasta que mi Alma vaya al colegio”* en los que calculaba el tiempo en función del inicio de su hija a la escuela. De hecho, no fueron pocas las veces en que Alba hizo comentarios aludiendo a la demanda de tiempo y cuidados que requieren los *“hijos pequeños”*. Así, como hemos visto,

Como comentamos, el colegio también sirve como un espacio de socialización, la cual no se da solo entre los niños del caserío, sino también entre las madres de la comunidad, a través de las actividades y eventos que realiza la escuela. Así, actividades como la ceremonia de puesta de cordón de brigadieres y como un campeonato de fútbol con otro caserío, eventos que tuvieron gran acogida, mucho más de la que presencié en la Fiesta de las “Cruces” o de los “Linderos”.

El día de la primera actividad, las madres con las que compartí la mañana cocinaron desde mucho más temprano, para poder asistir al evento. Al llegar, estas se sentaban alrededor y los estudiantes estaban en el centro. En esta ceremonia, cada promoción de la escuela elegía un padrino o madrina, puestos

que fueron ocupados principalmente por el médico, la obstetra y los enfermeros técnicos del centro de salud. De la misma forma ocurrió con el campeonato de fútbol entre los estudiantes de secundaria de Succhirca y el equipo del colegio del caserío vecino, Molulo. Otra vez, casi todas las mujeres de la comunidad asistieron. Estos acontecimientos estaban dentro de la efemérides escolar y, si bien es cierto, no se daban todos los días, si tenían cierta continuidad de año a año. Un aspecto importante es que también estos eventos generaban espacios de intercambio y socialización en el caserío, sobre todo entre las madres.

Por último, a continuación, presentamos una tabla donde podemos ver cómo están distribuidos todos los hijos de nuestros casos según el nivel educativo que cursan. De esta forma, 4 de las cinco mujeres, tienen hijos menores de tres años que, aunque todavía no se incorporan al sistema educativo formal, está dentro de los planes familiares hacerlo. Luego, encontramos a los hijos que están en primaria y secundaria, quienes suelen ser los hermanos mayores. Estos, además de asistir al colegio, suelen ser los ayudantes de sus madres en el cuidado de sus hermanitos, incluso más que sus hermanos mayores (ya que estos muchas veces han migrado).

Además, quienes ya están cursando los últimos años de secundaria, normalmente ya han tenido alguna experiencia migratoria y de trabajo de acuerdo a sus redes en temporadas de verano y el planeamiento sobre a dónde ir, es un tema recurrente. Por último, sólo uno de los hijos de mis casos - David, el hijo de Olimpia- ya había salido del colegio y se encontraba en Lima trabajando con sus tíos, hermanos de su mamá.

Tabla 3

Nivel educativo (al año 2019) de los hijos de los 5 casos trabajados

N.º hijos	N.º de hijos	Me nor 3 años	En inicial	En primaria	En secundaria	Ya salió del colegio
UD Rosario	3	1	2	-	-	-
UD Telma	5	1	1	1	2	-
UD Priscila	3	2		-	1	-
UD Alicia	3	2		1	-	-
UD Olimpia	3			1	1	1

Fuente: Elaboración propia

### 2.1.3.2. Experiencia con programas sociales

Hoy en día, los programas y proyectos sociales están bastante más presentes en las dinámicas cotidianas y en la organización de las unidades domésticas campesinas de la zona. Estos implican un acomodo en las familias ante las exigencias o condiciones que el programa exige: en repetidas ocasiones las obligaciones como asistir a controles médicos en fechas fijas (Juntos), el ir a cocinar a los colegios (Qali Warma) o el estar presente en las jornadas y asambleas del Programa Nacional de Saneamiento Urbano (PNSU) no solo reconfiguraba el día a día de las unidades domésticas, sino que exigían una flexibilidad de las familias para cumplir todas estas obligaciones, las cuales finalmente recaían en las mujeres.

Por otro lado, a pesar de ser una zona bastante pobre, estos programas sociales son escasos y bastante recientes: Qali Warma no tenía más de 5 años en el caserío o no contaban con el programa social Cuna Más, el cual ya lleva varios años asistiendo a las poblaciones más pobres en el país. Los programas sociales que encontramos en Succhirca son Juntos, Qali Warma y Pensión 65. Sumado a esto, mientras hice el trabajo de campo, se desarrollaba un proyecto

del Programa Nacional de Saneamiento Urbano (PNSU). Las familias del caserío pertenecían o estaban relacionadas a al menos uno de estos programas sociales, experiencia que trataremos de reseñar brevemente a continuación.

## **Juntos**

El Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres - JUNTOS es una iniciativa del MIDIS que funciona bajo incentivos monetarios condicionados a que las familias 1)lleven a sus hijos al centro de salud, 2)que los envíen al colegio y 3)que las gestantes acudan a sus controles prenatales<sup>32</sup>. La gran mayoría de familias de la comunidad, con hijos menores, estaban inscritos en este programa. La organización familiar se acomodaba a dichas exigencias del programa; sin embargo, existían casos en los que estos se flexibilizaban.

Una mañana llegué a la casa de Telma y justo estaba saliendo hacia el centro de salud: le tocaba el control a su último hijo de 10 meses. Esto ocurrió también con las otras madres, las cuales tenían fechas fijas mensuales en las cuales debían llevar a sus hijos a sus controles. Solían ir antes de preparar el almuerzo, aproximadamente a las 9 o 10 de la mañana, ya que el centro de salud estaba abierto sólo hasta la 1 de la tarde y después no atendían salvo exista una emergencia o un parto. Si bien es cierto, en el centro de salud no eran flexibles con sus horarios de atención a los controles, esto sí parecía flexibilizarse cuando las mujeres estaban por dar a luz o durante el primer control de los hijos. Donde se les permitía ausentarse, sin que esto afecte a su adscripción en el programa.

Sumado a esto, respecto al requerimiento de asistir a controles prenatales, las mujeres embarazadas asistían muchas veces a partir de los últimos meses y en algunas ocasiones cercanas al parto ya no acudían debido a que la posta se encontraba muy lejos de sus domicilios. Por último, respecto al condicionamiento de que los niños vayan al colegio, si bien es cierto ayuda a reducir la deserción escolar, también es cierto que las familias están interesadas en que sus hijos vayan al colegio, más allá del condicionamiento.

---

<sup>32</sup>Ver: [www.juntos.gob.pe](http://www.juntos.gob.pe)

## Qali Warma

Qali Warma es un programa del MIDIS que brinda servicio alimentario como complemento educativo a niños y niñas matriculados en instituciones educativas públicas del nivel inicial y primaria<sup>33</sup>. Todos los niños inscritos en el colegio estaban inscritos también en este programa. Esto implicaba que las madres, una o dos veces al mes, se aproximen al colegio a preparar el desayuno o el almuerzo. Hecho que demandaba de un tiempo extra para cumplir dicha exigencia.

Este programa se desarrollaba en los dos locales del colegio (inicial y primaria) y no estaban incluidos los alumnos de secundaria. Cada local de la institución educativa tiene su propia cocina e implementos. Las cocinas que se utilizan son a base de leña. Si bien es cierto en ambas instituciones encontramos cocinas mejoradas, esta solo es usada en el local de primaria-secundaria, mientras que en inicial las madres solían cocinar en la puerta de la cocina -la cual era usada como almacén-, con una cocina construida con ladrillos y leña que ellas mismas hacían.

Según los requerimientos del programa se busca que los alimentos que disponen sean balanceados; sin embargo, en mi estadía no parecía haber una guía sobre los alimentos que se debían preparar, las madres usaban indistintamente los productos sin una planificación previa.

En los almacenes encontramos sobre todo avena, tallarines, atún, lentejas, azúcar, arroz y leche; con los cuales las madres hacen malabares para cocinar. Pese a los esfuerzos, muchas veces los alimentos que se preparan parecen no satisfacer a algunas madres. En más de una ocasión Rosario se quejó de que

---

<sup>33</sup> Ver: [www.Qaliwarma.gob.pe](http://www.Qaliwarma.gob.pe)



siempre les mandaban tallarines con atún o lentejas con huevo a sus hijas; sin embargo, cuando a ella le tocó preparar también realizó uno de estos platos aludiendo a los ingredientes, pero sobre todo haciendo énfasis en que era una actividad que le quitaba tiempo y esa era la comida más rápida de preparar.

### **Programa nacional de saneamiento urbano (PNSU)**

El Programa Nacional de Saneamiento Urbano en adelante (PNSU), es un programa del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento que estuvo bastante presente al momento del trabajo de campo bajo el proyecto de “Instalación, mejoramiento del servicio de agua potable y saneamiento anexo Succhirca” con un costo del proyecto de S/ 199,992,944.90<sup>34</sup> según información oficial de la página web del PNSU. El cual implicaba construir baños a cada unidad familiar.

Estuve presente en la primera asamblea que tuvieron en la comunidad, donde explicaron que tendrían que inscribirse en el padrón para que puedan acceder a los baños y a trabajos asalariados en construcción o en alguna otra actividad que se requiera. Este programa movilizó a las familias. Los días que anunciaron sus visitas para mapear las casas, algunos comuneros que no vivían en la comunidad se aproximaron a sus viviendas para ser empadronados y poder acceder a los beneficios. Sumado a esto, si bien es cierto existió la figura del trabajo asalariado, también es cierto que las primeras asambleas, reuniones y jornadas comunales no fueron remuneradas, sino más bien requisitos que la directiva ponía para que la gente demuestre que estaba comprometida con el proyecto.

Otro punto importante es que quienes realizaban las obligaciones de presencia que el proyecto demandaba, eran las mujeres. De hecho, eran ellas las que en las jornadas comunales de corta de monte llegaban con sus hijos en la espalda a realizar dichos trabajos no remunerados. Y más bien, eran sus

---

<sup>34</sup> Ver: <https://sspfront.vivienda.gob.pe/publica/index>

esposos los que estaban inscritos para cuando la demanda de trabajo formal como técnicos de obra se habilitará. Otra vez la división del trabajo familiar ponía la balanza a favor de los esposos, priorizando para ellos un trabajo mucho más fijo y remunerado y relegando a las mujeres el trabajo de generar/reproducir las condiciones para que el trabajo productivo se dé.

Este último aspecto, parece repetirse en todos los casos referidos a las obligaciones de los programas sociales del Estado: son básicamente las mujeres las que asumen el cumplimiento de todos los requerimientos, el cual está lejos de ser un trabajo fácil.

Sumado esto, es importante tener presente que los programas sociales suelen estar ligados a intereses más grandes en la agenda internacional como el incremento del acceso y de permanencia en la escuela, la reducción de la anemia a través de la promoción de la buena alimentación, la erradicación de la pobreza y pobreza extrema y la reducción de la brecha en el acceso a oportunidades, y a veces pueden ser implementados de manera un poco distante de las necesidades locales, como podemos ver.

Un punto importante es entender que estos programas -incluido el PNSU- son están siendo parte de la organización de los cuidados familiares campesinos de esta zona. Tanto porque pueden ser un apoyo a las madres en la reducción de la carga de cuidado, como porque implican que existe una cuidadora que va a llevar a cabo los requerimientos del programa. Así también, en programas como el PNSU y la construcción de infraestructura, no deja de significar un aporte importante a la organización familiar de los cuidados, en tanto son recursos que ayudan a las unidades domésticas a afrontar algún tipo de crisis.

Para finalizar, nos ha interesado entender la relación de la comunidad con el Estado, más allá de una evaluación de presencia y ausencia del mismo, ya que esta nos remite más a una medición que a una práctica y dinámica. Hemos visto cómo las unidades domésticas se relacionan con el Estado no sólo desde el cumplimiento de obligaciones a cambio de los servicios de las instituciones y programas, sino que, también se relacionan de manera “creativa”: 1) maximizando y ampliando sus usos (por ejemplo, el colegio como guardería,

los programas que, aunque insuficientes y criticados, se incorporan en las dinámicas cotidianas de manera útil), 2) incorporándolos dentro de sus estrategias de vida (ej. El PNSU y el trabajo remunerado que implica) y 3) negociando -a pesar de las diferencias de poder que esta implica- mejores condiciones que desde ya se presentan como escasas.

## 2.2. Pluralismo Médico en los andes norteños

“Notas de campo. 25 de abril, 2019:

Telma puso a calentar agua en la leña, mientras buscaba las plantas de manzanilla y pasmo, ya secos, que tenía colgados en un rincón de la cocina, junto a otros “remeditos”. Pronto acomodó una tina, una toalla y el agua de hierbas para bañar a Iker, su bebé de nueve meses, el cual había estado toda la semana con fiebre. *“El domingo -dos días atrás- lo he llevado a Huarmaca a verlo en una privada y me han dicho que tiene neumonía”*. No hacía más de media hora que habíamos vuelto de la posta de salud de la comunidad, donde el bebé fue nebulizado a pedido de Telma.

Cuando estuvimos en la posta y el doctor salió a atenderla, le preguntó cómo seguía Iker; si había tomado sus jarabes, y por qué no había regresado días anteriores si es que seguía con fiebre. Telma le contó que lo habían llevado a una clínica en Huarmaca y le dijeron que debía nebulizarlo. El doctor le respondió que no veía necesario hacerlo porque probablemente lo que tenía era una infección urinaria. Telma insistió y el doctor accedió a hacerlo no sin antes afirmar *“Si no lo hago, luego dicen que no trabajo”* —y, mirándonos a ambas, agregó— *“luego de nebulizarlo, revisaré donde es que tiene la infección”*.

Momentos antes, mientras esperábamos a que el doctor saliera del consultorio, un grupo de madres que traían a sus hijos pequeños a sus controles, esperaban su turno en la posta de salud. Varias de ellas comenzaron a especular sobre la salud del bebé de Telma, y le recomendaban *“hacerlo sortear”*. Una de ellas incluso llegó a comentar que tuvo un hijo que *“estaba igual de enfermo”* al que hizo sortear y que, tal y como le dijo el *“maestro”*, falleció.

Telma regresó en silencio todo el camino. Ya en su casa, mientras bañábamos a Iker, me comentó —con voz y expresión diferente a su cotidiana espontaneidad— que el día que fue a Huarmaca, hizo que sortearan a su bebé y el resultado de las cartas fue que no había muchas esperanzas de que sobreviviera. La sorteada le había salido 5 soles, y quizás por eso comentó “*no es tan bueno el señor (sorteador)*”. Al terminar de bañarlo, lo abrigó con el rebozo, se lo puso en la espalda y comenzó a cocinar. Por la tarde iría donde una vecina a pedirle un cuy blanco bebé, ya que ninguno de los que tenía en casa era “*blanquito*”, tal como se lo había indicado el señor que lo iba “*caipar*” (pasar el cuy) por la noche.

Para suerte de todos, un par de días después, Iker ya estaba mucho mejor y la fiebre se le había bajado por completo. Le pregunté, inocentemente, qué creía que lo había curado. Ella me respondió —ahora con una sonrisa— que había probado tantas cosas en su bebé, que ya ni sabía qué fue lo que le hizo bien.

Esta escena nos permite ver que la ruta que tomó Telma para salvaguardar la vida de su bebé, implicó la incorporación y articulación de diversas tecnologías (medicamentos, hierbas, nebulización, lectura de carta y la pasada de cuy), así como la consulta a diversos terapeutas o especialistas de salud (sorteador, médico del centro de salud, médico de Huarmaca, a un “maestro” o “brujo”) de manera paralela en un mismo proceso. De tal modo, parece ser que independientemente de si estos repertorios son coherentes entre sí, es la familia la que se encarga de evaluar y decidir los caminos a tomar durante el proceso de atención. Hecho que exige cierto margen de diálogo y flexibilidad.

Esta presencia de diversos repertorios en la oferta de salud y su interrelación en las prácticas de atención de las unidades domésticas, nos insertan en un contexto de *pluralismo médico* en los andes norteños. Si bien es cierto este concepto puede ser entendido como la coexistencia de dos o más sistemas médicos, que suponen un conjunto organizado y sistematizado de prácticas, participantes y tecnologías (Pedersen, 1989), esta sistematicidad no

siempre se desarrolla tal cual en la práctica: nos encontramos en un contexto donde estos “sistemas” se entremezclan entre sí, resultando bastante eclécticos en sus prácticas, participantes y tecnologías.

Por ello, hace falta aclarar que en esta sección no entendemos a los sistemas médicos como entes discretos que tienen un correlato material fácilmente reconocible o que son sistemas organizados de manera coherente, sino que más bien entran en diálogo a partir de la práctica y experimentación en la atención de las familias campesinas. Por ello, entendemos al *pluralismo médico* desde su relación dinámica de permanente intercambio, interacción y articulación entre toda la oferta de salud (Pedersen, 1989), con sistemas o formas de atención híbridos (Greene, 1998; Foller 2004) donde no sólo están en juego asuntos médicos, sino también políticos y económicos (Crandon, 1986).

Tomando en cuenta este contexto, en este acápite nos interesa describir el *pluralismo médico* en los andes norteños a través de considerar la experiencia y práctica de las familias campesinas de esta zona. Por ello hemos dividido el capítulo en dos partes: En la primera, presentamos las instituciones médicas estatales oficiales en la zona y su relación con las familias campesinas a modo de bosquejar las instituciones “médicas”. En segundo momento, describimos la variada oferta de salud usada en la prácticas de atención campesina a partir de reconocer tres repertorios locales de los que hacen uso: 1) La automedicación y las farmacias, 2) Repertorios religiosos (católicos y evangélicos) y 3) Repertorio curanderil norteño.

### **2.2.1. Postas, centros y hospitales: sistema de salud oficial**

La posta de salud en el caserío donde se realizó el trabajo de campo, “EESS. I-2-Succhirca”, tiene a su jurisdicción 7 caseríos: Succhirca, Laguna de Succhirca, Los Chalanes, Víctor Raúl, Chalpa. Naranjo y Girogingray. Tal y como podemos ver en la fotografía N°8 (elaborado por el mismo establecimiento) todos estos son caseríos que rodean esta zona. Sin embargo, algunos quedan más alejados que otros, como el caso de Chalpa, el cual está a tres horas de distancia (caminando). Si bien es cierto, el centro de salud dispone de una moto para

poder movilizarse entre los caseríos, este deja ser de utilidad en los meses de lluvias, debido a la densa capa de barro que se forma en la carretera. Este hecho significaba acudir a las casas caminando, ya sea durante las visitas que daban durante las campañas de salud o al momento de asistir los partos.

Fotografía 7

Puerta del Establecimiento de salud. I-2 Succhirca



Fuente: Elaboración propia

El personal de salud con el que dispone son un enfermero técnico y tres serumistas: un médico, una obstetra y una enfermera, que rotan anualmente. El enfermero técnico, Joaquín, era el único con experiencia en la dinámica de atención en la zona, ya que llevaba 10 años trabajando en la posta, era quien mejor conocía los caseríos de la zona, además de ser quien se encargaba de guiar a los serumistas al inicio de su periodo. Todo el personal trabajaba a un ritmo de 20 días al mes y 10 de descanso, los cuales iban rotando para que la posta pueda contar con al menos uno de los doctores y un enfermero o enfermera.

Parte de la relación de las mujeres (y sus familias) con la Posta de Salud, estaba relacionada al seguimiento dispuesto por el programa social "Juntos", en relación a los controles prenatales, el seguimiento del parto y de la primera infancia. Lo cual significaba que la posta tenía mapeados los embarazos presentes en los diversos caseríos, así como las fechas estimadas de cada partos. Sin embargo, como iremos revisando, a pesar de todo este seguimiento,

en esta zona los partos no se dan en el establecimiento de salud, salvo casos muy excepcionales. Así, una de las prácticas de atención del parto implicaba acudir a los hogares para atender el parto. Para que eso sea posible, era necesario un gran involucramiento por parte de las familias:

Eran los grupos domésticos los que advertían a la Posta de Salud que las mujeres han empezado los dolores, ya sea vía celular y/o a través de uno de sus familiares, quien va hasta la puerta del centro de salud para llevar a los doctores hasta las casas a atender a las parturientas. El personal de salud asistía luego de eso. Sin embargo, dicha dinámica no aseguraba que la atención sea dada por ellos: Según el médico, las llamadas no siempre son inmediatamente después del primer dolor, lo cual significa que, para cuando llegan a las casas, las mujeres ya tienen al bebé en los brazos. Además, aseguraba la gran cantidad de veces en las que llegaba a la casa de estas mujeres, ellas estaban acompañadas de sus madres o de parteras que habían ayudado a atender al parto o, en todo caso, que colaboraban con ellos en la atención. Estos puntos nos dan pistas sobre una atención donde la parturienta y su familia son quienes tienen mayor rango de acción sobre la atención que el sistema médico oficial.

Fotografía 8.

Puerta del Establecimiento de salud. I-2 Succhirca



Fuente: Elaboración propia

Ahora bien, una vez que tenemos cierta noción de la dinámica con la Posta de Salud cercana a nuestros casos, nos interesa resaltar algunas ideas sobre el Sistema de Salud Estatal en esta zona de la sierra de Piura.

Sobre esta institución, parece ser que existe una lectura generalizada (percepción compartida por la población local del caserío, la gente del pueblo o por los propios servidores de salud) en la cual se resaltan las limitaciones de una oferta precaria. Todos estos actores involucrados relacionaban las limitaciones de esta institución a 1) la escasa cobertura de sus establecimientos de salud, 2) los pocos recursos a disposición o 3) la limitada cantidad de personal médico disponible. Como iremos viendo a lo largo de esta tesis, parece ser que, en esta zona, más que un gran poder institucional para 'controlar' la vida de las poblaciones rurales, nos encontramos ante una institución estatal con grandes limitaciones para responder ante las exigencias de la vida y la salud de las familias campesinas.

Sobre la cobertura distrital, sabemos que Huarmaca tiene más de 200 caseríos, para los cual sólo cuenta con 20 postas de salud de atención primaria básica (I-2)<sup>35</sup> y tan solo un centro de salud (I-4) con un poco más de recursos, pero sin la posibilidad de realizar operaciones, ubicado en el "pueblo", la única zona urbana. Ello genera una presencia limitada en todo el distrito, sobre todo en las zonas rurales: son estas las que tienen hogares lejos de la posta de salud más cercana, la cual ni siquiera tiene los recursos necesarios para una atención de "calidad" (considerando este término según los propios objetivos de la institución).

Por su parte, el caserío de Succhirca cuenta con una posta de salud de tipo I-2 que se vincula con cinco caseríos más a la redonda. Sin embargo, que la posta se encuentre en el mismo caserío de nuestros casos, no alivia las preocupaciones familiares campesinas: ante una 'emergencia' la respuesta de las posta de salud suele ser el derivarlos (llamando a una ambulancia) para que

---

<sup>35</sup> Según la clasificación oficial del MINSA sobre los "niveles de atención" (I → primaria, postas de salud; II → secundaria, hospitales)



los atiendan en Huarmaca o Chulucanas (zona del Hospital más cercano), dependiendo de la gravedad del asunto. Este hecho, aunque puede ser explicado como “proactivo” por el personal médico, es una práctica que las familias campesinas leen como de poco esfuerzo (o involucramiento) del personal de salud. Por ello, si bien es cierto las ambulancias pueden ser de ayuda en casos específicos, las familias campesinas de esta zona procuran remediar el proceso de crisis lo antes posible antes de que las ambulancias lleguen. Ello considerando que verse derivadas tiene un “costo” en tiempo, recursos y redes. Así, parece ser que los recursos biomédicos ofrecidos, tanto a nivel de cobertura, tecnología y disposición de especialistas, son reconocidos como escasos en todo el distrito y, en especial, por las familias campesinas con las que trabajé.

Como mencionamos, el Hospital más cercano es el Hospital de Chulucanas “Manuel Javier Nomberto”, al cual derivan los casos que requieren operación o el diagnóstico de un médico con mayor especialización. Chulucanas es un distrito que se encuentra en la zona costera de la provincia de Morropón, a **ocho** horas de trayecto en auto desde el caserío. Para llegar hasta allí, la posta de salud de Succhirca no dispone de ambulancias, sino de camionetas que pide prestadas al centro de salud de Huarmaca. Si bien es cierto, el personal del Centro de Salud se encarga de dicho traslado, retornan una vez que han derivado a los familiares. Este hecho significa que la atención al paciente, la estadía y el viaje de retorno son todos asumidos por las familias. Por esta razón, los recursos económicos disponibles de la unidad doméstica, el esfuerzo y posibilidad de acompañar y la gravedad del caso, son puntos siempre presentes durante las evaluaciones y decisiones familiares para aceptar embarcarse en la travesía de ser atendidos por el sistema médico oficial.

Sobre la atención del parto, según la clasificación del MINSA, los hospitales son las instituciones donde pueden realizarse las cesáreas, mientras los centros de salud de atención primaria no están capacitados para ello. Según esta lógica, los rangos menores de atención primaria, en teoría, no deberían atender los partos, sino más bien, referir los de su zona a centros de salud de tipo I-4, las únicas ‘capacitadas’ para poder atenderlos. Esta indicación sería imposible de

cumplir en Huarmaca: Los más de 200 caseríos tienen sólo **un** Centro de Salud de ese tipo (al que llaman localmente 'hospital') que no se daría a basto.

Por ello, exigencias como el cumplir metas de parto “institucional”<sup>36</sup> no tienen posibilidades reales en esta zona. Primero, son las Postas de Salud las encargadas de atender los partos, a pesar de que en teoría no les compete. Luego, nos encontramos en un contexto local donde, a pesar de un trato cercano con la Posta de Salud de su zona durante el embarazo (influenciado por programas sociales como Juntos), las familias no acuden a estas Postas de Salud para dar a luz (a pesar de avisar sobre el mismo y continuar asistiendo a los controles). Así, parece ser que lo que prima en esta zona es que el personal de salud estatal se moviliza hasta las casas. De tal forma, a pesar de las quejas que los servidores de salud podrían tener sobre ese tema, también eran conscientes que poco estaba en sus manos el cambiar dicha práctica, por lo que había que ser “flexibles”. Esta flexibilidad se traducía en consideraciones a la clasificación de ‘institucionales’, para la cual, según sus clasificaciones prácticas, sólo basta con que un especialista de salud llegue a la casa de estas mujeres, las atienda algún momento del parto e inscriba al bebé.

De tal forma, para que estas “metas” estatales sean cumplidas, existen negociaciones locales entre las familias campesinas y el personal de la Posta de Salud. Sin embargo, las posibilidades de una atención con recursos acorde a las necesidades de la población siguen sin siquiera ser cumplida. Así, parece ser que son las familias campesinas las que asumen todos los costos de la precaria atención que el sistema de salud estatal ofrece en esta zona.

---

<sup>36</sup> Son aquellos partos realizados en un Centro de Salud por un Especialista médico (médico u obstetra)

## Fotografía 9

Puerta del Establecimiento de salud. 1-4 Huarmaca



Fuente: Elaboración propia, 2018

Como mencionamos, el Centro de Salud de mayor rango (EE. I-4) se encontraba en Huarmaca (zona urbana) y era llamado “hospital” localmente. Un punto a resaltar es que este estuvo en remodelación durante el 2019 que realicé mi trabajo de campo. Este proyecto era “vendido” como la construcción del “Hospital de Huarmaca”; sin embargo, según resoluciones del gobierno regional de Piura<sup>37</sup>, esta nueva construcción estaba destinada para el “mejoramiento de los servicios de salud del establecimiento de salud Huarmaca”. Es decir, no cambiaba de categoría o nivel de atención sino sólo iba a tener una “mejor” infraestructura. Por ello, aunque este cambio parecía causar bastante expectativa en la población del pueblo, también parece significar cierta decoración de las desigualdades en esta zona: el grueso de la población de este distrito, ubicada en las zonas rurales, continúa con una cantidad bastante reducida de postas de salud en sus zonas, al mismo tiempo que un nivel de atención básico y con recursos limitados.

<sup>37</sup> <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/800984/26089533638690363420200606-29891-s4s6p0.pdf>  
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/780453/339383806167713824720200604-18317-1fmyzc8.pdf>

### **2.2.2. Oferta local de la práctica de atención campesina**

Como hemos venido argumentando, nos encontramos en un escenario con una oferta de salud variada, donde no sólo el sistema médico estatal se configura como un modelo explicativo de la salud/enfermedad, sino que coexiste con otras formas locales de atención y explicación de procesos relacionados a salud o enfermedad. Ahora bien, nuestra entrada reconoce que esta pluralidad de formas de atención tiene una dimensión ideológica que cruza bastantes fronteras de lo estrictamente 'médico' per se: "la salud" para las personas implica evaluaciones sobre la vida y sobre su mundo social, la cual está trazada por nociones religiosas, étnicas, económicas, políticas, técnicas y científicas (Méndez, 2003). Por ello, consideramos que hace falta ver la reproducción biosocial de una manera amplia que reconozca una pluralidad y dinámica de los sistemas de conocimiento, de procesos relacionados con el cuerpo o con formas de sociabilidad, cosmología y ontología (Langdon, 2018; p. 11). Es desde esta entrada que nos interesa describir la gama de repertorios explicativos que forman parte de la práctica de atención campesina.

En esta parte del capítulo, nos interesa conocer los diversos repertorios que forman parte de los conocimientos de atención de las familias campesinas, desde los cuales toman prestado recursos para explicar y atender todo el recorrido de atención de uno o más de sus procesos relacionados a la salud/enfermedad. Por ello, la 'enumeración' de este conjunto de repertorios no pretenden dar una mirada discreta de modelos de atención, sino más bien describir, a partir de las experiencias de salud narradas, el contexto de la práctica de atención campesina a partir de reconocer tres repertorios de los que hacen uso: 1) La automedicación a partir de las experiencias con las farmacias, 2) los repertorios religiosos de atención que parten de nociones de catolicismo popular de origen colonial y/o de una presencia creciente de cristianismo evangélico en la zona y, 3) Repertorio 'curanderil norteño', al cual nos aproximamos a partir de un breve repaso del circuito curanderil de la zona norte de Perú y las experiencias de nuestros casos. Como ya hemos señalado, todos estos repertorios explicativos juegan un papel importante en las explicaciones y decisiones de atención de las familias campesinas, al mismo tiempo que son parte configurativa de los conocimientos que las familias usan para la

reproducción biosocial de sus vidas. Por ello, en esta descripción también veremos cómo estos sistemas muchas veces entran en tensión, contradicción y coexistencia al momento en que las familias campesinas evalúan y negocian posibilidades de atender la vida de uno -o más- de sus miembros.

### **2.2.2.1. Automedicación y las farmacias del pueblo**

El abastecimiento familiar de medicinas es una práctica campesina bastante común en esta zona. La adquisición de medicamentos, aunque implica el abastecimiento de tecnologías biomédicas, no siempre está ligada a un diagnóstico biomédico hecho por el centro de salud, sino también a un conjunto de evaluaciones donde la experiencia y la experimentación juegan un papel importante. Sobre la automedicación, Menéndez (2003, 2004, 2018) llama la atención sobre cómo esta práctica implica cierto grado de autonomía del grupo familiar respecto la atención de sus padecimientos a un nivel doméstico y cotidiano.

Siguiendo el correlato histórico de la presencia “biomédica” en la zona, construido a partir de la narración de ancianos de la zona urbana, no es sino hasta 1970 que dos jóvenes del pueblo se convierten en los “sanitarios” de esta zona, tras una capacitación técnica en enfermería en la costa de Piura. Antes de ello, considerando que sólo existían caminos hasta 1975, en caso de una enfermedad grave se llevaba a los enfermos cargados hasta Piura. Esta situación, aunque posible, tampoco era muy común debido a los recursos económicos y de redes que implicaba un viaje de esa envergadura. Estos dos “sanitarios” del pueblo eran lo más cercano a lo “biomédico” en todo el distrito configurado casi al 100% como zona rural. Años más tarde, uno de estos muchachos fundó la primera farmacia del pueblo, que funciona hasta el día de hoy.

En la actualidad, existen cuatro farmacias en todo Huarmaca. Una de ellas está en la entrada norte, en una de las nuevas zonas comerciales del distrito. Las otras tres se encuentran bastante cerca de la plaza del pueblo, una en cada cuadra de la avenida Mariátegui Fue en la “Botica Huarmaca”, la más grande y antigua de la zona. En esta pude conversar con la hija del fundador ya fallecido, Alma, quien llevó cursos de obstetricia, pero no llegó a culminar la carrera.

Como mencionamos líneas arriba, la presencia campesina en las farmacias era cotidiana, con una frecuencia mayor los días domingo de feria. *“La gente del campo son los que más vienen, por eso los domingos trabajo desde temprano hasta tarde”* comentaba Camilia, la dueña de la farmacia, en una de nuestras conversaciones. Yo iba de vez en cuando y me sentaba en una de las sillas que tenía ella en su local, lo cual me permitía presenciar las veces que sus “clientes” entraban y salían.

Si bien es cierto, era común ver entrar y salir a la gente de su farmacia, los domingos de feria esta situación se tornaba particular: eran los días con mayor presencia campesina en el pueblo, lo que generaba una dinámica específica. Dentro de las diversas prácticas que fui observando, el llevar las envolturas de sus medicamentos era una estrategia común. También, era parecida crearse una relación terapeuta-sujeto con padecimiento, esta dinámica se generaba seguido e implicaba diálogos sobre los diagnósticos y las consecuentes tecnologías (medicamentos) que estos debían usar. Este ejercicio de evaluación del padecimiento y la elaboración de un diagnóstico estaba bastante presente y parecía que la mujer que atendía estaba familiarizada con dicha dinámica. Así también, un hecho que me causó curiosidad fue la presencia de toda una sección de los estantes de la farmacia especialmente reservado para elementos que los brujos usan en sus mesas.

Cabe señalar que, si bien es cierto los medicamentos son tecnologías biomédicas, la adquisición de los mismos no parece depender del sistema de salud única y exclusivamente. Al contrario, las más de las veces, estos son adquiridos en las farmacias por algún representante de las unidades domésticas campesinas. El diagnóstico sobre los medicamentos entra en diálogo, por un lado, con la experiencia de las enfermedades y dolencias del propio campesino y su unidad doméstica; por otro lado, también están involucrados diagnósticos médicos previos, ya sea por parte del centro de salud o una clínica privada. Puntos a los que se le suma un diálogo y consulta a la vendedora de estos medicamentos. De tal forma, luego de este recorrido de diagnósticos, la evaluación y decisión final le corresponde al miembro de la unidad doméstica campesina que adquiere el medicamento.

Fotografía 10  
Botica "Huarmaca"



Fuente: Elaboración propia

Parece ser que las farmacias no sólo funcionan como un centros de abastecimientos de medicamentos biomédicos, sino también son lugares donde se puede conseguir elementos que son parte de las mesas de los “maestros” o “brujos” de la zona. Por ello, insumos como “maravilla curativa” y “agua florida” son infaltables en dicha mesa. Además de estos, hay recursos no-biomédicos complementarios usado tanto por los maestros como por las familias campesinas: alumbre para el susto, anís estrella para el miedo, agua de los siete espíritus, agua de susto, vinagre tipo “bullí”, colonia “cariño”, entre otras.

Fotografía 11

Pomo de maravilla Curativa y agua florida en la 'Botica Huarmaca'



Fuente: Elaboración propia

Fotografía 12

Alumbre para el susto en la 'Botica Huarmaca'



Fuente: Elaboración propia

Lo importante aquí es que el abastecimiento de medicamentos amplía la gama de recursos terapéuticos a los que las familias campesinas pueden acceder de manera rápida y práctica para aliviar sus padecimientos o dolencias, sobre todo en un contexto donde las posibilidades de acceder al Sistema de Salud Estatal son limitadas y donde estas tecnologías biomédicas son efectivas. De tal forma, parece existir una apropiación práctica y personalizada de estas tecnologías.



### **2.2.2.2. Repertorios ‘religiosos’**

En esta zona, tanto el catolicismo como el evangelismo son parte configurativa de los sistemas explicativos y modelos de atención de la salud campesina. Aunque la incorporación de ambas religiones en las dinámicas locales pertenece a diferentes procesos históricos, ambas tienen una dimensión terapéutica activa y dinámica, que se presenta tanto a nivel de instituciones y prácticas como de representaciones e ideología.

#### **- Repertorios Católicos**

La incorporación del catolicismo en esta zona es de origen colonial y remite a la formación de las reducciones de indios hecha por el Virrey Toledo entre los años 1567-1575 (Diez, 1999). Como sabemos, las reducciones de indios no sólo implican la recaudación de tributos y un mayor control de los indígenas, sino también su evangelización. Hacia fines de la colonia, en 1783, la visita del obispo Martínez de Compañón no sólo generó una reorganización de las parcialidades, sino también una reforma eclesiástica y la creación de nuevas parroquias (Diez, 1992; Huertas, 1996). El actual pueblo de Huarmaca y sus comunidades, incluida la comunidad de Cabeza de Succhirca, han sido parte de este proceso de evangelización colonial de la sierra de Piura.

Ahora bien, en esta zona las festividades cumplen un rol ritual y organizador de las relaciones sociales. Para empezar, las efemérides católicas en el que se encuentran las fiestas de Semana Santa, Corpus Cristi, Señor de la Exaltación (patrón del pueblo), Navidad y Año nuevo representan rituales organizados por las cofradías mestizas de la capital del distrito. Así, son pocas las ocasiones donde los rituales festivos exigen un involucramiento con las comunidades campesinas, las cuales tienen festividades, de origen católico, en sus propios territorios:

Este es el caso de la Celebración de las cruces o Linderos el 3 de mayo y el 8 de octubre en las comunidades que rodean el pueblo. Estas celebraciones

son organizadas en todos los caseríos de las comunidades e implica decorar la cruz (el lindero) con flores, velas y apadrinar los “arcos”: mesas con diversas ofrendas que deben ser repuestas al año siguiente por el padrino elegido. La siguiente imagen encuentra el lindero (cruz) de la comunidad Cabeza-Succhirca, junto con velas y el arco en el cual encontramos gallina, cuy, pan, queso y gaseosas.

Fotografía 13

Arco de la Fiesta de los linderos del 3 de mayo (año 2019)”



Fuente: Elaboración propia

Volviendo a las festividades que se celebran en el pueblo (Huarmaca), son los mestizos quienes ocupan los lugares centrales en la organización parroquial de las fiestas. Estas son principalmente las procesiones y las misas. Mientras tanto, la presencia campesina está relacionada a una práctica de comercio e intercambio en las ferias y fiestas, con una participación más periférica. Sobre esto, sabemos que algo parecido ocurre en otras zonas de la sierra de Piura<sup>38</sup> donde los habitantes del pueblo y visitantes de la costa tienen una participación más “*parroquial*” mientras que una participación más “*campesina*” implica la llegada de gente del interior del distrito, que no sólo toma a este como un acontecimiento religioso sino como una feria (Diez 1999, p.278-279). Dicha

<sup>38</sup> Por ejemplo, en Pacaipampa, tal como se registra en la etnografía de Diez(1999)

dinámica la podemos observar con claridad en la fiesta del Señor de la Exaltación, patrón del pueblo, desarrollada los días 13 y 14 de septiembre de cada año.

Durante toda la semana, las calles y plazas están llenas de campesinos de los diferentes caseríos del distrito vendiendo productos (frutas, legumbres y cañazo) o artesanías (alforjas y mantos tejidos), además de participar como público en la procesión y serenata al Señor de la Exaltación, la cual finaliza con un baile el día 13 y una misa el 14. El día del baile suelen traer orquestas de moda en la sierra norte. Cuando asistí el 2019, por ejemplo, estuvo presente un grupo local denominado “Los Soneros de Pacheco”. Desde la tarde, armaron un escenario en la plaza central del pueblo. El cual fue cercado con sillas alrededor del escenario, creando un escenario y espacio simbólico que fue ocupado, horas más tarde, por los mestizos del pueblo. Mientras que los campesinos, que son proporcionalmente mayores, rodean dicho escenario ocupando gran parte de la plaza del pueblo. Para la madrugada, aunque los espacios en la fiesta parecen estar bastante más mezclados, las agrupaciones entre la gente siguen reproduciendo las lógicas de distinción local.

Fotografía 14

Gente del campo rodeando el Castillo de celebración del Señor de la Exaltación en la plaza principal del pueblo



*Fuente: Elaboración propia*

Al día siguiente, día de la misa central, puede reconocerse a las mismas familias “tradicionales”, funcionarios públicos y visitantes de la costa ocupando todos los asientos de la iglesia y relegando a estar parados o en la puerta a los campesinos. Cuando la misa termina y estos personajes se retiran es el turno de “*la gente del campo*”. Ellos entran, rinden homenaje al señor de la exaltación tocándolo y luego de dicho ritual, se alistan para el bautizo de sus hijos e hijas.

Así, vemos cómo la práctica católica y el ritual festivo que genera, organiza las relaciones y prácticas de y entre “*la gente del pueblo*” y “*la “gente del campo”*”, las cuales implican también tensiones y disputas tanto en las lógicas de apropiación del día festivo, como de la apropiación de los espacios mismos.

Podríamos decir que los rituales católicos juegan un rol clasificador de las relaciones, donde la práctica activa y devota de “*la gente del pueblo*”<sup>39</sup> los reafirma y distingue como mestizos. Mientras que “*la gente del campo*”<sup>40</sup> incorpora el catolicismo a partir de una práctica más periférica de los rituales litúrgicos, la cual los ubica en un escaño menor en el orden social que este genera. Así también, esta religión que practican los campesinos se acerca más a un “catolicismo popular” que en términos de Marzal (1995) es aquella religión de las grandes mayorías del pueblo poco catequizadas, la cual está formada por un conjunto peculiar de creencias, ritos, sentimientos, formas de organización y normas éticas, que el pueblo aceptó y reinterpretó en la evangelización (Marzal, 1995, p. 368). Tal reinterpretación permite, además, un juego mayor al momento de utilizar los repertorios católicos de manera terapéutica, en la atención y explicación de sus padecimientos.

Sobre este uso terapéutico de los repertorios católicos por parte de las familias campesinas encontramos que, mientras las festividades católicas sirven como socializadores de las relaciones sociales y distinciones étnicas entre “*la gente del pueblo*” (mestizos) y “*la gente del campo*” (campesinos), el “*santiguar*” es una práctica terapéutica que iguala -a nivel ideológico- tanto a los mestizos como a los campesinos.

---

<sup>39</sup> Categoría Emic

<sup>40</sup> Categoría Emic

El “*santiguar*” es una práctica terapéutica local bastante extendida en toda la sierra de Piura. Esta es utilizada generalmente con los bebés y niños<sup>41</sup> a los que “han ojeado” o que se “han asustado”. Dicha práctica está en constante transformación, ya que incorpora una variedad de tecnologías, dependiendo de los repertorios del terapeuta.

“Chabelita”, una anciana reconocida en el pueblo por su fidelidad devota - asistía a misa todos los días incluyendo feriados y domingos-, era una conocida *santiguadora del pueblo* desde hace 50 años. Ella me explicó que “santiguar” implica rezarles en forma de cruz (en la frente, en el hombro derecho, en el hombro izquierdo y en el ombligo) con apoyo de algún símbolo católico, generalmente una estatuilla o estampita e incluso puede utilizarse un rosario o agua bendita. A esto podría agregarse la “*pasada de huevos*”, pero sin descuidar el procedimiento anterior. La idea es que se invoque a Dios y a los santos con algún elemento católico.

Por otro lado, el “*santiguar*” campesino también implica un rezo en forma de cruz, pero con una simbología que excede a la católica. Así, tecnológicas como el huevo o la hierba santa pasan a ocupar el lugar central que tenían las estampitas y estatuillas en las “*santiguaciones*” en el pueblo.

*“Mi hijo el primero como era chiquito era bonito, mi hijito lo ojeaban. Yo lo mandaba a santiguar, y lo santiguaban con huevo, con agua bendita, con un palito que se llama yerba santa. El santiguador te reza adelante, atrás, a la esquina, a la derecha y a la izquierda, te reza, pero a veces no se le entiende lo que dice.” (Olimpia sobre su primer hijo cuando era bebé)*

*“Cuando te brinca el corazón te dicen para pasar el huevo. El niño o el joven lo necesitan cuando se han asustado. Una vez que el niño se ha asustado en la noche no puede dormir o grita de noche, lo llevan al señor que santigua. Te hacen oraciones, te pasan el huevo. Una vez que han terminado, te dan unos remedios de plantas, o al menos a fue conmigo” (David, adolescente, primer hijo de Olimpia)*

---

<sup>41</sup> Aunque también es común en los adolescentes

Tanto Olimpia como su hijo, han tenido una práctica activa con el “santiguador”. Para la primera, el tratamiento está relacionado a ser “ojeado” o al “asustarse”. La explicación que nos comentó David sobre el susto implicaba una lectura donde el alma “ha salido del cuerpo” al asustarse y es importante volver a recuperarla, sentido que nos hace pensar en repertorios campesinos relacionados a los andes más quechua, con la diferencia del idioma y los circuitos “mágicos” relacionado a las lagunas y cerros, característicos de la sierra Piura.

### - Repertorios Evangélicos

*“No se puede tomar, te entregas de todo corazón a Dios, te olvidas de la vida de antes, ya no tomamos ya no salimos a fiestas, ya hay un cambio total, ya no hablamos malas palabras...”*

*(Nadia)*

*“Dios nos escucha nuestro clamor, con toda la fe. Dios lo cura la enfermedad, lo quita la enfermedad” (Nadia)*

Mientras la incorporación del catolicismo es de origen colonial, podríamos decir que la religión evangélica llega al Perú a inicio del siglo pasado, a raíz de dos acontecimientos: 1) El avivamiento religioso en Estado Unidos e Inglaterra y la creciente expansión del capitalismo en el siglo XIX y 2) El desarrollo de las misiones protestantes que tienen como misión evangelizar el mundo y, dentro de este, a las poblaciones de comunidades nativas (Amat y Pérez en Bonafon 2019, p. 17). De hecho, una de las primeras iglesias evangélicas en llegar al Perú son las de las “Asambleas de Dios”, fundadas en Estados Unidos en el año 1914. Estas tienen su primera iglesia en el país a inicio de los años 20 del siglo pasado (Bonafon, 2019, p.109).

Las iglesias evangélicas se han expandido alrededor de todo el territorio peruano llegando a pueblos, comunidades y caseríos. Esta expansión se agudiza en los andes en los años de violencia política, donde las iglesias evangélicas cumplieron un rol terapéutico importante en las zonas de conflicto (Theidon, 2004). Además, en la actualidad, la introducción de las iglesias evangélicas en los andes está relacionada a procesos de modernización por

efectos de la globalización (Rebata, 2010), proceso de transformación rural del que no está exenta la sierra de Piura.

La primera Iglesia evangélica en llegar a Huarmaca fue “La Asamblea de Dios”. Esta tiene una central en Huarmaca pueblo, con anexos en Cuchupampa, Juan Velasco y Yamalan. Sumado a esto, en todo el distrito tienen XX iglesias y pastores distribuidos en los caseríos. De hecho, si bien es cierto en Succhirca no existía una iglesia evangélica, a 15 minutos caminando, en el caserío contiguo, se encontraba la sede de “las Asambleas de Dios- Víctor Raúl”, iglesia a la que uno de nuestros casos, Olimpia, asistía constantemente. Por otro lado, otra de las iglesias más antiguas del distrito es la “Iglesia Dios es amor”, lo que la convierte en la segunda más antigua en la zona.

En el distrito podemos observar una acelerada aparición de iglesias evangélicas los últimos 8 años. Dentro de estas iglesias recientes encontramos “Iglesia la cosecha”, “Iglesia Bautista”, “Iglesia Rey Jesús” y el “Movimiento Misionero Mundial” los cuales han tenido una amplia convocatoria, sobre todo entre los campesinos que ahora viven en el pueblo. De hecho, en esta última, Nadia, mi vecina en Pueblo, comulgó varios años cuando era joven, aunque luego regresó a la asamblea de Dios, donde conoció a su esposo, quien es pastor.

Nadia era natural del caserío Tierra Blanca y vino al pueblo a trabajar como empleada doméstica. Una de las actividades que realizaba en sus ratos libres era asistir a la iglesia junto a sus amigas, las cuales la animaron de meterse a la “MMM”. Ambos padres de Nadia practicaban el evangelio en la iglesia “Asamblea de Dios” de su caserío. De hecho, Nadia recuerda haber sido parte de esta iglesia cuando era niña. Ya en Huarmaca, luego de un tiempo de estar en la “MMM”, volvió a su iglesia de origen e incluso se casó: *“regresé al corral donde me he criado, yo he sido de las asambleas”. “A la “MMM” Me invitaron mis amigas ‘vamos acá’, ‘vamos dije’... toda a no estaba madura en el evangelio. Después lo conocí al papá de Carlitos y ya me quedé en Las Asambleas”.*

Además, Nadia añadió que cuando era adolescente estuvo alejada y no practicaba el evangelio tan conscientemente como ahora. Su regreso a la iglesia

-entonces- implicó una conversión a un nivel más consciente y global de su subjetividad. Esta conversión es uno de los primeros acontecimientos de la incorporación de los repertorios evangélicos.

La *conversión* al evangelismo implica tanto el bautizo, como el cambio en las prácticas y representaciones de las personas. La construcción de una *“vida nueva”* es, así, un proceso que implica el abandono de prácticas de la vida anterior. De esta forma, la conversión implica una gama de cambios y restricciones para “fortalecer la fe” según “la palabra de Cristo”. Dentro de esta gama de encontramos de dos tipos: 1) las restricciones, que implican el abandono al consumo alcohol, la asistencia a fiestas o a bailar, el cambio en los patrones de vestimenta y el abandono de prácticas terapéuticas campesinas; y 2) El encuentro y comunicación con Dios, a través de la fe, implica una mirada sanitaria y terapéutica a través del Culto, la oración, el ayuno y “el ungir”.

Sobre las restricciones, encontramos que el rechazo del consumo de alcohol es una de las más rígidas en la convención. Este hecho no sólo implica el abandono de prácticas donde el alcohol sirve de generador de lazo social, sino también la reinvención de algunas prácticas ritual:

Roberto, uno de los pastores de la iglesia central “La asamblea de Dios” en Huarmaca, junto a su esposa Nadia - a quien describí líneas arriba- practicaban activamente el evangelio. Además de ello, vivían en la otra mitad de la casa en la que yo me hospedé buena parte de la realización de mi trabajo de campo. No pasaron ni dos semanas de mi llegada al pueblo para que las prácticas de comensalidad se presentaran: varias veces me invitaron a almorzar y cenar con ellos, e incluso en una ocasión me invitaron a una *“rompopada”* en su casa, no sin antes dejarme claro que la hacen de manera *“especial”* y que así es *“ más rica”*.

El *“rompopo”* es una bebida hecha a base de huevo batido (un ponche) y una dosis generosa de aguardiente, muy popular en la sierra de Piura. Esta funciona como creadora de lazo social y es consumida tanto en las fiestas y celebraciones grandes, como de manera personalizada o doméstica a modo de brindis. En esta ocasión, el agasajo implicó la preparación del rompopo con todos



los ingredientes clásicos (huevo, vainilla, azúcar) salvo por el intercambio de una “pepsi” en lugar de aguardiente. Durante aquella invitación, el pastor me comentó que así era como ellos consumían el rompope tanto en casa, como en algunas reuniones en las que participaban en la iglesia, sobre todo en momentos importantes. Hecho que nos plantea un escenario donde, a pesar de la fuerte exigencia y vigilancia por abandonar ciertas prácticas, los repertorios locales aún tienen un peso en su lectura y práctica de la vida social, lo cual genera cierta hibridación de las mismas.

#### Fotografía 15

Preparación de Rompope sin alcohol de uno de los pastores de la iglesia evangélica Asamblea de Dios



Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, las festividades católicas que comentábamos líneas arriba se rechazan debido a tres razones: 1) Son patrocinadas por la iglesia católica, 2) Sus festividades implican el consumo de alcohol, así como 3) el baile. Sin embargo, esta deserción de las prácticas rituales católicas no implica solo el rechazo por todas estas dinámicas, sino también la creación de rituales propios en las mismas fechas conmemorativas de los católicos. Así, durante toda la semana santa, en lugar de participar en la procesión y misa, los evangélicos tenían cultos que duraban todo el día, además de practicar el ayuno el jueves y viernes santo.

En relación al avance de la conversión de los campesinos católicos a evangélicos, resalta el cambio de prácticas rituales y ciertas tensiones creadas entre las iglesias (evangélicas/católicas) y las instituciones colectivas (comunidad/distrito), como sucedió en los días de la celebración del Corpus Christi y Semana Santa.

En la primera festividad, los representantes de las tres comunidades históricas son parte de la procesión y bendición de los altares que se detienen en siete puntos alrededor de todo el pueblo, junto a ellos están sus danzantes con "*chicotes*" en las manos a los que llaman "*negritos*". Por la tarde se da la misa central a la que acuden en primera fila los presidentes de cada comunidad. Al día siguiente, los mismos presidentes de cada comunidad se presentan en un campo amplio- a las afueras de la capital del distrito- en la cual brindan con cañazo y hacen una corrida de caballos. En este encuentro también los "*negritos*" danzan simulando el darse a "*chicotazos*" entre ellos y a la gente que se va animando a sumarse al baile. Aquella vez, durante toda esta programación estuvieron presentes los presidentes de la comunidad Cabeza-Succhirca y Yacuas Collonayú; más no el presidente de la comunidad Segunda Rosas, quien no apareció durante toda la jornada de celebraciones del Corpus Christi.

Lo mismo sucedió en la celebración de Semana Santa, en la cual se desarrolla una misa central a la que también son invitados los presidentes de las tres comunidades. Cuando esta finaliza, pasan a un salón especial en el que el cura bendice las varas de cada comunidad. En esta ocasión, el presidente de la comunidad Segunda Rosas tampoco asistió. De hecho, su rechazo fue explicitado con una carta leída por el gobernador del caserío de Rosas en plena celebración de la bendición de las varas. En esta señalaba, por un lado, una crítica al consumo de aguardiente y a los bailes. Y por otro, manifestaba la molestia por el poco respeto por su negativa a participar en algunas prácticas rituales.

Esta situación le generaba preocupación a las autoridades mestizas del pueblo, las cuales hacían públicas su desaprobación a este "desplante" y evidenciaban una preocupación por el devenir de los rituales católicos los años siguientes. Esta tensión no ha sido resuelta y, más bien, parece ser que eventos

como tales seguirán sucediendo tomando en cuenta el acelerado éxito de las iglesias evangélicas en los caseríos. De hecho, es en estos donde las iglesias evangélicas están mucho más presentes que la iglesia católica.

#### Fotografía 16

Bendición de las varas y chicotes de las comunidades Cabeza-Succhirca y Yacuas-Coyonayú en la celebración de Semana Santa



Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, la conversión no siempre implicaba un cambio abrupto. De hecho, las restricciones a la vestimenta de las mujeres como el *“siempre usar falda”* o *“no arreglarse mucho”* -tema que chocó con los sistemas explicativos desde los que yo partía- para Nadia, esta práctica más que una forma de control de su cuerpo -como yo pude leerlo al inicio-, era leída por ella desde la aceptación y voluntad de *“fortalecer su fe”*, punto angular en su vida cotidiana. No tardé en preguntarle si esta era una obligación para entrar al culto o algo parecido, a lo que ella me respondió:

*“Ah te predicán de la vestimenta, te predicán con la palabra. Él (el pastor) te habla con lecturas bíblicas, “las mujeres deben vestirse a... dice. Poquito a poquito te vas entregando a Dios, poquito a poquito te vas cambiando. No te van a obligar, ese es cambio de uno, poco a poco. Como un niño que está creciendo... poco a poco. Yo a... he sido, yo no podía dejar el pantalón, hasta que poco a poco Dios me cambió”.*

Dos puntos nos parecen clave: la alusión al carácter personal y procesual del “cambio”, el cual parece mostrarnos un escenario que no corta (del todo) la agencia de sus seguidores, sobre todo si estas son mujeres. Sin embargo, también es cierto que estos procesos de cambio de prácticas se aceleran dependiendo del grado de observación y vigilancia al que se está sometida/o, siendo su compromiso matrimonial un hecho que aceleró su cambio.

Por otro lado, dentro de los repertorios evangélicos también existe un rechazo por todos aquellos repertorios terapéuticos campesinos locales (santiguadores, maestros, sorteadores, brujos), los cuales son considerados como prácticas que *“no son de Dios”*. Hecho que a primera instancia reduce las posibilidades terapéuticas de atención disponibles, pero potencia al repertorio evangélico como una fuente primaria de la búsqueda de la sanidad a través de la conversión.

Sobre esto, Nadia comentaba: *“Nosotros ya no creemos en el huevo, en el cuy, nosotros oramos a Dios, pedimos a Dios. Dios nos escucha nuestro clamor, con toda la fe. Dios lo cura la enfermedad, lo quita la enfermedad”*. Su frase nos plantea un escenario donde la “entrega al señor” a través de la “fe” parece funcionar de manera terapéutica. Por otro lado, a pesar del rechazo a estos repertorios campesinos, Nadia comentaba que *“La medicina sí, está escrito. Dios ha puesto a la medicina”* a modo de validar estos repertorios dentro de su práctica.

Además, Nadia agregaba: *“Dios nos escucha nuestro clamor, con toda la fe. Dios lo cura la enfermedad, lo quita la enfermedad. En lugar de pasar huevo, lo oramos. Mi Carlitos un día estuvo con gripe su naricita le bajaba agüita. Su papá le oró y durmió y tomó su leche, pero teniendo fe. Luego también un día se me asustó. Si tienes fe le pides a Dios. Sin gastar en huevo, cuy, “En el nombre del padre, del hijo, del esp tu santo”... en su frente con el aceite de olivo lo pasamos en su frente. Está en la biblia escrito”*

La práctica de *“ungir”* parece hacer referencia a la “unción de los enfermos” en el libro bíblico Cartas de Santiago (5,14) en la cual se narra dicho

procedimiento de oración pidiendo por los enfermos, más una unción con óleo en la frente. De esta forma, esta práctica no sólo está relacionada con los enfermos graves o crónicos, como en el caso católico, sino que entre los evangélicos es usada como una práctica terapéutica doméstica y cotidiana ante algún rasgo de “enfermedad”. De esta forma, ya sea porque le dio “gripe” o “susto” -diagnósticos que nos remiten a sistemas explicativos biomédicos y campesinos, respectivamente-, el abordaje terapéutico primario se da a partir de los repertorios evangélicos de manera doméstica.

Como hemos visto, la conversión no sólo exige un “fortalecimiento de la fe” a través de esta gama de cambios o restricciones. Al contrario, la *fe fortalecida* es el recurso terapéutico que lleva a la sanidad. De esta forma, vemos cómo el uso de la oración, el ayuno y el “*ungir*” se convierten en prácticas terapéuticas.

En sus etnografías en zonas andinas de Chile y Bolivia, Bernardo Guerrero (1992) y Susana Ramirez (2006) explican que la práctica evangélica tiene una concepción de salud/enfermedad que es abordada a través de la sanidad que te da la conversión. Y como hemos visto párrafos atrás, en el discurso evangélico encontramos toda una lectura sobre el cuidado del cuerpo, atravesado por una asepsia dirigida a la búsqueda de sanidad, que es tan corporal como espiritual. De esta forma, la “fe” se presenta como la explicación ideológica y fuente principal de la salud y bienestar de los creyentes. Es decir, para el modelo terapéutico evangélico la fe es fundamental en los repertorios de sanación no sólo del alma, sino también del cuerpo.

### **2.2.2.3. Repertorios curanderiles norteros**

*“Yo una vez cuando era niño, estaba en primaria, yo sa por la casa de la Andrea. en su casa para atrás hay una laguna. 2009, 2008 aproximadamente era. Siempre allá son traviesos los niños. En esa laguna los escolares salían a bañarse. Una vez me dio ganas de salir a bañarme. Esa vez, yo me metí por curiosidad a nadar. Salté como buenazo, como si supiera nadar. Me fui al fondo, yo no sabía cómo salir.*

*Yo pensé que me iba a morir. La laguna era bien alta y era bien grande. Ahí fue la fecha que yo me asusté.*

*Después pasó el tiempo. El 2015 una vez yo me fui temprano a Los Charanes (un caserío cercano), 1 y media caminando a todo dar. Yo me fui a la mañana, a las 6 fui a sacar mis animalitos. Temprano me fui porque tenía que ir al colegio, ya estaba en secundaria yo. Por Los Charanes, venía montado en el burro. Por ahí hay una lomita, una partecita donde yo venía montado en mi animalito. En esa partecita, yo volteo para atrás, y ahí sentí que vino un aire frío frío. Después de eso ya no pude mirar de frente. No pude girar la cabeza. Desde ahí no recuerdo nada, no sé cómo me caí. Yo recordé recién cuando estaba lejos de la parte donde me había caído. Yo no sé cómo me he levantado, como he caminado, yo ni siquiera me acuerdo nada, seguí caminando una distancia grande, fui donde me llevo mi pensamiento, yo no recuerdo nada. Luego yo me miro mi brazo rallado, mis pies, mis rodillas, pero yo no habré sentido nada, no recuerdo cómo me he caído.*

*Yo lo que me acuerdo es que estaba detrás de los burritos, ahí es cuando a mí me llega el pensamiento, el conocimiento. Cuando llegué a mi casa le conté a mi mamá. Mi mamá, peor que es más alterada, se puso a llorar, todo eso. De una sola vez me dijo mi mamá para que me saquen el susto, me den mi remedio. Pucha, mi mamá se preocupó demasiado, mi papá también. Porque dijeron que si se vencía me daba la epilepsia y es más fregado me decían. Y yo sentía temor que me vaya a pasar eso, ten a miedo. Pero gracias a Dios, no pasó nada de eso.”*

*(David, hijo de Olimpia).*

En la cita anterior, David<sup>42</sup> nos narra la cadena de eventos que lo llevaron a atravesar un proceso de salud-enfermedad-atención, el cual implicó un itinerario terapéutico de búsqueda de diagnóstico y tratamiento. Sobre este mencionó:

---

<sup>42</sup> Hijo de Olimpia, madre de una de las unidades domésticas que configuran nuestros casos.

*Primero te mandan a sortear para saber qué tienes. Ese señor te dice si es susto, cerro, aire. Si es susto hay color especial de cuy, blanco es. En mi caso, antes de que me pasen cuy, me mandaron a sacar la sombra.*

*Para “sacar la sombra” el sorteador tipo brujo va a donde te has asustado con un familiar. El señor lleva todas sus cosas que se necesitan para sacar el susto (agua bendita, aguarrás). Se van en la noche. Después de tanto rezar, la sombra llega convertida en una canelilla (luciérnaga). De tanto rezar y llevar aguarrás. Esa luciérnaga no se deja agarrar, se demora. Te demoras como dos/tres horas. El sorteador con mi papá, se fueron hasta la laguna. Yo me quede en la casa y ya me habían caipado.*

*Para caipar muelen maíz blanco, lo meten al agua en un depósito y así lo rocían al cuy. Después agarran el cuy, te hacen sentar en el piso y te sacan la ropa, con short nomas te quedas. Luego te pasan el cuy por todo el cuerpo. En la hora que te pasan el cuy muere. El cuy se pone caliente. Lo dejan enfriar el cuy, en un lugar donde no lo pueda ver el perro o el gato. Lo dejan como 20-15 minutos. El cuy por dentro sale todo lo que tienes, que te duele, cómo está tu cuerpo, todo eso. Ahí se ve qué tienes. Cuando me lo hicieron, al lado derecho de la costilla, ahí salió el sangrado. Una vez que vieron eso, lo botaron a la basura ese cuy.*

*Luego de este procedimiento, su papá y el terapeuta fueron a la laguna, lugar donde David se asustó por primera vez. “Una vez que cazan a la luciérnaga la traen viva en una cajita de fósforo o si no en un trapo para que no se escape. Y después que lo han agarrado vienen a la casa, mientras que la persona está durmiendo se lo ponen en el pecho, doblado con el trapo. Luego lo dejan ahí. Como tú estás dormido no lo sientes. Después al día siguiente lo ves ahí el trapo donde lo han traído y ya no se encuentra la luciérnaga. Y si cuando te despiertas ya no está la luciérnaga, es porque ha sido tu sombra la que ha regresado. Cuando no se va es porque no era tu sombra. Yo desperté al día siguiente ya no había.*

*Después salí a Huarmaca donde un santiguador que está por Cuchupampa, es conocido, es familia con mi mamá. Ya pues, me santiguaron*

*pues, el señor te santigua, te reza, te lee las cartas para saber qué es lo que tienes. Una vez que te han hecho eso, te dan medicamentos de vegetales, de plantas. Después, una vez que te han recetado todo eso, es como un tratamiento. El señor te prohibía, te dice qué comer y qué cosas no puedes comer. Te prohíbe el chanco, el pescado, el cuy. Yo el cuy no como hasta ahorita<sup>43</sup> no como cuy, tengo miedo de que vuelta me dé .*

Dicho proceso crítico duró todo el año 2015 y en la actualidad, aunque asegura ya no sentir dicho mal, aún mantiene prácticas preventivas como el no consumo de ciertos alimentos. De esta forma, el caso de David esboza un recorrido terapéutico que tanto a nivel explicativo como procedimental implicó 1) la búsqueda de respuesta desde los recursos explicativos a su alcance 2) El diálogo con terapeutas locales. La explicación de aquel proceso de salud/enfermedad/atención la reconoce como “susto”, el cual se remonta al 2009 cuando casi se ahoga en una laguna y tiene como detonante el 2015, cuando cae del caballo. Un hecho importante es que, si bien es cierto en la narración David se aproxima a su padecimiento con cierta linealidad y coherencia, el sentido y explicación de lo que le sucedía se fue construyendo y reconfigurando durante todo el proceso de forma flexible y sensible a su propia historia de vida, de acuerdo a los recursos y explicaciones que fueron dando forma a su padecimiento.

La experiencia de David nos introduce al tema central que buscamos profundizar en este acápite: La sierra de Piura como un escenario de repertorios curanderiles norteños campesinos. Para ello, daremos cuenta de la oferta de terapeutas, compuesto por una variedad que a *grosso modo* -y a partir de las experiencias registradas- podemos clasificarlos como “Sorteadores”, “Santiguadores”, “Yerberos”, “Brujos” y “Parteras”. Cabe señalar que esta clasificación no es ni discreta ni excluyente, pues como evidencia el caso de David, un mismo terapeuta puede encarnar más de una categoría.

---

<sup>43</sup> Fecha de la entrevista: mayo 2021



## - Sorteadores

Los sorteadores o sorteadoras son una categoría de terapeutas cuya denominación hace referencia a la lectura de la “suerte” a través de las cartas. Según la observación a este procedimiento, el sorteador les pregunta, al inicio de la sesión, qué aspecto se desea saber. Si bien es cierto, los casos a los que hice seguimiento acudieron por temas de salud, son tres los aspectos con los que estos terapeutas “trabajan”: 1) salud 2) relaciones/vínculos y 3) dinero y negocios.

El procedimiento de la lectura de cartas empieza con la indagación y diálogo de la historia del solicitante, quien debe partir en tres la madeja de cartas y, a partir de esta intervención, será el sorteador quien lance las cartas y “lea” (traduzca) lo que estas quieren decir. Cuando este ejercicio se refiere a la salud, tiene tres momentos y funciones: Primero, dar una primera lectura de qué evento desató la enfermedad, de la mano de un diagnóstico sobre qué enfermedad se padece (susto, daño, mal de ojo, cerro, etc.). Segundo, implica predecir las acciones que pueden sucederle al caso del solicitante si no hace algo al respecto que, dependiendo del grado de la enfermedad, puede devenir en la muerte. Tercero, señala los posibles caminos terapéuticos que pueden tomarse, contactar a un yerbero, a un maestro o brujo, etc.). Todos estos componen y contribuyen a la “explicación” del padecimiento, por lo cual su función es clave en la construcción de diagnósticos. Por ejemplo, en la narrativa de David, fue este terapeuta el primer paso para hacer un diagnóstico de su caso:

*“Primero te mandan a sortear para saber qué tienes. Él te dice que es susto, cerro, aire. Si es susto hay color especial de cuy, blanco chicroso. Primero, antes de que te pasen cuy te mandan a sacar la sombra.”*

En esta cita, además, dicho diagnóstico -susto- implicó determinados procedimientos terapéuticos recomendados por el sorteador: caipar con un cuy blanco y sacar la sombra, procedimiento que éste también realizó. De hecho, el que también haya podido realizar parte del tratamiento como caipar y recoger la sombra, lo dota de mayor “poder”, el cual ya no sólo está referido con la lectura de cartas, sino también a procedimientos de corte más “mágico”. De esta forma, la denominación que David le otorgó, “sorteador tipo brujo” también nos habla

de una clasificación bastante ecléctica basada, sobre todo, en el tipo de trabajo que hace.

Existe confianza, o en su defecto “respeto”, al poder y al diagnóstico de los sorteadores. Sin embargo, aunque influyen en la lectura del padecimiento, esta confianza también se negocia, como muestra el caso de Telma y su hijo Iker. El sorteador le dijo que su bebé iba a morir. Ella decidió no creerle y seguir probando con otros repertorios a su alcance. Es así como, parte de la búsqueda de coherencia de su decisión, implicó asumir que el sorteador no era bueno.

### - “Santiguador”

Como adelantamos al comentar los repertorios religiosos, el “santiguar” tiene una fuerte influencia de tradiciones católicas que buscan “bendecir las almas” a partir de rezos a Dios o a santos. Sin embargo, señalamos también que la práctica terapéutica del santiguador, incorporaba otros elementos además de los rezos, variedad que va aumentando a medida que nos aproximamos a circuitos más campesinos.

Los santiguadores son los terapeutas a los que se recurre *“cuando el niño o joven se ha asustado”* y es quien *“té hace oraciones, te pasa el huevo, el cuy. Una vez que han terminado, te dan unos remedios de plantas”*, según la explicación de David. Sobre esto, el procedimiento, aunque parece incorporar estas regularidades que David señala como el rezo, el huevo y las hierbas, en esta práctica terapéutica también importa quién es el sujeto que recibe la “santiguación”, las tradiciones del terapeuta al momento de poner en uso los recursos terapéuticos.

Por ejemplo, en una de las observaciones al procedimiento de “santiguar” a un bebé, la terapeuta utilizó un santo de metalillo, huevo y agua bendita. Primero rezó en cruz con el santo de metal y luego pasó el huevo por el cuerpo del niño, ya al final les agregó agua bendita. Para ello, hace falta considerar que esta terapeuta era una mujer mestiza y practicante devota de los rituales del pueblo, en esa clave, tiene sentido que esta mujer haya usado elementos tradicionalmente asociados al catolicismo como los santos o el agua bendita. Además, es importante señalar que este procedimiento se lo hacía a un bebé.

Para el caso de personas más adultas, según esta terapeuta, tienes que complementar con plantas o limpias, pero me aclaraba que para ello debías recurrir a otro terapeuta, porque ella no conocía de esos procedimientos. Considerando que el “santiguador” al que acudió David es familiar de su mamá y conocido entre comuneros, cobra más sentido que en el caso de David, le hayan recetado un “preparado de hierbas” como adicional al rezo y la pasada de huevo. Y no sólo eso, sino que agregó:

*Ya pues, cuando me santiguaron el señor también me hizo leer las cartas para saber. Una vez que te han hecho todo eso, te dan medicamentos de vegetales, de plantas. Después, una vez que te han recetado todo eso, es como un tratamiento. El señor te prohibía, te dice qué comer y qué cosas no puedes comer.*

Es decir, este terapeuta también tenía dotes de sorteador, preparador de yerbas y legitimidad terapéutica para “prohibir” ciertos alimentos. Este hecho nos lleva a un punto que venimos señalando sobre los terapeutas campesinos: su *eclecticismo*. Así, no parece existir un límite entre los repertorios que puede manejar un terapeuta. En otras palabras, su “identidad” no es estática y más bien es bastante variable y parece depender más de factores como su práctica concreta, de los casos que ha conocido y los retos que han implicado, así como de la necesidad y oportunidad de aprender y sumar repertorios nuevos dentro de su práctica.

Por último, otro punto a resaltar es que el “santiguar” también puede ser un repertorio doméstico que no necesita de terapeuta y se suele dar antes de viajes o antes o después de eventos que puedan si pueden significar algún tipo de peligro.

#### **- “Yerberero/a” o “remediador”**

Los yerberos o yerberas son una categoría de terapeutas cuya denominación hace referencia al conocimiento de las funciones y propiedades de diversas yerbas del campo, las cuales son usadas de manera terapéutica. Con estas se hacen “preparados”, que funcionan como remedios o tratamientos.

Los “preparados” suponen la mezcla de diversos tipos de planta de acuerdo al diagnóstico que implica. De esta manera, según nos narra Teresa -una terapeuta especialista en yerbas- para el “susto” utiliza plantas como *“espanto chiquito, espanto grande, espanto de la playa, el toronjil, perejil, papa de la madre, papa de zorro”*, las cuales distan en proporción y tipo de planta con otros males como la recaída, en la cual necesita, sobre todo, *“yerbitas de la sangre como la zarcilleja y yatama”*, entre otras.

Sobre esto, se hace necesario aclarar que el tipo de diagnóstico varía, no siempre es necesario que exista una lectura desde nociones de salud/enfermedad campesina (como la recaída, el viento, el cerro, etc.) sino que, muchas veces el ejercicio de la “preparación de remedios” se da a partir del conocimiento de la manifestación del malestar (como dolores de cabeza, gripe o molestias en la garganta, los huesos, en la espalda, dolor de cabeza, en el estómago, en el útero y un largo etcétera etc.), es decir, a partir de la experiencia de malestar de los sujetos.

Teresa comentaba que había aprendido este oficio de su padre, el cual *“era remediador, ha a remedios, sorteaba a los enfermos que ven n, caipador era”*. Esta frase nos hace pensar en tres puntos:

Primero, en cómo se adquiere el conocimiento. Tomando como referente el caso de Teresa, ella narra que aprendió de su padre. Sin embargo, también a lo largo de la conversación explica su práctica terapéutica a partir de la experiencia de los casos tratados. De esta forma, sea por la cercanía a su padre terapeuta, o por comentarios suyos como *“no me ha llegado un caso a por eso no sé”*. La praxis y la experiencia terapéutica - y no sólo el contacto cercano con terapeutas- aparece como un factor importante de su aprendizaje, pero también de los terapeutas con los que hemos tratado.

No es casual entonces que este recurso terapéutico sea uno de los más manejados domésticamente. Todas las unidades domésticas con las que trabajé tenían un conocimiento significativo de yerbas medicinales o “montes”, como también son denominadas; ya que es común encontrarlas dispersas en las

chacras e incluso verlas crecer en las huertas de las casas, sobre todo en temporada de lluvias.

De hecho, Teresa tenía un lugar reservado en su huerta para sus plantas, las cuales también las podría encontrar en las chacras vecinas. Si bien es cierto ella como terapeuta especialista en el manejo de hierbas. Este no es un conocimiento aislado. Muchas unidades domésticas campesinas tienen conocimientos importantes sobre las funciones de diversas plantas. Un ejemplo claro de ello es la presencia de estas en sus cocinas (colgadas y secas) o conociendo las zonas donde pueden encontrarlas.

El segundo tema que nos llama la atención es cómo Teresa denomina la práctica terapéutica de su padre, en una sola frase, lo llama “remediador”, alguien que “sorteaba” y “caipador” situación que prioriza el espectro de conocimientos terapéuticos que abarca sobre la identificación identitaria de los terapeutas. Sumado a que en algún momento de la conversación me aclaró que este no era brujo, *“remediadorcito de mano (con cartas), nomás era, los maestros trabajan en la noche, que tienen su mesa”*, lo cual nos plantea que los límites de este espectro de denominaciones se basan en la práctica terapéutica misma y los recursos que se emplean.

Por otro lado, más allá de las denominaciones terapéuticas, las prácticas están relacionadas entre sí. De esta forma, vemos cómo el santiguador de David, el Sorteador padre de Teresa y Teresa -quien también es partera-, tengan un conocimiento de yerbas y según el caso sean más reconocidos y denominados por esta función. En esa línea, no sorprende entonces que a Teresa la busquen para “remediar enfermos” o para “componer mujeres” según lo que se requiera, dejando en segundo plano la identidad terapéutica, la cual se negocia de acuerdo al contexto.

Por último, otro punto interesante que nos trae consigo el caso de Teresa es la relación con otro de los modelos de atención reseñados en este capítulo: el religioso. *“Tres de mis hermanos son evangélicos yo les digo: Dicen que los hermanos (evangélicos) ya no quieren remedio, mucho se escucha que ya no remedios, cuando se convierten dicen que remedio ya no. -No dicen (sus*

hermanos), *si en la escritura está que los remedios tenemos que tomar me responden-. Yo también me he comprado un librito de esos que tienen la iglesia católica (la biblia) y así repasando poniendo mis lentes, ahí ya lo hallo yo.* Es interesante cómo los repertorios religiosos no dejan de estar presentes dentro de sus sistemas explicativos y más bien parece haber un esfuerzo por demostrar cierta coherencia: *“Las medicinas nos ha dejado Dios para tomar”*, me confirma. Hace falta tomar en cuenta que, quizás sí hay conflicto y puede estar teniendo una narrativa conciliadora, sin embargo, esta última afirmación también le ayuda a legitimar su práctica ya sea a mí, como a las personas a las que atiende, tenga la inclinación religiosa que tenga:

*“Todititos son mis compadres, sean evangélicos, católicos, son mis compadres”*. De hecho, el compadrazgo es una categoría de parentesco andino bastante difundida. En este caso, aunque no refiera específicamente a un padrino que genera una relación de estatus vertical entre el padrino y el ahijado, está refiriéndose a la relación de cercanía que se crea al ser “partera” de un niño o niña, es decir, cumple la función de crear lazos sociales. Y en este caso, con mayor razón funciona para generar cierta armonía, al menos discursiva, entre diversos modelos de atención.

#### - **“Curanderos”, “Brujos” y “maleros”:**

Sobre los brujos, sabemos que forman parte de un circuito mágico de hechicería y práctica curanderil en la zona norte del Perú (Cajamarca y Piura) y la zona sur de Ecuador (Joralemon, 1983; Sharon, 1979; Giese, 1989; Glass-Coffin, 2004). Si bien es cierto, en toda la región norteña se comparten características en común como las mesas y los rituales nocturnos, cada zona tiene sus propias particularidades, e incluso cada departamento: en Piura podemos encontrar curanderos tanto en la costa (Chiappe, 1970; Glass-Coffin, 2004) con trabajos relacionados sobre todo con el “daño” entre sujetos humanos (Glass-Coffin, 2004), como en la sierra (Giese, 1991) que aunque la noción de “daño” -entre sujetos- está bastante presente, también estos son causados por fuerzas naturales (Chiappe en Glass-Coffin, 2004, p.97). Además, el

curanderismo en la sierra de Piura está relacionado tanto al trabajo con lagunas con carga energética como las famosas Huaringas- ubicadas en Huancabamba y/o con cerros con poderes y fuerzas, ubicados sobre todo en la zona sur de la sierra de Piura. Es este contexto “mágico” en el que ubicamos a los “*curanderos*”, “*brujos*” o “*maleros*” de esta zona que, para efectos de este apartado, nos interesa describir desde las experiencias, prácticas y explicaciones de la lectura local.

Los “*brujos*” son aquellos que “*tienen sus mesas*” y “*trabajan de noche*”, actividades por las que se les reconoce. Las “*mesas*” hacen referencia a aquellos altares donde se colocan diversos elementos de su práctica curanderil (velas, varas, algunos restos arqueológicos, conchas, maravilla curativa, colonias, flores, entre otros) y el “*trabajo en la noche*” nos remite a los diversos rituales que estos pueden realizar: “*contras*” para el “*daño*” o el “*susto*”, limpiezas y florecimientos para la suerte y/o para el mal de “*daño*”.

Los “*brujos*”, “*maestros*” o “*curanderos*” realizan estos “*trabajos*” que tienen como punto subyacente el manejo de hechicería y fuerzas/poderes no-humanos, a los que se les reconoce con un poder mayor al de los demás terapeutas reseñados en este acápite. Dicho poder, parece generar cierto recelo o cautela por parte de la población, ya que puede implicar que sean “*maleros*” es decir, no sólo que acepten hacer “*trabajos de daño*” sino que las fuerzas a las que invocan pueden ser malignas como demonios.

*“Cuando un brujo es bueno es porque no consiente hacer maldades. Hay algunos brujos que hacen maldades, si te llevas mal con alguien vas donde un brujo que se vaya esa persona, que se muera” (David).*

Sin embargo, un factor importante para superar dicha desconfianza inicial, es convocarlos luego de la recomendación y experiencia de gente considerada cercana y confiable, la cual además dota de legitimidad su poder.

Sobre la práctica curanderil en la zona nos interesa particularmente su relación con la práctica terapéutica en procesos de salud/enfermedad. Para los casos que hemos conocido, parece ser que el acudir a estos terapeutas no

siempre es una decisión inmediata, sino todo lo contrario, se acude sobre todo cuando se tienen procesos de salud/enfermedad avanzados.

Nuestros casos acudieron a estos terapeutas luego -y al mismo tiempo- que a otros repertorios de salud. Parece ser que existe una premeditación familiar relacionada con que 1) La persona que padece el proceso de salud/enfermedad no ha logrado recuperarse con diversos tratamientos o 2) El diagnóstico no es del todo convincente para los códigos explicativos de la persona en cuestión y/o para sus familiares. Además, es importante tomar en cuenta que atenderse con este tipo de terapeutas implica invertir una cantidad importante de dinero, tiempo y cuidados, los cuales se dan luego de una evaluación familiar de los recursos disponibles y desde una negociación respecto a la explicación de salud/enfermedad. Como hemos señalado anteriormente, parece que tanto el tratamiento como el diagnóstico son procesos en constante evaluación y negociación dentro de la familia durante todo el proceso de salud/enfermedad.

Un tema recurrente en las conversaciones cotidianas con Olimpia, era la enorme pena que sentía por el fallecimiento de su mamá en el año 2017. Tanto su papá como sus hermanos fueron parte importante de las decisiones que se tomaron como unidad familiar. Sin embargo, fue ella quien acompañó de cerca todos los cuidados durante el año que duró el proceso de salud/enfermedad. Tanto la elección de tratamiento como el diagnóstico fueron un proceso de disputa dentro de la familia, donde la voluntad (y explicación) que su madre tuvo de su padecimiento fue la que prevaleció:

*“...Mi mamá cayó. Primero le dio como aire: se torció su labiecito, se jaló medio para abajo. De ahí de eso, le hicieron remedios. Luego con uno de los brazos adormecidos quedó. Fuimos con los brujos, sorteadores, que era maldad, es maldad. Los doctores dijeron que es derrame. Los doctores de la posta venían para ponerle medicina. Nos decían que lo fuéramos llevado a Chiclayo o a Lima para q le hagan la terapia. Sino que la señorita de mi mamá no quiso, no quiso ir ni a Lima ni a Chiclayo. Mi hermano estaba en Chiclayo. No, no, no dijo mi mamá, es maldad. Así que finalmente se consintieron mis hermanos, mi papá que es maldad. Acá me moriré dijo, hasta que lo cumplió”.*



Un punto que llama la atención es que, si bien es cierto el diagnóstico del padecimiento primero fue “aire” y finalmente “maldad”, estos no se contraponen con que su madre recibiera medicinas para la parálisis/derrame y que, incluso, para Olimpia esa sea la explicación más verosímil sobre el padecimiento de su mamá. Sin embargo, está la explicación familiar y las decisiones que implican se van negociando durante el proceso de salud/enfermedad. De hecho, a la mamá de Olimpia no la llevaron a Chiclayo, a pesar de tener posibilidades de solventar el tratamiento, porque ella -su mamá- no quiso. La lectura de su padecimiento fue “maldad” y el tratamiento se encaminó desde ahí hasta el final:

*“Nosotros nos fuimos con un brujo, no lo pudo. De ahí traímos otro brujo de Huarmaca, de la parte de arriba bajaron por 400(soles). Mi madre estaba bien flaquita. A la finadita mi madre el brujo hizo que le saque su ropita, yo estaba ahí con mi madre en todo momento. Primeramente, tabaco querían darle a ella en su boquita, pero dije no. Así que a mí me dieron en mi mano para hacerle oler por la naricita, por ahí también me dieron para que le pase con piedras, con varas. De ahí a mi madre la llevaron así menguando para adentro su camita y mi mamita deja de existir a las 7 de la mañana, después de que esos demonios mataron a mi madre...”.*

Esta es quizás una de las escenas más tristes narradas por Olimpia. Es un tema que la conmovía mucho y no era para menos: se trataba del fallecimiento de su madre. La impotencia y queja de todo el proceso de enfermedad y la forma en la que esta culminó eran temas que la movilizaban. No sorprende entonces que soliese ser bastante crítica del trabajo de los brujos. Los “mentirosos” los llamaba, por momentos. Finalmente, la explicación sobre el proceso no es la misma para todos en el grupo familiar, e incluso para ella misma es ambigua. A pesar de no creer que atenderla con los brujos; ya que para ella el mejor tratamiento para su derrame era llevarla a Chiclayo, nunca dejó de manejar los mismos códigos que su madre y sus hermanos e incluso disputarlos. Para Olimpia, la explicación de la muerte no fue necesariamente la enfermedad, sino el tratamiento con los brujos y la posibilidad de que le hayan entrado demonios en aquel ritual.

Por otro lado, un caso similar fue el de Nadia, cuya historia narramos cuando nos aproximamos a los repertorios evangélicos. Su madre falleció en el año 2009 de dolores fuertes en su abdomen, una de sus explicaciones era que probablemente pudo haber sido cáncer. Como la hemos presentado, Nadia es bastante practicante del evangelio e incluso considera que estas prácticas de curanderismo no son de Dios. Cuando su mamá cayó enferma, Nadia trabajaba como empleada doméstica en el pueblo. Su mamá y su papá, que también eran evangélicos, vivían en Tierra Blanca, por lo que todos los fines de semana iba hasta allá a verlos, con alimentos especiales para su mamá como gallina o leche *Ensure*. Cuando su mamá empeoró, decidieron llevarla a un brujo, lo cual implicaba un gasto considerable de dinero. No funcionó. Finalmente, su mamá falleció. Cuando me lo contó ya habían pasado 10 años de aquel proceso doloroso.

Para ambas, este proceso implicó un desgaste emocional grande, la fuerte inversión de recursos económicos y un proceso de decisiones (y sus consecuencias) que parecen denotar bastante frustración y dolor en ellas. Ambas afirman que los brujos son estafadores o mentirosos. Sin embargo, eso no implica necesariamente que no crean en el poder que estos poseen (trabajo con espíritus malignos, demonios) o en las explicaciones que estos dan. Firmemente, aunque comenten en que no sería una opción que tomarían en cuenta otra vez, esta decisión está sujeta a las exigencias del contexto. Así, fue Olimpia, madre de David, quien hizo que lo llevaran donde un santiguador, un sorteador tipo brujo y un yerbero.

Por otro lado, este miedo a los poderes que implican los brujos, la posibilidad que sea mentira o que se gaste demasiado dinero sin una respuesta, son aspectos que muchas veces las familias conocen de antemano y, aun así, este terapeuta y el repertorio explicativo que maneja, suele estar dentro de la evaluación de las posibilidades de atención y explicación de los procesos de salud/enfermedad en la zona.

De esta forma, los “trabajos” para los que los brujos son convocados en procesos de salud/enfermedad están relacionados principalmente con los tratamientos para males como el “daño”, aunque también se encargan del “aire”

“cerro” y “susto”. Sin embargo, otros motivos por los que estos terapeutas son solicitados están relacionados con las “limpias” o “florecimientos” para la buena suerte en aspectos específicos. Sobre este último aspecto, conocemos la experiencia de David, quien fue con su padre hasta Huancabamba para que le salga una plaza en el colegio al que estaba postulando en Huarmaca:

*“Pero si funcionan ah. Mi papá el año pasado 2019, a fines de año fuimos a Huancabamba. Mi papá quería que le salga una chamba, para que le salga su plaza por Huarmaca. fuimos a Huancabamba, fuimos donde una señora, es buena para hacer cosas buenas, un amigo se la recomendó. Fuimos dos días a Huancabamba. Estuvimos 2 noches haciendo cosas. Y al final sí le salió el 2020 su chamba. Por Succhirca si hay, pero son brujos malos que matan a las personas por tierras, por otras cosas” (David).*

Sobre este caso, llama la atención que hayan viajado hasta Huancabamba para realizar dicho procedimiento. Como comenta David, por Succhirca sobre todo *“hay brujos malos que matan a las personas por tierras”*, hecho que valida cierta desconfianza con el ambiente cercano que son los espacios donde las posibilidades de “daño” se den, más si es por tierras. Por otro lado, el hecho de que hayan llegado hasta ahí por la recomendación de otra persona, también parece estar ligado a la popularidad y legitimidad de esta zona de la sierra de Piura (Huancabamba) para este tipo de “trabajos”:

*Me limpiaron con unas varas que tienen. Fue en la misma casa, ahí la señora tiene sus varas, sus piedras, su mesa. En su mesa tenía sus cuchillas, sus varas con dos piedras y dos conchas. Aparte de eso tiene sus remedios, el tabaco, el vinagre bullí, las flores blancas, la lima. La lima lo parten y lo hacen chorrear el agüita. Ahí lo combina con el tabaco, con más remedios. Nos cobraron 150 por noche. La primera noche lo hicieron sorber por la nariz el tabaco. Es bien fuerte ese tabaco. Ahí la señora te dice que invoques a tal cerro Paratón y nombra más cerros de la zona. Invoca al diablo a la laguna negra y a otras lagunas canta mueve sus maracas. reza, canta, sorbe tabaco por la nariz.*

El procedimiento de las “limpias” o “florecimientos” si bien es cierto, buscan que les vaya “bien” no implica que el trabajo no implique invocar fuerzas “buenas” y “malas”. De hecho, reza, invoca a las lagunas, a los cerros y al mismo diablo. Sin embargo, resaltar que es buena para hacer “*cosas buenas*”, parece funcionar más como una forma de legitimación de su poder o como una distinción tanto con los terapeutas vecinos que “hacen maldad a pedido” como con sus usuarios, gente que invoca el daño de otros.

#### - Parteras o “comadres”:

Las parteras o “comadres”<sup>44</sup> son aquellas terapeutas que tienen conocimientos sobre los diversos procesos del embarazo, desde el “componer” a las mujeres mientras están encinta, el atender el parto y las complicaciones que este pueda implicar, así como el manejar conocimientos sobre el proceso posterior de recuperación como forma de prevención de la “recaída”, noción de salud/enfermedad local relacionada a las amenazas a las que las mujeres están expuestas luego del parto.

En el pueblo de Huarmaca se podían encontrar varias mujeres con una práctica activa como parteras, de hecho, incluso una de estas tenía una especie de ‘consultorio’ ubicado a pocas casas del centro de salud donde, además de componer, sorteaba, preparaba yerbas y hacía otro tipo de “trabajos”. Al igual que ella, uno podía encontrar referencias de parteras de acuerdo a las zonas en las que se encontraba: todos los caseríos que recorrí<sup>45</sup> Tenían al menos una partera activa en su zona y eran conocidas por sus comunidades. Sólo hacía falta preguntar a algún vecino, a algún rondero, o a alguien que caminara por la calle, todos siempre tenían referencias de algún tipo de terapeuta, sobre todo si se trataba de parteras. Tal parece que, al igual que como con los otros terapeutas descritos, “si buscas, encuentras”<sup>46</sup>.

---

<sup>44</sup> El término más usado en la zona es el de “comadres”

<sup>45</sup> Yumbe, Cuchupampa, Rumichaca, Collona de Tallurán, Víctor Raúl, Succhirca, Laguna de Succhirca.

<sup>46</sup> Las comillas son mías

Los detalles de la *experiencia* de nuestros casos con estas terapeutas serán descritos en las siguientes secciones; ya que la experiencia con las mismas está íntimamente ligada a las *atenciones* del embarazo, parto y posparto de los casos trabajados.

(...)

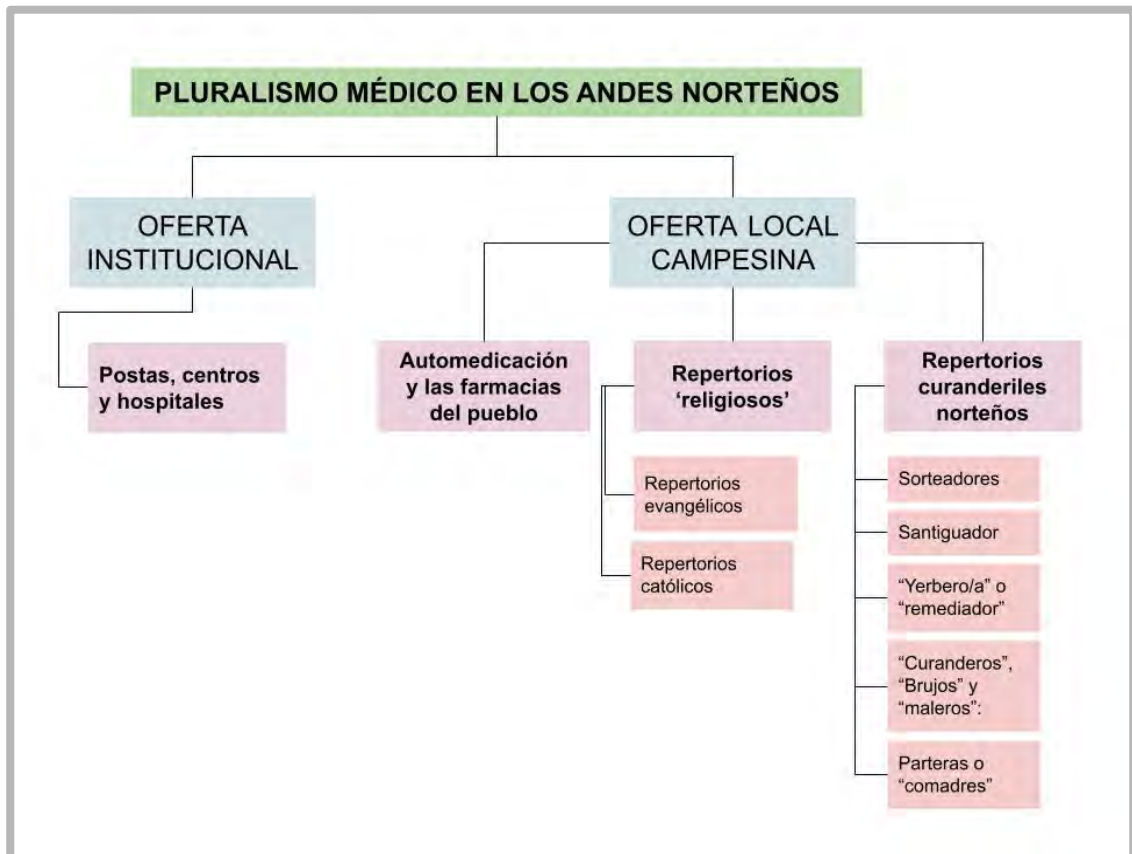
### **2.2.3. Balance pluralismo médico en los andes norteños**

Sobre el pluralismo médico en los andes norteños, encontramos que las nociones de salud y enfermedad de las familias campesinas son eclécticas y se construyen de acuerdo a las valoraciones, experiencias y expectativas con fronteras más allá de lo estrictamente biomédico: se configuran a partir de nociones religiosas católicas y evangélicas, del uso experimental de las tecnologías biomédicas y de un ecléctico circuito curanderil norteño, donde dimensiones religiosas, étnicas, económicas, políticas, técnicas y científicas se interseca, hibridan y negocian (Menéndez, 2003; Greene, 1999).

La “salud” es entendida y experimentada desde una perspectiva más amplia, en la que se reconoce la pluralidad y dinamismo de los sistemas de conocimiento y de procesos relacionados con el cuerpo, con formas de sociabilidad, cosmología y ontología (Langdon, 2018).

Así, a partir de los repertorios explicativos de las familias campesinas de la sierra de Piura, sistematizamos un el pluralismo médico en los andes norteños en el siguiente cuadro, en el cual aparecen tanto la oferta de salud oficial e institucional, junto con la oferta de salud más amplia utilizadas por las familias campesinas en la construcción de diagnósticos y terapéuticas dinámicas en todas circunstancias “amenazantes” que pongan en peligro la salud de sus grupos domésticos.

Gráfico 4 Pluralismo médico en los andes norteños



Fuente: elaboración propia



## CAPÍTULO 3

### Historias de vida reproductiva: Mujeres, vida cotidiana e itinerarios de atención

*“Debemos romper las fronteras r das de la empresa científica que transforma los modos de vida de las personas vivas y repletas de experiencia en meras sobras y notas de rodapié” (Michel de Certeau, 1986, p. 6)*

En este capítulo describimos, a manera de crónicas, las historias de vida reproductiva de cinco mujeres en la sierra de Piura. Para ello, cada caso se divide en dos partes. En un primer momento, iniciaremos dando cuenta de diversos aspectos de su vida cotidiana, a través de episodios y experiencias de su día a día<sup>47</sup>, así como sus relaciones con sus hijos, parejas y otras redes familiares. En un segundo momento, hacemos un esfuerzo por reconstruir sus trayectorias e itinerarios de atención antes, durante y después del parto, a partir de la narración de sus experiencias.

#### 3.1. ROSARIO: “Yo a mis gemelas las tuve en la maternidad de Lima”

Los primeros días de mi llegada a Huarmaca, me llamó la atención ver mujeres sentadas en las veredas de las calles principales, las cuales estaban ahí incluso los días más lluviosos. Ellas venían de diversos caseríos del distrito: algunas eran de zonas altas, más frías y poco fértiles, desde donde traían ocas y papas. Y otras, en cambio, de zonas “*quichua*”: tierras bajas más cálidas con más posibilidades de irrigación, de donde traían paltas, mangos, caña o alguna otra fruta de acuerdo a la temporada. Conocí esta dinámica porque me hospedé en una de las casas colindantes a una de las dos avenidas principales del pueblo. Pronto, me hice amiga de una de las señoras bastante adultas que solían sentarse en una vereda contigua a mi casa. Ella, al igual que otras mujeres,

---

<sup>47</sup>A partir de las notas de campo

llegaba aproximadamente a las nueve o diez de la mañana y se instalaba hasta las tres o cuatro de la tarde. La señora María siempre traía plátanos que vendía a “diez por un sol”, mientras hilaba algodón y conversaba con las otras mujeres. La venta de un día, con suerte, le salía 15 o 20 soles. Esta era la misma ‘suerte’ que corrían muchas otras mujeres que se sentaban en esas veredas. Un día, en el lugar habitual donde se instalaba la señora María, se encontraba una joven de poco más de veinte años vendiendo paltas. Llevaba un bebé cargado en la espalda, a través de una manta a la que llaman “rebozo”, y vestía un pantalón jean y un polo. Era la primera vez que la veía.

Me acerqué a hablarle. Le pregunté su nombre y si también conocía a María del caserío de Sahuatirca, quien solía sentarse en el mismo sitio. La joven se llamaba Rosario, y me dijo que venía de Succhirca y que no sabía de qué María le hablaba. “¿Y de dónde eres tú?”, me preguntó ahora ella. Le respondí que de Lima. “Yo también he vivido en Lima, en La Victoria, por ahí ¿conoces?”. Antes de que yo pudiera responder, añadió que tenía dos hijas gemelas de cuatro años que nacieron allá y que “quién sabe”, podrían regresar pronto.

Rosario vendía sus paltas a “dos por un sol”. Las traía de la chacra de sus padres en Víctor Raúl, caserío donde además se encontraba la casa de los mismos. Le comenté que tenía planeado ir a Succhirca, a lo que respondió que podía visitarla. Esa era una oportunidad que no había que perder, así que saqué el celular e intercambiamos números. Una señora mayor se acercó a nosotras: era su madre. Parecía haber escuchado la conversación, pues se unió para animarme a ir, ya que, agregaba, “pod amos acompañarnos”, especialmente ahora que su hija vivía sola con sus tres hijos, remarcó. Pronto nos despedimos y quedé en llamarla. Sin embargo, cuando intenté comunicarme por teléfono con Rosario, su número sonaba apagado.

Ya en Succhirca, intenté llamarla de nuevo, pero ahora era yo quien tenía el teléfono sin funcionar: mi servidor de telefonía no tenía señal en el caserío y así fue durante todo el trabajo de campo. Por suerte, aquella vez me la encontré en el camino. Justo salía de recoger a sus hijas del jardín. La vi a lo lejos y me acerqué rápidamente: “¡¿Rosario?! ¡Por fin te encuentro! Te estuve buscando...”.



Me respondió sonriendo y con voz juguetona: “*Tú eres la chica de Huarmaca, ¿no? De lejos te vi y dije ‘¿será o no será?’... Yo ya pensé que ya no vendías, como no me llamaste...*”.

Me disculpé diciéndole que lo había intentado, pero que sonaba apagado. Me contó que una de las antenas estaba fallando y que ahora ni siquiera había señal de su servidor, diferente del mío. Yo ya estaba por regresar, pero caminamos hasta su casa y agregó: “*cuando quieras, vienes nomás, tú ya sabes donde vivo, me buscas aquí y normal te puedes quedar...*”.

Pocos días después nos volvimos a encontrar de camino a una asamblea convocada por el equipo técnico del PNSU en la zona, la cual se iba a realizar en el patio del colegio. Un par de cuadras antes de llegar al sitio indicado, Rosario entró a una tienda y compró huevos. Junto con ella, otras señoras estaban haciendo lo mismo. Llegaron todas casi a la par, dejaron los huevos en una mesa y se acomodaron en las sillas del patio. Pronto se llenó el colegio. Me llamó la atención que la mayoría eran mujeres. Este patrón se repitió otras veces, ya que al parecer eran las mujeres las que asistían a la mayoría de reuniones en el caserío. Los esposos estaban en las chacras o habían emigrado a otras ciudades, lo que significaba que eran ellas las que debían responder por sus unidades domésticas. En esta reunión, los funcionarios informaron los procesos del proyecto, los plazos que este iba a tener y el tipo de requisitos que necesitaban para que puedan acceder al trabajo que estos ofrecerían, en cada etapa del proyecto. Para ello debían inscribirse *por familia*. El proyecto iba a durar aproximadamente dos meses e iban a pagar hasta 75 soles la jornada del día. A medida que oscurecía iban llegando más hombres. La reunión terminó con la preparación de *rompopo*, hecho con los huevos que las mujeres entregaron al inicio de la reunión, el cual fue preparado también por varias de ellas.

Regresamos camino abajo junto a varias mujeres que vivían en la ruta. Eran las siete de la noche y ya todo estaba oscuro. El caserío tiene apenas unos pocos puntos de luz a la salida del colegio y en algunas de las curvas de la carretera. Así, el resto del camino, y el caserío en su totalidad, quedaban en la

oscuridad. Un par de estas mujeres encendieron las linternas de sus celulares. Mientras bajábamos, conversaban sobre lo dicho en la reunión: las promesas de trabajo que se les había ofrecido. Entre ellas comentaban, interesadas, sobre “avisar” a sus hijos o esposo sobre la posibilidad de agarrar alguno de esos trabajos, ya que muchos de estos no vivían en el caserío.

Pronto llegamos a la casa de Rosario. La puerta no estaba cerrada por completo, sólo se aseguraba con una tranca. Era la primera vez que yo entraba. Rosario prendió la luz, el cual era solo un foco opaco de luz blanca, enrollado y colgado en una de las vigas del techo. Este iluminaba sobre todo la zona de la entrada y el piso de cemento. Me pareció que era una casa más grande, partida por la mitad y separada por un muro que la dividía en dos sin ninguna puerta o anexo entre ambas. La puerta de ese otro lado siempre estaba cerrada, no vivía nadie ahí. Rosario me contaría luego que esa era la casa del hermano de su pareja, que ahora estaba trabajando en Lima. La parte que habitaba Rosario era un sólo ambiente de aproximadamente 60 metros cuadrados, donde estaban repartidos los estantes, las camas, y una cocina de gas sobre un estante de madera.

Antes de entrar, el piso se veía con unos cuantos juguetes desperdigados y un coche en el que puso a su bebé. Ya adentro, uno se encontraba primero un estante de fierro donde tenía una radio y una extensión de tomacorriente, donde su celular estaba cargando. Entre las vigas del techo también tenía pitas amarradas que usaba como colgadores de trapos y alguna prenda de su bebé. Horas más tarde me enteré que aquellos trapos eran usados como una suerte de pañales: los acomodaba en contacto con la piel de su bebé, como una primera capa que sujetaba con un pañal descartable, el cual usaba varias puestas.

Al costado del estante de fierro había una cómoda de triplay con bolsas y costales de dónde sacó un par de chompas y se las puso a sus hijas antes de dormir. Esta cómoda colindaba con una de las camas y estaba acomodada de manera vertical, a lo largo de la casa. La otra cama, en cambio, estaba de manera horizontal, bordando uno de sus laterales con el ancho de la casa. En ambas camas había mosquiteros que las cubrían por completo. Al costado de la

segunda cama, había una puerta de metal que colindaba con la parte trasera de la casa. Al abrirla, uno podía encontrar la pileta de agua que Rosario utilizaba para cocinar, lavar servicios, ropa, bañar a sus hijos, entre otras cosas.

Me llamó la atención que tuviese una cocina de mesa a gas solamente, sin ninguna otra fuente de calor a la vista, tomando en cuenta que las cocinas mejoradas fueron un proyecto que llegó al caserío años atrás y que el resto de las mujeres de nuestros casos las tenían. A diferencia de estas, además, la cocina no tenía un cuarto propio, sino que estaba al costado de las camas. Debajo de la mesita donde estaba su cocina, había algunas papas, ocas y una buena cantidad de plátanos verdes y maduros. Al costado derecho estaba un par de costales donde guardaba bolsas de tallarines y arroz o menestras. Al costado izquierdo, en cambio, tenía un balde donde deposita el “*bagazo*”, nombre con el cual se denomina a los residuos orgánicos que se utilizan para alimentar a los “*coches*”, denominación local para los cerdos. Ella tenía uno al que alimentaba a diario con dicho *bagazo*.

De camino a su casa, una vecina había acompañado hasta la puerta, así que Rosario la invitó a pasar con nosotras un rato. Rápidamente acomodó un banco y nos invitó un mate. Mientras esto pasaba la señora nos conversaba sobre la asamblea y sobre el cuidado de los bebés. La pequeña reunión no duró mucho, pronto la vecina partió. Ni bien se fue, Rosario alistó la puerta. Esta tenía problemas para cerrarse, por lo que hacía falta trancarla con dos maderas que la sujetaran. Intenté ayudarla pasándole una de las tracas, la cual era más pesada de lo que parecía. Rosario, apenas terminó de trancar la puerta preguntó: “¿*Ya dormiremos, ¿no?*”. Eran aproximadamente las nueve de la noche. No objeté y me dirigí a un lugar oscuro para alistarse mientras esperaba su señal.

Me explicó que sus gemelas dormían en una de esas camas, la más pequeña. Por lo que nosotras dormíamos juntas, en la otra cama, junto a su bebé. Pronto nos acomodamos todos: primero estaba ella hacía la pared, luego

su bebé y yo al filo, por lo que me tocó apagar la luz. Mientras regresaba al mosquitero, me contaba un poco sobre su vida en Lima<sup>48</sup>:

- “(...)A Lima me fui cuando ten a 18 años, ya hab a salido del colegio, una amiga me dijo para ir juntas, así que nos fuimos... Vivíamos en un cuarto en La Victoria...”

- ...Al llegar ¿En qué trabajaste?, le pregunté.

- “Primero trabajé en una panader a... Pero feo te explotaban ah . D a y noche trabajaba. Nos hacían trabajar desde las tres de la mañana hasta las siete de la noche.... y por toda la semana me dieron 100 soles. Me salí. De ahí me quité a los días nomás. Luego conseguí trabajo de mesera en un chifa, y ahí ya me quedé más tiempo (...)De ahí ya conocí al papá de las gemelas. A ellas las tuve el 2015”.

Luego continuó hablando del papá de sus hijas. Él era Succhirca. Sin embargo, se conocieron en Lima, pues unos amigos suyos los presentaron. Cuando se conocieron él trabajaba como vendedor de galones de gas e incluso llegó a tener su propio puesto de reparto. Que todo era “bonito al inicio”, pero que ahora las cosas habían cambiado. Luego de un silencio, no me contó más. Me preguntó si iba a poner alarma, que estaba bien a las 6:30. También guardé silencio. Eran aproximadamente las 10 de la noche cuando nos fuimos a dormir.

En la madrugada, alrededor de las tres de la mañana, una de sus hijas gemelas comenzó a llorar y, al cabo de poco tiempo, la otra la siguió. Rosario despertó rápidamente. Intentaba calmarlas: “no pasa nada”, “ya duérmanse” les decía, desde la cama del costado, pero no funcionaba. Pronto les dijo “ya, vénganse mejor aquí” y ambas niñas entraron a la cama, a los pies de Rosario. Aquella noche dormimos todos bajo un mismo mosquitero.

Cuando el despertador sonó, a las 6:30, Rosario ya estaba fuera de la cama preparando el desayuno: hervía agua en una tetera y cocinaba arroz con menestras y “guineos”, nombre local con el que denominan a los plátanos verdes. Cuando fui a ayudarla, me dijo que podía ir pelando más frijoles. Sirvió

---

<sup>48</sup> La conversación citada es una reconstrucción de las notas de campo.

dos platos para ella y para mí, les puso una rodaja de palta y me invitó a comer. Ella no se sentó. Primero les sirvió un poco a sus dos hijas, mientras las cambiaba para ir a la escuela.

Su bebé dormía, pero pronto comenzó a llorar. Rosario se sentó y empezó a darle de lactar. Recién ahí empezó a comer. Me invitó un poco de manzanilla en una taza de loza y agregó *“¿En Lima bonitas cosas se consiguen, ¿no? Cuando yo me vine me traje platos, tazas, cubiertos...”* Afirmé con la cabeza mientras ella agregaba *“...pero acá (en esta casa) ya no las tengo ya, la mayoría ya me las he llevado donde mi mamá”*. Se quedó callada un momento y luego continuó: *“...hasta mi ropa la he llevado, las ropitas de mis bebés también...”*. Recién semanas después, en otra ocasión, profundizaríamos sobre este comentario.

Una tarde, luego de hacer almorzar a sus hijos, descansamos en un par de sillas de plástico que tiene a la entrada de su casa. Aquella vez hablamos de Alcides, el papá de sus tres hijos. Él era un año mayor que ella, tenía 25 años y ahora trabajaba como cobrador en una línea de buses en Lima. Se fue a inicios de enero, cuando comenzaron las lluvias, y hasta inicios de abril, aún no había vuelto. Aunque mantenían cierta comunicación, me contó que días antes lo llamó para avisarle del trabajo que estaban ofreciendo los del proyecto del PNSU, pero que la comunicación llegaba a ser conflictiva: en esa llamada también le reclamaba que no estaba mandando dinero para sus hijos.

Rosario lo conoció al poco tiempo de llegar a Lima, el 2013. El 2014 se embarazó de él. Cuando esto sucedió ya vivía con Alcides y este tenía un trabajo estable: tenía una distribuidora de gas *“Sechura gas”* ubicada en La Victoria. *“Un flaquito era, andaba en una moto roja y su casco verde. De la victoria se iban a dejar gas por ahí, agregaba Rosario, mientras me explicaba el negocio: “vendiendo gas se ganaba bien, al día ha 200 soles o más... Mira ve, por cada galón se ganaba 10 soles, y vend 20, 18 galones de gas.... ¡Diarios, ah! Y trabajaba sábados, domingos, feriados, todo. Él invertía en el negocio, compró dos motos, contrató a alguien más, se ganaba bien...”*

Rosario recordaba estos momentos con bastante ímpetu, sobre todo porque la vida ahora era diferente. Alcides vendió el negocio por comprarse un carro, lo que significó que ya no alcanzara el dinero para mantener una vida en Lima, y por lo tanto retornar. A Rosario no le convencía dicha decisión, pero no intervino. Según narraba ella, la decisión la tomó él influenciado por lo que le comentaban sus primos: *“Sus primos le convencieron de que lo venda el negocio. ‘Allá en Huarmaca vas a poder trabajar haciendo carreras... No hay muchos carros, se gana bien’, le dicen. Y cómo pues, cuando llegó había varios carros yendo a Serrán, además que en invierno (lluvias) feo está la carretera, no se puede hacer muchas carreras...”*. Recordaba Rosario, con el ceño un poco fruncido y la voz con cierto tono de molestia. Entramos a la casa mientras Rosario cerraba la idea haciendo énfasis en que desde que vendió el carro, todo era diferente. Ya adentro, comenzó a darle de lactar a su bebé mientras sus hijas jugaban. Y siguió contándome:

- *“...Yo me vine primero (Cuando vendió el negocio). Estaba con mi mamá... me vine sola, él vino vuelta más atrás con su carro. Como ya vendió el negocio, me vine. Es que de ahí caía para pagar el cuarto... para comer nosotros, ¿sí o no? Una vez que vendió todo el negocio ya de qué pues, con esa misma plata se fue, buscó por ahí el carro que haya en venta, ahí estaban vendiendo, lo agarró y lo compró... ‘que acá va a trabajar’, dijo”*.

- Me imagino que fue complicado...

- *“S pues, sino qué pues, si no lo hubiera vendido el negocio nosotros fuéramos en Lima, no fuéramos acá...”* Me miró a los ojos y afirmó *“yo fuera en Lima, no fuera acá”*. La miré también y afirmé su premisa con la cabeza.

Mientras tanto, su bebé se durmió, así que lo acomodó y comenzó a peinar a una de sus hijas, haciéndoles colitas en forma de vincha. Y luego continuó *“...Y eso que él invertía, compraba juguetes, compraba andador, compraba cosas para sus hijas. Les celebraba su cumpleaños, les compraba su torta, bien bonito les alquilaba local, invitaba a sus amigos, ¡bonito! dos años le celebramos sus años a mis hijas, con su torta a cada una...”*. La comparación con el ahora continuó: *“Ahora con mi Ninan, nada... A ellas sí, con su baby shower, cuando ya iba a nacer, faltaba una semana, le celebraba... todo bien bonito era. Compraba los dulces, todo lo que era para cumpleaños. Pero ahora...”*

Comentaba con un énfasis que generaba un aura de nostalgia con cierto enfado. Le pregunté si tenía fotos de esas épocas. “*S Pero arriba donde mi mamá...*”. Si bien es cierto, me hubiera gustado que las mostrase, aquella afirmación llamó mi atención en otro sentido. Ya en dos ocasiones había comentado que tenía cosas suyas en casa de sus padres: Las vajillas que trajo de Lima, así como ropa de ella y sus hijos. Así que pregunté por qué tenía las fotos allá.

Me respondió contándome un incidente con los papás de Alcides: hace algunos meses, cuando este aún seguía en Lima, sus padres vinieron a echarla de esa casa, acusándola de que se quiere quedar con esta. La voz de Rosario cambió mientras me lo contaba. Pronto agregó “*por eso yo tengo ya varias de mis cosas en la casa de mi mamá... y acá todo ya tengo todo en bolsas, por si acaso vienen otra vez. Yo me voy*”.

Unas semanas después, a mediados de abril, llegó Alcides. Cuando yo lo conocí ya tenía días en el caserío. Estábamos Rosario y yo preparando el almuerzo, cuando este entró a la casa. Las gemelas estaban en el nido y su bebé nos acompañaba en un cochecito que había sido de sus hermanas, donde Rosario solía dejarlo. Alcides llegó desde Lima manejando, con el fin de inscribirse en los trabajos del PNSU. Además, había comenzado a trabajar haciendo “carreras”, desde Huarmaca hasta Molulo, un par de caseríos después de Succhirca. Usualmente, la demanda principal estaba cubierta por profesores, lo que significaba que al menos tenía asegurado una ida por las mañanas y una vuelta por las tardes. La temporada no ayudaba, ya que no sólo las lluvias impedían el paso, sino también los tractores que detenían el paso debido a la ampliación de la carretera Huarmaca-Serrán. Sus carreras costaban entre 5 y 10 dependiendo del trayecto y el lugar donde se transportan. Aquella vez entró a la casa, me saludó, me presenté y seguí ayudando a Rosario. Mientras tanto él le hablaba al bebé y lo cargó un momento. Luego lo volvió a poner en el coche y pronto salió. Apenas se fue, Rosario me dijo: “*Tú lo ves así todo cariñosito con sus hijos, pero no es tan tranquilo...*” como quien advierte que no me fíe de él. Luego agregó que puede ser cariñoso, pero que no le había estado mandando dinero para sus hijos y que, además, no estaba presente, “*se desapa a*”: que todo ese fin de semana no se había aparecido, se había quedado en Huarmaca

*“quién sabe dónde”*. Y que ya más de una vecina le había contado que *“lo hab n visto en el carro con otras chicas”*. Con el mismo ímpetu con el que me contaba cómo era, me recalcó que todo cambió cuando volvió de Lima con el carro. Ya no era tan atento con ella y con sus hijos. *“Pero ya, que él haga su vida, pero que me dé para sus hijos”* concluía. Me dijo que dormía cada uno en una cama diferente. La relación era tensa. La nueva situación económica y la crisis en la relación, generaban una ambiente de incertidumbre y conflicto. En un contexto como tal, entendí que era sensato que tuviera varias de sus cosas en la casa de sus padres y esté preparada para una posible mudanza súbita.

*“Menos mal mis papás me apoyan, así como has visto... pero es dif ”*. Agregó Rosario, como haciendo notar la importancia de ellos en la precaria estabilidad que mantenía. De hecho, la presencia de estos se veía reflejada en su vida cotidiana: todos los viernes, apenas sus hijas salían de la escuela, iba por la tarde a la casa de sus papás y se quedaba ahí todo el fin de semana. A veces, además, salía a vender paltas, plátanos, o algún otro producto de temporada que provienen, justamente, de las chacras de sus padres.

Sumado a esto, para poder salir a vender, solía dejar a sus dos hijas al cuidado de su mamá o alguna de sus hermanas. Incluso, una tarde llegó un adolescente con un costal para Rosario. Era su hermano menor. Traía un encargo de sus papás. Le habían mandado frijoles, ocas, camotes, guineos y paltas para su consumo de la semana. Si bien es cierto la mudanza no estaba consumada, gran parte de la organización del cuidado de su unidad doméstica estaba en función a su familia de procedencia, más que en su nueva unidad familiar. El vínculo con las redes familiares de procedencia se mantenía bastante fuerte y ellos significaban un soporte económico y emocional fundamental en la vida de ella y la de sus hijos, sobre todo en el contexto de crisis conyugal que venía atravesando.



**- Itinerarios de atención**

ROSARIO  
*Primer parto, hijas gemelas*  
 2015

**Reparto:** Su esposo, su hermano y su mamá.  
**Lugar:** Vivía en Lima, distrito de La Victoria y dio a luz en la maternidad de Lima.

Rosa vivía en Lima cuando quedó embarazada de sus primeras hijas gemelas. Hacía meses que vivía con su pareja en un cuarto en el distrito de La Victoria. Tenían cierta estabilidad económica, ya que el trabajo de Alcides, su pareja, era bastante rentable. Así también la relación estaba en uno de sus mejores momentos. Como ya hemos adelantado, dicha estabilidad económica y afectiva cambiaron luego de un tiempo.

Este hecho parecía dotar de cierta nostalgia la narración de Rosario, quien no recordaba mucho el momento del embarazo. No obstante, sí hacía énfasis en el apoyo y compromiso que sentía de su cónyuge. Recordaba, por ejemplo, que semanas antes de dar a luz, Alcides celebró el baby Shower de sus hijas, para el cual hizo una fiesta en la que “*decoró bonito todo*”, contrató payasos e invitó a sus amigos. En aquella época Alcides sí “*inve en sus hijas*”, según resaltaba Rosario.

Ya el último mes de embarazo redujo más las actividades que realizaba en su día a día. A esto se le sumó que tres semanas antes de que diera a luz, su mamá llegó a Lima acompañada de su hermano mayor. Ambos fueron un soporte adicional e importante antes, durante y después del parto.

Rosario contaba que los dolores de parto llegaron por la noche. Su mamá les ayudó a alistar una pequeña mochila y partió, poco tiempo después, con su hermano y su esposo hasta la *maternidad de Lima*. En esta le dijeron que, debido a que eran dos, no iba a poder dar parto normal. Le programaron una cesárea

para hora más tarde. Las bebés nacieron a las 5:40 y 5:45 de la mañana. La operación no fue riesgosa. A los tres días le dieron de alta.

Cuando regresó a su casa, fue su mamá quien la acompañó día y noche durante las primeras tres semanas y quien la ayudó en la realización de diversas actividades domésticas. Era ella quien se encargó de cocinar durante ese tiempo y la que, además, preparaba una dieta especial para la parturienta: *“Me daba todo lo que era a blandito... caldito a Una gallinita... nada duro. Si es duro puede caerle mal al bebé dicen”*. Le pregunté a qué se refería y me contestó que era porque lo que las mamás comen le *“pasan al bebé”*. Además, agregó que la gallina ayudaba a *“recomponer la fuerza”*.

Además de cocinar, la mamá ayudaba a lavar la ropa, bañaba a las bebés y las cambiaba. Le pregunté por las actividades que hacía ella (Rosario) . Me contestó que estaba con las bebés, les daba de lactar, las cambiaba, y añadió: *“Mi mamá me ayudaba con una y yo cargaba a otra y así nos turnábamos...”*. Le pregunté si durante ese momento *“descansaba”*, ya que había enumerado varias actividades que su mamá hacía por ella. Rosario, sin embargo, me respondió que no. *“Yo no ‘descansaba’ como dicen, ‘tienes que descansar un mes’ te dicen, yo no... yo caminaba, le ayudaba a mi mamá, ha mis cosas... ‘tienes que estar echada dicen’ yo me paraba, caminaba... Algunas mujeres dicen a hacen, pero yo no he hecho”*. -“Claro, sí, algunos dicen que descansan”, le respondí y le volví a preguntar: ¿Entonces tú también cocinabas? ¿Quién salía a comprar las cosas que faltaban, también ibas tú? Inmediatamente me respondió con una negativa otra vez: “No pues, quien cocinaba era mi mamá. Yo algo picaba, ayudaba, pero ella hacía todo. Tampoco salía a comprar yo, sí caminaba, pero en mi casa nomás daba vuelta...”

De hecho, este último era un punto que llamó mi atención, ya que, tal y como señala Rosario, parece haber cierto mandato en cómo deberían ser los cuidados luego del parto, relacionado sobre todo al descanso y la dieta. Su negativa era clara, ella no había cumplido al pie de la letra dichas exigencias locales, y de hecho su experiencia además estaba situada en otro territorio, Lima. Sin embargo, también es cierto que, aunque no fue al pie de la letra, sí hubo una suerte de apoyo y lógica de que no hiciera muchas actividades que

demanden esfuerzo físico y tuvo una dieta muy parecida a la que se recomienda en la localidad, como el reservar una gallina para la parturienta luego de que esta da a luz. Sumado a ello, dichos cuidados no hubiesen sido posibles sin la presencia de su madre, quien asumió no sólo la tarea de cuidar a las dos recién nacidas, sino también y, sobre todo, a su hija, Rosario.

Sin embargo, la mamá la acompañó sólo tres semanas. Luego de aquel periodo se fue de regreso a Huarmaca. “¿Cómo iba a hacer yo con las dos bebés?! exclamó Rosario antes de explicarme que ella se fue de regreso con su mamá. “*Me vine unos meses a vivir en la casa de mis padres... Yo sin mi mamá no hubiera podido... Yo regresé a Lima recién cuando las bebés ya caminaban*”. Este último comentario es importante, ya que, al ser dos, el que no caminen significa movilizarlas cargadas, lo cual se hacía bastante complicado si es que iba a tener que cuidarlas ella sola. Regresó para cuando estas cumplieron un año, para el cual Alcides organizó una fiesta “Bien bonito decoró, les compró una torta para cada una, contrató payaso, había bocaditos... ¡todo! bien bonito les hizo”.

ROSARIO

*Tercer hijo, segundo parto*

2018

**Reparto:** Cónyuge, padre, madre, obstetra.

**Lugar:** Chulucanas, su casa en Succhirca

El segundo embarazo lo tuvo una vez que regresó a Succhirca. Como ya hemos comentado, una vez que Alcides vendió el negocio de gas, ya no hubo dinero suficiente para mantener los gastos de una vida en Lima. Esa fue una de las razones por las que Rosario regresó, incluso mucho antes que Alcides. Se quedó donde sus padres, hasta que llegó su esposo con el carro. En esa

temporada es cuando queda embarazada y cuando Alcides comienza a “desaparecer” con el carro y a dejar de estar atento con ellos.

En ese momento, Rosario ya era parte del programa Juntos, por lo que, como condición de este, debía asistir regularmente a sus controles. En estos, la obstetra que le hacía el seguimiento, le programó un parto por cesárea. Ello implicaba gestionar en el centro de salud más cercano, el de Huarmaca, para que manden una ambulancia para recoger a Rosario y llevarla al hospital más cercano de la zona. El cual quedaba en Chulucanas, a ocho horas de viaje en carro. No obstante, todas estas coordinaciones y gestiones para que la ambulancia venga a recogerla, se hicieron luego de que le empezaran los dolores de parto: *“Estuve con dolor y avisé en la posta, recién a la semana llegó la ambulancia...”* Esto sumado a que, cuando le empezaron los dolores, ella vivía en casa de su pareja y las tensiones ya empezaban a hacerse notorias: *“Mi esposo me de ‘que por qué no quiero dar a luz en mi casa’, que ‘cómo todas las otras mujeres lo hacen’, y no pues, a mí me daba miedo. ¿Como ya el primero había sido por cesárea, este también tenía que ser así pues, ¿no?”* comentaba Rosario, quien a pesar de la presión y los comentarios incómodos de su pareja o de la demora de la ambulancia, fue hasta Chulucanas, a siete horas de ahí, para dar a luz a su tercer hijo.

Según narra Rosario, al principio su esposo se negaba a acompañarla o apoyarla con todas las gestiones. No obstante, cuando la ambulancia llegó hasta su casa, junto con la obstetra y el doctor, Rosario fue junto con Alcides y su papá. Le pregunté por mamá y me dijo: *“mi mamá se quedó... no hab quien vea a las gemelas”*. La ‘ambulancia’ era una de las camionetas que el Centro de Salud de Huarmaca disponía como tal. Si bien es cierto, la movilización de ida no tuvo ningún costo, el retorno sí debía ser asumido por la familia, ya que el personal de salud de Succhirca se regresaba en la camioneta una vez que Rosario saliera de riesgo. Sin embargo, todo este procedimiento tardó y los dolores comenzaron a hacerse más intensos.

*“Los doctores vinieron temprano y me llevaron primero para Huarmaca. Luego, a las 7:00 am, me llevaron de Huarmaca hasta Chulucanas, llegué a las 2 de la tarde, por ahí. De ahí me hicieron esperar otras dos horas para ver si*

*pod a dar a luz normal... Yo ya que que me atiendan... al rato me dijeron que no, que el bebé ya estaba por pasarse...a las 4:30 de la tarde me hicieron la cesárea".* El 7 de noviembre del 2018 nació su hijo. En el hospital se quedó tres días. Al salir, aprovechó que estaba en Chulucanas para comprarle ropa a su recién nacido. Luego de esto, regresaron a Succhirca, junto con su esposo y su papá. Al llegar, otra vez los roles de cuidado de la parturienta, de su recién nacido y de sus otras dos hijas gemelas, recayeron en su madre.

### **3.2. TELMA: “Mi esposo se fue a ver a la partera, yo me quedé con mi mamá...”**

La primera vez que fui a buscar a Telma a su casa, por la mañana tal como habíamos quedado, la encontré a punto de salir, con su bebé cargado en la espalda. Las expresiones de su rostro eran distintas a la vez anterior que nos vimos. Estaba preocupada. Su bebé continuaba con una fiebre que no se le pasaba desde hace tres días, por lo que se dirigía al centro de salud. Le pregunté si podía acompañarla y me dijo que sí. Mientras subíamos, me contaba que el fin de semana lo había llevado a Huarmaca a una clínica privada. Ya en el centro de salud, le pidió al doctor que nebulice a su bebé, como le habían recomendado en Huarmaca. El Doctor comenzó a quejarse en voz alta de que la “*población ha lo que que a*”, pero igual lo nebulizó. Telma callaba y no respondía, solo sostenía a su bebé mientras el doctor realizaba el procedimiento. Las madres que se encontraban esperando su turno, muchas de estas presentes por los controles de sus menores, presenciaron toda la escena. Pronto comenzaron a hablarle sobre la salud de su bebé y de la importancia de hacerlo sortear. Los pronósticos de aquellas mujeres eran desalentadores y la cara de Telma ya no podía ocultar la preocupación. No les respondió nada. Apenas el doctor terminó, salimos. De regreso me contó que en Huarmaca también lo había hecho sortear y que le había dicho que no iba a vivir. Luego de un silencio, cuestionó que este haya sido un buen sorteador. Al instante agregó que mejor lo iba hacer “caipar”, que por eso estaba en búsqueda de un cuy blanquito bebé. En el capítulo anterior, comentamos esta escena como introducción de la presencia de pluralismo médico en la zona. Sin embargo, en este apartado me interesa hacer énfasis en la preocupación y agencia de Telma durante todo el proceso de

atención del bebé. Como hemos señalado, no solamente las mujeres tienen una fuerte carga de trabajo, sea este remunerado o no, sino que también cargan con la preocupación mental y los cuidados prácticos que este exige.

Al igual que las demás mujeres de nuestros casos, así como de otras mujeres de la comunidad, Telma asistía con su bebé en la espalda a las diversas actividades y jornadas de trabajo convocadas por el PNSU en la zona. Las jornadas tienen una alta cuota femenina: al parecer, las mujeres parecen responder por la unidad doméstica, ya que se pide un representante por familia. Esta temporada, el esposo de Telma estaba trabajando como vigilante en el colegio, además de dedicarse a la Chacra, por lo que dicha responsabilidad terminaba cayendo en Telma.

La fui a visitar otra mañana. En menos de media hora ya había puesto la tetera a hervir en la cocina de leña con un puñado de hojas de “pasma”, una planta con un olor muy parecido a la muña/menta y con propiedades para “el resfriado”, según me comentó. Telma pronto bañó a su bebé con esta agua, lo abrigó rápidamente, se lo puso a la espalda y, mientras este se iba durmiendo, comenzó a cocinar. “*A cargarán a sus hijos en Lima*” me dijo y se rió a carcajadas. Le sonreí y le dije que estaba bonita la mantita. Me respondió que la había tejido ella misma. Mientras me lo decía picaba cebolla usando sus dos manos. Le dije que a mí me costaba hacerlo así. “*¿En Lima solo pican con tabla no? -Se reía y agregaba- yo tengo mi tabla aquí mira ve -me la muestra-, pero está colgada, con la mano es más rápido...*”. En efecto, con las manos le era más rápido y tenía bastante destreza para hacerlo sin cortarse. Pero también me llamó la atención que una forma de liberar sus manos haya sido mediante el uso de la manta, con la que ahora cargaba a su bebé dormido. Pronto prendió la cocina de gas, puso una sartén, la cebolla picada y el achiote que acaba de moler. Cuando terminó de hacer un pequeño aderezo, lo colocó en una olla con frijoles, que estaba en la cocina de leña.

Aquella vez conversamos sobre su historia. Telma tenía 36 años y nació en Chalpa, un caserío a tres horas de distancia caminando. Vivió ahí hasta los 14 años. A esa edad emigró a Chiclayo a trabajar como empleada doméstica:

- *“De 14 años me quité, de ahí vine el 2002 vine para acá, a los 20 años. No he terminado el colegio, me quedé pasando el tercer año de primaria. En Chiclayo trabajé dos años. De ahí regresé vuelta acá. Mis papás vivían también en Chalpa, me regresé a ayudarles, como en Chalpa sembrábamos arroz... Luego vuelta me fui a Piura. Nos vamos a trabajar y nos ven amos vuelta. Al final ya me quedé acá”.*

- ¿Por qué te regresaste?

- *“Muy barato pagaban pues. Ahora pagan bien. A trabajabas y te pagaban 100 soles el mes. Barato pues. Todo en casa hacía, trapear el piso, lavar, planchar, todo lo que es casa. Y te pagaban 100 soles, barato. ¡En Chiclayo te pagaban 80! Mucho barato no te resulta. Ya en Piura me pagaron 100, hasta 150 me pagaron”.*

Pronto volvió a regresar a Chalpa por insistencia de su mamá, quien le pedía que le ayude con sus hermanos menores. Además, al regresar ayudaba a su papá con los cultivos de arroz. Telma no dejaba de cocinar mientras me contaba su historia: meses después de regresar a su casa, conoció al padre de sus hijos, quien había llegado como jornalero a una de las chacras cercanas, y comenzaron a “verse” (estar en pareja). Era el 2003 y su primer hijo nació al año siguiente. En ese año se “casaron”:

- *“En el 2003 nos ‘casamos”.*

- ¿Tuvieron una fiesta?

- *“A nomás nos juntamos pues, conviviente como le dicen. Casarse creo que cuando es por iglesia. Nosotros as nomás nos juntamos”.*

Durante el embarazo vivieron en la casa de sus suegros, en Succhirca. Recién en el segundo hijo se independizaron: ahora viven en otra casa también en Succhirca, la cual se encuentra a tres horas del caserío Chalpa, lugar de origen de Tema.

- Itinerarios de atención:

<p style="text-align: center;">TELMA  <i>Primer hijo</i>            2004</p> <p><b>Reparto:</b> vivía con su suegra y su cuñada, su esposo estaba de viaje de trabajo. Vino una partera y una enfermera.</p> <p><b>Lugar:</b> Casa de su suegra</p>
---

*“Mi primer hijo ahorita tiene 14 años”* comentaba Telma mientras me aclaraba que lo tuvo a los 23 años de edad, en el año 2004. Tenía varios meses de haber conocido a su esposo, el cual hacía meses había llegado como jornalero y era natural del caserío de Succhirca. Pronto quedó embarazada: *“Ya no me ven a mi regla, a nadie le conté...”*. Durante los primeros meses continuó haciendo las cosas que normalmente hacía: Ayudar a su mamá en la casa y cuidando a sus hermanos menores, así como ayudar a su papá con los cultivos de arroz: *“...Yo trabajaba en la chacra cuando quedé embarazada; sembraba arroz mi papá, yo le ayudaba... A mi papá no le dije, tenía miedo que me pegara... A veces me ven el malestar, vómitos... yo hago mis cosas nomás. No le contaba a nadie... Yo a mi esposo recién le he contado cuando yo ya tenía 4 meses...”*. Guardar silencio fue una forma de manejar la situación mientras evaluaba qué hacer.

La primera persona a la que se lo contó fue a su pareja. Recién decidió contarle cuando él estaba por irse a trabajar a Serrán. *“Yo apenas le dije, me fui con él, me quité de mi casa sin avisar... Me fui por Serrán con él. Él ahí trabajaba sembrando arroz... yo ahí también le ayudaba con todo y barriga...”*. Hacía énfasis en que continuaba desarrollando sus actividades con normalidad. Recién a los siete meses de embarazo regresó y al poco tiempo fue a Succhirca a la casa de la mamá de su esposo.



Ya los últimos meses pasó más tiempo dentro de la casa. Cuando le vinieron los dolores, no le contó a nadie: *“Me agarró el dolor a las 12 de la noche. Al otro día todo el día. Todo el día yo no decía a nadie que estaba con los dolores. Mi esposo no estaba acá, estaba por la selva se había ido a trabajar. Yo vivía con mi suegra nomás, no le decía que me duele. Yo me caminaba por su sitio, nada le decía. En la mañana vuelta me levante, me dolía. Me fui lejos de la casa, parada ahí estaba con dolor... Ahí estaba cerca mi cuñada, pero no le decía que estaba ahí con dolor”*.

Su esposo estaba de viaje trabajando y solo vivía con su suegra. Comentaba además que desde que empezaron los dolores a las 12 de la noche, no pararon. Amaneció así. En la mañana, cuando estaba alejada de la casa le comenzaron a dar dolores más fuertes. Ella recuerda que eran como las 12 del día cuando su cuñada que pasaba por ahí se le acercó:

- *“Ella vino y me pregunta: ‘¿qué tienes?’ me dice. Nada le decía yo. ‘Te duele tu barriga?’ Me preguntó. “No”, le decía yo.*

- *¿Y por qué no le decías?*

- *“De vergüenza pues”. [Se reí]*

- *¿De vergüenza de qué?*

- *“Era mi primera vez pues, tenía vergüenza...”. No me explicó por qué, pero comenzó a reír más fuerte.*

- *“¿Qué tienes? ¿Te duele la barriga?’ Me dice. Hay que ir a ver a una partera de repente. Nada dije”. Ya más bien ella me iba mirando. Yo me iba más lejos, me iba de la casa, para que no me vean”... Se volvía a reír. “...De ahí ya vuelta andaba mirándome. Cuando ya al final no aguantaba el dolor. ‘Estas con dolor tú, no sabes decir’ me dijo y ahí nomás se fue a ver a una partera”.*

-

Luego llegó la partera: *“Como a las 3 vino la partera. Me acomodó, me compuso, me dio unos remedios y se fue a su casa. ‘Toda la noche va a demorar... para la noche está’ dijo. Ya de ahí vino vuelta como a las 6 de la tarde. Ahí me seguía el dolor, me agarraba feo el dolor. La partera me agarraba, me hacía echar fuerza y no podía dar a luz. De ahí mi cuñada mejor se fue a ver a las enfermeras. Las enfermeras me decían que me iban a cortar... me daba miedo.*

*De ahí dilató dijeron, cayó a las 10 de la noche... En esa época no hab a médicos, enfermeras nomás había. Ahí ya junto a la partera me lo hicieron caer. Dicen demora los primeros hijos, demora... como no tenía hijos no sabía cómo era”.*

Cuando dio a luz, estuvieron presentes la suegra, la cuñada, la partera y las enfermeras. La cuñada cumplió un rol importante durante el proceso del parto. Pronto se quedaron su suegra y ella. Su esposo llegó 15 días después: *“Él lo conoció cuando ten más de 15 días mi bebé. Él le puso el nombre...”*

Comentaba también sobre los cuidados posteriores: *“Cuando di a luz, mi cuñada lo bañaba, lo cambiaba a mi hijo... Después de tres semanas ya me podía bañar... Me quedé tres semanas descansando. Ellas me daban de comer, me daban comida. Para los primeros días mataron una gallina con la que le preparaban comida solo a ella: “Mi mamá llegaba con comida también... Llegaba con comida desde Chalpa, se quedaba un par de días cuidándome y se iba. “...Ten a que cuidar a mis hermanitos también. Pero a la semana siguiente regresaba”.*

TELMA

Segundo hijo

2005

**Reperto:** Esposo, partera, hijo bebé

**Lugar:** casa de su suegra

Su segundo hijo lo tuvo al poco tiempo: *“Al año sa embarazada. cuando mi hijito cumplió un año, yo salí embarazada. No me cuidaba yo y salí embarazada... mi hijito menor toda a no caminaba... ¡Ay! yo sufrí con mi hijo para criarlos a los primeros...”.* Los cuidados del primer bebé le demandaban **tiempo y fuerza**, el cual debía asumir teniendo a su segundo hijo en el vientre. Se dio cuenta que estaba embarazada de nuevo porque al mes siguiente de que le venga su primera menstruación, ya no le volvió a venir: *“(...) Me vino la regla*

*al año, y ah nomás quede embarazada... ya no me dio al otro mes. Ah me di cuenta que estaba embarazada, porque no me vino la regla. Una sola vez me vino, de ah ya no me vino... quedé embarazada*". Le pregunté si durante el embarazo fue en algún momento le hicieron ir a la posta o si es que le hacían algún tipo de control en el centro de salud. *"No me fui a la posta yo, antes no íbamos a la posta. Ahora ya estás embarazada, a la posta dicen que vayas..."* me respondió. Sin embargo, al igual que con el bebé anterior, a pesar de referir que no asistía a controles como sí lo tiene que hacer con su último hijo nacido el 2018, el acudir a la posta de salud sí fue una opción en caso el parto se complicara.

Sobre el momento del parto comentó: *"Este fue en la casa como con mi primer hijo"*. Telma comenta que este parto fue "al toque": *"Ahí me agarró el dolor en la noche también... a la una de la mañana. Estaba con dolor, le dije a mi esposo que me duele. Ahí nomás se fue a ver partera. Avanzó la partera en llegar y al toque cayó. A las 3 de la mañana nació"*. La partera a la que acudió fue la señora Manuela, la cual vivía en una zona alta del mismo caserío.

Le pregunté cómo había sido el momento después: *"Ah también se quedó en cama. Un mes nos cuidamos acá. Un mes te cuidas. No te vas a ir a cocinar, a lavar... nada. Estás ah con tu bebe... caminas adentro, a pero no lavas, no cocinas. A nos cuidamos nosotros acá... Algunas, todas no. Yo lo he hecho, con todos mis hijos. Algunas no se cuidan, al toque dicen se van a la cocina a lavar, barrer, en cambio yo no. Yo al mes me voy a lavar, a cocinar. Al mes"*. Su énfasis estaba en que había descansado un mes. Si bien es cierto, no hubo testigos, me pareció importante la narrativa que construye no solo sobre el mandato local de descansar, sino sobre su propia reafirmación con el mismo.

¿Quién hace eso ese mes?, le pregunté. *"Mi mamá"* respondió y agregó: *"Mis dos hijos primeros me ha cuidado mi suegra... Y también mi mamá llegaba a cuidarme. Llegaba con comida. No conmigo, mala suerte... Mi mamá llegaba con comida, llegaba a lavarme, todos los días y de ahí se iba a su casa, a cuidar a sus hijos también pues... Venir de Chalpa es lejos. Estaba un d ... a veces dos d s se quedaba conmigo... luego regresaba a la semana vuelta. Mi papá ven con comida también... As se turnaban"*.

TELMA

Tercer hijo

2011

**Reparto:** Esposo, obstetra, enfermeros, partera

**Lugar:** vivía en su casa, le hicieron darlo en la posta de salud

*“Para Neymar ya estuve acá en mi casa (En la que estábamos conversando) ... yo vine acá cuando mi hijito (el segundo) ya estaba gateando a por el piso...”*. La casa donde vivían ahora ya no era la de su suegra, sino una independiente, en la que vivía junto con su esposo y sus hijos pequeños.

Cuando le pregunté sobre la distancia del tiempo entre su segundo hijo y el tercero me comentó que había estado cuidándose con ampolla. Lo que implicó que se abriera una pequeña discusión sobre su práctica y uso con métodos anticonceptivos:

- *“Primer año de primaria estaba el primero. El segundo ya sal a del inicial cuando nació mi tercer hijo...”*.

- Para Neymar ya fue después de un tiempo ¿no?...

- *“S . Ah demoró... me estuve cuidando. Me puse ampolla en la posta... pero me ha a mal. Me ha dado dolor de cabeza, mareos... Me ha cortado la regla un año la ampolla. D la dejé... sal embarazada”*.

- ... ¿Estuviste varios años con la ampolla?

- *No... solamente tres ampollas me puse. Más no. Hasta el día de hoy ya no me pongo. Aquí me hace mal.*

- ...Y ahora qué usas?

- *Nada, así nomás, natural.*

- ¿Cómo natural?

- *No me pongo ampolla, pues.*

- ¿Sabes si hay otros métodos?

- *S hay... me pongo ampolla no te digo que me duele la cabeza, me da mareos. Por eso me pongo ampolla...*

- ¿Y en la posta no te han dicho si hay otras formas de cuidarte?

- Sí hay pues... la T de cobre dicen, pastilla también. Pastilla me agarraba vómitos.
- ¿...Y condón?
- *Eso no he utilizado. Dicen que con el condón te agarra cáncer con el tiempo... A me han dicho...*

Cuando ya estaba embarazada del tercero -y como ya sus hijos estaban en la escuela- ya podía ir a la chacra a trabajar. Esto considerando que las labores domésticas como cocinar, lavar y todo el engranaje de cuidados que asumen. Todo esto ahora sumado con su propio embarazo.

Sobre el parto comentó: *“Para el tercero di a luz en la posta yo. El dolor me agarro a las 3 de la mañana... todos mis hijos han sido en la madrugada. Me desperté 2 de la mañana con el dolor. Ya no me dormía, ya no pude dormir... A las 4 me fui a la posta. ¿Por qué me fui a la posta? porque nos obligaban a ir a la posta. Porque nosotros recibimos un programa del Estado... Juntos creo, he estado ah desde el 2008... entonces me fui a dar a luz a la posta. Pero fue para mi mal ir para la posta. Casi me matan ahí esos enfermeros. Se quedó la placenta, no caía. Me quisieron quitar ahí la placenta. La placenta demoró, estaba para que me lleven a Huarmaca... Esos doctores ya no están, ya. Ya de ahí mi esposo se fue a verla a la partera, a la que siempre me hacía darle a luz a mis hijos”.*

Aquella partera, la señora Manuela, vive a tres casas de la posta, por lo que llegó rápidamente. *“La doctora ya me dejó ah más se preocupó por llamar a Huarmaca, más bien. Ya me dejó a mí, no pudo. Entonces de ahí vino la partera, me dio remedios. Ah nomás me vino la placenta... a los 3 minutos. Todo eso fue en la posta, yo estuve ah , ah mismo llegó la partera... La doctora estaba más preocupada en llamar a Huarmaca para que venga la ambulancia para que me lleven. Después que boté la placenta, normal me sentí. Al final llegaron con la ambulancia, pero ya no me fui ya. A las 7 de la mañana nació mi hijo. Un día nomás descansé en la posta de ah me fui”.* Sobre el momento posterior agregó: *“Después descansé un mes. Ah me ayudaba mi mamá... Ya no con mi*

*suegra, mi mamá ven a... Mi mamá me ayudaba a cuidar a mis hijos. Cuando recién hab a dado a luz ella los llevaba al colegio...”.*

TELMA

*Cuarta hija*

2014

**Reperto:** vivía con su esposo y sus hijos

**Lugar:** lo dio con una partera en su casa

*“Aqu en la casa di a Luz... Me agarró el dolor en la noche... Luego al otro día volvió, toda la noche me agarró el dolor. Mi esposo se fue a ver a la partera, yo me quedé con mi mamá... A las 5 am vino a caer”.*

Su cuarto embarazo fue luego de tres años. Telma comentaba que después de su última experiencia en la posta de salud, no quiso ir otra vez: *“Ya no fui a la posta ya. Me fui a hacer los controles nomás, pero no me fui a la posta... Ya no quise irme”.* Sin embargo, no dejó de mencionar los controles y el seguimiento que la posta le hacía. Le pregunté, entonces, si seguía afiliada al programa y si le dijeron algo por no ir aquella vez. Me contestó que no, que no le dijeron nada y tampoco le *“quitaron del programa”*, por no dar a luz en la posta de salud. Lo que sí le exigían era ir a los controles de embarazo y a los del bebé.

TELMA

*Quinto hijo*

2018

**Reperto:** vivía con su esposo y sus hijos.

**Lugar:** Llamó al doctor, pero no estaba en la comunidad. Luego vino una partera.

Su quinto y último hijo nació el 13 de septiembre del 2018, día de la fiesta central del pueblo de Huarmaca. Le vinieron los dolores por la noche. Telma narra que su esposo fue a buscar al doctor al centro de salud, para llevarlo a su casa, pero que no encontró a nadie. Luego de ello, fue a ver a la partera del caserío, que está a pocas casas del centro de salud. Al día siguiente, llamaron al doctor y este llegó a hacerle el control de nacimiento a su recién nacido.

Los últimos años y el tiempo en que yo estuve ahí, esa dinámica con el médico o la obstetra del centro de salud era un patrón que se repetía. Al igual que Telma, varias de estas mujeres que asistían a sus controles, solían llamar a los doctores para avisarles de los dolores del parto y mandaban al esposo o a algún miembro de la familia, normalmente varón, para que vaya al centro de salud a recoger al doctor o a la obstetra e indicarles el camino hasta sus casas. Este era un acuerdo relativamente explícito. En alguna conversación con el médico y la obstetra, comentaban que ninguno de los partos que atendieron ellos o sus antecesores, se realizaron en el centro de salud. Ellos tenían que ir hasta las casas. Por lo cual, el teléfono celular era una herramienta importante, ya que con este se les avisaba que las mujeres ya se encontraban en el momento del parto. Esta era la lógica que operaba bajo la llamada que le hizo al doctor, el cual se encontraba aquella noche en el pueblo de Huarmaca.

### 3.3. ALVA: “La partera llegó cuando ya estaba caído...”

La última vez que vi a Alva fue en una jornada comunal convocada por el proyecto del PNSU activo en la zona. Yo regresaba de visita después de meses de realizar mi trabajo de campo. Mientras buscaba entre la gente a alguien conocido, Alva me reconoció a lo lejos, me sonrió y se acercó:

- *“¡Arantxa!, cómo estás, pensé que ya te habías olvidado de nosotros ya...”.*
- *“¡Alva! ¡A los años! No, cómo crees... ¿Cómo estás tú? ¿Cómo están tus hijitas?”.*
- *“Bien, bien, ah están mira ve (me las señaló), sentaditas. Mi Aylin (su hija menor) ya camina ya...”.*

No se veían más grandes de lo que yo las recordaba, pero la menor ya había aprendido a caminar. Ambas niñas estaban sentadas juntas en un murito al costado de la carretera, donde la mayor de tres añitos tenía abrazada a su hermanita, de casi dos años. Luego, cuando se cambiaron de sitio, Alva cargó a su hija menor en el rebozo y caminó junto con su otra hija. Esta escena me pareció conocida, ya había visto a Alva en la misma situación: “cargar” siempre con sus dos hijas pequeñas, que la acompañaban no solo a las jornadas de aquel proyecto o a los eventos convocados por el colegio o alguna otra actividad que exigiera su presencia; sino también, eran la razón principal que le exigía pasar más tiempo en casa del que hubiese deseado:

*“A mi Lesly le falta año y medio y a mi Aylin dos años nomás (hacia el cálculo de la edad faltante para que cumplan tres años e ingresen al nido). Ya de ahí va a ser más fácil ir a trabajar, ayudar a mi esposo en la chacra... Con ellas pequeñas no se puede...”.* Este cálculo del tiempo que “le queda” en casa, fue recurrente en nuestras conversaciones y hacía referencia a la entrada al colegio como un evento que significaba también tener donde dejarlas y el poder disponer de mayor tiempo. Alva era una mujer bastante activa.

Cuando recién nos conocimos me dijo que podía visitarla por las mañanas, porque son sus tiempos “libres”. Aunque argumentaba que tenía mayor



disponibilidad a esa hora, siempre que la visitaba, no dejaba de estar haciendo alguna actividad.

Al inicio solíamos conversar en la puerta de su casa. Tenía una pequeña zona de descanso entre su puerta y la carretera. Al costado de su puerta había un muro de adobe. al cual me invitaba a sentar ofreciéndome una ‘jerga’ (manta o tela), que se ponían encima de estos. Una mañana, comenzó a barrer aquel espacio. Lo hacía con una escoba hecha de paja que me pareció curiosa, así que le pregunté dónde la había conseguido. Me respondió que ella misma lo había hecho. En otra ocasión la encontraría tejiendo y dando forma de alforja a un costal, en sus momentos “más libres”. Aquella vez le pregunté si había vivido siempre en Succhirca y cuántos años tenía.

*“Yo me crié en La Rinconada, toda mi familia es de allá”.* Me respondía mientras alzaba la mitad de su polo y comenzaba a darle de lactar a la menor de su hija, a la cual tenía abrazada. Me contó que tenía 27 años y que vino a Succhirca justo para el nacimiento de su primera hija, cuando tenía 20 años. En ese momento su otra hija, que estaba sentada a su costado se para y Alva le revisa el pantalón: estaba mojado. En ese momento se lo quita, trae un trapito y se lo acomoda junto con un pantalón seco. Nuestras conversaciones tenían escenas como esta bastante a menudo.

Luego de un par de visitas, conocí su cocina. Ya era hora de preparar el almuerzo, así que me invitó a pasar. La casa estaba al borde de la carretera, en un desnivel, por lo que para llegar a la cocina hacía falta “bajar” una pequeña ladera. Entramos a la cocina. En esta había una cocina de leña a una esquina y una de gas al otro extremo. Los cuyes corrían por el piso y al costado tenía su balde de “bagazo”, en el cual depositaba los residuos orgánicos de sus comidas. Aquella vez les servía el almuerzo a su hijita menor que estaba sentada sobre una mesa de carrizos (donde Alva la colocaba a modo de corralito) y a su hija de tres años que jugaba dentro de la cocina, persiguiendo a los cuyes. Alva pronto les hizo comer una sopa de lentejas con arroz y tallarines. Luego, sacó un poco de carne y les puso: *“las dos están con anemia... He bajado el domingo a Huarmaca, ahí he comprado. Me han dicho que el vaso es bueno para la anemia...”* Le pregunté cuánto tiempo llevaban así. Me contestó que en la posta le han dado tratamiento por tres meses y que en una semana les tocaba su

control: *“La chiquita tiene 10.8... primero han estado las dos con 10.3, después me dieron en la posta un jarabe, sulfato ferroso, un tratamiento... por tres meses. De ahí ya pues, antes de los tres meses subió a 11.8 y la chiquita se quedó con 10.8. A ellas les toca sacarles su hemoglobina el domingo cinco de Mayo”*. Me aclaró. Me llamó la atención que tenga presente dicha enfermedad en la cotidianidad y los cuidados específicos enfocados a atenderla. Si bien es cierto, toda la medición implicaba una intervención de la posta de salud, el incorporar en sus comidas alimentos como el vaso, al mismo tiempo darles también el jarabe, implicaba un despliegue de esfuerzo de recursos y tiempo considerable. Tomando en cuenta que para conseguirlos significaba ir hasta Huarmaca.

Apenas terminaron de comer me pidió de favor que cuide a sus hijas un rato, que vendría pronto. Aquel día su esposo había olvidado llevar una hoz y un cuchillo, por lo que debía ir a dárselo. Supuse que aquel pedido se debía a que ya habían pasado varias semanas de mi estancia, por lo que al parecer la confianza era mayor. Sin embargo, sí me dejó pensando en sus redes cercanas.

Si bien es cierto una parte de la casa donde Alva vivía con su esposo y sus tres hijas era de sus suegros, estos no vivían ahí. Su casa quedaba a 20 minutos caminando, en una zona a la que llamaban “La Huaca”, a la entrada del caserío. Alva y su esposo vivieron ahí los primeros años luego de comprometerse y hasta después que nació su primera hija. Sin embargo, para su segunda hija, ya vivían en la casa donde la conocí. Si bien parecía haber una relación cordial con la familia de su esposo, estos no estaban tan presentes en el cuidado de sus hijas. Por otro lado, sus padres no vivían Succhirca, sino del caserío de “La Rinconada”, a media hora de distancia en carro. Ella también era de ahí y ahí fue donde conoció a su esposo, que trabajaba como jornalero en una de las chacras. Ella y sus padres tenían una comunicación fluida vía llamadas de celular, pero el apoyo práctico era un poco limitado, considerando que tanto el precio de los pasajes, como la poca afluencia de carros que conecten aquellos caseríos era escasa. De esta forma, el tiempo que implicaba el cuidado de sus hijas y la poca presencia de redes disponibles que puedan aligerar el trabajo de cuidado, parecían generar cierta frustración en Alva.

Se demoró 30 minutos en regresar. Poco después que llegó, Camila, su hija mayor apareció, llegaba del colegio. Le pregunté a Alva cómo hacía cuando tenía que salir y no tenía con quien dejar a sus hijas, como había sucedido hoy. *“En las mañanas nomás es mi problema. A veces cuando es rápido ya las dejo en el cuartito de arriba (el cual cierra con candado). Ya más bien en las tardes, la Camila me ayuda con sus hermanitas. Ahí ya me puedo ir a la chacra más tranquila. Hasta les cocina a sus hermanitas”*. Camila se rió y asintió. Se unió a la conversación comentando que le da miedo usar la cocina de gas, que solo usa la de leña. Le pregunté qué sabía cocinar y me dijo que sabía hacer calditos y freír huevos. *“Ella me ayuda bastante con sus hermanitas En las tardes a veces salgo a la Chacra, ya ella las ve”*.

Camila tenía nueve años y estaba en cuarto de primaria. Era bastante activa y preocupada por sus hermanas, de hecho, en varias ocasiones la vi cumpliendo el rol de cuidadora de sus hermanas con bastante ímpetu. Una vez, en una jornada del proyecto de PNSU realizado por la tarde, la encontré sentada, con el rebozo puesto y haciendo dormir a su hermanita más pequeña y sentada junto a su otra hermana. Si bien no la cargaba en peso, sí la tenía acomodada en su espalda y a la otra agarrada de la mano. En otra ocasión, cuando fui a buscar a Alva, toqué su puerta y me abrió Camila. Me dijo que su mamá no estaba, que llegaba en media hora y que no podía hacerme pasar ni a mí ni a nadie por indicación de su madre. Si bien es cierto yo ya había cuidado de ellas, la indicación era clara: No dejar pasar a nadie. Y Camila la cumplía con rigurosidad. Le dije que le avisara que la fui a buscar y que estaba bien que no dejara entrar a nadie. La presencia de Camila en el cuidado de sus hermanas, era fundamental para la organización de los cuidados de su unidad doméstica. Incluso, fue de mucha ayuda en el último parto de su madre, la cual dio a luz en casa.

- **Itinerarios de atención**

<p style="text-align: center;">ALVA  <i>Primera hija</i>          2012  <b>Reparto:</b> Su esposo, suegra y su mamá, el doctor  <b>Lugar:</b> Casa de su suegra</p>
---

Alva era del caserío de La Rinconada, a un par de horas de Succhirca. Conoció a su esposo ahí, quien trabajaba como jornalero en una chacra cerca de su casa. Cuando Alva quedó embarazada de su primera hija, dejó su Caserío y se mudó donde sus suegros en Succhirca. Esta casa quedaba por “La Huaca”, zona límite con caseríos de Laguna de Succhirca y Víctor Raúl, bastante cerca de la posta y a la casa de la partera que la atendió.

En varias ocasiones Alva contaba que a ella el dolor le da “*rápido*”, que “*a las pocas horas ca an mis hijas*”. En una de esas veces, me comentaba que a todas sus hijas las ha tenido en su casa, explicándole que era justamente otra de las razones por las que no iba a la posta: “*a mí el dolor me da rápido... Así ha sido con mis tres hijas. A la horita el muchacho caído... Cómo pues para ir a la posta a Algunos hay que las tiene un d entero, d s con dolor...*”. Aproveché ese comentario para preguntarle si los del centro de salud le pedían que lo lleve hasta la posta. Me contestó que no, que no era obligatorio dar a luz en la posta de salud. Pero me aclaró: “*pero el llamarles o avisarles a los doctores, a eso nos obligaban con juntos, ah... por eso siempre les pasaba la voz, en todos mis partos siempre les he avisado...*”.

Justo vivían a pocas casas de la señora Marcelina, la única partera del caserío que continuaba atendiendo cuando yo estuve de trabajo de campo. Cuenta que cuando la partera llegó fue rápido: “*Ah nomás cayó*”. La señora Marcelina sólo la “compuso” masajeándole la “*panza*”, encalideciendo previamente sus manos antes de masajearle y que cayó rápidamente.

Alva comentaba que fue su esposo quien fue a buscar a la señora Marcelina a su casa. Agregaba él también pasó por la posta a avisarle, pero no lo encontró, que este último recién llegó a la media hora de nacida y ayudó a la partera a limpiarla. Zoraida nació a las 10 del día, una hora después.

Alva recordaba que en aquella época su suegra, con la que vivía, fue quien cocinó y realizó gran parte de las actividades domésticas. Pero mientras evocaba dicho tiempo, aclaraba que no sólo ella: su mamá también jugó un papel importante en su cuidado: *“Mi suegra y mi mamá también fue a verme... Vino con una gallina... aqu me pelaron y un caldito me hicieron...”*. ¿El caldo es sólo para ti?, le pregunté inocentemente. Me miró, se rió y me dijo: *“Sí pues... como tres días me alcanzó...”*.

*“Ya después de dar a luz, la placenta la entierran por ahí abajo en un cuarto... No lo botan...”* Me explicaba Alva. Le pregunté por qué lo hacían y respondió que no sabía: *“por qué lo enterrarán, no sé...”*. Hizo un silencio y agregó *“...para que no lo coman los perros dicen, la partera y los doctores lo recomiendan, no sé”*. Como mencionó a los doctores, le re-pregunté si estos también lo sugerían. Me dijo que sí, que ellos y las parteras decían que *“mejor lo entierran...”*. Poco tiempo después, cuando conversé con el Doctor serumista, me contaba que en general ellos cuando iban a las casas, les entregaban las placentas para que las familias decidieran qué hacer. Algo muy parecido me contó la partera Marcelina, que los doctores no intervienen en dicha decisión. Pero que ella sí les sugiere enterrarlo, que *“acá en el campo es así”*. Además, agregó la misma idea que Alva había mencionado: *“...para que no se lo coman los perros...”*, sumada a una posible explicación: *“puede ser malo para el bebé o a la mujer le puede dar recaída...”*.

Que les dé *“recaída”* es siempre una posibilidad en las mujeres del caserío y el por qué este puede dar tiene varias explicaciones, que al parecer están más relacionadas con las experiencias prácticas de las mujeres y su diagnóstico implica una evaluación retroactiva de los cuidados recibidos. De esta forma, Alva recordaba que, con Zoraida, su primer parto, le dio: *“Con la Zoraida me recaí... Me agarró un dolor de cabeza y un escalofrío...”*. Alva comentaba que fue al mes, a pesar de haber descansado unas tres semanas aproximadamente. *“Al*

*mes fui a la posta al control, no había quien la llevé así que yo fui” y que “toda machaza” subió a una cuesta “como si nada”.*

Luego de ello, cuando estaba regresando a su casa, le comenzaron a dar dolores de cabeza: *“Luego, Acá llegando a mi casa me agarró la fiebre... ya no pude hacer nada vuelta, nada nada nada... Ah nomás llamamos a la partera y llegó vuelta trayendo remedios”*

ALVA

Segunda hija

2016

**Reperto:** vivía con su esposo. Vino una partera porque su mamá estaba enferma.

**Lugar:** Su casa.

*“En ella aborre comida... Tres meses no com nada. Ni cocinar pod a. De ahí, tres meses, cuatro meses recién pude comer un poquito. Como te enteraste... no que comer, me fui a la posta y me dijeron”.* Así comentaba Alva que se dio cuenta de que estaba embarazada de su segunda hija, luego de cinco años.

*“Aqu en mi casa me agarraron los dolores. De ella han sido a las cinco de la tarde los dolores... a las seis de la tarde cayó”.* Me miró, se rió y agregó: *“M s a si son, no te digo... todos los tres han sido a de rápidos...”.* Reímos ambas.

*“Para Lesly llegó la señora Martina, de los Charanes. Lo hemos llamado por teléfono. Ya ten mos contacto con ella... me dejaba componiendo y se iba, a Esta vez fue otra partera quien le atendió, así que le pregunté por qué no fue la misma de la primera vez, si había pasado algo. A lo que respondió: “Es que la comadre Marcelina cayó enferma, ya no podía sostener... y mi mamá (que también es partera) no estaba acá, estaba en Chiclayo. Como estaba un poco mal se fue a Chiclayo con sus hijos... Ya ella vino cuando ya estaba nacida de*

*quince días mi hijita*". No obstante, agregaba que su esposo, otra vez, fue a ver a "los enfermeros", pero, según Alva, estos estaban de huelga, por lo que llegaron tarde: *"Las enfermeras llegaron cuando mi hija ya estaba caída. Nosotros fuimos a ver a los enfermeros, pero ellos no estaban. Pero el mismo día llegaron..."*.

ALVA

*Tercera hija*

2018

**Reperto:** vivía con su esposo y sus dos hijas (de 5 años y año y medio), su esposo estaba en la casa. Vino la partera, su mamá.

**Lugar:** Su casa.

*"...Yo no me enfermé nada... yo no sabía que estaba embarazada. Ya cuando ya estuve de dos meses y medio... Sentí a que se movía y ya pues, me fui a la posta y salió. En la primera sí, al año y medio me enfermé (Se refiere a la menstruación) ... Y dije, a eso debe ser en ellos. Y pues... Con la última me enfermé, pero con la segunda no..."* Alva denominaba 'enfermar' a la menstruación. Cuando me contó esto, hacía énfasis en que no sabía que estaba embarazada, que le tomó por sorpresa. Salió embarazada de su tercera hija, cuando su segunda hija tenía sólo nueve meses. Esta fue la razón por la cual, la llegada de la menstruación luego del parto le sorprendió, tomando en cuenta que, como señala, creía que lo normal era que esta le venga al año y medio.

*"A la Aylin la he dado solita... la partera llegó cuando ya estaba caída... De la Rinconada ha venido, ha sido mi mamá"*. Comentaba Alva sobre su tercer parto mientras me narraba el resto de la escena: Comentaba que los dolores le empezaron en la madrugada, a las 4:00 a.m. Estaba en su casa junto con sus dos hijas, una de cinco años y otra de año y medio; y el padre de estas. Fue este

el que llamó por teléfono celular a la partera, la mamá de Alva. También llamó al centro de salud a avisarles.

La mamá de Alva justo se encontraba yendo a Huarmaca, por lo que estaba en camino. Sin embargo, esta no llegó a tiempo. Alva comenta que mientras la esperaba, fue acomodando una de las cuerdas que están colgadas en las vigas de madera que sostienen la estructura de la casa. Puso mantas debajo de las sogas y se acomodó ahí. El bebé *cayó* cuando ella estaba de cuclillas en esa parte de la casa, en compañía de sus dos hijas. La mayor de ellas, que en ese entonces tenía 5 años, *“corrió a marcar” (cargarlo)* al bebé ni bien cayó. Le pregunté por qué su esposo no la ayudó y me respondió que él no estaba porque *“justo fue a la cocina a calentar mi agüita para que me dé. Ya, cuando vino al cuarto, ya había caído ya”*.

Alva contaba que pronto llegaron a ayudarla: Al poco tiempo llegó su mamá y la ayudó a cortar el cordón del bebé con un “carrisito”. Mientras hacía esto, llegó la obstetra del centro de salud quien, junto con su mamá, *“jalaron la placenta”*. Luego de ello, el esposo se encargó de enterrarla (la placenta) dentro de la casa, debajo de una puerta.

Aquella vez, su mamá la acompañó dos semanas: *“Mi mamá quedaba aquí conmigo. Mi mamá cocinaba... yo echada en mi cama estaba. Me cuidó 15 días”*.

Aproveché para preguntarle cómo había hecho después de que su mamá se fue *Yo he cocinado al mes... Cuando mi mamá se regresó, mi esposo cocinaba antes de irse a la chacra”*.

Luego del episodio de parto, su mamá mató una gallina para que Abelina la comiese en caldo. Ya me había comentado la misma dieta en sus partos anteriores, así que aproveché para preguntarle qué otras cosas podían comer. A lo que respondió: *“...todo lo que es en caldito tiene que ser, para que tenga leche para el bebe, porque así comida seca no... además los bebés se estriñen también dice...”*. Dicha explicación con la que me respondió parecía ser lo suficientemente sólida dentro de sus repertorios, como para que se haya repetido de manera sistemática en sus experiencias anteriores.



### 3.4. PRISCILA: “¡sentí su pie! Me asusté... Recuerdo que vinieron en ambulancia desde Huarmaca”

“*El trabajo en las mujeres es más duro*”, comentaba Priscila mientras preparaba la cena, luego de un día largo en la chacra. Eran las seis de la tarde y estaba lloviendo. La cocina de leña estaba en la parte trasera de la casa, por lo que acomodó unos plásticos para que la lluvia no nos mojara, a nosotras y a su hija, a quien tenía cargada en la espalda. Los plátanos que estaba pelando y sancochando, eran los mismos que horas más temprano había cosechado en una de sus chacras, a unos 40 minutos caminando. Esa misma tarde habíamos ido hasta allá, junto con una de sus vecinas. A diferencia de ella, Priscila no tenía un caballo para traer en alforjas los plátanos: Los trajo cargados en su espalda. La misma espalda donde ahora su hija dormía. Asentí con la cabeza a su afirmación inicial y ella añadió: “*Los hombres qué van a saber de cambiar los pañales, de cargar con los niños, nada*”. Luego del comentario, ambas reímos.

Aquella vez, mientras preparábamos la cena, comenzamos a hablar de su vida en Lima. Ese mismo día, de regreso de la chacra, me contó que su esposo no era natural de Succhirca, sino de Ferreñafe y que lo había conocido cuando trabajaba en Lima como mesera en un Chifa en “La Parada”, en el distrito de “La Victoria”. Ya en su casa, mientras cortaba leña para cocinar la cena, retomamos la conversación sobre su experiencia en Lima. Aproveché para preguntarle cómo hacía allá para vivir. Me contó que alquilaba un cuarto cerca de su trabajo, el cual compartía con una amiga. Ya tenía la leña cortada y mientras la prendía comentó: “*¿La ropa en gamarra es bien barata, di? En Gamarra uno encuentra ropas a cinco, diez soles...*” Yo afirmaba con la cabeza cuando ella volvió la cara, me miró y me dijo: “*Antes si sa a cuenta irse... Ahora con hijos es más difícil irse para allá. Además, que ahora en Lima hay hartos venezolanos, dicen... ya no conviene. Ahora pagan menos y les dan el trabajo a ellos...*”. Aquel comentario llamó mi atención en varios aspectos. El primero de estos, tenía que ver con cómo ella estaba evaluando sus propias posibilidades actuales: tenía tres hijos, cuya manutención se le sería insostenible en la capital. Sumado a ello, argumentaba que el conseguir un trabajo ahora era mucho más difícil que antes,

considerando que ahora pagan menos, dando entender que era porque hay más venezolanos cooptando dichos trabajos. Dicha evaluación suya, me hizo pensar en cómo la migración como estrategia o proyección de vida, continuaba siendo evaluada y sopesada con su propio contexto. Volví a pensar en esto, cuando me comentó que “si no fuera porque su hijo mayor la necesitaba, ya se hubiese ido a Ferreñafe con su esposo y sus dos pequeños hijos”, agregó que “sólo estaba esperando que su hijo mayor terminara el colegio para irse”. Otra vez, aunque seguía siendo una posibilidad con varias limitaciones, la migración volvía a aparecer como posibilidad meditada y considerada.

Por otro lado, particularmente, a primera instancia me resonó su comentario sobre los venezolanos y no supe qué responderle. Apenas alcancé a decirle que me imaginaba que en general es difícil conseguir trabajo en Lima, que la entendía. Sin embargo, me quedé pensando en que esta idea sobre los venezolanos como aquellos que están “quitando el trabajo” la había escuchado en Lima y me parecía cuestionable. No obstante, la preocupación y seriedad con la que me lo comentó Priscila, me cuestionaba también. Era un miedo real y, muy posiblemente, bastante cierto el que ahora se prefiera pagar menos por el mismo trabajo, y sean justamente los migrantes venezolanos los que acepten, considerando su posición de vulnerabilidad. El hecho de que, en este caso, dicho fenómeno migratorio internacional, sea leído como una amenaza real para migrantes internos, me parecía importante resaltar, ya que dicha evaluación reclamaba consecuencias reales con las posibilidades que estos tenían, las cuales ahora parecen mucho más limitadas y escasas. Aunque dicha problemática tiene explicaciones más complejas, también es cierto que la escasez de posibilidades ayuda a reforzar ideas de exclusión contra lo extraño y nuevo, sobre todo si esta amenaza los medios de vida más básicos.

Cuando nos aproximamos a la migración interna, Priscila puede ser un caso que nos de luces. Ya que, tiene una historia migratoria temprana. La primera vez que salió de Succhirca fue a los 13 años, en las vacaciones de verano del colegio. Una amiga, de su grado, le propuso irse a trabajar a Piura juntas. Priscila aceptó. Una vez en Piura, encontró trabajo con una señora mayor a la cual tenía que cuidar. Priscila recordaba aquel primer trabajo como bastante agotador. Al contármelo, resaltó con la voz que la señora la despertaba a las 5:00 a.m. y la

hacía limpiar, cocinar y conversar con ella. No la dejaba descansar. Vivían sólo ellas en la casa, los hijos de la señora no solían visitarla, por lo que Primitiva era su única compañía. Recuerda que le daba pena dejar a la señora, pero que extrañaba su casa, no le gustaba que la despertarán tan temprano y le pagaba muy poco, 80 soles el mes. Por ello, apenas cobró su primer sueldo, decidió escaparse.

Al contarme, hacía énfasis en que era la primera vez que estaba en una ciudad, por lo que el único lugar que conocía era el “*terminal*”, así que fue hacia allá. La idea era regresarse a Huarmaca, comentaba. Sin embargo, que mientras esperaba que apareciera algún carro hacia Huarmaca, una señora se le acercó y le preguntó si quería trabajar con ella. Priscila comentaba que al principio lo dudó, e incluso le dio un poco de miedo, pero que la señora volvió a sugerirle y explicarle que el trabajo sólo implicaría limpiar, porque ya tenía quién la ayude en la cocina. Le ofreció pagarle 150 soles el mes. Así que, aunque con miedo, aceptó. Cuenta que ahí la pasó mejor que con la señora anterior: No tenía mucho trabajo que hacer, además siempre que salían a pasear iban con ella, hecho que recordaba con una sonrisa que sugería cierta nostalgia. Terminó comentando que luego de aquel verano, regresó para sus clases en el colegio. Esta dinámica de ir a trabajar en las vacaciones de verano, continuó durante los años restantes de secundaria. Durante estos viajó también a Piura y a Chiclayo.

Cuando culminó el colegio, viajó a Zarumilla. Trabajó en un par de casas. Fue en esta ciudad donde conoció al padre de su primer hijo. No quiso hablar mucho de él. La señora con la que trabajaba era muy exigente, sólo la dejó descansar una semana después de dar a luz. Sin embargo, siguió porque no tenía el dinero. Luego de seis meses regresó a Succhirca con su mamá. Si bien es cierto, luego de regresar a casa de su mamá tuvo viajes esporádicos durante los siguientes años, fue cuando viajó a Lima, que su viaje implicó ausentarse por un tiempo mayor: “*Yo me vine a Lima cuando mi hijo mayor ya estaba más grandecito, lo dejé con mi mamá*”. Su hijo ya tenía nueve años cuando ella viajó a Lima donde, como ya hemos narrado, conoce a su segundo compromiso.

Priscila tenía una pequeña tienda de víveres en la entrada de su casa: en una esquina tenía una mesa y un estante, donde colocaba productos como fideos, atunes, agua, gaseosas, papel higiénico y una pequeña mesa donde colocaba las golosinas. Dicha tienda, ocupaba la mitad del ambiente. La otra mitad, era usada generalmente cuando las puertas de la casa, que era la vez la tienda, se cerraban. Esa otra mitad del ambiente, funcionaba como una pequeña sala de encuentro y comedor. Esto último, debido a que la cocina de gas se encontraba ahí. En esta se solían preparar cosas simples como aderezos o freír huevos. Ahí fue donde terminó de preparar la cena, aquella vez. En aquella cocina, preparó el aderezo. Luego lo mezcló con los plátanos que había sancochado y aplastado previamente y preparó una comida que llaman “majote”. Cerca de la cocina había un par de sillas de plástico, en la que me invitó a sentarme. A mi costado vi un par de baldes y, dentro de uno de esos, se encontraba su hijo de dos años jugando con unos carritos. Aquella imagen la volvería a ver con su hija pequeña. En el cual muchas veces la dejaba cuando no podía cargarla o cuando quería mantenerla quieta, ya que no sabía caminar y, por lo tanto, no se iba a salir de aquel balde. En una ocasión, incluso, me encontré a Priscila entrando a su casa y me acerqué a hablarle. Cuando abrió la puerta, su hija estaba en aquel balde. Le pregunté si no se escapaba de ahí y me dijo que no, que se quedaba ahí jugando. Y agregaba que era por ello que a veces podía salir un rato a hacer alguna compra, a pesar de que no haya alguien más para que la vea. Apenas terminó de cocinar, le sirvió a su esposo, luego a mí y por último a ella. Pronto comimos el majote.

#### **- Itinerarios de atención:**

Primitiva tenía treinta y dos años y tres hijos. El mayor de estos tenía 12 años y los otros dos, un niño de 2 y medio y una niña de 10 meses. El primero es hijo de un primer compromiso que conoció en Zarumilla, con el que no volvió a tener contacto. Sus dos últimos hijos son su segundo compromiso, a quien conoció en Lima y con el que ahora vivían en Succhirca.

PRISCILA

*Primer hijo*

2007

**Reperto:** Vivía sola en una ciudad, su pareja la dejó

**Lugar:** Hospital de Zarumilla

*“El primero ha sido en Tumbes. Una amiga me acompañó al hospital. Solita nomás yo de ahí vuelta me fui a trabajar. De trece días hasta seis meses. De ahí vine para acá, ya no regresé a Zarumilla. De ahí me quedé Diez años más acá y luego me fui a Lima...”*. Resumía Priscila su primer embarazo, del cual no quiso hablar mucho.

Sobre este, me contó que se embarazó al poco tiempo de viajar a Zarumilla, al culminar el colegio. Antes de que sucediera, trabajó en un par de casas. Luego de unos meses, conoció al padre de su primer hijo. Mientras conversamos de esta época, no quiso hablar mucho de él. Apenas comentó que salieron un poco, pero que cuando quedó embarazada este se fue.

Ella pasó todo su primer embarazo trabajando en una casa. Vivía en un cuarto con una amiga, quien la acompañó al hospital de Zarumilla a dar a luz cuando le vinieron los dolores de parto. También fue quien la cuidó los primeros días. Sobre esta etapa, Priscila recordaba que aquel trabajo era bastante exigente y que no pudo descansar mucho: *“La señora con la que trabaja me hizo ir a la semana de tener a mi bebito. Yo cargado en mi espalda lo tenía. Ahí duré seis meses nomás. Ya de ahí regresé acá a Huarmaca con mi mamá”*. Agregaba que aquella señora con la que trabajaba era muy exigente y eso la cansó.

Ya en Succhirca estuvo en la casa de su mamá junto a su hijo. Si bien es cierto, tuvo viajes esporádicos durante los siguientes años, fue cuando viajó a Lima, que su viaje implicó ausentarse por un tiempo mayor. Su hijo ya tenía nueve años cuando ella viajó a Lima. *“Yo me vine a Lima cuando mi hijo mayor*

*ya estaba más grandecito, lo dejé con mi mamá*". Es ya en Lima donde conoce a su segundo compromiso.

PRISCILA  
*Segundo hijo*  
 2016  
**Reparto:** ella y su hijo mayor. El pie del bebé salió primero, llevaron de emergencia a Huarmaca.  
**Lugar:** Centro de salud Huarmaca

El segundo embarazo de Priscila fue crítico. Su bebé nació de pie. Sin embargo, no se le complicó:

*“Mi segundo hijo fue mi hijo complicado. Mi hijo vino de pie. Los dolores me dieron en mi casa. llame a las enfermeras. Me fui al baño y tomé harta agua... pensé qué será... luego ¡sen su pie! Me asusté... Recuerdo que vinieron en ambulancia desde Huarmaca. Ya no sentía... En Huarmaca no sé qué harían las obstetrix. Ocho días estuve ahí... Ya cuando regresé, un mes me tuvo mi mamá aquí cuidando con puro monte (plantas). Mi mamá me lavaba, me cocinaba. Después me consiguió montes para bañarme. Juntan un poco de montes y te bañan. Plantas de recaída le dicen. Ocho días después te bañan. Te preparan gallina para que te alimentes, para la sangre... A me recuperé yo”.*

PRISCILA  
*Tercera hija*  
 2018  
**Reparto:** Lo dio sola, las enfermeras estaban durmiendo en otro cuarto.  
**Lugar:** su casa

En su tercer embarazo, Priscila estaba en su casa sola. Su esposo estaba trabajando en Huarmaca como vigilante, así que, a pesar de llamarlo por teléfono para avisarle, este no podía llegar.

Cuando le vinieron los dolores se hicieron más intensos, llamó a las enfermeras. Ellas vinieron, esto fue en la madrugada. Ellas probaron su dilatación y le dijeron que aún faltaba un poco de tiempo, que podían descansar un poco. Priscila comentaba que le dijeron: *“Descansa... Nosotras vamos a dormir, va a demorar... nos avisas cuando te vengan más dolores”*. Me miró y agregó riéndose: *“Yo qué les voy a avisar... ah estaba con dolor, con dolor, hasta que cayó solito”*. Entonces, ¿no te ayudaron? ¡¿cómo hiciste?! reaccioné con cierto asombro. *“Yo solita lo he dado pues... ya cuando ha caído el bebé, recién ah se han despertado y ya me ayudaron ellas...”* terminó de explicarme.

#### **3.4.1. OLIMPIA: “...Ay que dolor diosito, por eso no quiero parir ya... mucho me malogro”**

Conocí a Olimpia en una de las jornadas de trabajo convocadas por el Proyecto del Programa Nacional de Saneamiento Urbano presente en la zona. Aquella vez, se había convocado a la población al local donde se encontraban los ingenieros del proyecto. Esta reunión iba a ser para *“ir a limpiar el monte”* de los puntos estratégicos que iba a necesitar el proyecto: las fuentes de agua a lo largo del caserío o el lugar donde se encontraría el local del proyecto.

Ese día llegué a las 8 a.m. al local. En la puerta del mismo se encontraban varias mujeres esperando, mientras iban llegando otras. Como ya hemos comentado, no era la primera vez que en las reuniones que convocaba el proyecto, o algún otro evento en la comunidad, eran mujeres las que se presentaban. Mientras esperaba que la reunión empezara, reconocí a Rosario y a Tema, ambas con su bebé en el rebozo, quienes me saludaron y me presentaron a las otras mujeres con las que se encontraban. Al igual que ellas, varias otras mujeres aparecían con sus bebés en la espalda o con sus hijos pequeños, como en el caso de Alva.

Me acerqué a conversar con ellas. Aunque a varias de estas ya las conocía, había otras mujeres a las que no había visto antes, dentro de estas, Olimpia. Fue ella quien inició la conversación: me preguntó qué hacía acá, así que aparte de contarle sobre mi investigación de tesis, agregué un detalle con el que solía presentarse en momentos de mayor intimidad: mi abuela había sido profesora en ese caserío en los años 50, por lo que tenía un aprecio especial con el caserío. Grande fue mi sorpresa cuando me dijo: *“¡yo la conozco! Alguna vez trabajé con ella en Huarmaca...”* bastó aquella afirmación para que conversáramos desde entonces con una familiaridad que no había tenido hasta ese momento, a pesar de ya haber creado lazos de cercanía y confianza.

Pronto se rompió filas: los que vivían en la zona baja irían a limpiar monte por esa parte, de igual manera pasaría de para los de la parte alta. Yo me sumé con el grupo de la zona alta, donde estaba Olimpia. Conversamos largo rato junto a las señoras, las cuales se quejaban de que habían dejado de hacer el almuerzo por asistir. Para colmo, cuando llegamos al punto no se necesitaba mucho por hacer, por lo que las señoras, un poco fastidiadas, comenzaron a dispersarse. Yo me quedé al lado de Olimpia, quien me invitó a almorzar a su casa. Para llegar, hacía falta bajar por un camino cuesta abajo, que se desviaba de la carretera. La pendiente era pronunciada y el barro no ayudaba el paso, se me hizo muy difícil la bajada. Olimpia me ayudaba a bajar. Justo detrás nuestro apareció una sobrina suya, quien bajó corriendo sin mucho problema. Pasamos por una ladera de maizales y luego por una zona con pinos que, al atravesarlos, nos daban la bienvenida a la casa de Olimpia.

Cuando llegamos, fuimos directamente a su cocina. Ya eran casi las 12 del día, por lo que rápidamente prendió el fogón y comenzó a preparar arroz y a sancochar plátanos. Al mismo tiempo iba encendiendo la cocina a gas, en el cual frió unos huevos de corral, lo sirvió con plátanos que tenía sancochados y los puso a la mesa agregando *vete, debes estar con hambre... hay que ir comiendo algo...*. En ese momento me pareció un gesto amable. Horas después, cuando volví a recordar ese momento, pensaba en la capacidad de Olimpia de estar atenta a todo. Todo el tiempo estuvo pendiente de qué faltaba hacer y cómo cuidar. Incluso conmigo, una desconocida.



Aquella vez, alrededor de las 1:30 llegaron dos de sus hijos y su esposo. Iban a llegar pronto a almorzar, por lo que me respondió que primero iba a dejar preparando antes de sentarse a comer. Además, me llamó la atención la rapidez y confianza con la que comenzó a contarme algunas anécdotas de su vida. Primero comenzó a contarme, de manera detallada, cuando ella y su prima se escaparon a Lima, luego de la fiesta en Huarmaca, junto con una señora que les ofreció trabajar en su casa. La hazaña implicó salir de su casa a las 4 a.m. sin despedirse e ir caminando a Huarmaca con su prima. Recordaba incluso que el viaje en combi hasta Hualapampa (una de las paradas de la ruta hacia Chiclayo), le cayó muy mal. En otras ocasiones regresaría a ese recuerdo para explicar una de las razones por las cuales le asustaría regresar a Lima. En la casa de aquella señora estuvo seis meses, hasta que su papá llegó a buscarla y se la llevó. Lo curioso es que, aun yéndose sin avisar, su padre pudo dar con ella gracias a personas que le indicaron cuando la vieron irse con una de las residentes del pueblo e incluso le dieron su dirección en Lima. Cuando su papá llegó ella partió con él hacia Chiclayo y ahí la dejó donde una señora con la que trabajó. Ahí, ella trabajó durante dos años con una señora que su papá conocía cuidando a una niña. Fue en esa ciudad donde conoció a su esposo y padre de sus hijos.

Pronto llegaron sus dos hijos del colegio. Uno estaba en sexto grado de primaria y el otro en cuarto de secundaria. A los diez minutos, llegó su esposo, quien trabajaba como parte de la directiva local que coordinaba el proyecto del PNSU. Olimpia me presentó como una amiga suya. Su esposo comenzó a hablar sobre la próxima reunión que iban a convocar. Sus dos hijos no hablaron mucho. Apenas terminaban de comer, pedían 'permiso' y se retiraban. En poco tiempo nos quedamos solas las dos otra vez.

Aquel día hablamos también sobre su mamá. No había pasado mucho desde su fallecimiento: *"Mi madre era mi mejor amiga"*, comentaba Olimpia mientras recordaba la enfermedad de su madre, apenas un año antes. Aquel proceso parecía causarle mucha aflicción. Por un lado, aparecía una suerte de descontento con las decisiones que tomaron junto con sus hermanos, su papá y su mamá sobre el tratamiento de su madre, el cual detallamos en el capítulo anterior. El poder "hablar" y compartir tiempo, era un aspecto importante en la

vida de Olimpia. De hecho, esto se veía reflejado también en la dinámica familiar, su esposo estaba fuera buena parte del día y sus dos hijos no parecían ser tan conversadores, por lo que su madre representaba un vínculo afectivo con quien conversar y acompañarse al mismo tiempo.

**- Itinerarios de atención:**

<p style="text-align: center;">OLIMPIA Primer hijo 2003</p> <p style="text-align: center;"><b>Reparto:</b> vivía con su mamá y su esposo. <b>Lugar:</b> su casa</p>
---

*“Yo no sab pues, las primerizas no sabemos, primerizas no sabes cómo será el dolor. Soy mujercita, ¿Cómo va a caber un niño por mis partes?”* Me comentó, además, que algunas mujeres vecinas la asustaban más, contándolo como una experiencia traumática. Su madre, le decía que ella era grande y gorda y por ende fuerte, no como ella -su madre- que era pequeña y que aún así había dado a luz a tantos hijos. Que, al momento de dar a luz, cuando ya se está lista, los hijos nacen bien. Le decía que no se preocupe porque es malo hacerlo.

*Yo andaba con un librito de nuevo testamento que es de Dios, yo andaba con ese librito en mi barriga rogando, clamando a Diosito, Diciendo Diosito el día que me va a venir mi hijo cómo pariré,* narró a modo de explicación del miedo que sentía.

Además, señaló que una enfermera de la posta de salud le aconsejaba cuando estaba embarazada. *Cuando vas a dar a luz, ponte un lavadorcito de agua en el suelo y pásate -hizo el ademán de lavarse el cuerpo- así así para que corra el niño. Paséate de un lado al otro, me decía, cuando estés con el dolor Báñate con el eucalipto y con la sangre real. lávate del pescuezo para abajo. No ves que del agua hirviendo sale humo, siéntate así y aviéntate aviéntate harta agua y entonces ahí al toque va a salir el niño porque así el niño corre. Entonces,*

*cuando me agarraron los dolores, me bañé, bonito se aflojo mi barriga, y decía ahora sí ya voy a parir.*

El dolor le “agarró” a las tres de la mañana, su mamá, su esposo y la partera estaban con ella. Su mamá, comenta, le había anticipado que el bebé no va a caer con el primer dolor, sino que tiene que caminar dentro de la casa para que este caiga.

En uno de los dolores, le salió sangre. La partera la estaba atendiendo. *Esa partera me metía jabón a mi parte, yo su mano la boté y mi mamá me miró molesta. Y me metía jabón a cada lado y unas uñas que tenía. Parecía que me dañaba mi parte. Deja por qué me haces así, le dije. Así es, me dijo. No me manosees mucho le dije. Entonces cómo crees que vas a parir me dijo.* Luego de narrar esto, me comentó que para el segundo hijo ya no llamó a esa partera.

Luego comenta que le bajó sangre y cayó el bebé pero que la dejó destrozada. La placenta salió ahí misma. Comentó además que la enterraron porque es malo botarla. La primera semana cocinaba su mamá, no se quedaba más porque tenía que regresar a su casa a atenderlos. Ella cuidaba al niño y a ella. Le cocinaba y la bañaba. *Ella sacaba su gallina pelada, sus habas tostadas. Para el primero eran así polloncitos, era los pollitos, para que peguen los huesos cuando hacemos fuerza. Las gallinas viejas no dan tanta vitamina, sino los polloncitos.*

Después de la primera semana, cocinaba su esposo, él le dejaba la comida en la cabecera de su cama, antes de irse. Esto era temprano, por lo que, comentaba, lo tenía que comer frío. Además, confiesa que, su esposo es bien *congeniado* con ella, ya que, le compro patas de res de vaca en Huarmaca.

OLIMPIA  
Segundo hijo

2005

**Reparto:** esposo, papá, mamá, enfermero, partera

**Lugar:** su casa, tuvo problemas con la placenta

El parto más difícil de Olimpia fue el segundo, el primer hijo no tuvo muchos inconvenientes salvo porque la partera que la asistió le metía mucho la mano en *sus partes*, a pesar de que ella le comunicaba esa incomodidad. Este hecho parece haberse considerado para el segundo parto. Para esa época, ya iba a controles al centro de salud, pero en este sólo había una enfermera y un técnico. Se hizo cercana a ella, la cual, le aconsejaba que cuando esté con los dolores de parto se bañe con una tina el cuerpo para ayudar *a que el bebé corra*. Recomendación que no parece venir de un repertorio biomédico sólo por ser de uno de sus agentes.

El día que llegaron los dolores, Olimpia estaba con su papá en la casa. Su esposo estaba en Serrán trabajando como agricultor. Su mamá estaba en Laccho, caserío a tres horas caminando, donde tiene una casa cerca a sus chacras. Olimpia mandó a su papá a llamar a la enfermera. Mientras tanto comenzó a bañarse como se lo había indicado la enfermera. Sin embargo, los dolores no le pasaban. Luego se acercó a la brasa de la cocina. Nadie llegó a tiempo, lo dio sola.

*Me agarró el dolor a las 3 de la mañana y vino a caer 5 de la mañana. A las 5 yo lo di a luz solita. Cuando estaba en la cocina, se le cayó el agua. Ay yo me asusté- comenta y continúa- Tendí una jerga en el piso y cuando de ahí agarré una soga, la colgué y me agarré así -me muestra cómo - con dos pujones, cayó el muchacho, yo solita me senté. Yo solita me di vuelta así y me acosté solita al suelo. Bien lo parí al muchacho, pero para que me venga la placenta hermana, no había cuando.*

Después de que *parió*, llegaron la enfermera y el técnico juntos con su papá. *Vino una enfermera que se llamaba Sandra. Me marcaba mi barriga así así -muestra cómo le tocaba la barriga- El adán el técnico ayudaba a jalar la placenta. Ay yo decía ya me muero. Ya no me jalen les decía ya, que no me jalen, que no quiero. Así me hacían mi barriga para que baje la placenta la enfermera -hacía además de sobarse fuerte el abdomen bajo-. Querían echarme la mano para que me baje, yo no me consentí, que me voy a estar consintiendo -de hecho, esto también le molestó con la partera de su primer hijo-. Si no sale el muchacho te meten la mano. Mi marido estaba viniendo, se fue a ver a una partera.*

*Ya los enfermeros dijeron que van a llamar a una ambulancia para que me lleven a Piura, que la placenta ya está pudriéndose, que ya se pasó. Esa partera dijo, qué le están haciendo, de ustedes fuera su barriga, para que la marquen así, pobre mujer da a luz a un niño como la van a estar marcando así. Los quitó a un lado y la partera empezó a calentarme con los cebos y calló.*

*Era una viejita. Se vino con sebo de cabra, lo calentó en la candela y con su manito empezó a hacerlo así - hace además de masajear el abdomen. Así juntándome juntándome. Aquí ya se ha hecho duro decía. Con su resuello le pasaba -su aliento caliente-. Lo frotaba con el sebo así. Ay que dolor diosito, por eso no quiero parir ya. mucho me malogro. Luego de eso cayó, la placenta ya estaba haciéndose un mate. Estaba frío ya. De ahí que me bajó la placenta, de ahí esa placenta la entierran. Mi esposo hizo un hueco y acá lo enterró. -Me enseñó la puerta de su cocina. - ¿Y por qué o entierran? le pregunté. Así es, por qué lo harán no sé.*

Al día siguiente llegó su mamá y le peló una gallina con la que hizo caldo. Esta comida era exclusivamente para ella, la parturienta. *Mi mamá me cuidó casi tres semanas.* Aunque estas tres semanas implicaron ir y volver de su casa a la casa de Olimpia. Para el primer hijo también tuvo aquel tiempo; sin embargo, a diferencia del primero, con el segundo se le complicó:

*Con el segundo hijo me recaidé. Me llevaba un desmayo que no podía levantarme ni para nada oye. Eso me llevaba la muerte. Ay señor Jesús, parece que se daba vuelta la casa. Eso me dio porque comí pescado decían, pescado salado bajamos de Huarmaca -esto está relacionado a las comidas excepcionales que se destinan a las parturientas, así como a la búsqueda de explicaciones sobre los padecimientos.*

*Un señor me hizo limpias. ¡Pucha máquina! gastamos una cantidad... casi casi me muero. No quería pararme, todo echadito estaba. Ni para mirar, porque si yo miraba ¡ayayay! que se caía la casa. Dios mío no podía ni sentarme, ni para bajarme al suelo, nada. Bajaba jalado. Para hacer mis necesidades bajaba jalado, me tenían que suspender. Al bebe mi mamá lo cambiaba, lo bañaba, yo sólo le daba de mamar. -De hecho, su mamá tuvo que regresar a cuidarla-. Un señor me hizo contras de la recaída. El señor era de Víctor Raúl. La partera por más que me daba remedios ya no podía, no era pues, no era su contra. El preparaba remedios naturales, sabía curar con cuy. Me caipó. Ahí en el cuy salía que estaba mal de mi barriga. Cuando das a luz te amarran con una mantita doble, para que te suspenda, dice la partera. yo me desaté, fue para mi mal. Yo por desatarme la fregué. Qué pues, hacía calor y me picaba mi cintura, esos amarres me aburrían. Casi me muero.*

## CAPÍTULO 4

### **“LAS ATENCIONES” EN LA VIDA REPRODUCTIVA CAMPESINA: Redes familiares, recursos y repertorios de autoatención del embarazo, parto y posparto**

En este capítulo nos interesa explorar cómo las “*las atenciones*” van generándose a lo largo de las trayectorias de embarazo, parto y posparto de los cinco casos reseñados en el capítulo anterior. Sin embargo, este capítulo también es, a su vez, un ensayo sobre la cómo la “reproducción” forma parte importante de la producción campesina de personas y de familias en la sierra de Piura. Encontramos que no es posible hablar de las mujeres campesinas de esta zona sin reconocer la interdependencia que mantienen con sus familias. Las cuales, como veremos, se van constituyendo, organizando y configurando junto con las trayectorias de embarazo de las mujeres a través de “*las atenciones*”, sustancia vital que crea, activa, refuerza y actualiza las relaciones de familiaridad e, incluso, puede disolverlas con su ausencia.

Este capítulo está dividido en dos partes. En la primera nos interesa entender cómo los grupos familiares se organizan y configuran a lo largo de la vida reproductiva de las mujeres campesinas. Así también, exploramos las diversas rutas de atención y las redes que intervienen en la misma. En la segunda parte, nos interesa conocer los recursos materiales y repertorios explicativos de “*las atenciones*” durante todo el proceso de embarazo, parto y posparto, considerando que cada momento tiene énfasis diferentes según las experiencias y necesidades de los casos registrados.

#### **4.1. Organización de las redes de atención**

El *proceso* de embarazo, parto y descanso es un evento privilegiado para ver cómo los lazos de familiaridad se activan, refuerzan, actualizan o, incluso, pueden disolverse. Por ello, tomando en cuenta las historias de vida reproductiva de las mujeres con las que hemos trabajado, nos preguntamos cómo sus redes

más cercanas se organizaron para *'atender'* las diversas etapas de sus embarazos y a ellas en diferentes momentos de sus vidas.

Partir de las historias de vida reproductiva de estas mujeres nos exige verlas en el tiempo y preguntarnos también dónde estaban ellas cuando empezaron su vida reproductiva y dónde están ahora. Como hemos venido dando cuenta, la vida de los jóvenes de esta zona está interceptada por la posibilidad de migrar<sup>49</sup> y nuestros casos no han sido la excepción<sup>50</sup>. Todas las mujeres con las que trabajé han tenido una experiencia migratoria en alguna ciudad para trabajar como empleada doméstica y/o atendiendo en un restaurante o han tenido que emigrar de su caserío de origen al casarse con un migrante jornalero de otro caserío. De esta forma, ya sea por desplazamientos laborales o matrimoniales, nos encontramos en un contexto donde la movilidad en mujeres jóvenes influye en sus decisiones conyugales y, por ende, en las atenciones recibidas al inicio de su vida reproductiva.

Ahora bien, también nos encontramos en un contexto donde aquellas mismas mujeres, años más tarde, están instaladas en Succhirca, un caserío de la sierra de Piura, y desarrollan principalmente actividades agrícolas, así como la crianza y mantenimiento doméstico de sus unidades familiares, como hemos descrito detalladamente en el capítulo 2. Ahora la posibilidad de migrar es mucho más limitada, aunque aún continúa dentro de sus proyecciones a futuro. No obstante, sus parejas siguen teniendo una actividad migratoria regularmente activa: muchos van a trabajar como jornaleros a la 'selva' o a la 'costa' e, incluso, van hasta Lima a trabajar en alguna actividad remunerada no especializada, por lo que muchas veces no están presentes en alguna etapa del embarazo de sus esposas. Ello, sumado a que estas mujeres están relativamente cerca de sus redes familiares de origen, tienen hijos a su cuidado y responsabilidades en la comunidad, nos plantea un escenario diferente de *"atenciones"* que cuando eran jóvenes y *"primerizas"*.

---

<sup>49</sup> Para más detalle ver capítulo 2.

<sup>50</sup> Para más detalle ver capítulo 3.



En este acápite nos interesa conocer las diferentes rutas en la búsqueda de la “*atención*” y el nivel de disponibilidad de las mismas, en estos dos momentos importantes de sus trayectorias reproductivas: 1) cuando son jóvenes y la migración es parte de sus configuraciones familiares iniciales, y 2) cuando están instaladas con sus unidades domésticas, ya en Succhirca, que es su caserío de origen o el de sus cónyuges.

#### **4.1.1. Organización familiar inicial: configuración de redes de atención en las mujeres jóvenes migrantes**

Durante los primeros años del 2000, Olimpia y Priscila se encontraban “*trabajando en casa*” en Chiclayo (Lambayeque) y Zarumilla (Tumbes), respectivamente. Ahí conocieron al padre de sus primeros hijos. Al quedar embarazada, Olimpia inició una relación más formal con un joven que conoció en dicha ciudad y que provenía de un caserío vecino al suyo. A diferencia de Olimpia, cuyo embarazo significó la formalización de su relación, el caso de Priscila fue distinto. Ella fue abandonada por su pareja una vez que quedó embarazada, y estuvo sola en Zarumilla durante todas las etapas de su embarazo, con apenas su amiga que representaba un apoyo eventual.

Diez años más tarde, Rosario, de 18 años, se encontraba en el distrito de La Victoria viviendo una realidad laboral distinta a las dos anteriores: los trabajos que realizó estaban relacionados sobre todo a los servicios en restaurantes o en tiendas. Su pareja, quien tenía un próspero negocio de venta de balones de gas, provenía también de un caserío vecino<sup>51</sup>. Por su parte, Priscila, que ya había tenido un hijo 10 años antes en Zarumilla, dejó a su hijo al cuidado de su mamá (en Succhirca) y migró a Lima, donde comenzó a trabajar como mesera en un chifa en La Parada. Allí conoció a su segundo compromiso, proveniente de Ferreñafe y con quien ahora tiene dos hijos.

En paralelo, Telma y Alva se encontraban en sus caseríos de origen (Chalpa y la Rinconada, respectivamente) cuando conocieron a sus parejas,

---

<sup>51</sup> Víctor Raúl.

migrantes jornaleros del caserío de Succhirca. No obstante, Telma también había tenido una experiencia migratoria parecida a las mujeres anteriores: al inicio del 2000 “trabajó en casa” en Chiclayo y Piura. A diferencia de ellas, Telma retornó a su caserío, donde su madre, pues le pagaban muy poco en la ciudad. Es cuando regresa que conoce a su pareja. Por su parte, Alva parece ser la única que no ha tenido experiencia migratoria en alguna ciudad. Sin embargo, tiene en común con Telma que sus embarazos generaron mayor formalización en sus relaciones de pareja. Ello implicó su migración hacia Succhirca, caserío de origen de sus esposos, para instalarse en casa de sus suegras a transitar sus últimos meses de embarazo.

Como hemos visto en todos nuestros casos, ya sea por exigencias laborales o matrimoniales, la migración en las mujeres jóvenes influye en sus configuraciones familiares iniciales: ninguna de sus parejas es del mismo caserío de origen de estas mujeres, ni mucho menos los han conocido en Succhirca, caserío donde ahora todas están instaladas. No obstante, llama la atención que todos ellos son de zonas rurales de la zona norte del país e incluso varios, a pesar de no ser de los mismos lugares de origen, sí son de la misma comunidad campesina que ellas.

De esta forma, si bien es cierto, el inicio de las trayectorias reproductivas se da a partir de quedar embarazadas. Este hecho no solo tiene implicancias en el inicio de su “reproducción” en términos sexuales, sino también en la creación de lazos de parentesco a través nuevas dinámicas con sus parejas: o se formaliza la relación, se comienza a vivir juntos e incluso empiezan a denominarse “esposos” sin que exista un contrato y ceremonia legal previa o, en casos excepcionales, se da la ruptura definitiva de la misma, cortando bruscamente el vínculo creado.

No obstante, estas redes que están consolidándose coinciden en que estas mujeres están fuera de sus caseríos de origen sin otras redes cerca salvo sus parejas, no significa que carezcan totalmente de ellas. De hecho, todas sus redes cercanas se fueron activando y desactivando de acuerdo a las diversas

“*rutas de atención*” que estas mujeres decidieron durante las diferentes etapas de su primer embarazo. A continuación, señalo algunas de estas rutas de acuerdo al lugar donde iniciaron su recorrido: las que estaban en ciudades y las que se encontraban en su caserío de origen.

#### 4.1.1.1 De las ciudades a los retornos al ‘campo’

En este grupo se encuentran las mujeres que estaban en las ciudades o “*trabajando en una casa*” en ciudades intermedias (Chiclayo y Zarumilla) o como “*meseras*” en La Victoria, una zona comercial de Lima, cuando conocieron a sus parejas y quedaron embarazadas. Tres son las rutas que se tomaron en búsqueda de atenciones por parte de sus redes: 1) cuando retornan para ser atendidas, 2) cuando sus redes acuden a atender, y 3) cuando no tienen a quién acudir.

##### - Ruta 1:

La primera ruta es retornar a sus caseríos de origen para ser atendidas por una red de familiaridad más amplia. Este retorno se da luego de que la mujer queda embarazada y la relación de pareja ha sido reafirmada. Para esta ruta, Olimpia y Priscila (en su segundo compromiso), retornaron de Chiclayo y Lima, respectivamente, a su caserío de origen, Succhirca. Ya ahí, se instalaron en una casa cerca a la de sus padres. Cabe resaltar que la pareja de Olimpia es no solo de un caserío vecino (Víctor Raúl), sino también, ambos pertenecen a la comunidad campesina Cabeza Succhirca. Por su parte, el segundo compromiso de Priscila es de una zona rural de Ferreñafe.

Durante el parto, Olimpia tuvo una amplia red de soporte: en su casa estaban su mamá, su esposo, y su padre. Los cuales desplegaron un conjunto de atenciones divididas por género: estos dos últimos fueron quienes se encargaron de traer a la partera desde otro caserío y fue el esposo quien enterró la placenta en la puerta de la casa. Su mamá, por su parte, tuvo un rol activo durante todo el proceso de parto: ayudó a la terapeuta con los procedimientos,

por un lado, y, por otro, le “*ha miradas*” cada vez que ella se quejaba, o intentaba “tranquilizarla”.

A diferencia de Olimpia, Priscila tuvo una red débil y un parto con complicaciones: estaba sola en su casa cuando sintió el “*piecito*” del bebé. Buscó a su mamá, quien vivía en la casa del costado. Esta fue quien llamó a los doctores del centro de salud. Su esposo estaba trabajando como vigilante en Huarmaca, por lo que no estuvo durante todo el proceso de crisis. Priscila comenta que la llevaron en una ambulancia y que “*No sé cómo habrá hecho la obstetra... yo estaba bien mal*”. La intervención médica estuvo bastante presente en su caso.

Durante el “descanso”, la mamá de Olimpia fue su cuidadora principal durante una semana, con un despliegue importante de esfuerzo y recursos: le ‘peló’ una gallina apenas dio a luz, cocinó toda la semana, la bañó a ella, lavó la ropa, los patos y cuidó del bebé. Luego de este tiempo, regresó a su casa en Los Charanes donde se encontraban los hermanos menores de Olimpia. Hecho que implicó el cambio de cuidador, con una disminución en la calidad de las atenciones: el esposo, por su parte, las veces que su mamá no estaba, antes de irse a la chacra a trabajar le dejaba la comida preparada por las mañanas. Aunque Olimpia aclaraba, que la comida no era tan rica y estaba fría, también agregaba que ‘le traía carne de Huarmaca’, hecho que parecía comentar con cierto orgullo. A pesar de la diferenciación de las atenciones, fueron cuidadores medianamente disponibles.

Por su parte, Priscila tuvo otra una disponibilidad escasa de sus redes: su esposo continuaba trabajando como vigilante en Huarmaca, mientras ella se recuperaba del parto complicado. Fue su madre su cuidadora principal: la acompañó y atendió durante un par de semanas. El vivir al costado de ella fue de ayuda. Además de ello, la “*curaba con montes para la reca da*”.

Las razones de retorno de ambas mujeres fue la búsqueda de atenciones de sus grupos familiares de origen y un lugar donde instalarse con sus nuevas unidades domésticas. Los resultados de dicha decisión fueron distintos para

cada caso en clave de disponibilidad de las redes y la calidad de la atención de las mismas según el tipo de red y el género de estas: observamos que las madres cumplen un rol importante en la atención de sus hijas, por lo que la distancia entre ellas influye en la disponibilidad de atenciones de calidad. Por otro lado, la presencia del esposo es un soporte importante para las mujeres. A pesar de que las atenciones no sean de la misma dedicación que de las madres, son un apoyo real, que además está la mayor parte del tiempo viviendo con ellas. De esta forma, su no-disponibilidad por motivos laborales, pone en una posición de mayor vulnerabilidad a la embarazada, ya que esta se queda sin una presencia constante que la acompañe en alguna emergencia, como le pasó a Priscila.

Por último, parece ser que a medida en que esta disponibilidad y presencia de las redes es mayor, las posibilidades de una atención personalizada y con mayor autonomía del grupo doméstico (mujeres y redes familiares), el cual se incrementa. Por el contrario, cuando las redes son escasas, y a esto se le suma alguna complicación, la intervención médica institucional en sus partos es mayor, e incluso fundamental para la vida de la mujer.

#### **- Ruta 2:**

La segunda ruta de atención es aquella en la que las redes acuden a atender desde sus lugares de origen hasta la ciudad en la que se encuentra su hija. La bonanza económica es uno de los factores que hacen posible dicha movilidad de recursos: Rosario, por ejemplo, vivía en Lima cuando quedó embarazada de dos gemelas. Su pareja tenía un exitoso negocio de venta de gas, lo cual le proporcionaba las posibilidades económicas para que su madre y su hermano viajaran hasta aquella ciudad tres semanas antes de dar a luz. Cabe destacar que tanto su pareja como ella es de caseríos vecinos, Victor Raúl y Succhirca, respectivamente, es decir, son miembros de la misma comunidad campesina.

El dar a luz en un hospital parece ser fuente de orgullo: *“Mis hijas nacieron en la Maternidad de Lima”*, comentaba orgullosa Rosario cada vez que

hablábamos de su primer parto. Esta parecía ser una forma de distinción, ya que solía hacer énfasis en que *“acá en el campo las mujeres dan a luz distinto...”*.

Durante el parto, las figuras masculinas fueron quienes la acompañaron: su hermano y su esposo se fueron con ella hasta el hospital. Su madre se quedó alistando la comida (caldo de gallina) que iba a llevarle luego de que diera a luz. La figura femenina, su mamá, fue quien la atendió casi exclusivamente durante tres semanas, sobre todo la apoyó con las actividades que demandaban mayor uso de *“fuerza”*.

Rosario retorna a su lugar de origen en búsqueda de atenciones, junto con su madre, quien significaba un apoyo fundamental en la atención de las dos bebés: *“¡Qué iba a hacer yo solita con dos bebés! Me fui con ella nomás, ya volv cuando mis hijitas ya gateaban”*. Luego de unos meses regresa junto con su pareja.

Un factor determinante en que esta ruta sea posible es el dinero: es necesario una inversión fuerte de dinero para pagar los trayectos, para comprar alimentos para un grupo grande de personas, para atender a dos bebés. Así también, la presencia de dos recién nacidas exige el doble de atención, para lo cual un cuidador extra se hace necesario. A diferencia de las otras mujeres, este es el caso con mayor presencia de la unidad doméstica de origen después de iniciada su nueva unión familiar.

### **- Ruta 3:**

Por último, la tercera ruta de atención es aquella donde las redes son escasas o nulas durante todo el proceso de embarazo. Este caso es el único que luego de quedar embarazada se queda sin el apoyo de la pareja y la relación se disuelve. Ella era bastante joven, tenía 19 años, y decidió quedarse durante todas las etapas de su embarazo.

El único apoyo que tenía en la ciudad de Zarumilla era una amiga que esporádicamente venía a acompañarla y con la que fue al hospital cuando

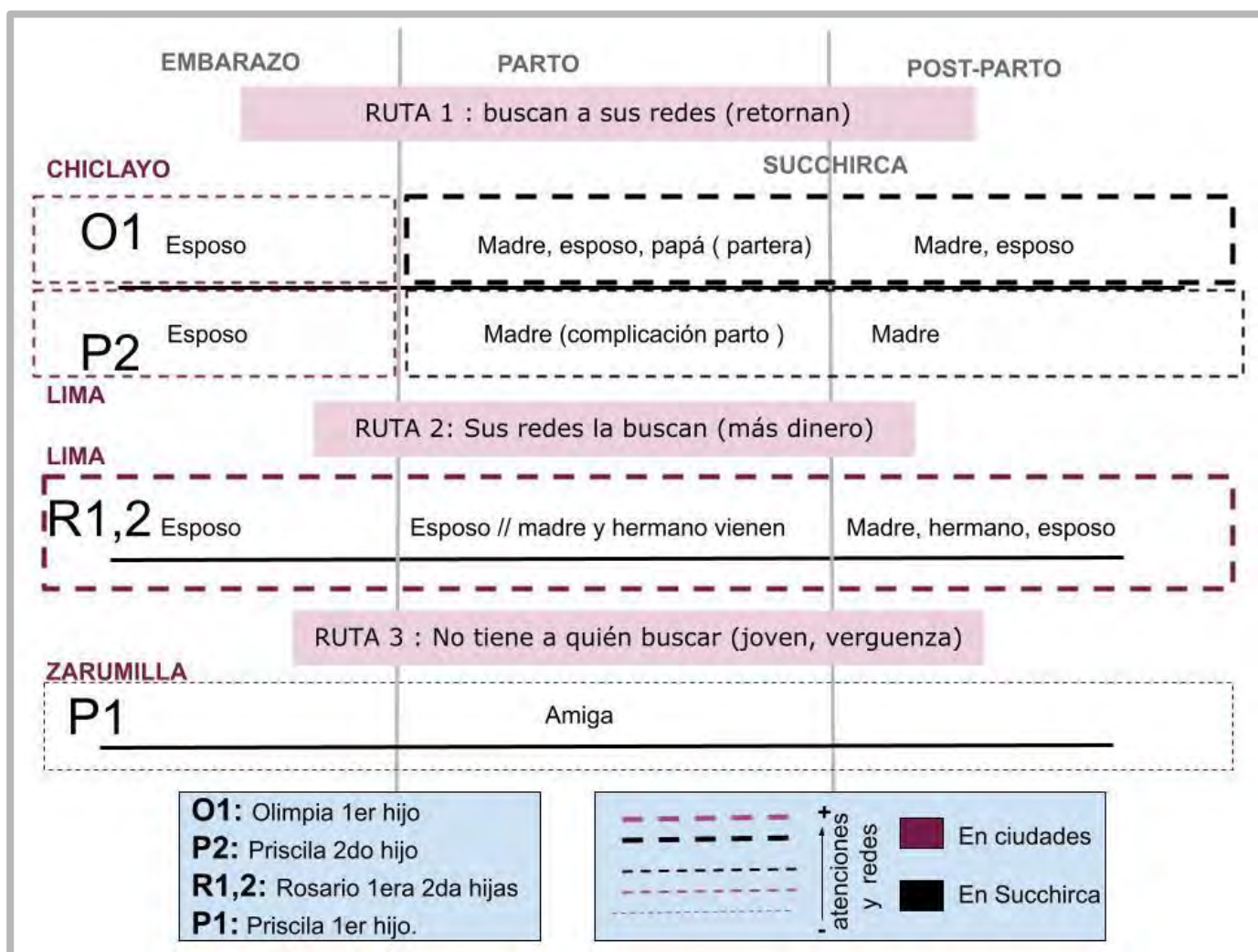
comenzaron sus dolores de parto. La atención no tuvo complicaciones, salió al día siguiente.

Además, este caso fue el único que no cumplió el mandato local del descanso. El primer embarazo de Priscila fue el caso que más rápido hizo alguna actividad física, incluso a diferencia de los que ella tendría más adelante: *“Luego de unos días, cargué a mi hijo en mi espalda y volví a trabajar...”*.

Unos de los factores que la empujaron a no retornar al inicio del proceso en soledad y a no cumplir una práctica local bastante arraigada, fue la falta y búsqueda de dinero. Priscila comentaba como una de sus razones principales el no tener dinero, ya sea para pagar los pasajes de regreso o costos de vida inmediatos, como el hecho de hacer un fondo económico con el cual regresar a casa de su mamá con un hijo y sin pareja. Cuando conversamos del tema, Priscila no quiso dar muchos detalles. De hecho, parecía causarle un poco de vergüenza contarle, por lo que no insistí. De hecho, por el tiempo que conversamos siempre tuvo presente la posibilidad de migrar nuevamente, por lo que parece ser un proyecto bastante presente. Considerando esto, parece ser que tiene emociones como vergüenza o frustración tras no cumplir con las expectativas locales sobre la migración: el hacer dinero en una ciudad y/o configurar una nueva unidad doméstica estable.

Por último, sobre el parto, parece que otra vez estamos ante una escasa o nula red de soporte. Sumado al prestigio que puede acarrear dar a luz en un hospital en la ciudad, la medicalización de la atención del parto no solo es la única opción, sino también el camino esperado.

Gráfico 5 Rutas de las ciudades de retorno al campo



Fuente: Elaboración propia

#### 4.1.1.2 Del caserío de origen a caserío de cónyuge (Succhirca)

En este grupo se encuentran las mujeres que estaban en sus caseríos de origen, La Rinconada y Chalpa (esta última perteneciente a la comunidad campesina Cabeza de Succhirca), cuando conocieron a sus parejas: migrantes jornaleros de otro caserío de la misma comunidad mencionada. Este es un caso de migración interna entre los caseríos, ya sea por parte de sus parejas, quienes han emigrado en búsqueda de una remuneración por un trabajo agrícola, o bien la migración tras el embarazo y reafirmación de la pareja. Este hecho genera que las mujeres se desplacen al caserío de origen de sus parejas y se instalen en la



casa de sus suegras. Para este caso hemos identificado solo una ruta de atención practicada por dos de nuestros casos:

#### - Ruta 4

Esta ruta se pregunta por cómo se dieron las atenciones durante las diversas etapas del embarazo considerando el desplazamiento interno de estas mujeres hacia otra residencia. Para ambas mujeres, el embarazo tuvo dos momentos: no es hasta que le contaron a la pareja que estaban embarazadas que la relación tomó un rumbo más formal. Dicha formalización de la relación implica el desplazarse con sus parejas a sus lugares de origen, a la casa de sus suegras.

Sobre los embarazos, cabe resaltar que el “contarlo” también está sometido a evaluación: dos meses después de darse cuenta que lo estaba, sin haberle dicho a nadie de su familia de origen por miedo a la reacción de su papá, Telma le contó a su pareja justo cuando esta iba a migrar a Serrán hacia un nuevo trabajo. Esto implicó “escaparse” con él. Cuando retornó de Serrán a la casa de su suegra, a los siete meses, les contó a sus padres. Para el otro caso, el de Alva, el desplazamiento a la casa de sus suegras estuvo relacionada al trabajo de su pareja, por lo que viajaron cuando ella tenía seis meses de embarazo.

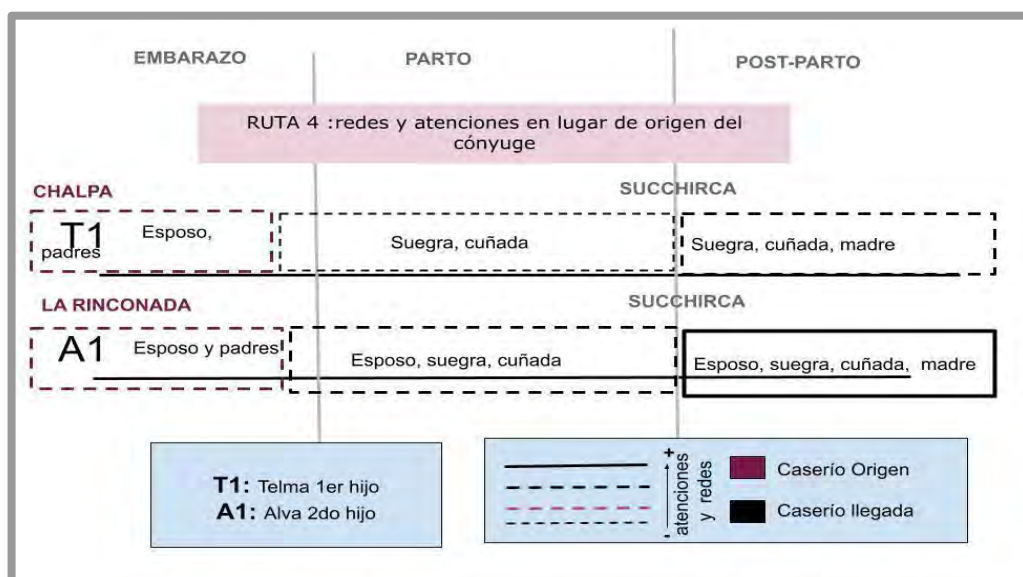
Durante el escenario del parto se abren dos escenarios: en casa de la suegra sin el esposo y en casa de suegra con el esposo. El primero de estos implicó una falta de confianza y una sensación de vergüenza de contar que estaba con dolores: cuando empezaron los dolores, Telma no le cuenta a nadie, es más, incluso se alejó de la casa para que no lo noten. Telma contaba que no sabía por qué le daba “vergüenza”. Esta emoción fue lo suficientemente fuerte como para “disimular” que todo estaba bien. La confianza parece ser una cualidad aún no establecida o fortalecida entre estos parientes políticos recientes. Parece ser que ello, sumado a la no-presencia del esposo, quien se encontraba trabajando en “la selva”, reforzaba la sensación de “vergüenza” que experimentaba Telma. La confrontación fue parte de la atención. “*Tú estás con dolores y no sabes decir...*”, le dijo, y se fue a buscar a una partera.

Por otro lado, para el caso donde el esposo estaba presente en la casa cuando comenzaron sus dolores, la atención del proceso fue más rápida: este se fue a buscar a una partera, quien además vivía a pocas casas de distancia, por lo que llegó a tiempo. La suegra se encargó de ayudar a la partera con lo que solicitara. El procedimiento fue rápido. El esposo fue el encargado de enterrar la placenta.

Durante el proceso posterior al parto, la presencia de la madre se hace significativa, aunque su disponibilidad es limitada. Ambas refieren que esta solo se quedó unos días y venía esporádicamente, ya que también tiene que atender a sus otros hijos en sus caseríos de origen, al cual solo se llegaba caminando 3 o 4 horas. Parte de las atenciones que ambas madres realizan fue traer o cocinarles una dieta especial: llevar una gallina y prepararla en caldo. Alva explicaba que es bueno para la *“fuerza”*. En la distribución de las tareas, cuando su madre estaba cumplía un rol activo en las atenciones: cocinaba, la bañaba, cargaba al bebé.

Por otro lado, las suegras y cuñadas tienen mayor presencia en esta ruta: es el único momento en el que aparecen dentro de la narrativa de estas mujeres, salvo excepciones: solo una de las mujeres se mudó luego de tener el segundo hijo. La relación con ellas si bien no refirió un conflicto mayor, sí hubo comentarios sobre la vergüenza y el preferir las atenciones maternas. No obstante, la disponibilidad de las suegras en la atención fue algo que se valoraba. La presencia de la atención de las cuñadas es secundaria, pero son las encargadas de hacer los trámites que los esposos suelen hacer: ir a buscar al terapeuta, mientras la suegra se queda junto a la nuera parturienta.

Gráfico 6 Rutas del caserío de origen al caserío del cónyuge



Fuente: Elaboración propia

#### 4.1.1.3 Sobre sus configuraciones familiares iniciales

En líneas generales, en estas 4 rutas encontramos que la búsqueda de atenciones durante las diferentes etapas de los embarazos, significa también una búsqueda de las nuevas unidades domésticas por asentarse. El cual parece estar bajo una evaluación de las posibilidades al alcance.

Por un lado, resulta bastante evidente que el dinero es un tema fundamental para tomar esta decisión. Como hemos visto, solo uno de nuestros casos que vivía en ciudad consideró la posibilidad de quedarse, considerando que eran dos hijas y no solo una, y fue justamente aquella pareja que gozaba de prosperidad económica. El caso opuesto, el de aquella joven con redes escasas y poco dinero, también decidió quedarse un tiempo más en la ciudad y lo hizo por razones completamente diferentes: el generar ingresos con los cuales regresar a su casa.

Así también, no solo es una cuestión de dinero, sino de “atenciones”. Si bien es cierto, en las ciudades hay mayor posibilidad de conseguir dinero,

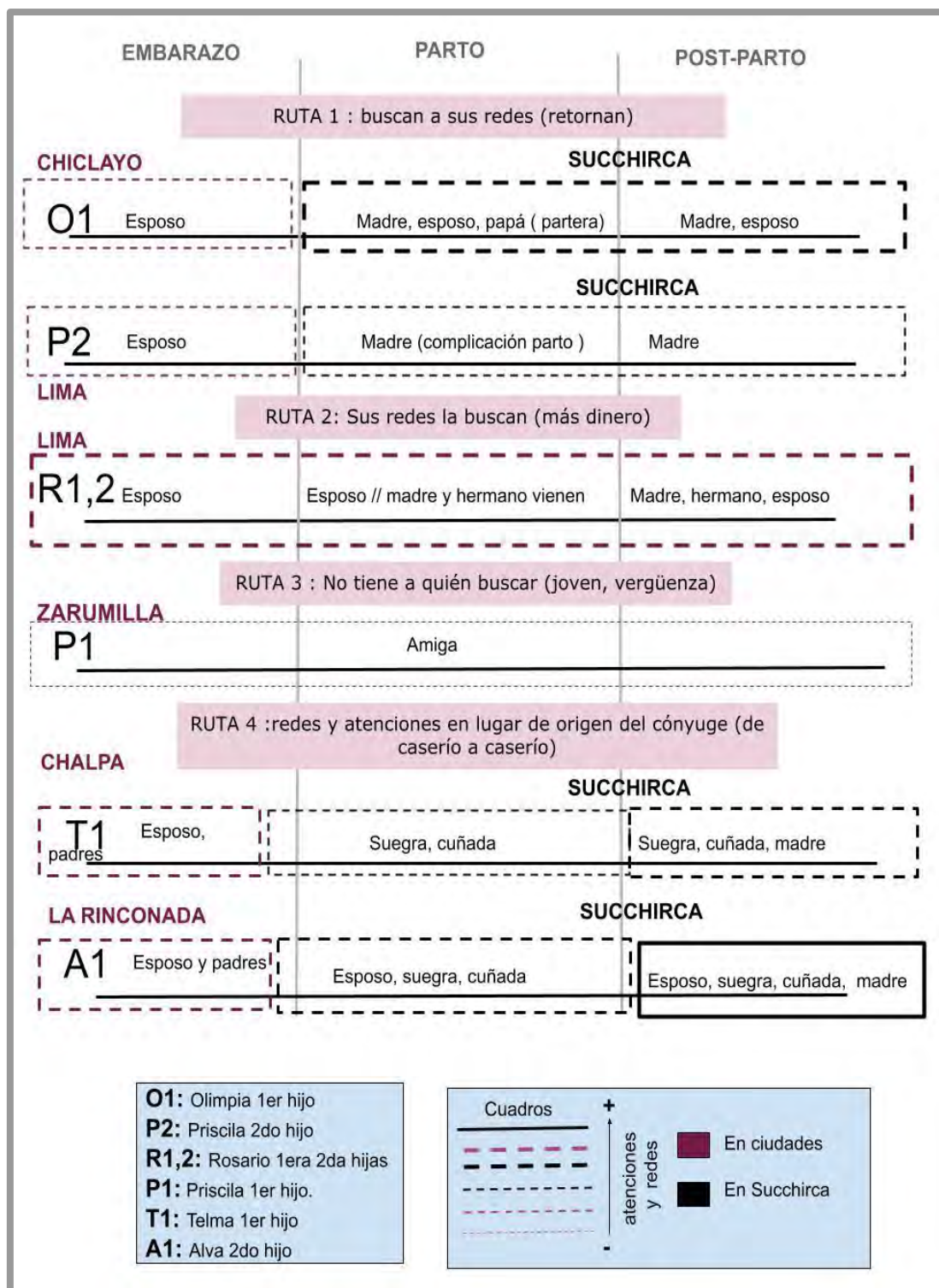
también es verdad que lo que se intercambia a través de las “atenciones” no es monetizable y si es que lo fuese implicaría contratar a alguien, algo que no estaba en evaluación. Por otro lado, las “atenciones” también están en un campo afectivo y de obligaciones que activa, reafirma e incluso crea relaciones de parentesco. Hecho que se puede constatar también en la última ruta analizada, donde parece ser que la vergüenza y la poca confianza inicial tienen que ver con la reciente convivencia y que más bien los lazos de familiaridad se van constituyendo en el tiempo, en la convivencia y sobre todo a través de las “atenciones”, donde el atender a la nueva parturienta son parte de las responsabilidades de la suegra y que la convierten suegra y viceversa.

Parece ser que, si bien es cierto que las rutas fueron diferentes, al cabo de un tiempo (distinto en cada caso) todos terminaron en Succhirca, caserío de origen de alguno de los dos miembros de la nueva unidad doméstica. Sumado a ello, parece ser que las elecciones de la pareja matrimonial entre estos jóvenes de la sierra sur de Piura ocurren en un radio de elección que no se aleja tanto, si bien no son escogidas dentro de sus caseríos de origen. No sorprende entonces que hayan conocido a sus parejas en ciudades lejanas a la zona estudiada y aun así se hayan involucrado con personas de caseríos cercanos. Esta práctica parece reducir, hasta cierto punto, los riesgos en la vinculación y generar un ambiente de mayor seguridad para que la relación se establezca. De hecho, el único caso que **no** se relacionó con gente de la zona ha presentado relaciones bastante más complicadas: en la primera relación no tuvo el apoyo de la pareja tras quedar embarazada y, en su actual compromiso, existe un escaso apoyo del cónyuge.

Para finalizar, parece ser que las configuraciones familiares iniciales de estas jóvenes rurales empiezan con la afirmación de sus relaciones luego del embarazo, donde escoger a la pareja pasa por cierta evaluación que prioriza a jóvenes de su misma zona o alrededores. Así también, la configuración familiar de estas jóvenes si bien empieza con los embarazos, una vez que estas y sus parejas se instalan en una casa (o en su zona de origen o en la de sus cónyuges), este asentamiento funciona como afirmación de una nueva unidad doméstica fundada en lazos de familiaridad que el proceso de búsqueda de atenciones

brindó al activar, actualizar, e incluso crear redes de familiaridad. A continuación, se presenta el gráfico con todas las cuatro rutas

Gráfico 7 Rutas de las configuraciones familiares



Elaboración propia

#### **4.1.2. Organización familiar actual: redes de atención en mujeres adultas asentadas en “el campo”**

El término local “*del campo*” hace referencia a las zonas rurales del distrito, la cual abarca todo el territorio del mismo a excepción de la zona del pueblo. Este término lo escuché repetidas veces en la zona urbana y al inicio pensé que se trataba solamente de una forma de distinción entre mestizos y campesinos, ya que era la forma de denominar genéricamente a quienes provenían de los diversos caseríos. No obstante, también lo volví a escuchar en Succhirca repetidas veces en frases como “*como yo soy del campo...*”, “*acá la gente del campo...*”, cuando hacían una afirmación y explicación de prácticas y repertorios específicos. Sumado a esto, era también una referencia a su geografía y al trabajo agrícola, al que además se le agrega un énfasis en las diferentes dificultades que implica serlo, al menos en los contextos en los que se dijeron. Recojo esta denominación porque lejos de parecerme un término discreto es una herramienta explicativa local para hablar sobre el escenario donde desarrolla gran parte de sus actividades, las cuales, si bien están relacionadas al ámbito agrícola y doméstico, no se limitan a estas. Sino más bien, incorporan prácticas migratorias, actividades no-agrícolas y relación con diversas instituciones estatales o comunales. De esta forma, desde este término también reconocen y explican su contexto rural en transformación, sin negar sus prácticas locales más ‘tradicionales’.

Sobre estas mujeres “del campo”, sabemos que el conjunto de actividades que realizan implica una gestión del hogar y atención de los hijos, así como el dedicarse a actividades agrícolas y ser representantes de sus unidades domésticas y relacionistas públicas con el centro de salud, con la escuela, con el proyecto de desarrollo presente en la zona y con su comunidad. Estas son las mismas mujeres con una amplia experiencia migratoria, que retornaron y se reinstalaron en sus zonas de origen tras quedar embarazadas y formar una nueva unidad doméstica.

Nos encontramos con unidades domésticas ya asentadas en una casa propia (ya sea en caserío de origen o de sus cónyuges) donde los dilemas bajo los que las “atenciones” se buscan ahora son otros: migración masculina, recursos y redes escasas, la carga de cuidados en la crianza de infantes o más exigencias de trabajo comunal en la zona. Por ello, nos interesa saber las razones que hacen posible, o no, una mayor organización de las redes familiares que estas mujeres retornantes tuvieron en sus siguientes embarazos. Para ello, nos aproximamos a la disponibilidad de las redes y las voluntades de “atenciones” que cada miembro de la red familiar provee.

### **Esposo:**

Durante todos los embarazos restantes de estas mujeres, ya vivían con sus parejas y sus recientes bebés en una casa a parte de sus familias de origen (solo un caso continuó viviendo con su suegra hasta el segundo hijo). Este hecho resalta la importancia de la presencia de los esposos durante las diversas etapas del embarazo, ya que son ellos la red más ‘a la mano’ que estas mujeres tienen.

No obstante, estos esposos no siempre están presentes o disponibles. Una de las razones por las que su ausencia se hace notar son las migraciones laborales. Varios de estos se encontraban en la zona de ‘selva’, en la ‘costa’ o en el pueblo cuando sus esposas estaban por dar a luz. Sin embargo, una vez que dieron a luz o necesitaron alguna atención adicional por las complicaciones luego del parto, no todos acudieron al mismo tiempo.

Por ejemplo, tenemos el caso de Olimpia quien luego de dar a luz sola, su padre y un par de enfermeros llegaron a atenderla. Estos últimos no lograron extraerle la placenta. El parto se dio en la madrugada y a las 7 de la mañana llegó su esposo quien trabajaba como jornalero en Serrán, a 3 horas de distancia en carro, junto con una partera. Esta señora ayudó significativamente en la extracción de la placenta. En ese sentido, si bien es cierto que él no estuvo presente durante el parto, ni bien se le informó su disponibilidad fue inmediata e incluso ayudó a resolver una complicación que pudo hacerse más grave sin una atención pronta. Además, fue quien se encargó de enterrar la placenta. Así

también, en el periodo posterior del parto, a Olimpia le dio “*reca da*”, por lo que dejó el trabajo en Serrán (no regresó) y se quedó en el caserío mientras duró todo el período crítico. De hecho, fue quien asumió gran parte de la recuperación ya que “gastaron una cantidad” en las limpias para la recaída que les hizo un “*señor*”. Este es un caso significativo, ya que, a pesar de no encontrarse cerca al inicio de la crisis, existía una disponibilidad y voluntad para “atender” desde sus posibilidades. A diferencia de ella, el caso de Primitiva nos presenta a un esposo también trabajando fuera (en el pueblo) quien no viene inmediatamente después de la crisis: la pierna de su bebé salió primero y tuvieron que llevarla de emergencia a Huarmaca. Solo la acompañó de regreso y volvió a trabajar. Fue más bien la madre quien asumió las atenciones a tiempo completo.

Es aquí, entre dos casos que parten desde una complicación del parto y la ausencia de los esposos, donde las voluntades de “atención” son un punto de diferenciación clave. De hecho, esto se ve reflejado en la misma práctica matrimonial, como hemos revisado en el capítulo 3 en las historias de vida de cada mujer, mientras que la primera es una de las que tiene la relación más “estable” o cooperativa entre sí. El segundo caso es una de las parejas que refiere ciertas crisis conyugales. En ese sentido, no siempre la distancia por trabajo implica una ausencia total del esposo.

Así también, se encuentran los casos donde el esposo está presente en las diferentes etapas del embarazo. En estos casos parece ser que hay ciertas “atenciones” reservadas para ellos (o para una figura masculina), patrón que aparece en la práctica de casi todos nuestros casos.

El esposo es la red que se suele encargar de “llamar” a los terapeutas. La actividad de “llamar” a un terapeuta fue una de las “atenciones” comúnmente asignadas a los esposos, en los casos donde ellos se encontraban al inicio de los dolores de parto. “Llamar”, sin embargo, se traducía en diversas prácticas: ir a buscar al terapeuta hasta su casa (parteras) o hasta el centro de salud (especialistas médicos). Sin embargo, también hay casos excepcionales donde la partera ya conoce previamente la casa y se queda a dormir en ella días antes del parto.



Por otro lado, también se da el caso donde ese “llamar” implica la acción literal que nombra: llamarlos por teléfono. Esto suele suceder antes de ir a buscarlos al centro de salud o en caso no se les encuentre en el mismo. No obstante, en casos donde se ha presentado una complicación y uno de los terapeutas convocados no ha podido dar solución, suele ser tarea del esposo (o de alguna figura masculina) el ir a buscar a otro terapeuta.

Así también, es el cónyuge quien suele avisar al pariente más cercano disponible: las madres (la mayoría de veces). Aun así, se procura hacer este aviso y coordinación días antes, ya que lo ideal es que ella (o una pariente mujer) pueda quedarse con la parturienta mientras este sale a buscar a los terapeutas.

Por otro lado, otra “atención” designada a los esposos es el enterrar la placenta una vez que esta es extraída. Esta práctica se dio en todos los casos donde la atención del parto fue en las casas, independientemente del terapeuta que haya estado presente (parteras, enfermeros, especialistas médicos). Es una actividad que implica tener fuerza para excavar, por lo que, me comentaban, suele hacerlo el esposo. No obstante, también lo puede hacer la figura masculina presente o quien esté disponible en caso no haya quién (el papá o la cuñada).

*“Cuando mi mamá se iba, ya ah quedaba mi marido a cocinarme a hacerme. Me ha lavado los pañales, él los lavaba... a veces también venían otras, por ahí alguien lo lavaba...”*. Además, agregaba: *“Bien congeniado a mí es mi esposo, para mi primer hijo, me compro patas de res de Huarmaca”*. Sin embargo, también se quejaba de que un hombre no “te sabe cuidar bien”, que cuando su esposo cocinaba le dejaba la comida en la cabecera desde temprano antes de ir a trabajar: *“Comidita fría, qué ibas a hacer pues, quién pues...”*. Por ello, para “cocinar” durante las primeras semanas luego del parto, los esposos solían ser la última opción para ese trabajo, pero no menos importante cuando las redes femeninas están ausentes.

Esta fue una práctica realizada por al menos 3 de los 5 esposos. Los 2 restantes que no lo han hecho corresponden, justamente, a las dos parejas

menos estables y con más conflictos. Otra de estas atenciones en las que cumplen un rol “suplente” tienen que ver con otras actividades domésticas como lavar o ver al bebé, pero estos son casos excepcionales, por lo general se suele coordinar la presencia de la madre para que sea ella quien realice estas actividades.

Por último, otra de las “atenciones” que se espera de los esposos es que puedan aportar con dinero o con otros recursos valiosos (carnes para la parturienta), ya que son estos quienes manejan mayor cantidad de efectivo. Cabe señalar que parte de la crisis de una de los dos casos con matrimonios complicados está relacionado a la falta de apoyo económico que dio el esposo. Resulta pertinente indicar que es la misma pareja que al inicio de su relación gozaba de éxito financiero. La crisis económica, sumado al desinterés por seguir aportando, son fuente importante de conflictos.

### **Mamá:**

*“Mi mamá me cuidó una semana... en todos me ha cuidado mi madrecita... una semana, porque también ten a que ver sus animales, a sus hijos...”*, comentaba Olimpia mientras prendía el fogón para el almuerzo. Me explicaba que durante esa semana su madre se encargaba de cocinarle, lavarle unos trapitos que pueden ponerles a las parturientas y cargar al bebé. Mientras me contaba esto, cargaba una olla con agua en la que prepararía el arroz. Aproveché para aclarar que esas cosas *“no puede hacer una después de parir”*, ya que implican *“fuerza”*. Por eso era importante la presencia de alguien que la acompañe, para que alguien se encargue de realizar las actividades que cotidianamente hacía. Y que era justamente la madre la candidata perfecta para asumir dichos cuidados después de ‘parir’. El problema, agregaba, era que no podía quedarse muchos días. Esto significaba que el tiempo restante era su esposo quien se encargaba de cocinar, pero que no era lo mismo. La comida no tenía el mismo sabor y además estaba fría, ya que la dejaba preparada por las mañanas. A diferencia de ello, su madre tenía mayor cuidado en esas actividades.

Esta preferencia, sin embargo, parece estar relacionada al mismo *acompañamiento*. Que las madres estén con ellas también implicaba conversar con sus hijas, aconsejarlas e incluso darles seguridad y confianza. Olimpia comentaba que para su primer parto sentía mucho miedo por cómo sería dar a luz, que las “*chismositas*”, como denominaba a las mujeres reunidas con las que se encontraba en la plaza o en alguna actividad comunal, le decían que era muy doloroso, que se va a desangrar. Su madre, más bien, le decía todo lo contrario: “Yo he sido más chiquita que tú y he parido”, a modo de calmarla. Era un soporte afectivo y seguro importante, por lo que su presencia era altamente valorada. Al igual que Olimpia, entre las atenciones de los esposos o de sus suegras, aquellas brindadas por las madres eran las más valoradas por todas las mujeres de nuestros casos.

Como hemos visto, las madres tienen un claro protagonismo en las atenciones de sus hijas. Son estas quienes incluso cumplen un rol de cuidadoras principales mientras están presentes aún con los esposos en la casa y de manera más urgente si este no se encuentra cerca. No obstante, la disponibilidad de las madres es limitada, principalmente porque cuidarlas implica dejar de hacer sus propias actividades domésticas en sus casas. El caso de Olimpia nos dibuja un poco mejor ese escenario.

En otra ocasión, conversaba con Telma mientras íbamos camino a su casa: “*Mi mamá venía con comida, venía a cocinarme...*”. Continuando con nuestra conversación, agregó “*Mi mamá venía con comida, desde Chalpa se venía, para llegar de Chalpa es lejos...*” y agregó “*son tres horas caminando...*”. Habíamos estado en una de las chacras cercanas. Lo que solía tardarle 25 minutos de caminata, conmigo se hicieron 40 minutos. Era evidente mi cansancio, ella solo reía. Yo le preguntaba si podía llegar caminando hasta Chalpa, caserío donde vivía su mamá, y me aconsejaba que mejor tomara un carro, aunque ahora en temporada de lluvias, estos “*ya no bajaban porque el camino estaba todo barro*”. Y en efecto, no solo era el cansancio lo que dificultaba su paso, sino también la misma carretera, o peor aún los caminos en laderas, que se hacía más intransitable en lluvias que lo volvían una pasta de lodo resbaladizo.

Esas eran las condiciones en las que muchas veces no solo la madre de Telma, sino las otras madres tenían que desplazarse para atender a sus hijas. De hecho, estos desplazamientos se dieron en casi todos los casos, ya que solo la madre de una de ellas vive en el mismo caserío. En el cuadro siguiente se detallan dichos desplazamientos en tiempos de caminata.

Tabla 4

Lugar de residencia de la madre y tiempo de campo

Casos	Lugar de residencia de la madre	Tiempo caminado
Rosario	Victor Raúl	30 minutos
Telma	Chalpa	3 horas
Priscila	Succhirca	5 min
Olimpia	Los charanes	2h 30 minutos
Alva	La rinconada	2 horas

Fuente: Elaboración propia

Las atenciones de las madres han sido fundamentales sobre todo en el momento posterior al parto. En este periodo se encargan de las actividades domésticas destinadas usualmente a las hijas. Las atenciones que estas realizan están relacionadas a la alimentación de las hijas. Ya sea el “pelar una gallina” luego del parto, venir trayendo comida ya preparada, o las demás comidas de la semana, eran las madres quienes, mientras su presencia les daba, realizaban dicha actividad.

De hecho, es de ayuda si a este apoyo materno se le suma la figura del padre: no solo parece implicar un soporte mayor para estas mujeres, sino cierta disputa en las decisiones familiares. Uno de los casos que tienen un papel fuerte en las familias de origen de las parturientas es también la relación con mayor crisis conyugal.

## **4.2. Recursos y repertorios en “las atenciones” del embarazo, parto y posparto**

En este acápite exploramos los recursos y repertorios que las mujeres campesinas y sus familias han utilizado a lo largo de la *atención* de sus procesos de embarazo, parto y posparto: primero nos aproximamos a conocer los dilemas y preocupaciones que los embarazos inauguran; luego, pasamos a reconocer los territorios de alumbramiento, las diversas experiencias con terapeutas; por último, nos centramos en comprender las prácticas de descanso y atenciones familiares posparto.

### **4.2.1. Embarazo: dilemas y preocupaciones**

un obstáculo que me exigió flexibilidad durante el trabajo de campo fue no haber encontrado mujeres embarazadas en el caserío. Este hecho me llevó a trabajar con mujeres con hijos de pocos meses de nacidos, lo cual implicó reconstruir estos embarazos a partir de lo que estas mujeres recordaban o decidían contarme. Al principio ello me generó un conflicto sobre la relevancia etnográfica que esta entrada podía tener. No obstante, al contrario de lo que pensé, terminó siendo una oportunidad bastante reveladora: abrió la posibilidad de que las conversaciones sobre sus embarazos incluyeran sus propias reflexiones sobre sus experiencias dentro de las narraciones. Así también, la propia cotidianidad de los encuentros generó un ambiente de intimidad en el que me confiaron dilemas y temores alrededor de quedar embarazadas y donde pudimos conversar sobre ciertos aspectos de su sexualidad como el “cuidarse” con el uso de tecnologías biomédicas como los anticonceptivos, sí, pero desde su propio ensayo de explicaciones sobre su uso o desuso, a partir de sus experiencias y necesidades. Es desde esta lógica, entonces, en la que nos aproximamos a hablar de los dilemas y preocupaciones generados en un momento que marca el inicio de las narraciones sobre sus embarazos.

Me llamó la atención que uno de los marcadores con los que solían contarme el inicio de sus embarazos, era el momento en el que se dieron cuenta de que *“ya no les ven la regla”*. Aunque resulte evidente, la aclaración es

necesaria: son ellas mismas quienes experimentan las primeras señales de un posible embarazo y quienes se enfrentan a diversos dilemas cuando esto ocurre: la evaluación de contarlo dentro de su grupo doméstico, la preocupación por que sean “hijos seguidos”, así como el miedo a dar a luz por primera vez, fueron parte de los dilemas que aparecieron en torno a su eminente embarazo.

### - ¿Cuándo contar el embarazo?

Cuando conversamos sobre el embarazo de su primer hijo, Telma estaba cocinando el almuerzo con su último bebé cargado en la espalda. Mientras picaba las cebollas del aderezo me contaba cómo conoció a su esposo. Luego, se detuvo, me miró fijamente y agregó: *“Después de un tiempo ya no me ven mi regla... a nadie le conté...”*. La miré también y antes de poder responderle algo más, ella agregó: *“...Yo le ayudaba a mi mamá a cuidar a sus hijos cuando quedé embarazada... También trabajaba en la chacra. Mi papá sembraba arroz, yo le ayudaba... A mi papá no le dije, tenía miedo que me pegara... A veces me ven el malestar, vómitos... yo hacía mis cosas nomás. No le contaba a nadie... Yo a mi esposo recién le he contado cuando yo ya tenía 4 meses...”*. Luego, la seriedad de su rostro cambió y concluyó riendo: *“A nadie le he contado yo...”*.

Telma asumía diversas responsabilidades en su unidad familiar de origen. De hecho, ella regresó a vivir con sus padres después de varios años trabajando como empleada doméstica en la costa. Como me comentó aquella vez, se encargaba de realizar actividades que aliviaban la carga de trabajo tanto de su mamá (con el cuidado de sus hermanos y de la casa) y con su papá (con el trabajo en la chacra). El quedar embarazada y comunicarlo con su familia de origen no fue la primera salida que tomó, de hecho, su evaluación sobre ello era que, si lo hacía, su papá le pegaría. Así, la decisión que tomó fue escaparse con su pareja una vez que se lo contó. Yo le volví a preguntar cuándo se enteraron sus padres. Telma, me miró como si preguntara una obviedad y me respondió: *“Ya cuando me fui ellos se lo imaginaron, pues”*. Nos reímos. Esa fue la forma en la que sus padres se enteraron de su embarazo, a través de su ausencia en la casa.

Por otro lado, el contarle a su pareja implicó una dilatación del tiempo, la cual terminó cuando este le contó que había conseguido un trabajo en Serrán y se va a tener que ir. Es en ese momento cuando Telma decide contarle y decide irse con él hasta Serrán sin avisar, con lo cual da inicio a una relación bastante más formal de la que tenían. Si bien es cierto, durante esos meses que no le contó la relación continuó, el esperar un tiempo parece haber sido una forma de asegurar cierta estabilidad y continuidad con su pareja. Parece ser que esto responde también a un miedo latente en las iniciaciones de las vidas reproductivas de estas mujeres jóvenes: el que sus parejas las abandonen.

El cuándo contar los embarazos suele ser ‘calculado’<sup>52</sup>. En los casos revisados, las mujeres son las primeras en enterarse de sus embarazos y el contarlos inmediatamente no es la primera opción, al menos para las primeras experiencias de embarazo donde este implica el paso a una unión mucho más estable de la relación. Así también, para el caso de las mujeres con algunas crisis<sup>53</sup> con las parejas, contarles de sus embarazos implicó el abandono de una y el desinterés y cuestionamiento del otro. Solo aquellos casos con mayor estabilidad parecían asumir más colectivamente no solo los dilemas, sino también preocupaciones sobre el embarazo, tales como los recursos económicos y de redes disponibles para poder afrontar esta etapa.

#### **- Tener hijos seguidos**

Uno de los dilemas que causaba cierta angustia a Alva la gran mayoría de veces que la visitaba, o me la encontraba, era la carga de cuidados que implicaba tener dos hijas pequeñas que no caminaban<sup>54</sup>: la que tenía poco más de dos años seguía gateando, mientras que la menor, de un año, estaba casi siempre o en sus brazos o su la espalda. De hecho, en más de una ocasión uno de los pensamientos que me comentaba, y que parecía que también solían aliviarla, era que pronto una de ellas ya entraría al colegio. Incluso contaba la cantidad de años que “le quedaban” en esa situación. Además, en más de una oportunidad,

---

<sup>52</sup> Las comillas son mías

<sup>53</sup> Para mayor detalle revisar Capítulo 3, Casos Rosario y Primitiva

<sup>54</sup> Esta cotidianidad se detalla en el capítulo 3, acápite 3.3

mientras comentaba sobre sus embarazos, comparaba que aun así podía hacer más cosas, a diferencia de ahora, donde la crianza de dos hijas muy pequeñas la tenía en casa muchas más horas de las que desearía. Esta escena cotidiana está bastante relacionada a la sorpresa que significó para ella su tercer embarazo:

*“...Yo no me enfermé nada... yo no sabía que estaba embarazada. Ya cuando ya estuve de dos meses y medio... Sentí que se movía y ya pues, me fui a la posta y salió. En la primera sí, al año y medio me enfermé (se refiere a la menstruación). Y dije, a veces debe ser en ellos. Y pues... Con la última me enfermé, pero con la segunda ya no...”*

La ausencia de la ‘regla’ o del ‘enfermarse’ solía ser indicador de la posibilidad de un embarazo. No obstante, al igual que Alva, estas mujeres también reconocían que luego de sus partos, esta se ausentaba por un tiempo. Como comenta Alva, ella pensaba que como con su primera hija duró un año y medio, sería así la siguiente vez. Sin embargo, esa fue la razón por la que ella y casi todos nuestros casos (4/5), quedaron embarazadas inmediatamente después de que les viniera el primer periodo o incluso sin que este apareciera.

Esta situación ha estado bastante presente en nuestros casos. De hecho, si bien es cierto, varias de estas realizaban actividades domésticas y agrícolas durante gran parte de sus embarazos, sin recordar muchos inconvenientes, el recuerdo de tener hijos ‘seguiditos’ era siempre motivo de aflicción: *“Me vino la regla al año, y ahí nomás quedé embarazada... ya no me dio al otro mes. ¡Ay! Yo supe con mi hijo para criarlos a los primeros...”*. Si bien es cierto, ello fue una expresión de Telma, Olimpia solía tener expresiones parecidas al narrar sus primeros embarazos.

De esta forma, resalta una experiencia compartida de sufrimiento o preocupación, relacionado a la demanda de tiempo y fuerza que exigían los procesos paralelos de embarazo más crianza de un recién nacido (Telma, Olimpia) o la doble crianza de infantes (como el caso de Alva y Priscila mientras yo hice el trabajo de campo).



## - El miedo y la vergüenza en las primerizas

*“Yo no sab a. Las primerizas no sabemos. Las primerizas no sabemos cómo te viene el niño. No sabes cómo será el dolor, cómo será dar a luz así directo... échate a pensar. Yo por eso no sab viejita. Cómo será, dec . Ay Dios, soy mujercita. Cómo va a caber un niño por mis partes, ay Diosito me acabo de yo”.* Me contaba Olimpia, con un rostro impávido, sobre los miedos que le causaba dar a luz por primera vez. La idea de que un niño salga de sus partes, era casi como una sentencia de cambio inminente y daño del cuerpo que resumía con un: *“Para malograrme será”.*

Olimpia es evangélica. Y una de las formas que tenía para afrontar dicho miedo era una apropiación peculiar y particular de comunicación con Dios: *“...Con un librito que es nuevo testamento de Dios, yo andaba con ese librito en mi barriga clamando a Diosito. Me sobaba toda mi barriga, ¡ay, Diosito! decía, el día que va a venir mi hijo cómo pariré, ayúdame...”.*

Un punto interesante es que la forma de aproximarse a Dios, incorporaba repertorios mixtos de las nociones de la salud que ella manejaba. Por un lado, dentro de los repertorios de las iglesias evangélicas en la zona, la biblia es la que ocupa un protagonismo importante, así también se prohíbe el uso de imágenes que representen una adoración y se prioriza la comunicación con Dios a partir de la oración. No obstante, dicho protagonismo de la biblia aparece desde sus propias nociones campesinas y familiares de salud al “sobar la barriga” con este. Por otro lado, el clamar y pedir, que acompaña al procedimiento antes mencionado, tiene cierta fórmula de oración, pero no es nombrada de dicha forma.

Por otro lado, la preocupación y el miedo por su primer parto era alimentado por comentarios de otras mujeres: *“...como te digo, desde hace mucho tiempo que existen las ‘chismositas’, y me de an a mi: ‘ay más pa que salga su cabeza, ay para que se rompa’... ay que me asustaban”.* Me explicaba mientras hacía énfasis en que su madre significó un soporte importante para ella, quien procuraba *“contentarla”*: *“Yo a mi mamita le conversaba... ¡ay! mi mamá brava*

*era. ella me de 'qué estás pensando... esas arrechonas no saben, ya cuando estamos para parir das bien tu hijo. Lo hacía por contentarme, no me asustaba mi mamá pues... me de : 'estás grande, estás gorda, yo que he sido más chiquita he parido', me de a... 'tú que estás más grande y caderona qué no vas a poder parir... vas a poder parir, no te preocupes, es malo preocuparse...'*

Esta comparación entre ser “más chiquita”, ser más grande, gorda y caderona, reproducía nociones sobre el cuerpo y valoraba el tamaño de las mujeres y su fortaleza como indicadores de un cuerpo saludable, apto para parir. De hecho, este miedo y dilema, sumado a los argumentos que su madre, sirvieron para conocer cierta ‘moral’ sobre los cuerpos relacionada a nociones y valoraciones propias.

Por otro lado, otro aspecto que se reconocía con base en la experiencia del embarazo en ‘primerizas’ es la ‘vergüenza’. Relacionada sobre todo a contextos donde los lazos de familiaridad no están del todo establecidos con la familia del esposo (suegra, cuñada) y/o este (el esposo) no se encuentra cerca durante el embarazo y el parto:

*“Yo no decía a nadie que estaba con dolores. Mi esposo no estaba acá, estaba por la selva se había ido a trabajar. Yo vivía con mi suegra nomás, no le decía que me duele. Yo me caminaba por su sitio, nada le decía. En la mañana vuelta me levanté, me dolía. Me fui lejos de la casa, parada ahí estaba con dolor... Ah estaba cerca mi cuñada, pero no le de que estaba as con dolor”. “Ella vino y me preguntó: ‘¿qué tienes?’ me dice. Nada le de yo. ‘¿Te duele tu barriga?’ Me de a. “No”, le de yo. Le pregunté a Telma por qué no le decía, “De vergüenza pues”. Me respondió riendo. ¿De vergüenza de qué?, volví a preguntar. “Era mi primera vez pues, ten vergüenza...”. comenzó a reír más fuerte. Ella continuó: “Ya en eso, mi cuñada vino:’ ¿Qué tienes? ¿Te duele la barriga?’ Me dice. Hay que ir a ver a una partera de repente. Nada dije. Ya más bien ella me iba mirando. Yo me iba más lejos, me iba de la casa, para que no me vean” ... Se volvía a reír. “...De ah ya vuelta andaba mirándome. Cuando ya al final no aguantaba el dolor. ‘Estas con dolor tú, no sabes decir’ me dijo y ah nomás se fue a ver una partera”.*

Si bien no comentó algún tipo de conflicto con la familia de su esposo, la distancia inicial sí la hacía notar. No obstante, la falta de redes de confianza cercanas hacía de su suegra y su cuñada la única red disponible con la cual contar a pesar de la vergüenza o lejanía. Esta interacción donde la suegra y la cuñada confrontan a la parturienta para atenderla, en un contexto de escasez de vínculos cercanos, da luces de cómo en las ‘atenciones’ de este periodo de embarazo (e incluso en las siguientes, parto posparto) también se negocia la vergüenza, la confianza y se crean, hasta cierto punto, redes de familiaridad.

### - **“Cuidarse” de no salir embarazadas**

Uno de los temas que apareció a raíz de los dilemas mencionados anteriormente fue la evaluación y práctica de “cuidarse” de quedar embarazadas, sobre todo luego de experiencias como las de tener crianzas paralelas. Para ello, varias de estas mujeres han utilizado tecnologías biomédicas “anticonceptivas” que solicitaban al centro de salud. No obstante, la relación con estas tecnologías es muchas veces conflictivas, y su uso y no-uso suele ser evaluado constantemente.

Sobre su uso, me llamó la atención que el tipo más común de tecnologías usadas sean las hormonales. Pensé que quizás esto era así porque era la única que distribuían en la posta, pero no. Por un lado, en la posta solía haber una variedad mayor de métodos e inclusive varias de estas mujeres conocían la existencia de estos (me mencionaron a la T de cobre, las pastillas, los condones), y más bien parecía haber cierta inclinación y preferencia por las ampollas.

No obstante, la relación con este y otros métodos, así como su posibilidad de descarte, estaba sujeta a la presencia de malestares físicos o a la prevención de estos. Por ejemplo, Telma me comentaba que luego de la experiencia de tener hijos muy seguido fue a ponerse la ampolla apenas pudo, pero que solo ‘aguantó’ un tiempo debido al malestar causado: *“Me puse ampolla en la posta... pero me ha mal. Me ha dado dolor de cabeza, mareos... Me ha cortado la regla un año la ampolla. De ahí la dejé... sal embarazada”*. Aquí, existe cierta

evaluación que pondera el malestar que esta genera y la posibilidad real de quedar embarazadas. Por ejemplo, en este caso, la experiencia de malestar implica dolores de cabeza y mareos intensos que no la dejaban hacer sus actividades cotidianas, por lo que tuvo que dejarlas. Sin embargo, el resultado fue volver a quedar embarazada. Ello hizo que pruebe otros métodos, pero el resultado fue parecido: le pregunté si había probado también con otros métodos y ella me respondió que las pastillas le “*agarraba vómitos*”, por lo que le pregunté si ahora usaba otra opción, quizás condones, le sugerí. Inmediatamente cambió su rostro, me miró con seguridad y me dijo: “*Eso no he utilizado. Dicen que con el condón te agarra cáncer con el tiempo...*”. Así que solo atiné a preguntarle: ¿y ahora, entonces? Ella me respondió muy segura: “*Nada, a nomás, natural*”. ¿Cómo ‘natural’? Ella dijo: “*No me pongo ampolla, pues...*”. Tenía apenas seis meses de haber dado a luz, por lo que ello no parecía un motivo de preocupación por el momento.

De hecho, todo el recorrido de descarte implicó no solo una evaluación constante de los malestares vistos en el cuerpo, sino también cierta prevención de futuros males, como el ‘cáncer’ que menciona. Aunque ensayar una explicación al respecto podría sonar un poco apresurado, sí me dejó pensando en que justamente el único método que implicaba una participación masculina mayor y cierta materialidad artificial (más evidente que los métodos hormonales) es el que tiene un revestimiento explicativo de prohibición/precaución. No obstante, parece ser que, desde sus propias explicaciones, ya sea que se trate de un mal futuro (como el cáncer) o de males presentes (como mareos o vómitos), el uso de estas tecnologías biomédicas implica una evaluación desde sus propios términos y experiencias de lo saludable para ellas y, por eso mismo, siempre parece estar presente en sus evaluaciones una negociación de su propia salud.

Así también, otro momento que llamó mi atención en cuanto a explicaciones de estas mujeres estuvo relacionado a una vez que me encontraba cocinando con Alva y empezamos a hablar de estos temas: ella se estaba cuidando con la ampolla desde que le vino la primera regla después de su última hija de año y dos meses, que todavía lactaba. Según ella en la posta no querían ponerle la

ampolla: *“No quieren dicen, quieren que las mujeres tengan más hijos”*. Le pregunté a Alva qué le dijo el doctor. Y ella respondió: *“Ay ese qué me va a dar, quiere que haya más niños... para que tenga más trabajo. Hay otra enfermera en la posta más consciente, ella me ha puesto”*. Nos reímos. Me pareció curioso aquel desencuentro. El médico que solía compartir su preocupación por estas mujeres, siempre desde un ímpetu orgulloso y seguro de la verdad que profesa, ahora estaba siendo cuestionado como un ‘inconsciente’ que solo quiere tener más trabajo a costa de los hijos de las mujeres del caserío. Así, en la explicación de esta mujer toda la legitimidad que el médico se arrogaba, quedaba en cuestión. De hecho, este Doctor solía tener como frase común *‘aquí todos hacen lo que quieren’*. Y en efecto, en este episodio la explicación del descontento de esta madre justificaba la hazaña de ponerse la ampolla de todas formas, como ejercicio de cierta autonomía.

#### **- Estar acompañadas o no**

Como hemos revisado en el acápite anterior, existe una organización familiar que se activa durante las diversas etapas del embarazo. Uno de los momentos en los que se empieza cierta organización con las redes familiares es poco tiempo antes del parto: cuando se tiene siete o pocos meses más, varios de nuestros casos han convocado a sus familiares, se han puesto de acuerdo con ellas. Como ya hemos comentado, incluso una de las jóvenes primerizas con más recursos hizo que su madre viaje hasta Lima. El estar acompañadas es un punto importante del proceso. Muchas veces las condiciones y posibilidades juegan en contra de la disponibilidad de redes cercanas como los esposo o las madres, pero siempre que es posible se hacen esfuerzos porque las mujeres tengan cierto reposo previo al parto y haya al menos un familiar acompañándolas. solo en un caso donde la mujer no tenía ninguna red en una ciudad fuera no recibió ningún tipo de cuidado o atención familiar. Sin embargo, fuera de ese caso, siempre se busca cierto resguardo del grupo doméstico para las últimas semanas de embarazo.

Las familias son el primer nivel de atención al que se le solicita ayuda. No obstante, en casos donde la organización familiar es mayor, se contacta a una

partera desde meses antes del embarazo para que ‘componga’ a las mujeres. Así también, la relación con la posta de salud es irregular: varias de estas mujeres asistieron para descartar el embarazo o meses después de este.

Para finalizar, durante el embarazo parece abrirse un periodo de cierta incertidumbre sobre lo que va a significar la llegada de un nuevo integrante a la unidad familiar, así como una organización específica de acuerdo a las condiciones y posibilidades de sus redes cercanas. Donde dicha activación de las redes cercanas se da, sobre todo, durante los últimos meses de gestación, a puertas del parto.

#### **4.2.2. Parto: territorio de atención y experiencia con terapeutas**

“*Cuando empezaron los dolores...*”, era la expresión típica que estas mujeres tenían para empezar a narrarme sus procesos de parto. Este es considerado localmente como un momento crítico donde la vulnerabilidad de las mujeres es bastante mayor a la etapa anterior de gestación. Así, estos dolores cumplen la función de advertir a sus redes familiares que es momento de activar todos los recursos a la mano para la atención satisfactoria del mismo. No obstante, este periodo se presenta como una carrera contra el tiempo, ya que no existe una cantidad clara de horas para el momento de alumbramiento. Es en esta carrera donde la organización de las redes familiares cumple un rol clave.

Es pertinente recordar que esta investigación se ha enfocado en las historias de vida reproductiva de cinco mujeres rurales de la sierra de Piura, que estaban asentadas en el caserío de Succhirca cuando desarrollé el trabajo de campo. De estas cinco, conocemos 15 casos de parto, detallados a profundidad en el capítulo 3. Los cuales nos permiten ver un panorama sobre los diversos factores de variación o convergencia presentes en los procesos de parto en esta zona. El cuadro mostrado a continuación hace una breve síntesis del territorio y lugar donde estos se desarrollaron.

Tabla 5  
Territorio y lugar donde se dio el parto por caso

Territorio	Ciudades		Succhirca													
Lugar	Hospital		En casa											ES <sup>55</sup> , CS <sup>56</sup> y Hosp		
Quién	1,2	1	3	1	2	4	5	1	2	3	1	2	3	3	2	3

Fuente: Elaboración propia

En este apartado, nos interesa explorar los recursos y repertorios de las “atenciones”, a partir de identificar qué se moviliza e intercambia con las atenciones, quiénes intervienen, qué se negocia en la interacción de estos y qué lo valorado en este proceso.

Para ello, hemos dividido la explicación de los casos según 1) la experiencia con el *territorio* donde se realizaron, ya que los recursos y repertorios de atención desplegados, así como la oferta de salud, es diferente en el lugar de origen (caserío) o en una ciudad; 2) la experiencia de atención e interacción con los diversos terapeutas que intervienen en la atención del parto; y 3) los diálogos médicos que este encuentro genera.

### - Territorio y lugar de parto

*Sobre el parto que se ha dado en las ciudades*, sabemos que está enmarcado en los procesos migratorios juveniles en búsqueda de empleo, ampliamente practicados en esta zona<sup>57</sup>. Fueron dos las mujeres de nuestros casos las que atendieron sus partos en ciudades, específicamente en hospitales (de Lima y Zarumilla), lo cual implicó una intervención biomédica mucho mayor a la que podrían acceder en Succhirca.

<sup>55</sup> Establecimiento de Salud I-2 Succhirca

<sup>56</sup> Centro de Salud I-4 Huarmaca

<sup>57</sup> Revisar capítulo 2

Dentro de sus narrativas, hacían notar con cierto orgullo el haber dado a luz en una ciudad. Una de ellas, Rosario, me especificó en varias ocasiones que fue en “*La maternidad de Lima*” donde le hicieron una cesárea por sus gemelas, afirmación que resaltaba la mayor especialización del hospital y que parecía representar un marcador de distinción con las madres del lugar. De hecho, en otras ocasiones me contaba con cierta distancia que las mujeres en el caserío dan a luz diferente a ella que, por ejemplo, ella nunca había enterrado su placenta porque era el hospital donde se quedaba este. Ella era la menor de todos los casos con los que trabajé una ruptura clara con varias de las prácticas locales, incluso en Lima, incorporó una práctica local bastante arraigada en las narrativas de parto de esta zona: no hacía “fuerza” durante un par de semanas. Su mamá fue hasta Lima a ayudarla con todas las actividades domésticas. El otro caso representó más bien un contexto más precario de redes y recursos económicos: abandono de la pareja, falta de dinero y necesidad de ahorrar, además de la vergüenza por retornar. Las dos, luego de un tiempo, se instalaron en Succhirca.

Sobre las experiencias de parto, ninguna tenía un recuerdo tan claro de este y, más bien, 1) hacían énfasis o bien en los cuidados de sus redes y sus recursos, o en la ausencia de estos durante ese momento, y 2) en el uso que le dan ahora a esa experiencia: un símbolo de distinción con las mujeres del caserío.

*Sobre los partos desarrollados en la sierra de Piura (Succhirca)*, sabemos que estos son el grueso de partos analizados (13) y pertenecen a mujeres que a) regresaron de una ciudad junto con sus parejas para dar a luz en casa de sus madres (2), b) estaban instaladas con la familia de su esposo, con su suegra (2), o bien c) estaban establecidas en una casa a parte, con su esposo e hijos (9).

En este conjunto de casos, llama la atención que, aunque 1) estas mujeres están familiarizadas con el uso de los servicios profesionales de la salud (ya sea por los controles de sus hijos o por la presencia cada vez mayor de programas sociales) y 2) incluso varias de estas se acercaban a los controles prenatales y posnatales; **existe una clara tendencia a que los partos se desarrollen en**



**sus casas.** Y, más bien, los casos donde estos se dan fuera, en el sistema de salud, son escasos y están relacionados a situaciones extremas.

De hecho, esta dinámica se ve correspondida con las declaraciones del personal de salud de la posta más cercana (PS 1-2 Succhirca): todos los serumistas (doctor, obstetra y enfermera) no habían atendido ningún parto en la posta durante su estadía y referían que sus antecesores tampoco. La dinámica que estos comentaban sobre la atención del parto implica ir necesariamente hasta las casas de las mujeres, las cuales quedaban en alguno de los 7 caseríos<sup>58</sup> referidos a esta posta. Así también, parte de esta dinámica implicaba que les avisen por teléfono cuando comenzaran los dolores y que los esposos se acerquen hasta la posta para dirigirlos hasta sus casas. Si bien es cierto, todo el personal de salud tenía la misma versión de dicha dinámica, quien lo comentaba con mayores cuestionamientos era el doctor. El cual mientras narraba sus apreciaciones, también se quejaba de varios de esos temas:

Por un lado, argumentaba que ellos deberían venir a la posta, porque si no *“se mal acostumbran”*. No obstante, era consciente de que la práctica local pesaba bastante más que su voluntad. También comentó que muchas veces, en temporada de lluvia, tenían que ir caminando porque la moto que tenían a su disposición no ayudaba del todo. Como evidencia, me mostró cómo se ensuciaba con barro el bolso de emergencia que utilizaban, donde llevaban los implementos necesarios para la atención.

Un segundo tema estaba relacionado a su llegada. Este argumentaba que a veces no arribaban a tiempo en el momento del parto porque *“la gente les llama cuando ya han pasado varias horas”* y que *“es cuestión de ‘suerte’ llegar a tiempo, muchas veces las familias ya están con alguna partera o las madres atienden”*.

---

<sup>58</sup>Succhirca, Laguna de Succhirca, Girogingray, Víctor Raúl, Naranjo, Charanes y Chalpa

## Fotografía 17

Bolso del personal médico con pequeñas manchas de barro



Fuente: Elaboración propia

Ahora bien, hace falta hacer la aclaración: el énfasis con el lugar donde se desarrollan estos partos no se basa en la misma clasificación que se hace desde el sistema médico estatal. El cual lleva un conteo donde clasifica los partos en “domiciliarios” e “institucionales” según lugar donde se dio la atención. De hecho, a medida que avanzamos con este acápite cuestionamos dicha clasificación desde lo que ha emergido de los datos: el personal de salud asume como información “oficial” que, si uno de estos ayudó en el parto, se considera “Lugar: institucional”, independientemente de ‘donde’ se haya dado este.

El hecho de que el parto en esta zona de la sierra de Piura se desarrolla principalmente en las casas da cuenta de una organización de las atenciones con ciertas particularidades y negociaciones, sobre todo porque, aun siendo la familia quien asume la responsabilidad mayor durante este proceso, el parto es la etapa del embarazo con mayor intervención de otros agentes de salud, tales como parteras.

No obstante, esta amplia participación siempre es “convocada” y organizada por el grupo doméstico<sup>59</sup>: son ellos quienes van y buscan a estos

<sup>59</sup> Con grupo doméstico nos referimos a las mujeres y sus redes familiares

terapeutas cuando *“inician los dolores”*. Es el grupo doméstico<sup>60</sup> el que guía el camino de los terapeutas y los que hacen uso de sus recursos materiales y repertorios ideológicos (sobre todo si surge alguna emergencia) para socorrer de manera rápida y práctica la atención de estas mujeres.

Ahora, el grupo doméstico es consciente de la significativa ayuda que los diferentes agentes de salud pueden brindar en las atenciones, de hecho, se propicia la amplia participación de estos (terapeutas locales o especialistas médicos) en un mismo episodio. No obstante, los grupos domésticos también parecen estar conscientes de las limitaciones de estos terapeutas.

Limitaciones que además tienen que ver con una experiencia práctica basada en sus experiencias pasadas o cercanas. Donde las atenciones recibidas previamente, la preferencia o valoración sobre un modelo de atención sobre otro o la conciencia de la precariedad del sistema de salud estatal que a duras penas puede llegar durante el parto cuando se les solicita, se someten a evaluación del grupo doméstico para tomar decisiones rápidas en la atención.

Por ejemplo, en dos casos<sup>61</sup> donde el personal médico ha fallado en la extracción de la placenta durante la atención del parto, la solución de este personal médico ha sido *“llamar a una ambulancia de Huarmaca”*. Sin embargo, en dicho escenario crítico la familia no ha esperado que esta “ambulancia” llegue para actuar rápidamente por sus propios medios: fueron a buscar a una partera que pueda ayudarles, la cual logró hacer el procedimiento exitosamente antes de que la ambulancia llegase, para ambos casos. Por otro lado, en caso se encuentren en una situación que se considera grave o en la que haya una valoración por la atención médica o simplemente porque esta ambulancia llega rápidamente, se tomará dicha salida para salvaguardar la vida de estas mujeres. Eso fue lo que sucedió en los casos donde derivó a estas mujeres al Centro de

---

<sup>60</sup> Como comentamos en el acápite de redes, la responsabilidad de “buscar” al terapeuta suele estar a cargo del esposo o de alguna figura masculina.

<sup>61</sup> Uno en una casa (Olimpia 2) y el otro en la posta (Telma 3). Para mayor detalle revisar el Capítulo 3.

la Salud de Huarmaca y al Hospital en Chulucanas, por complicaciones tales como un parto podálico y por una cesárea respectivamente.

Las evaluaciones de qué es lo mejor para ellas suelen ser las que resuelven los problemas o complicaciones que surgen en la atención de los partos, más allá de dónde se den estos. No importa tanto qué especialista es el mejor o el esperado: al final de cuentas, todo parece sumar a la hora de salvaguardar la vida de estas mujeres. Es decir, existe cierto pragmatismo en las decisiones de atención y cierta 'maximización' de las atenciones a la mano. De esta forma, cuando lo que está en juego es la vida de las mujeres, la carrera por la atención se basa en evaluaciones y decisiones rápidas de los recursos materiales y los repertorios ideológicos que se consideren más eficientes para el momento crítico en específico.

Por ello, cuando hablamos de la atención del parto en las casas en la sierra de Piura, no nos referimos a una práctica tradicional estática de procedimientos campesinos norteños en extinción: estamos frente a una práctica contemporánea y funcional que los grupos domésticos campesinos de esta zona, tienen en su búsqueda de mayor control y agencia en la atención. Los cuales están siendo movilizados por la posibilidad fáctica que esta práctica les otorga: salvaguardar la vida de estas mujeres en un contexto que leen de antemano adverso (escasos recursos, difícil geografía, etc.) y con precarias atenciones de sistema médico estatal.

Por otro lado, si hemos venido argumentando que los partos en esta zona tienden a darse en las casas, ¿qué tiene que pasar para que estos no se den ahí? La intervención estatal parece hacerse más fuerte (y necesaria) a medida que las relaciones familiares se van haciendo más escasas o débiles y la emergencia sea grave y requiera de intervención quirúrgica especializada.

Como vimos en el cuadro al inicio del acápite, de los 13 partos que tuvieron las mujeres que se encontraban en Succhirca, solo 3 casos se dieron en algún tipo de centro de salud: 1) se derivó una cesárea al Hospital de Chulucanas, 2) una emergencia derivada al centro de salud de Huarmaca y 3) el único caso que

refiere que se le 'obligó' a ir a la posta. Así también, como vimos al inicio, un cuarto caso se dio en dos partos en ciudades. Si bien es cierto cada uno de estos se refiere a contextos diferentes entre sí, podríamos agruparlos por la gravedad del caso.

De este modo, sumando los dos casos iniciales que se dieron en ciudades, podríamos decir que estos fueron así porque se ha aprovechado la posibilidad de darlo en un hospital (de mayor tecnología) en una ciudad (prestigio). Así, en esta zona también existe cierta valoración por las tecnologías biomédicas especializadas; sin embargo, se es consciente también de que estas son lejanas (en ciudades), caras (el costo del desplazamiento ida y vuelta) y no están tan a la mano (se necesita un despliegue grande de recursos económicos y de redes).

Ahora bien, como hemos visto, nos encontramos en un contexto donde la presencia familiar tiene una influencia crucial en las decisiones que se toman sobre las atenciones de las parturientas. No obstante, la posibilidad de mayor control familiar en dicha atención es relativa al contexto territorial, a los recursos disponibles y a la presencia de redes. Parece ser que, durante la atención de los partos, las estas interacciones entre el grupo doméstico y los agentes de salud (terapeutas locales y especialistas médicos) no solo intercambian atenciones, sino que en estas también se implican negociaciones valorativas, económicas y políticas.

### **- Experiencias de atención con terapeutas**

Desde la experiencia de atención del parto de las mujeres asentadas en la sierra de Piura<sup>62</sup>, sabemos que es la familia la que se encarga de convocar (cuando se llevan los terapeutas a las casas) o acompañar (cuando se lleva a las mujeres a instituciones de salud).

---

<sup>62</sup> Nos basamos en los 13 casos de parto que se dieron con estas mujeres instaladas en el caserío.

A continuación, se presenta un cuadro que resume los lugares y centros de salud donde se realizaron los partos, con la indicación por color de los agentes de salud y particularidades de cada caso.

Tabla 6  
Lugar de parto por caso y agente de salud que atendió

Mujeres & #partos	Parto 1	parto 2	Parto 3	Parto 4	Parto 5
Rosario	Hosp Lima	Hosp Chulucanas			
Priscila	Hosp Zarumilla	C. S. Huarmaca	Casa Enfermera		
Olimpia	Casa Partera	Casa mixto			
Alva	Casa partera	Casa partera	Casa mixto		
Telma	Casa partera	Casa partera	P. S. Succhirca	Casa partera	Casa partera

Verde claro → Sistema médico oficial/Hospital ciudad
Verde oscuro → Sistema médico oficial/ Centro de salud o Posta de Salud
Rojo → Casa/con partera
Anaranjado → Casa especialistas mixtos/solo enfermeros

Fuente: Elaboración propia

Ahora bien, en este apartado nos interesa conocer la interacción del grupo doméstico con los diversos agentes de salud (parteras y personal médico) a partir de la experiencia y la evaluación constante de las atenciones recibidas. Por ello, haremos la descripción de cada agente a partir de las experiencias de estas mujeres y sus redes familiares: las necesidades que cubrieron, las valoraciones y expectativas, los dilemas que causaron y sus limitaciones.

En el caserío de Succhirca había solo una partera cuando yo hice el trabajo de campo: la señora Marcelina. Ella vivía bastante cerca del centro de salud, en una especie de colina justo a la entrada del caserío. A pesar de la cercanía, no tenía una coordinación institucional con el centro de salud, solo una relación cordial con ellos. Ella atendió varios de los partos de estas mujeres. No obstante,

también encontramos parteras que llegaban de otras zonas (caseríos), previa convocatoria y coordinación del grupo doméstico y a través de la guía de un familiar.

Así también, en el mismo caserío se encontraba la Posta de salud I-2 Succhirca, en la que se encontraban un médico (serumista), una obstetra (serumista), una enfermera (serumista) y un enfermero (técnico). Salvo por este último, que llevaba en la posta más de 7 años, los demás solo se encontraban un año y se iban. Lo que implicaba estar constantemente evaluando y actualizando las relaciones con ellos.

Los casos en los que estos terapeutas aparecieron dentro de las narrativas fueron 6 de los 13 partos registrados en el caserío (casi la mitad). De estos, 3 fueron atenciones que implicaron un desplazamiento del personal de salud a las casas de estas mujeres<sup>63</sup> y otros 3 conllevaron un desplazamiento<sup>64</sup> de estas mujeres hacia diferentes instituciones de salud, de acuerdo a lo que la coyuntura exigió.

Ahora bien, si bien es cierto, las mujeres del caserío solían tener una relación activa con el centro de salud y, además, asistían puntuales los días que les tocaba controles a sus hijos; cuando el momento de parto llegaba, el personal de salud no solían ser la primera opción que se evaluaba o al menos a la primera a la que llamaban, aunque igual se les pasaba la voz. Por ello, para aquellos casos donde se les convocó a las casas<sup>65</sup>, existía cierta relación de cercanía con algún miembro de la posta, así como cierta confianza generada con anticipación (en las atenciones prenatales, por ejemplo). De estos tres casos, en una el personal no pudo sacar la placenta; en otra, la mujer no les avisó a las enfermeras que dormían, que ya estaba dando a luz por su cuenta; y, en la tercera, la obstetra llegó cuando su mamá estaba ayudándola a extraer la placenta. En estos casos, si bien es cierto, existió una participación activa del personal de salud, su presencia, por momentos, se hacía prescindible. La

---

<sup>63</sup>Para más detalle revisar los relatos del capítulo 3. Casos: P3, A3, O2

<sup>64</sup> Para más detalle revisar los relatos del capítulo 3. Casos: T3, P2, R3

<sup>65</sup> Para más detalle revisar los relatos del capítulo 3. Casos: P3, A3, O2

confianza y legitimidad de la atención estaba siendo contantemente evaluada y negociada. De hecho, hasta cierto punto, parece ser que el actuar del grupo doméstico, tiende a tener una práctica con agencia tanto desde la voluntad de las mujeres, como desde el grupo doméstico.

Así también, para los casos desarrollados en instituciones de salud<sup>66</sup>, estos tuvieron de fondo cierto grado de complicación del parto de las mujeres y un esfuerzo por desplegar las posibilidades de atención institucionales: una cesárea, un parto podálico y una 'obligación'. No obstante, estos fueron casos bastante extremos y diferentes entre sí: así, tenemos el caso de Rosario, quien fue derivada a un hospital (Chulucanas) para que se le realice una cesárea, hecho que implicó organización y negociaciones dentro del grupo familiar: si bien es cierto, la pareja empezaba a tener momentos crisis, la familia de procedencia cumplió un rol fundamental en el acompañamiento del proceso de parto. Sobre el procedimiento, el personal de la posta solo cumplió con dejarla y se retiró. Quienes se encargaron de apresurar a las enfermeras de emergencia o de recogerla y llevarla de vuelta fue la familia. Sin un grupo familiar sólido, dicho traslado a un Hospital, hubiese sido imposible de asumir tanto económicamente, como en fuerza de "atenciones". Ahora bien, para el caso donde se derivó a Huarmaca, el caso fue medianamente grave: la mujer se encontraba solo con su hijo mayor, quien fue a avisar a las enfermeras que el pie del bebé salió primero. La ambulancia llegó a tiempo y en Huarmaca la atendió una obstetra: "No sé qué habrá hecho, casi me muero". En este caso de redes escasas, la presencia del personal de salud fue fundamental. Por último, el tercer caso fue el único que refirió una obligación de ir hasta la posta. Al darlo ahí, tuvo complicaciones con la placenta, por lo que el grupo doméstico llamó a una partera como respuesta ante la salida de la posta: llevarla a Huarmaca. Esta terapeuta fue quien finalmente la ayudó. El grupo doméstico, se dio cuenta de que realmente no era 'obligatorio' asistir, así que en sus dos partos siguientes los dio en su casa. Ello, sumado a que su primera experiencia con el personal de salud implicó una complicación, en sus partos siguientes continuó atendiéndose con patatas.

---

<sup>66</sup> Para más detalle revisar los relatos del capítulo 3. Casos: T3, P2, R3



En todos estos casos, si bien es cierto el grupo doméstico avisaba al personal de salud, estos se 'aseguraban' ya sea de tener un grupo doméstico fuerte o avisar a una partera. Si bien había un uso de la oferta que el personal de salud brindaba, no existía una relación de dependencia fuerte. La familia, ya sea en sus casas o fuera de estas, tenía una fuerte influencia en las decisiones y una amplia capacidad de afrontar las crisis por su cuenta. Solo en el caso donde el grupo doméstico es débil, la presencia del establecimiento de salud se hace fundamental.

Las atenciones del personal de salud y sus respuestas ante la crisis implica la posibilidad latente de referir una crisis, en lugar de afrontarla. Si bien es cierto, estos pueden ampararse en que no están capacitados para afrontarla, esta limitación parece ser tomada por la familia como una deficiencia esperada y para la cual tienen cartas bajo la manga, como su propia organización, por ejemplo. A esto se le suma que las atenciones fuera de las casas exigen mayor disposición de recursos de las familias para afrontar la crisis. Esta experiencia puede resultar 'más cara' para las familias (por los desplazamientos, ausencia de redes de soporte, más dinero, etc.). Mientras el centro de salud 'soluciona la crisis', prefiriendo *llevar fuera* a las mujeres, la fuera de dicha intención es bastante más precaria a la fuerza del grupo doméstico por priorizar *llevar la solución hasta sus casas*.

Por otro lado, la presencia de parteras la podemos observar sobre todo en las primeras experiencias de parto estas mujeres. Salvo por aquellas que tuvieron sus primeras experiencias en hospitales en ciudades, sabemos que en esta zona son la primera opción con las que se 'aseguran' y más bien, solo 'por si acaso' avisan al personal de salud. Esto parece estar relacionado a una evaluación sobre 1) la distancia a la que se encuentran uno u otro terapeuta o 2) la disponibilidad de los mismos. Sobre lo primero, sabemos que para aquellos caseríos lejanos a la posta es mucho más posible que se prescindiera del personal de salud durante el parto. Sumado a que siempre va a ser más fácil encontrar una o más parteras por caserío, lo cual acorta el camino en la búsqueda de atención. Así también, sobre el segundo punto, parece ser que se tiene mayor confianza en que se va a encontrar a las parteras en sus casas cuando van a

buscarlas o que están atentas al momento de alumbramiento. A diferencia del personal de salud que, si bien es cierto pueden hacer cierto seguimiento, varias referían que a veces no han encontrado al personal de salud cuando han ido a buscarlos<sup>67</sup>.

Por otro lado, dentro de los casos revisados parece ser que existen dos razones por las que estas parteras son convocadas y elegidas como una opción: 1) atención del parto y 2) cuando ocurren complicaciones con la placenta.

Para la atención del parto, el grupo doméstico va hasta las casas de estas mujeres y regresan con ellas guiándoles el camino. En algunas ocasiones, cuando hay una organización familiar mayor, estas mujeres vienen durante los últimos meses para “componer”. Así también, si es que vienen de otros caseríos, estas llegan antes del alumbramiento para estar a tiempo durante el parto.

Si bien es cierto los procedimientos tienen algunas variaciones o vacíos narrativos, podríamos decir que el recorrido en común y ciertas ‘atenciones’ brindadas por las parteras eran las siguientes: algunas de estas solían llegar con “*remeditos*”, el cual era un preparado de hierbas locales que ayudaban a que “*salga bien el muchacho*”. Una vez con la parturienta, la “*compon*” (acomodando) y calculaba el tiempo restante hasta el momento del parto. Parte de los procedimientos implica acomodar mantas debajo de una biga en la que se amarra una soga: “*Te inclinas a abiertita y la partera te suspende*”, mientras hacía ademán de ponerse de cuclillas. Luego, cuando cae el bebé, corta el cordón con un “*carricito*”. Después extraían la placenta con masajes en el vientre.

Otra razón por la que el grupo doméstico convocó a parteras fue para atender complicaciones con la placenta<sup>68</sup>. Esto ocurrió tras la imposibilidad del personal de salud de extraerla luego de la atención del parto. Esta fue una medida de emergencia del grupo doméstico, ya que la única salida que el

---

<sup>67</sup> Para más detalle revisar relatos del capítulo 3. Casos: A1, A2, T5

<sup>68</sup> Para más detalle revisar relatos del capítulo 3. Casos: T3, O2

personal de salud de la posta ofreció fue la de llamar a una ambulancia para llevarla a un hospital. El caso de Olimpia puede ejemplificar bien esta situación:

*"Ya los enfermeros dijeron que van a llamar a una ambulancia para que me lleven a Piura, que la placenta ya está pudriéndose, que ya se pasó.... Esa partera llegó con mi esposo y dijo, qué le están haciendo, de ustedes fuera su barriga, para que la marquen<sup>69</sup> así, pobre mujer da a luz a un niño como la van a estar marcando as . Los quitó a un lado..."*

La partera regañó al personal de salud por estar tratando bruscamente su barriga y comenzó el procedimiento de extracción:

*"Era una viejita. Se vino con sebo de cabra, lo calentó en la candela y con su manito empezó a hacerlo así (hacía además de masajear el abdomen bajo). Así juntándome, juntándome. Aquí ya se ha hecho duro decía. Con su resuello le pasaba (su aliento caliente). Lo frotaba con el sebo así. Luego de eso cayó, la placenta ya estaba haciéndose un mate. Estaba fr o ya".*

El conjunto de procedimientos que realizó la partera fueron sobarle el abdomen bajo con sebo de cabra tibio y pasarle su aliento, "resuello", haciendo uso de ciertos recursos y repertorios de modelos de atención campesinos (descritos en el capítulo 3) basados en su propia práctica y experiencia.

Ahora bien, es cierto que el grupo doméstico comparte dentro de sus repertorios explicativos ciertas nociones de salud/enfermedad campesinas que, sumado a la eficacia del procedimiento, no solo se legitima, sino que también se actualiza la confianza en este modelo de atención. No obstante, esta no es la única razón por la que estos llaman o prefieren a una partera. Como hemos visto, esta decisión también tuvo que ver con evaluaciones sobre el tiempo de llegada de la atención, por ejemplo. De hecho, las parteras no fueron la primera opción del grupo doméstico durante el parto, sino más bien, aparecen como una opción tras considerar las limitaciones del sistema médico. Este caso nos ayuda a visualizar cómo las preferencias, confianzas con uno u otro modelo de atención,

---

<sup>69</sup> Un sinónimo de "marcar" podría ser "sobar".

así como la interacción de ambos, está en constante evaluación, diálogo y creación en el tiempo.

Vemos cómo la elección del terapeuta tiene más que ver con una suma de factores contextuales y no solo depende de una preferencia preestablecida y estática. De hecho, la legitimidad y confianza de cada terapeuta está basada muchas veces en la experiencia con ellos. Donde se evalúan diferentes aspectos, tales como los recursos que manejan, el tiempo y distancia que tardan en llegar, el tipo de complicación que surge así como la comodidad/incomodidad; y donde el grupo doméstico tiene una dinámica activa y creativa importante en la atención de las mujeres; es decir, un grado importante de agencia y autonomía relativa.

Por último, el grupo doméstico, nutrido por las evaluaciones del contexto y sus experiencias, muchas veces es consciente de las posibles limitaciones de los diferentes terapeutas. Lo que, es más, estas limitaciones pueden estar teñidas de momentos que causaron incomodidad y que tienen un impacto en la legitimidad de los diferentes agentes de salud, en la confianza hacia sus repertorios terapéuticos y en las evaluaciones y decisiones que se tomen posteriormente. Evaluaciones de las que ni los terapeutas locales ni el personal médico se salvan.

De hecho, continuando con el caso de Olimpia, fue ella quien decidió que, a diferencia de su primer hijo, en su segundo parto no la atendiera una partera. Esto debido a una experiencia de incomodidad con dicha atención, la cual fue suficiente para prescindir de ella en la próxima oportunidad:

*“Esa partera me met a jabón en mi parte. Por eso a esa partera yo su mano la boté y me salí. Y me metía jabón por cada lado. A mí me daba un dolor... Y unas uñas que ten a... Deja, por qué me haces a . ‘A es’, me dijo la partera. No me manosees mucho, la boté as . Y entonces ‘cómo crees que vas a parir’ me dijo. Yo para el segundo ya no la llamé a ella...”*

Este episodio implicó una activa demarcación de los límites del cuerpo, así como un activo cuestionamiento a los procedimientos utilizados por dicha partera. Elementos como las uñas y el jabón hacían tortuoso el procedimiento que la terapeuta asumía como legítimo. Si bien es cierto, esta señora paró hasta cierto punto cuando Olimpia se apartó y la cuestionó; su madre apareció para ‘calmarla’ y decirle que le haga caso a la señora para que pueda continuar con la atención del parto. Acá vemos una negociación desigual donde la queja de Olimpia es callada por la mamá, pero con el fin de que la partera no se vaya y la atención pueda seguir su rumbo. Esto nos hace pensar en cómo recursos y repertorios terapéuticos no solo no son legítimos de antemano, sino que también implican una negociación constante entre el propio grupo doméstico y entre el grupo doméstico y los terapeutas.

Así también, vemos cómo ese impase sí repercutió en las decisiones posteriores del grupo doméstico, donde se decidió no volver a llamar a esa señora, sino más bien al personal médico. Sin embargo, la experiencia también tuvo un momento crítico.

*“Vino una enfermera que se llamaba Sandra. Me marcaba mi barriga así así -muestra cómo le sobaba bruscamente la barriga- El adán el técnico ayudaba a jalar la placenta. Ay yo decía ya me muero. Ya no me jalen les decía ya, que no me jalen, que no quiero. Así me hacían mi barriga para que baje la placenta la enfermera. **Querían echarme la mano para que me baje, yo no me consentí, que me voy a estar consintiendo.** Si no sale el muchacho te meten la mano. Mi marido que estaba viniendo, se fue a ver a una partera (una diferente a la primera vez)”.*

En este caso también hubo una delimitación del cuerpo por parte de Olimpia, así como una ‘negociación’ que llegó a mejor puerto: si bien es cierto le dolía dicho procedimiento de “*marcarle*” la barriga, lo permitía solo por la situación de emergencia. No obstante, el “*echarle la mano para bajar la placenta*” fue una práctica que no consintió. Y, más bien, la respuesta del grupo doméstico estuvo en función de salvaguardar su vida, trayendo a una partera para que atiende dicha complicación.

Así, vemos cómo el grupo doméstico actúa tomando en cuenta las experiencias pasadas en sus evaluaciones y decisiones de atención. No obstante, también es flexible durante una crisis. De esta forma, en un mismo proceso de atención intervienen y coexisten diversos repertorios de salud una y otra vez, donde la coherencia no la da el elegir una forma de atención hasta el final, sino todo lo contrario: existe ímpetu por parte del grupo doméstico para usar todo a la mano con tal de salvaguardar la vida de las mujeres. Además, tanto por parte del grupo doméstico como por parte de la mujer dentro de este, existe un rol activo en las decisiones de atención. Sin embargo, estas entran en ‘negociaciones’ todo el tiempo, donde lo que se prioriza es la resolución de lo que se considera más crítico de acuerdo a la coyuntura. Así, vemos que existe agencia y autonomía femenina relativa a las fuerzas de su grupo doméstico, de la misma forma en la que existe agencia y autonomía del grupo doméstico relativo al contexto y los agentes de salud con los que interactúa.

#### 4.2.3. Posparto: el descanso y las atenciones familiares

*“...Un mes te cuidas. No te vas a ir a cocinar, a lavar... nada. Estás ahí con tu bebe... caminas adentro, ... pero no lavas, no cocinas. As nos cuidamos nosotros acá... (guardó silencio unos segundos y continuó) ...Algunas, no todas. Yo sí lo he hecho, con todos mis hijos. Algunas no se cuidan (me mira y me dice con asombro) ...al toque dicen se van a la cocina a lavar, barrer, en cambio yo no. Yo al mes me voy a lavar, a cocinar. Al mes”. (Telma)*

Telma nos aproxima a algunas de las ideas locales que se tienen sobre la etapa posparto: las mujeres luego de dar a luz tienen que “*cuidarse*”; el cual es entendido como cumplir con un conjunto de prohibiciones relacionadas al *descanso*: no lavar, no barrer, no cocinar o, en resumen, **no** hacer todas las actividades que usualmente realizan durante un mes aproximadamente. No obstante, para que eso sea posible, se necesita que el grupo doméstico brinde un conjunto de *atenciones* durante el tiempo de *descanso*, relacionadas a suplir las actividades cotidianas que las mujeres no pueden realizar, así como

atenciones Extra cotidianas (enterrar sus placentas, prepararles una dieta especial y bañarlas con plantas de recaída). Puntos que detallaremos en este acápite.

El *descanso* posparto y las *atenciones* familiares que implicó han estado presentes en 14 de 15 casos analizados. No obstante, el tiempo que duró dicho *descanso* y las *atenciones* ha variado de acuerdo a la disponibilidad y recursos de cada grupo doméstico. De hecho, el caso con las redes familiares más débiles y con menos recursos, fue el único que no cumplió con dicha exigencia de *descanso* y *atenciones*: era una mujer bastante joven que vivía y trabajaba en una ciudad sin redes familiares y sin el apoyo de la pareja. Como hemos visto, para que los requerimientos de atención sean una práctica real, no podemos desligarlas de la organización de sus redes familiares.

En este acápite nos interesa describir las diversas prácticas de *atención* de los grupos domésticos durante la etapa posparto. Considerando que el grupo doméstico está compuesto por las mujeres y sus redes familiares, nos interesa explorar las atenciones que les son asignadas a cada quien: primero abordaremos la responsabilidad de “cuidarse” a través del *descanso*, asignada a las mujeres; segundo, abordaremos las actividades cotidianas y Extra cotidianas asignadas a las redes familiares.

#### **4.2.3.1. El descanso posparto**

Dentro de las nociones locales de atención posparto asignadas a las mujeres, está la exigencia de “cuidarse”, entendida como el procurar guardar *descanso* durante un mes. No obstante, en la práctica el tiempo es referencial y no necesariamente debe tomarse literalmente.

Tal y como Olimpia me comentaba una vez, riéndose: “*Una se cuida un mes, ya más me aburro...*”, haciendo referencia al mandato ideológico local que contrastaba, luego de un silencio, con su propia práctica: “*Tres semanitas eran fijos mis cuidanzas*”, mientras me explicaba que “*poco a poco vas a haciendo tus cosas*”. Al igual que Olimpia, las otras mujeres también tuvieron un cumplimiento

flexible del tiempo de *descanso* que, más allá de lo que dure, lo que parecía importar y preocupar en sus narrativas, era el cómo practicaron ese *descanso* y el por qué.

Sobre el cómo practicaron ese descanso, parece haber dos grupos de prohibiciones sobre lo que las mujeres pueden o no hacer, las cuales estaban relacionadas a que estas 1) no realicen actividades que demanden fuerza, y 2) eviten salir o tener contacto con elementos del ambiente.

El primer punto está relacionado con la prohibición de actividades que las mujeres realizan en su día a día como cocinar, lavar, cargar a los hijos o cargar peso en general, caminar largas distancias, trabajar en la chacha, asistir a jornadas comunales, etc. Esta era una de las ideas compartidas más comunes. Incluso por la más joven de los casos, quien a pesar de dar a luz en otro contexto (ciudad de Lima), hizo ir a su madre hasta allá para que la atendiera. Parece ser que existe un consenso sobre cómo estas actividades que las mujeres realizan cotidianamente demandan una cantidad de “fuerza” importante, por lo que se debe descansar de ellas. Varias de estas advertían de que, en caso contrario, la fuerza puede reducirse aún más y desembocar en una “*reca da*”, enfermedad local que se presentó al menos en tres de nuestros casos.

El segundo punto está relacionado a aquellas prohibiciones sobre elementos externos que puedan reducir la fuerza de las mujeres. Estos son el sol y el viento, del cual hay que cuidarse evitando salir de las casas, sobre todo a las 12 del día, cuando este es más fuerte y salir o salir abrigadas, cualquiera de estos dos elementos puede implicar un empeoramiento en la fuerza de las mujeres. Es por esta razón que las mujeres no suelen ir al primer control de los bebés recién nacidos, sino cualquier otro familiar. Tanto nuestros casos como el personal de salud corroboraron dicha práctica. Sobre esto, Alva comentaba que durante su primer embarazo ella “*se hizo la machaza y fue para el centro de salud al medio d* ” y cuando llegó a su casa, la cabeza le dolía y sentía náuseas. Lo que significó que le dé “*reca da*”. Otro elemento que apareció menos, pero que algunas también consideraban, era el no tener contacto cercano con agua

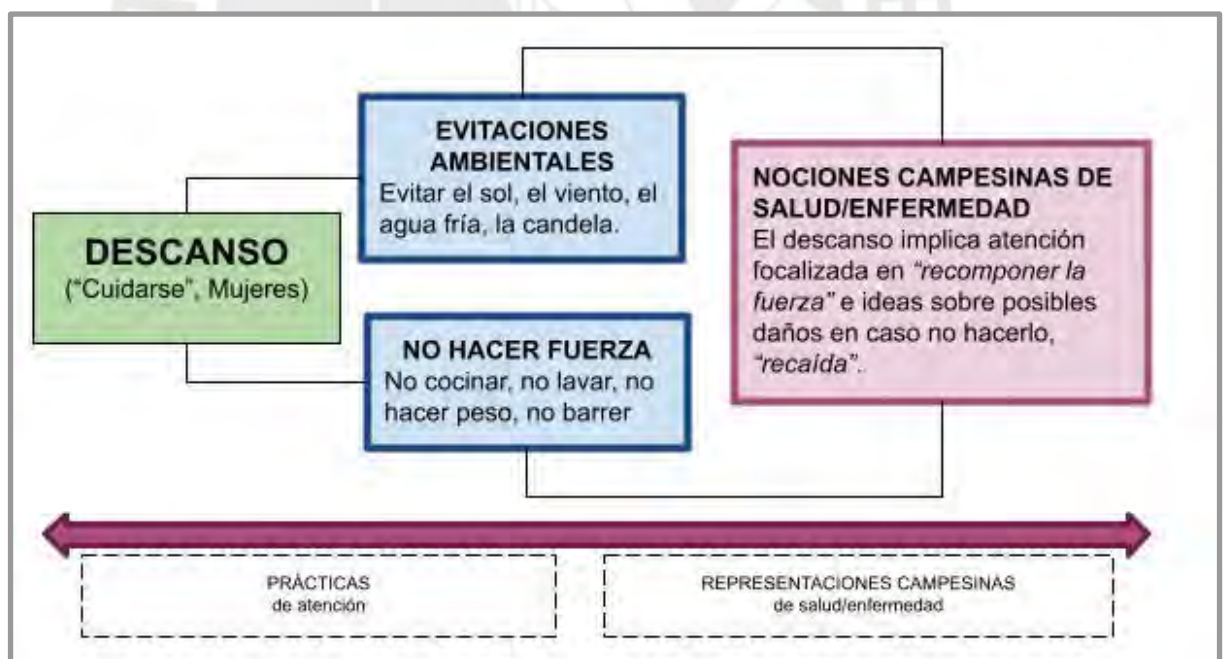


helada o candela muy fuerte, razón por la cual tampoco era bueno lavar o cocinar.

Sobre el porqué practicar este descanso, parece estar relacionado a la recuperación de la fuerza que las mujeres han perdido en el parto y evitar una posible pérdida de fuerza, “*reca da*”, que en casos extremos significa la muerte. Parece ser que esta idea de *fuerza* está relacionada a nociones locales/campesinas sobre el cuerpo que relaciona la recuperación de la fuerza con la salud campesina, así como la *pérdida de fuerza* con nociones locales de enfermedad.

A continuación, un gráfico de las prácticas y representaciones del descanso, concepción local de atención posparto asignadas a las mujeres.

*Gráfico 8 Prácticas de atención y representaciones ideológicas del descanso posparto*



Fuente: Elaboración propia

#### 4.2.3.2. Atenciones familiares posparto

Sobre las *atenciones* familiares sabemos que están enfocadas en la recuperación de la fuerza de las parturientas. En esta zona, las nociones locales de *atención* posparto asignadas a las redes familiares cubren dos aspectos: 1) suplir todas aquellas actividades cotidianas que las mujeres dejan de hacer, y 2) atender con actividades extra cotidianas que ayudan a las mujeres a “*recomponerse*”.

Sobre el primer aspecto, sabemos que para que las mujeres puedan descansar es necesario que las redes familiares cercanas se organicen para cubrir las actividades cotidianas que realizan: cocinar, lavar, alimentar a los animales, atender a los bebés o a los hijos pequeños. Como hemos señalado al inicio del capítulo, suelen ser mujeres (madres, suegras o cuñadas) las que realizan esta labor con mayor frecuencia que los varones, quienes las desarrollan solo si no hay una mujer que las haga.

La disponibilidad de estas atenciones parece estar relacionadas al tiempo que se dispone para atender y lo que moviliza esta atención. Por un lado, el tiempo disponible implica reorganizar las otras actividades que los miembros de las redes domésticas realizan: trabajo agrícola/ la migración por trabajo (cónyuge) o por la atención de la familia de procedencia (madre), lo que implica un esfuerzo extra durante las primeras semanas posparto. Por otro lado, esta reorganización de las redes familiares junto con esta preocupación por la vida de las mujeres y sus familias, parece referirse a una dimensión afectiva sobre las atenciones, donde la confianza se va creando, afirmando o, en los casos de atenciones precarias, diluyendo.

Así también, atenciones familiares se ven reflejadas en actividades extra-cotidianas basadas en *atenciones especializadas* tanto la recuperación de las mujeres (dieta especial de parturienta y bañarlas con “montes” para la recaída) o la prevención de algún tipo de mal o daño (enterrar la placenta), reseñadas a continuación.

- **Enterrar la placenta**

*“Es malo no enterrarla. Si se lo come el perro, luego se come a tus hijos... Por cualquier parte se entierra, en la puerta haces un hueco profundo, los hombres tienen fuerza con lej a le meten”. (Olimpia)*

Enterrar la placenta es una práctica recurrente en la zona. De los casos revisados, todos aquellos que realizaron los partos en sus casas (11) cumplieron con este patrón. Es común que quien se encargue de realizar esto sea el esposo; sin embargo, en los casos donde este no se encontró, fue la cuñada quien se hizo cargo.

Las diversas explicaciones sobre esta práctica solían tener en común la posibilidad de “mal” o “daño” que puede devenir si no la entierran. Aquellas razones más preventivas estaban relacionadas a la lógica de ‘si dicen que es malo no enterrarla, posiblemente lo es y es mejor no arriesgarse’<sup>70</sup>. Otras de las razones estaban relacionadas a ideas sobre el cuerpo y lo externo. Así, se considera que como la placenta es una parte del cuerpo humano, tiene que ser enterrada. De lo contrario, se queda expuesto y pueden comerlo o los perros o las *“ansias de los mayores”*. De cualquiera de estas formas, dejarlo expuesto al exterior, es como dejar expuesto al niño, a la madre o a la familia. De esta forma parece ser que, tal y como señalaba Olimpia, *es pues, si no lo entierras te come a ti...”*.

Por otro lado, además de las explicaciones señaladas, parece que esta práctica sobre el cuerpo y la relación simbólica con el daño familiar también funcionó para uno de nuestros casos, como metáfora entre la vida en el campo y la vida en la ciudad:

*“A hay un reglamento que lo entierren, que no lo boten. ¿Cómo es en la ciudad, di? lo botarán, ¿di? cómo será Diosito... Por eso que Dios los castiga, por eso mueren, cada día muere esa gente. Claro, cómo van a botar su sangre,*

---

<sup>70</sup> Las comillas son mías

*imagínate. Carne de tu cuerpo que sale, sale un tremendo pedazote de carne, parece un platillo sale, grandazo hombre. Un pedazo de carne y eso para que lo coman los perros no puede ser dable. Dios no consiente eso. Que va a consentir para que lo coma el perro. Esos gallinazos se los tragaran en la ciudad, no ves que botan la basura lejos, el gallinazo lo come". (Olga)*

En esta explicación se articulan diversos repertorios ideológicos religiosos y curanderiles de la zona, a través de nociones como el castigo de Dios y el daño, la cual resulta en una lectura metafórica de la vida/muerte en la ciudad y en el campo. En esta lectura se habla de la inseguridad y peligros vitales en las ciudades, a diferencia del campo, aludiendo a que la muerte acecha en mayores cantidades, debido a una inadecuada atención del cuerpo y sus fluidos (la sangre, la carne), símbolo de mayor desprotección.

Por último, sobre esta práctica la relación con la recaída no es directa. Las explicaciones parecen estar más relacionadas a los repertorios curanderiles y religiosos en la zona con la noción de "daño" causado por agentes externos como un perro o por las "ansias de los antiguos" o de "castigo de Dios", que podría afectar al niño, a la madre o a la familia. Así también, a través de esta práctica encontramos algunas metáforas sobre la diferencia de la vida campesina con la vida en la ciudad.

#### - **La dieta**

La dieta o alimentación posparto es uno de los recursos más recurrentes en las atenciones familiares, la cual implica ciertas exigencias sobre qué comer o cómo comerlo, y por qué comerlo. Sobre el qué comer, se espera que la familia prepare "*caldito de gallina*", atención bastante extendida entre los casos y en la zona<sup>71</sup>. Este platillo es la primera comida que se espera que reciban las

---

<sup>71</sup> Esta práctica de atención familiar no solo apareció en las mujeres del caserío con las que conversaba, sino también en todas las otras experiencias cercanas al parto que pude conocer en el pueblo del distrito de Huarmaca. Esta parece ser una práctica bastante extendida en la región.

parturientas y es preparada con especial detalle por los familiares. Por ello, importa quién la preparó, cómo la preparó y sus propiedades.

El preparar el *“caldito de gallina”* para la parturienta está a cargo de las mujeres presentes (las madres o las suegras). Las madres son las que se encargan de realizar dicha atención durante toda la vida reproductiva de sus hijas. Solo ante una emergencia justificada, ellas no realizan dicha atención. Por otro lado, las suegras intervienen en las primeras experiencias de parto, cuando la nueva unidad doméstica está en configuración, por lo que esta atención (junto a otras) son una forma de crear relación de familiaridad entre estas. Esta dieta especial se dio en la gran cantidad de casos, incluso en aquellos que se desarrollaron en instituciones estatales de salud (hospitales o centros de salud). Siempre fue la primera comida que se les dio. Solo nuestro único caso sin redes<sup>72</sup>, otra vez, no tuvo estas atenciones.

Sobre la preparación, se suele *“pelar una gallina”*, es decir, se sacrifica una apenas la parturienta da a luz y se prepara en un caldo. Este está destinado enteramente para la parturienta, y suele durar de dos a tres días. Es importante que la preparación sea un *“caldito”* con *“todo blandito, nada duro”*, ya que de esta manera sus propiedades son de ayuda para las madres y para el bebé.

Para las madres, las propiedades de esta dieta están relacionadas a *“recomponer la fuerza”*. Así, se espera que esta dieta las ayude *“para que los huesos peguen cuando hacemos fuerza”* durante el parto, así como para recuperar la *“sangre”* que han perdido. El que sea en *“caldito”* es una propiedad importante ya que se entiende que a través del líquido se esparce por todo el cuerpo.

A ello se le suma que se le considera un *“alimento para el cuerpo, fuente de vitaminas”*. Si bien es cierto, es requisito que sea una gallina, parece importar que sean *“gallinas tiernas”* o *“polloncitos”* porque *“las gallinas viejas no dan tanta vitamina”*. De cualquiera de las dos formas, que este sea *“alimento”* también

---

<sup>72</sup> Priscila en su primer embarazo (P1).

parece estar relacionado a que el único evento en el que se destina una cantidad considerable de carne (bienpreciado), enteramente para un integrante de la familia, las madres.

Por otro lado, este caldo también es de ayuda, en extensión, a los bebés. Ya sea porque *“En caldito tiene que ser, para que tenga leche para él bebe”* o porque *“comida seca no, los bebés se estriñen dice”*. El cuerpo de la madre también es fuente de alimento para los recién nacidos, alimentados a través de la leche materna.

Esta es una de las atenciones familiares más fundamentales en la *“recomposición de la fuerza”*, valiosa sobre todo por su carácter líquido y sustancioso. De esta forma, la sustancia del caldo de la gallina preparado por la *“fuerza”* de atenciones de la madre, es fuente de alimento que da *“fuerza”* a la parturienta que, a su vez, a través de la leche, no sólo da alimento al niño, sino también influye en la salud (¿fuerza, quizás?) del bebé (el cual *“se estriñe con comida seca”*). Así, parece ser que el *“líquido”* sustancioso no trae tras de sí el alimento solamente, sino también una *“fuerza”* que fluye de cuerpo en cuerpo, a través de las atenciones.

- **Bañarse con *“contras para la recaída”***

*“Esos montecitos son contras para la recaída que se le da a la mujer cuando da a luz. Mi mamá me hervía toda la noche una ollita de barro agua con varios montes para la recaída, ya en la mañana lo ponía en una tina y los montes van a los pies. Ese vapor va subiendo a tu cuerpo. Pero tiene que ser una tina grande, para que el vapor suba. Ya después de eso te bañas con el agua de esos palitos (Telma)”*

Cuatro de las cinco mujeres comentaron que realizaron estos baños después de dar a luz, sobre todo si sus partos habían sido complicados: aquellos con retención de placenta o el caso de niño podálico. No obstante, otro factor que influyó en que realizaran estos baños fue la activa participación de las

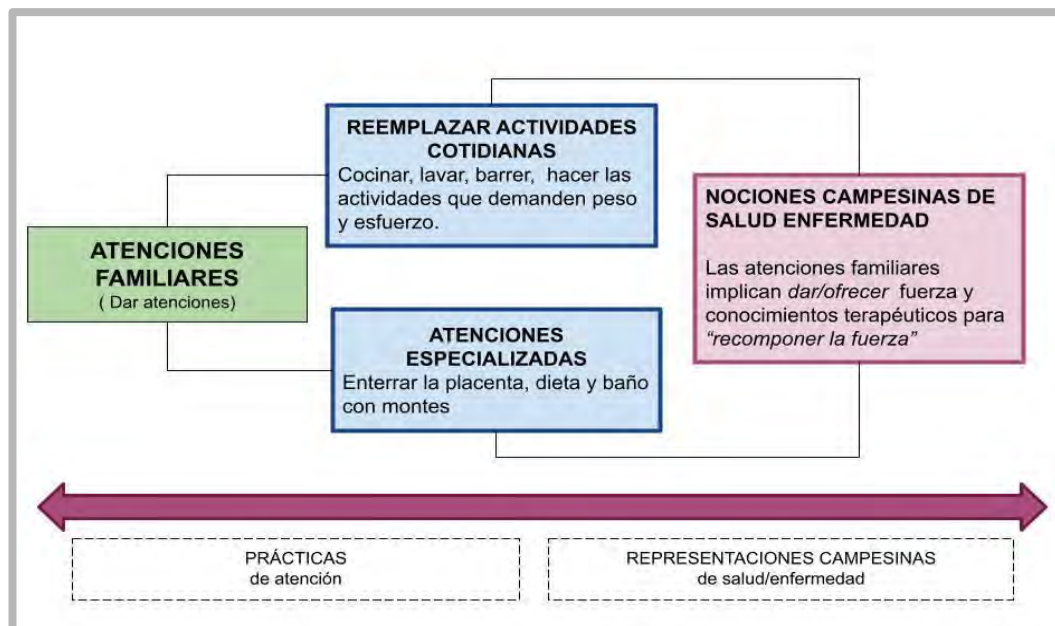
madres. Ya sea porque eran ellas las que ponían a hervir el agua con los 'montes' y quienes se encargaban de conseguirlos, o porque con ellas se generaba un espacio de confianza y mayor intimidad.

Sobre el procedimiento del baño, hace falta conseguir un conjunto de "*montes para la reca da*", el cual puede ser adquirido buscando en el monte o pidiéndole a alguna partera o vecina que sepa de hierbas. Era común en la zona que por lo general todas las mujeres tengan un conocimiento importante sobre las diversas plantas y montes a la mano. Luego, estos "montes" se hierven con agua en el fogón, como hemos comentado antes, tanto el *peso* como el *calor de la cocina* hacen daño a las mujeres, por lo que sí es importante que otra persona realice este procedimiento en lugar de ellas. Una vez que se tiene listo este, se utiliza tanto el vapor de agua, para llegar a "otras zonas" más íntimas, mientras que el agua sirve para poder bañarse.

*"Ya poco a poco tu barriguita se va endureciendo. Ya ahí se va disminuyendo la sangre, cuando te bañas con eso ya no te duele tanto la sangre, ya te duele poco a poco. Ya te estás sanando con las yerbas pues..."*

De hecho, este procedimiento también está relacionado con la sangre. Otra vez, parece ser que, fluidos como el agua o el vapor, al igual que con el caldo, van entrando al cuerpo de las mujeres para recomponerlas, unen las partes con las que han hecho fuerza y calman la sangre.

Gráfico 9 Prácticas de atención y representaciones ideológicas de las atenciones familiares

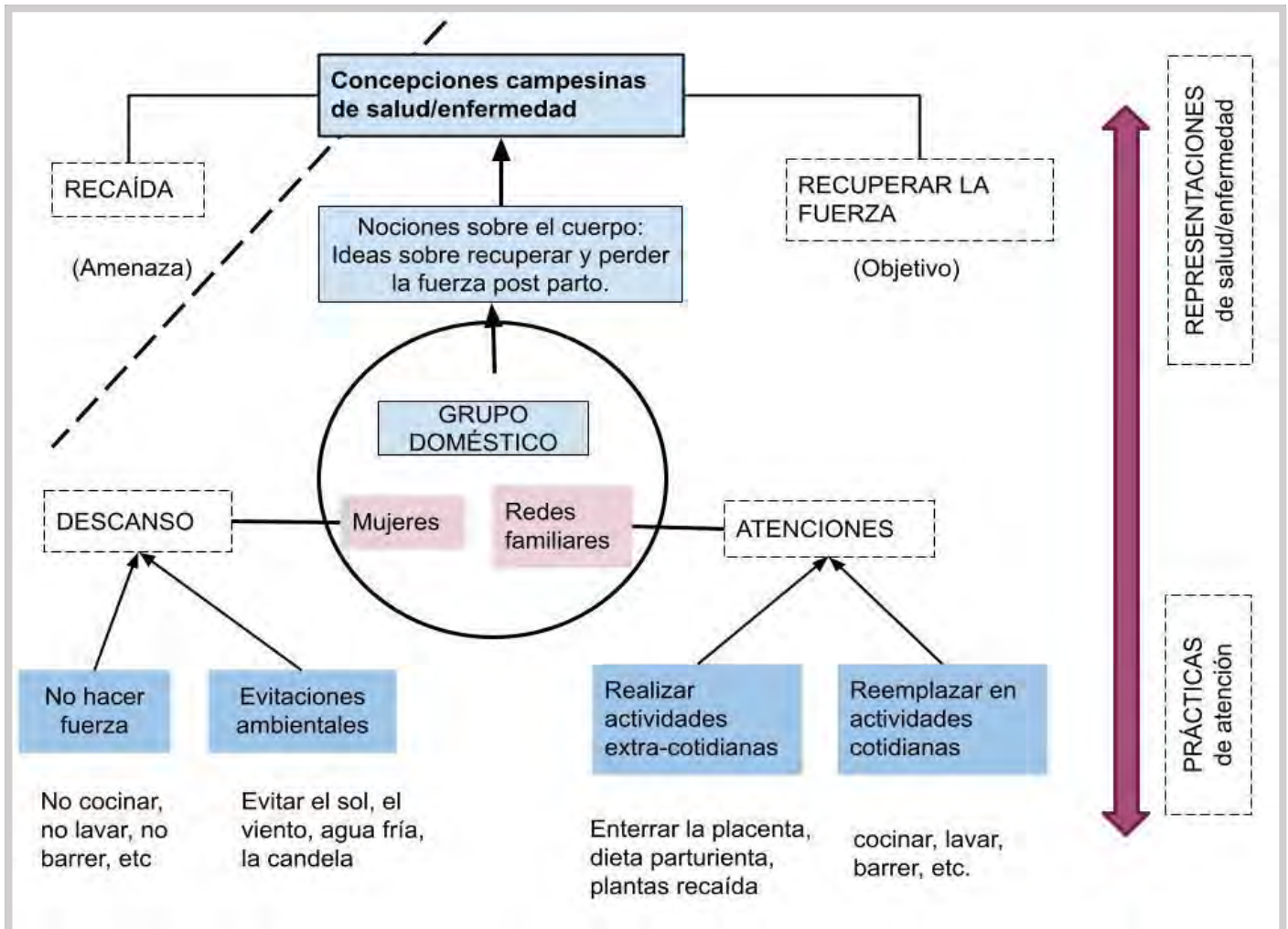


Fuente: Elaboración propia

Para finalizar, encontramos que el embarazo y sus etapas implican un cambio en la cotidianidad de las fuerzas de trabajo y atenciones que hacen posible la reproducción del grupo doméstico, ya que esta se relaciona con la pérdida gradual de *fuerza* durante las diversas etapas. A diferencia del periodo de embarazo al que hemos relacionado con los dilemas que este genera, o del periodo de parto, en el que el grupo doméstico busca una intervención pragmática de otros agentes de salud, parece ser que en esta última etapa prima un estado de alerta familiar, basado en las concepciones locales del cuerpo femenino posparto: un cuerpo que *"ha perdido fuerza"* y que necesita *"recomponerse"*. Por ello, en esta etapa todas las atenciones están enfocadas en que las mujeres recuperen dicha *"fuerza"*, que es la que les va a permitir retomar sus actividades cotidianas. Por ello, el no tomarse un tiempo de *descanso y atenciones para "recomponerse"* puede implicar una *"reca da"*, noción de enfermedad local, relacionada a un debilitamiento mayor del cuerpo, que puede devenir en la muerte. Como vemos, en esta etapa se activan las concepciones sobre salud/enfermedad campesinas de la zona, la cual revisaremos con mayor profundidad en el siguiente capítulo.



Gráfico 10 Síntesis de las prácticas de atención y representaciones de la salud/enfermedad de la etapa posparto



Fuente: Elaboración propia

## **CAPÍTULO 5**

### **EXPERIENCIAS Y ESTRATEGIAS DE AUTOATENCIÓN: Dimensión emocional, política y económica de las atenciones familiares en los andes norteños**

En este capítulo profundizamos las dimensiones económicas, políticas y afectivas de la autoatención: Sobre estas, encontramos que las atenciones familiares atravesadas por la fuerza, las valoraciones, la reflexión, afectividad y agencia creadora personal y familiar. Por lo mismo, exploramos cómo la autoatención implica experiencias corporales, morales y afectivas que, desde lo cotidiano u ordinario, nos presentan de forma dinámica las nociones de salud/enfermedad en la zona y la construcción del cuerpo campesino. Al mismo tiempo, en un segundo momento, nos detenemos a explorar las estrategias de autoatención familiar que nos permite dimensionar la agencia campesina en la atención del EPP, entendiendo sus potencialidades, posibilidades y limitaciones.

#### **5.1. Experiencias de autoatención: Dimensión corporal, moral y afectiva de las atenciones**

En este acápite exploramos las lecturas sobre el cuerpo y, específicamente, sobre los cuerpos de las mujeres, en relación a su mundo social: donde la fuerza y la pérdida de la misma aparecen como puntos claves para entender las representaciones personales y locales de salud/enfermedad, y sus implicancias en sobre la vida campesina. Así también, en un segundo momento exploramos la experiencia moral y afectiva que atraviesan estas mujeres cotidianamente, desde las cuales los dilemas y evaluaciones son constantes y median su actuar con intencionalidad, generando nociones propias y fluidas de “lo que está bien” y “lo que está mal” en torno a las atenciones.

##### **5.1.1. Experiencia y nociones sobre el cuerpo**

Pensé por primera vez en la fuerza y resistencia de sus cuerpos, así como en la lectura que ellas tenían sobre estos, después de una caminata a una chacra

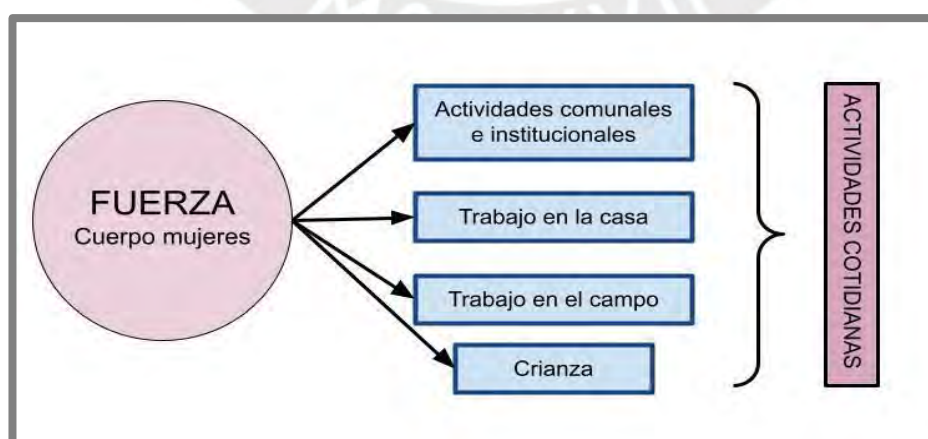
cercana. Al caminar por este lugar me cansé muy pronto y mis habilidades para bajar y subir por laderas cubiertas de barro eran casi nulas. Alva, en cambio, era bastante ágil y rápida, a pesar de tener una carga considerable de plátanos en la espalda. Al llegar a casa, me dijo sonriendo: “*En la ciudad se puede ser gordita... acá en el campo, somos flacas*”, aludiendo tanto a las habilidades físicas que exige el campo como a las posibilidades de alimentación que se tiene. Yo no supe qué responder. Aunque aquella comparación en un primer momento me incomodó, también me quedé pensando en que no dejaba de ser cierta. Las diferencias de nuestros cuerpos eran evidentes: en aquella época yo estaba con sobrepeso, me agitaba al caminar y tenía miedo a resbalar. Ella, en cambio, era una mujer un poco delgada y bastante ágil y podía caminar por el barro con peso encima, rápido y sin resbalarse. Además, luego de esa escena comenzó a cortar leña con gran destreza.

Este tipo de comentarios sobre cómo eran nuestros cuerpos (gordos/flacos), era un tema que estas mujeres solían plantearme. No obstante, el énfasis con el que hablaban de nuestras diferencias corporales parecía que tenía más que ver con el territorio del que proveníamos, que con nuestras diferencias corporales: si bien es cierto algunas eran delgadas, otras más bien tenían la misma contextura física que yo, pero con evidentes habilidades en el terreno (a diferencia de mí). Por ello, parece ser que el señalar nuestras diferencias particulares también era utilizado como metáfora con la que describían y asociaban nuestros cuerpos con nuestros territorios: por un lado, me explicaban que sus cuerpos, el de las *mujeres del campo*, tienden a ser flacos, debido a la demanda física que el mismo campo exige, donde se necesita de fuerza, habilidad, práctica y conocimiento del territorio para desarrollar todas sus actividades cotidianas. Este “ser flaca” también lo asociaban a las menores posibilidades de alimentarse con la variedad y cantidad de las ciudades. De hecho, ser de la ciudad parecía estar asociado a la menor exigencia física del terreno costero, a más posibilidades de alimentarse o comer de más, poca agilidad y un mayor desconocimiento del campo. Resultaba particularmente interesante esta diferenciación identitaria campo/ciudad entre cuerpos/territorios, ya que también eran apreciaciones basadas en sus propias experiencias migratorias en ciudades.

Ahora bien, la distinción entre cuerpos no solo servía de metáfora de diferencias territoriales, sino también, a partir de la lectura de los cuerpos se generaban diferencias dentro y entre la misma comunidad. Así, la distinción entre sus cuerpos explicaba lo que se entiende como saludable y enfermo, donde la idea se invierte un poco: el estar “*gorda*” o ser “*grande*” se asocian con ser “*fuerte*” fundamental para las exigencias del campo, mientras que ser “*toda flaquita*” estaba asociado con estar “*débil*” o “*enferma*”. Estas asociaciones han aparecido en las narraciones de sus experiencias cercanas a la enfermedad, así también, vuelven a aparecer en sus explicaciones sobre procesos de vulnerabilidad del cuerpo que las mujeres tienen luego del parto, donde se tiene como objetivo “*recomponer la fuerza*” del cuerpo de las mujeres, condición para retomar sus quehaceres cotidianos. Esta asociación es la que nos interesa retomar.

Ahora, como hemos comentado, la lectura de un cuerpo capaz de rendir las exigencias físicas que el campo exige, está relacionado con ideas sobre lo saludable, íntimamente asociada a la idea de “*fuerza*”. Esta fuerza parece ser central para entender el mundo campesino de esta zona, el cual es sostenido por mujeres que todo el tiempo están usando sus cuerpos: crianza, trabajo en la casa, trabajo agrícola en el campo y trabajo con la comunidad.

Gráfico 11 La fuerza del cuerpo de las mujeres en la vida cotidiana: feminización del campo



Fuente: elaboración propia

Las mujeres no parecen tener un descanso, incluso en los momentos cuando conversábamos y en los que ellas aseguraban que “*estaban más libres*”, siempre estuvieron haciendo algo: cocinando, dando de lactar a sus hijas, barriendo, bañando a sus hijos, caminando hacia la posta, lavando, en las jornadas del PNSU o en sus chacras.

Así, parece ser que el único momento en el que las mujeres tienen un “descanso” en el que además son “*atendidas*” es durante el embarazo, donde las atenciones y la vulnerabilidad van aumentando en cada etapa, siendo la de posparto la más crítica. Ahora bien, es cierto que el embarazo no es considerado una enfermedad. No obstante, se toma como una etapa en la que las mujeres entran en un periodo de vulnerabilidad del cuerpo donde, si no se tiene las atenciones necesarias, el no “*recomponerse*” puede significar una “*recaída*”, noción de salud/enfermedad local del proceso posparto.

#### - “**Recomponer la fuerza**”, a través de las atenciones

Cuando las mujeres dan a luz “*hacen fuerza*”. Esta, si bien es cierto, ayuda a que el bebé nazca, también provoca que se les “*despeguen los huesos*”, se “*desarmen*” o que se “*rompen*” y “*pierden fuerza*”. Es por ello que las mujeres y sus redes familiares emprenden un recorrido para “*recomponer la fuerza*”, en el cual ponen en práctica un conjunto de atenciones posparto, como el descanso y las atenciones familiares, reseñadas en el acápite anterior<sup>73</sup>.

Ya sea para las mujeres, para sus familias o para la comunidad, la “*fuerza*” es fundamental para la *vida en el campo*. Sin esta, las mujeres no podrían asumir el conjunto de actividades que realizan cotidianamente<sup>74</sup>. Actividades que, a su vez, son fundamentales para la *vida del grupo familiar*. Por ello parece ser que “*recomponer la fuerza*” del cuerpo de las mujeres, no solo es vital para ellas, sino también para sus familias.

<sup>73</sup> Revisar Capítulo 4. Parte 2. Acápite 3

<sup>74</sup> la crianza, el trabajo en el campo, el trabajo en la casa, el trabajo con la comunidad y las relaciones con instituciones estatales.

Retomando las imágenes que las mujeres utilizaban para describir qué sucedía con sus cuerpos después del parto, tales como “romperse”, “despegarse los huesos”, “desarmarse”, “perder fuerza”, bajo esta lógica parece implicarse que es necesario que se vuelva a poner todo en su sitio para, recién así, retomar las actividades cotidianas con normalidad. Es decir, “recomponer” pareciera significar “*arreglar lo roto*”, “*pegar lo despegado*”, “*armar lo desarmado*”. En resumen, volver a *recuperar la fuerza vital* de uno de los *cuerpos vitales* para el engranaje de estas familias campesinas: las mujeres. Así, la relación entre ellas y sus familias parece estar guiada por cierta interdependencia basada en la reciprocidad de atenciones: estas mujeres **dan** su fuerza vital cotidianamente a sus familias para que estas *vivan*; y los otros miembros, desde otras actividades, también dan fuerza vital manteniendo cierto equilibrio en tensión constante (que puede disolverse con conflictos o afirmarse con atenciones). Así, en momentos como el parto donde la fuerza se “pierde” y las mujeres descansan, el desequilibrio de fuerzas es suplido a través de **recibir atenciones familiares**. Dichas atenciones significan un sobreesfuerzo familiar, donde la fuerza que la familia da a través de estas parece traducirse en la fuerza que las mujeres necesitan para recomponerse y poder, nuevamente, **dar** la fuerza que cotidianamente ofrecen (**dar más**, si le sumamos la llegada del nuevo integrante).

La dieta especial para las parturientas es un ejemplo de ello. Esta, es una de las atenciones familiares más importantes para “*recomponer la fuerza*”, valiosa sobre todo por su carácter *líquido y sustancioso*. De esta forma, la sustancia del caldo de la gallina preparado por la madre, ayuda a “pegar” los huesos y es fuente de alimento que da “fuerza” a la parturienta que, a su vez, a través de la leche alimenta al bebé (el cual recibe los alimentos líquidos de la madre a través del líquido de la leche, porque “*se estriñe si la mamá come con comida seca*”). Así, parece ser que estos alimentos líquidos y sustanciosos no traen tras de sí solamente el alimento dado, sino también una “fuerza” vital que fluye de cuerpo en cuerpo, a través de las atenciones.

Este hecho nos recuerda a las lecturas sobre el parentesco como proceso de Carsten (2007) en los que analiza las vinculaciones parentales de los Malaya

y observa cómo la comida crea personas en un sentido físico y crea también la sustancia -sangre para los malayos mediante la cual están vinculadas unas personas con otras (2007, p. 517). Leyendo nuestro caso en clave de las intuiciones de Carsten (2007) sugerimos que la “fuerza” (noción de salud/enfermedad) parece ser la “sustancia” básica de intercambio en las relaciones de parentesco en esta zona. De esta forma, *las atenciones* están compuesta de una “fuerza” que se da, que se recibe y se vuelve a dar (más), desde las cuales se crean, mantienen y actualizan las relaciones familiares a partir de la creación de alimentos, cuidados y consideraciones. En ese sentido, no estamos hablando del parentesco basado en una reciprocidad familiar andina dada de antemano, sino de una práctica activa de relacionamiento basada en el intercambio de “fuerza”.

#### - **“Recaída”, el mal de las desatenciones**

La “*reca da*” se presenta como la principal amenaza de las mujeres y sus grupos familiares durante la etapa posparto. Como podemos recordar, varias de las atenciones familiares de esta etapa, se explicaban a través del miedo a que, si no se cumple con ellas, les puede dar “recaída” a las parturientas.

Este *mal* local está relacionado a un debilitamiento mayor del cuerpo de las mujeres durante la etapa de “*recomponer la fuerza*” causado por atenciones familiares o descansos que no se realizan de la manera adecuada, o bien porque simplemente no se realizan. Por ello, la recaída puede pasar de ser una amenaza constante de la que hay que cuidarse, a ser un peligro mortal sobre el que hay que actuar inmediatamente. De esta forma, este *mal* parece ser parte de las representaciones campesinas de salud/enfermedad local, donde la falta de fuerza o debilitamiento están asociados con lo “enfermo”.

*“Con el segundo hijo me recaidé. No pod a ni pararme, ni darme vueltas, ni hacer mamar a mi bebe. Me llevaba un desmayo que no podía levantarme ni para nada, oye. Eso me llevaba la muerte. Ay señor Jesús, parece que se daba vuelta la casa...”. (Olimpia)*

Este *mal* local pone en una situación crítica a las mujeres, las cuales han perdido aún más la fuerza que se supone debían recuperar, por lo que el debilitamiento parece dejarlas en un estado de inmovilidad preocupante. La sintomatología que las mujeres relacionan con dicho estado se encuentra asociada sobre todo a mareos, dolores de cabeza y escalofríos.

*“Me agarró un dolor de cabeza, un escalofrío, con Zoraida. Me vine por la posta, me hice la machaza, me fui así nomás. Luego vine, me agarró un dolor de cabeza, ya no pude hacer nada vuelta”. (Alva)*

Las explicaciones sobre el por qué sucede esto, se van articulando y dando sentido de acuerdo a la historia de cada mujer y el itinerario que fue tomando el caso. De esta forma, Alva me comentaba que al mes se hizo la “machaza”<sup>75</sup> y fue al control de su bebé cargándolo (haciendo fuerza), subiendo y bajando por las laderas y bajo el sol. Este conjunto de hechos fueron los que terminaron explicando que ella adquiriera dicho mal. La familia de Alva actuó rápido y pronto *la partera fue* llevando “remedios para la recaída” y la hizo descansar durante un tiempo más. Por su parte, Olimpia no corrió la misma suerte.

*“No quer a pararme, todo echadito estaba. Ni para mirar, porque si yo miraba ayayay que se caía la casa. Dios mío no podía ni sentarme, ni para bajarme al suelo, nada. Bajaba jalado. Para hacer mis necesidades bajaba jalado, me tenían que suspender. Al bebe mi mamá lo cambiaba, lo bañaba, yo solo le daba de mamar. Un señor me hizo contras de la recaída, me hizo limpias. El señor era de Víctor Raúl. La partera por más que me daba remedios ya no podía, no era pues, no era su contra. Él preparaba remedios naturales, sabía cuidar con cuy. Me caipó, ahí en el cuy salía que estaba mal de mi barriga. ¡Pucha máquina! gastamos una cantidad... casi casi me muero”. (Olimpia)*

Esta sensación pone en evidente estado de alerta a las familias campesinas, las cuales suelen recurrir pronto a terapeutas locales para abordar dicho *mal* local. Para el caso de Olimpia, implicó una búsqueda de explicación y tratamiento mucho más larga, dolorosa y costosa que Alva. Los remedios que la partera le daba no surtían efecto. La explicación de Olimpia para esa situación

---

<sup>75</sup> Aludiendo a osadía o a la capacidad de aguantar dolor, comúnmente asociada con la masculinidad



fue que “no era pues su contra”. Dentro de los repertorios campesinos locales<sup>76</sup>, si bien es cierto se reconoce que las parteras tienen un conocimiento importante, cuando no la situación se vuelve grave o su tratamiento no responde. Rápidamente el grupo doméstico continúa buscando una nueva explicación y tratamiento. De acuerdo a evaluaciones sobre la explicación del mal, las posibilidades materiales y la confianza en el terapeuta que evalúen conveniente, se decide si se las lleva a la costa (a un hospital) o donde un *brujo* o *señor*<sup>77</sup>. Este último es uno de los terapeutas locales con más prestigio por su poder para hacer “contras” a los males. Por eso mismo, este tipo de procedimientos son bastante costosos.

Si bien es cierto la familia de Olimpia convocó a un “señor”, quien finalmente le hizo limpias con plantas para la recaída y la *caipó con cuy*<sup>78</sup>, parte del recorrido de atenciones estuvo ligado a explicar por qué esto se dio. Las explicaciones que Olimpia ensayó estaban relacionadas a su incomodidad con una práctica que la partera recomendó: amarrarle el vientre con una manta.

*“Cuando das a luz te amarran con una mantita doble, para que te suspenda, dice la partera. Yo me desaté, fue para mi mal. Yo por desatarme la fregué. Qué pues, hacía calor y me picaba mi cintura, esos amarres me aburr an...”. “(...) también me dio porque com pescado de an, pescado salado bajó mi esposo de Huarmaca, rico me lo preparó mi mamá, pero fue para mi mal”. (Olimpia)*

Ambas explicaciones ensayadas por Olimpia y su familia implican una responsabilidad suya (soltarse la manta) y otra familiar (preparar pescado) que, para este caso, no pecó por defecto sino por exceso. De hecho, ambas mujeres que me contaron sus experiencias de recaída tuvieron atenciones familiares dispuestas a atenderlas y disponer una cantidad de dinero importante, sobre todo para el caso de Olimpia.

---

<sup>76</sup> Para mayor detalle revisar Capítulo 2

<sup>77</sup> También se les llama “curanderos” o “brujos”.

<sup>78</sup> Práctica curanderil con la cual pasas un cuy vivo por el cuerpo de la persona para escanear el mal.

Las explicaciones estaban relacionadas al no cumplimiento de alguna de las atenciones que se espera que las mujeres tengan durante este periodo: hacer fuerza, exponerse al sol, no seguir una dieta especial, etc. Por ello, cuando nos referimos a la “*reca da*” como “*el mal de las desatenciones*”, la estamos describiendo a partir de las principales razones por las que las mujeres padecen esta enfermedad local en esta zona: o por la falta de una de *atención* “adecuada” y/o por un “*mal*” adquirido en el campo/ambiente. Esta atención “adecuada” parece implicar dejar de realizar las actividades que las mujeres realizan cotidianamente, por lo que realmente se necesitaría un gran grupo de redes de soporte para que las mujeres puedan cumplir dicha exigencia; así también, el mal adquirido en el ambiente o el campo parece estar relacionado a la propia exigencia de la vida campesina en un contexto de feminización del campo

### **5.1.2. Experiencia moral y afectiva de las atenciones**

Gran parte de mi relación con estas mujeres se fue creando en la cotidianidad de las visitas, las actividades compartidas y los lugares transitados, casi siempre entre graciosas, reflexivas y preocupadas conversaciones informales y cotidianas. Estas fluían con temas de diversa índole que ellas solían plantear: críticas al proyecto de agua en la zona, cálculos sobre el dinero que iban a recibir por alguna de esas actividades de dicho proyecto, evaluación sobre las horas que las jornadas de trabajo comunal les iban a quitar, la emoción por asistir a eventos escolares (como el cambio de cordón de brigadieres o un campeonato de fulbito con otro caserío), preocupaciones sobre las lluvias y cómo estas ya deberían ir bajando, cambio de planes en la actividad diaria porque salió el sol (es decir, se aprovecha para lavar), el comentarme sus rutinas de los fines de semana paseando y comprando en Huarmaca (pueblo), reflexiones sobre la edad de sus hijos, sus expectativa sobre los meses siguientes, sus deseos de irse a la costa a trabajar, comentarios sobre lo buenos o malos que son sus parejas, especulaciones sobre cómo la deben estar pasando otras familias, críticas a las actitudes de otras mujeres, comparaciones con ellas y un sinnúmero de reflexiones cotidianas sobre sus propias vidas y la vida de los demás. Estas

mujeres reflexionaban todo el tiempo y tenían elaboradas explicaciones sobre qué es “bueno” y “malo” basándose en sus propias experiencias morales. Así, siguiendo la entrada de Van Vleet (2019), consideramos pertinente partir desde la experiencia moral ordinaria, en lugar de buscar una moralidad únicamente en términos de normas abstractas (Van Vleet, 2019: p.6), ya que aquellas moralidades que surgen en situaciones ordinarias como las narradas al inicio, nos plantean mujeres dinámicas que evalúan las situaciones cotidianas que experimentan personalmente, pero que al mismo tiempo se entrelazan, contrastan y dialogan con nociones morales más colectivas y locales.

Por otro lado, también existía un interés por presentarse como buenas personas y un ímpetu por buscar el “bien” o hacer lo “correcto” para las personas que aprecian, principalmente sus hijos y familiares, todo ello a partir de las diversas actividades que realizaban con bastante ímpetu y preocupación. Así, parece ser que tanto sus moralidades eran activamente evaluadas y reflexionadas, por un lado, y, por otro, la voluntad y el rol activo por hacer lo que consideran “correcto” para ellas y para sus vinculaciones, era explicado a través del lenguaje de los afectos. Por ello, nos interesa plantear dos breves reflexiones sobre la experiencia moral y afectiva de las atenciones: 1) Los dilemas, tensiones y negociaciones en las relaciones familiares 2) La experiencia afectiva de “ser atendidas”

#### **- Dilemas, tensiones y negociaciones en las relaciones familiares**

La creación de las familias campesinas está íntimamente relacionada al inicio de las trayectorias reproductivas de las mujeres. Con esta se generan mayores prácticas de intimidad con sus parejas: se formaliza la relación, se comienza a vivir juntos e incluso empiezan a denominarse “esposos” sin que exista un contrato y ceremonia legal o ritual previa, al mismo tiempo que se generan responsabilidades relacionadas a los hijos y al hogar, y más bien, en los casos donde no existe cierta “cooperación” se generan crisis que pueden desembocar en una ruptura definitiva de la misma. Por ello, una mirada a sus experiencias morales y afectivas, nos permite observar cómo la afirmación de estas dinámicas de intimidad (o la ausencia de las mismas) son valoradas y

“sentidas” de forma diferente por cada mujer, al mismo tiempo que implican dilemas morales basados en sus propias evaluaciones de sus condiciones y expectativas.

Me llamó la atención que si bien es cierto sus parejas no estaban físicamente la mayor parte del tiempo (ya sea porque se encontraban en las chacras o porque trabajaban en otra zona), una forma en la que su presencia se hacía notar, se daba a través de comentarios, reflexiones y valoraciones cotidianas sobre si estos (o los esposos de otras mujeres) eran “preocupados”, “atentos” o “trabajadores” o si, por el contrario, no lo eran. Me resultaba interesante ver cómo estas interacciones intercalaban valoraciones, contradicciones y negociaciones, propias de las interacciones cotidianas donde, a su vez, las mujeres configuraban ideas sobre lo que esperan en la cooperación de sus parejas o sobre las actitudes que les parecían cuestionables y opinaban sobre sus separaciones o las de otras mujeres:

*“¡Cómo vivirá esa familia, Dios Santo!”*, concluía uno de mis casos sobre la familia de Rosario, mientras me contaba la evaluación que hacía sobre su relación: su pareja *“ten otra mujer”*, además, *“para con su carro todo el día, con qué tiempo va a cultivar”*. Al mismo tiempo, la acusaba a ella de que *“no le gusta trabajar”* y que *“acá en el campo, aunque sea crías animalitos, cultivas algo y eso ya te da. Ella no cultiva nada”*. Estos comentarios señalaban las acciones que le parecían “incorrectas” de esta pareja (engaños, descuido del trabajo agrícola y falta de crianza de animales), los cuales parecían serle razón suficiente para poner en cuestión la dinámica de esa familia. Así, estos comentarios parecían reflejar sobre todo sus propias valoraciones morales sobre qué elementos sostienen la cooperación familiar. Y, al mismo tiempo, me permitían ver desde una mirada externa lo que Rosario me había comentado sobre su propio caso. Así, las relaciones en tensión parecían despertar no sólo valoraciones morales externas sino también dilemas y experiencias vivas de mujeres que tenían que afrontar sus propias crisis familiares.

Por ello, parece ser que parte de algunas evaluaciones sobre la cooperación familiar estaban sometidas a evaluación y negociación, sobre todo

en aquellos casos donde sus vinculaciones se mostraban distantes o habían retirado el apoyo económico o tuvieron una posible ‘agresión física’, hechos que generaron dilemas morales sobre sus relaciones mucho más visibles. Durante mi trabajo de campo, dos de mis casos pasaron por estos dilemas; no obstante, las respuestas de ambas siguieron caminos distintos: una de ellas estaba decidida a separarse, mientras que la otra, en cambio, tenía planes de viajar en unos años a la tierra de su pareja (Ferreñafe), por lo que una separación hubiese significado desistir de dicho plan.

Rosario estaba decidida a separarse. Esta decisión me la fue comentando a partir del énfasis en lo mucho que había cambiado su pareja desde que vivían en Lima, cuando era bien “atento” con sus hijas gemelas e incluso les celebró su “baby shower” y su “primer añito” con “payaso, torta a cada una, invitó a sus amigos...”.

A diferencia de aquella época, Rosario aseguraba que cuando su esposo vendió el negocio de gas con el que se mantenían en Lima<sup>79</sup>, significó el inicio del fin. Cuando vendió todo tuvieron que regresar porque no tenían dinero para su sustento en Lima. Luego de un tiempo de la venta su esposo compró un carro, decisión que para Rosario comenzó a vislumbrarse como menos rentable, al mismo tiempo que la relación comenzó a tener tensiones y distanciamientos.

Algunos de los indicadores de dichas tensiones que Rosario reconocía eran que comenzó a ausentarse de la casa con el auto, se mostraba más distante de ella y de sus hijos, me insinuaba que varias de las cosas que ella había traído de Lima las tenía guardadas en la casa de su mamá e, incluso, en una ocasión me advirtió que, aunque parezca tranquilo, “no es de confiar”. Sumado a todo ello, los conflictos con sus suegros habían aumentado e incluso, me comentó que meses atrás vinieron a “botarla”, acusándola de que la casa donde ella vive con los niños no era suya, sino de su hijo. Este fue un evento detonante para su decisión de separación.

---

<sup>79</sup>Revisar el Capítulo 3, caso Rosario

En su rostro y en su voz se notaba una molestia muy grande cada vez que se refería a este evento en particular. Luego de la vez en que me compartió algunos detalles de ese día, me afirmó con bastante determinación que ella ya tenía preparada una mochila con la ropa de sus hijos y la suya, además de tener, ya instalada, una gran cantidad de sus pertenencias en casas de sus padres. En suma, me sugirió que la decisión de la separación estaba casi tomada y que solo faltaba esperar el momento adecuado. Desde la perspectiva de Rosario, lo que estaba haciendo era lo correcto: ya no pretendía quedarse más tiempo la dinámica actual con su pareja, y me lo hacía notar. Esta determinación parecía estar respaldada por el apoyo de sus padres, quienes estuvieron presentes siempre en la vida cotidiana: cuando la conocí estaba con su mamá vendiendo paltas de la chacra de sus padres; cuando me hospedé con ella, una vez, su hermano menor llegó con un “mandado” en el que sus padres le enviaban alimentos para la semana; y, además, era la casa de sus padres el lugar donde pasaba todos sus fines de semana.

En otra ocasión, cuando su esposo ya había llegado al caserío y me lo crucé en su casa, Rosario espero a que este se fuera para insinuarme que él podría parecer “tranquilo” y “cariñoso” con sus hijos, pero no lo es: *“Tú lo ves así todo cariñosito con sus hijos, pero no es tan tranquilo... igualito con el esposo de Priscila, ese es otro loquito...”*, casi intentando advertir que no me fíe de ellos. Me llamó la atención que Rosario mencionara también al esposo de Priscila. Le pregunté por qué lo decía y me dijo que mejor ella me cuente, pero luego me insinuó vagamente que el fin de semana el esposo de Priscila la había botado de la casa y, probablemente, también la había golpeado.

Priscila, el segundo caso de dilema conyugal, nunca me contó nada. Sumado a ello, un par de semanas después, luego de ausentarme de la comunidad un fin de semana, regresé y encontré a Priscila con la cara hinchada. Tomando en cuenta la advertencia de Rosario y sumado a que él era de los únicos que no estuvo tan presente en las atenciones del parto, me preocupé y le pregunté si había pasado algo. Ella me lo negó y me dijo sólo era que algo había caído mal. Le volví a preguntar, pero no quiso profundizar más, así que cambiamos de tema. Así, hubo varios otros momentos más donde se generó una

respuesta evasiva, la cual respeté. No obstante, sí parecía generarle algunos conflictos que no deseaba compartir y, más bien, me hablaba de sus deseos de migrar con sus hijos pequeños apenas su hijo mayor terminara el colegio. Al parecer, había ciertas “negociaciones” que hacía con su pareja, a pesar del gran costo que esto podría implicar.

En ambos casos hay cierto grado de crisis o conflicto en la pareja que genera dilemas, cuya evaluación y respuesta parece estar relacionada a la evaluación de los recursos materiales, familiares y afectivos que se dispongan: Por un lado, Rosario estaba a la expectativa de consumir su mudanza a la casa de sus padres y ya tenía casi decidido que se iba a separar, al mismo tiempo que contaba con el apoyo económico y afectivo de su familia de procedencia. Además, estaba bastante cansada de la situación, ante la cual respondía desde un hartazgo y molestia evidente.

Mientras tanto Priscila, cuya pareja era su segundo compromiso con el que tenía dos hijos pequeños, tenía un apoyo reducido de su familia de procedencia (su madre era una anciana que la apoyaba como podía, pero era un apoyo limitado). Ella ya había sido madre soltera de su hijo mayor durante varios años y, al parecer, otra separación parecía que podría significar emociones complejas. Además, ¿qué sería de ella y de sus hijos si se separa? En una ocasión me contó que ella solo se quedaba en Succhirca por su hijo mayor (estaba esperando a que este termine el colegio): *“Si no fuera por mi hijo hace rato estuviéramos en Ferreñafe (zona de su segundo compromiso)”*.

Así, parece ser que existe toda una evaluación moral y afectiva en las decisiones que estas mujeres toman en torno a su futuro y el de sus familias. En ese proceso, las acciones que ellas direccionan implican, 1) una evaluación de sus propias condiciones (recursos económicos, redes). Por otro lado, 2) un reconocimiento de los posibles riesgos y costos implicados en sus decisiones y, alrededor de estos, 3) un planeamiento sobre los momentos y maneras más estratégicas para llevar a cabo sus decisiones.

### - La experiencia afectiva de “*ser atendidas*”

Cabe recordar que “*ser atendidas*” sólo es posible con redes familiares que se organicen para procurar un parto fuera de riesgo y para atenderlas y suplirlas en sus arduas actividades cotidianas durante la “*recomposición de su fuerza*”, en sus periodos de posparto. Esta organización implicaba una movilización activa de sus redes en tanto disposición y recursos, sobreesfuerzo del que estas mujeres parecían estar bastante conscientes. Así, parece ser que este hecho es valorado como un momento donde las redes familiares se aproximan a ellas mostrándoles preocupación y afecto a través de las “*atenciones*” y reafirmando así el interés y cariño por el vínculo que mantienen (conyugal, materna, amical, etc.) y por la importancia de su vida para ellos. Por ello, parece ser que el “*ser atendidas*”, no sólo implica “*recomponer la fuerza*” en un sentido físico, sino también relacional/afectivo.

A pesar de que las fallas de memoria son comunes en los recuerdos, estos esfuerzos eran reconocidos y afirmados como temas que recordaban con facilidad, que contaban a detalle y que narraban con especial cariño: “*Cómo, pues, voy a cocinar yo*”, “*otras mujeres no descansan, yo con todos mis hijos*”, “*tres semanitas fijo eran mis cuidanzas, menos no*”, “*mi mamá me cocinaba mi caldito*”, “*mi esposo me trajo comida especial de Huarmaca*”. Estas frases parecían ser una forma de legitimar que sus familiares las querían.

Por ello, parece ser que los episodios de embarazo, parto y posparto se nos presentan como un caso excepcional en los que estas mujeres poco a poco van dejando de atender y más bien son atendidas y protegidas por sus redes cercanas, hecho que parecía tener implicancias en sus propias valoraciones sobre la importancia de sus vidas para sus familiares: el contar cómo las atendieron durante sus partos, el remarcar poder haber descansado el tiempo que descansaron, el tener quiénes las atendieran y que lo hagan de manera “especial”, la presencia de sus vinculaciones cercanas y afectivas, la cuales parecían ser situaciones que apreciaban y comentaba de manera particular.



Al mismo tiempo, estas afirmaciones implicaban reflexiones morales desde las que se distinguían de mujeres que no han sido atendidas “adecuadamente”, ya eso parecía estar asociado a la falta de interés de las familias, a posibles limitaciones de recursos y al no ser queridas. No obstante, a pesar de este reconocimiento, en sus mismas narraciones también hacían notar ciertas limitaciones de estas “atenciones” aclarando que algunas las redes no pudieron estar tan presentes desde el inicio o todo el tiempo, además que valoraban de manera distinta las atenciones que cada vínculo familiar ofrecía.

Así, por un lado, afirmaban que algunos de sus esposos asumían importantes responsabilidades en la atención: “bien congeniado”, “me trajo comida especial de Huarmaca”, “vino rápido con una partera”, “él cocinaba, cómo pues lo iba a hacer yo”, al mismo tiempo se quejaban de la calidad de algunas de sus “atenciones”: “el gusto de la comida no es la misma”, “la comida quedaba , como me preparaba la comida temprano...”, “me trajo pescado salado de Huarmaca... fue para mi mal...”. Con sus mamás, en cambio, la calidad de las atenciones parecía ser bastante más valoradas por ellas. No obstante, varias de estas señalaban que el problema era que las acompañaban por un tiempo limitado, pero que entendían que era por atender a sus propias familias. Incluso uno de nuestros casos, Priscila, que no corría la misma suerte con su pareja (sus atenciones parecían bastante limitadas e, incluso, ausentes) tuvo la presencia de su madre y de su hijo mayor, quienes fueron un soporte importante que le permitieron abordar las complicaciones de sus partos.

Por otro lado, en aquellos casos donde existió un contexto de escasez de vínculos a quienes tuvieran confianza estuvieron relacionados a la convivencia con sus suegras, con las cuales vivieron desde los avanzados meses de embarazo hasta el primer año de sus hijos. Así, a pesar de que su relación se basaba en que eran parientes políticas, en la práctica eran sentidas como extrañas. Así, parece ser que fue durante todo el proceso de atención en el que se negoció la vergüenza y la confianza, y se creó, hasta cierto punto, cercanía: Por ejemplo, uno de nuestros casos, a pesar de la convivencia de un par de meses y de que se encontraba sola con ellas, no le quiso contar a su suegra y cuñada que estaba con dolores porque tenía “vergüenza”, las cuales se

enteraron tras preguntarle repetidas veces y procedieron a atenderla. Fueron su suegra y su cuñada las que la atendieron las primeras semanas del posparto, hecho que generó una mayor confianza que antes no existía.

En resumidas cuentas, parece ser que nuestros casos tenían sutiles y personalizados indicadores para evaluar las posibilidades y limitaciones en las atenciones recibidas. De tal forma la convivencia, los espacios íntimos y de confianza y la vergüenza, así como la desnudez, eran permitidos para las atenciones de algunos vínculos sí y para otros no. De esta forma, estas son leídas a partir de una intencionalidad personalizada, ya que importa quién da y cómo ofrece las “atenciones”, los cuales parecen tener un impacto en el reforzamiento de la relación entre las mujeres y los lazos de familiaridad que están creando.

### **5.1.3. Balance: La “fuerza” de las atenciones como experiencia encarnada de feminización de la “fuerza” campo**

Recapitulando este acápite dedicado a la experiencia de autoatención de las mujeres campesinas de la sierra de Piura, parece ser que nos encontramos con mujeres que asumen una gran centralidad en sus hogares y en la comunidad: son ellas las que sostienen con su “fuerza” a sus familias (ya sea en el hogar o en el campo) y las que están presentes en el caserío la mayor parte del tiempo representando a sus unidades domésticas (ante instituciones estatales y ante la comunidad). Asimismo, parece ser que durante el embarazo, parto y posparto (sobre todo durante estos dos últimos), sus actividades se ven detenidas durante un breve lapso en el que sus redes familiares cercanas acuden a ellas y procuran resguardarlas de las posibles amenazas en un momento donde han perdido “fuerza”, la cual deben “recomponer” y evitar así una “recaída”.

Parece ser que estas “amenazas” a la vida de las mujeres, activan nociones campesinas de salud/enfermedad local relacionadas a la importancia de la “fuerza” de estas mujeres en el mantenimiento de la vida de sus familias. Por

ello, esta noción es particularmente interesante, ya que parece funcionar también como una lectura local de la vida campesina en esta zona, donde se reconoce cómo cierta *feminización del campo*, implica también una feminización de la “fuerza” que mantiene la vida campesina, la cual se ve encarnada en la experiencia corporal y afectiva de estas mujeres con efectos en la posición y relación con sus familias: 1) Por un lado, tienen una cotidiana centralidad económica y política en la representación de sus unidades domésticas; por otro, 2) parece ser que es durante sus EPP en las familias campesinas reconocen que las exigencias de la vida cotidiana y las exigencias del campo son condiciones que amenazan la “fuerza” y vida de las mujeres; al mismo tiempo, que 3) esta “fuerza” de las mujeres está dando cuenta de la dimensión creadora y agente de sus vidas sobre el mundo social de relaciones.

*Sobre el primer punto*, esta centralidad de las mujeres en sus unidades domésticas nos resuena con estudios que han reflexionado sobre la *matrifocalidad* (Safa, 2005) en familias afrocaribeñas pobres, donde se analizan cómo la figura del esposo no es tan relevante en la configuración del parentesco y más bien se ve fortalecida una solidaridad entre hijos y madres. Siendo estas últimas las encargadas de buscar estrategias para sacar a sus familias de la pobreza, desde las posibilidades materiales e ideológicas del país caribeño en el que se encuentran.

Si bien es cierto, esta categoría está localizada en una zona y un grupo étnico específico, es su contexto de pobreza y colonización, la que nos resuena con el contexto de pobreza rural en el que se encuentran las familias campesinas analizadas aquí. Así, para nuestro caso particular, vemos una *“matricentralidad campesina”*: parece ser que la migración masculina como estrategia familiar, implica que estas mujeres ya vivan largas temporadas sin sus maridos en casa, hecho que parece tener impactos en las formas de relacionamiento de sus esposos con sus lugares de origen. Los esposos suelen tener mayor distancia con los asuntos del campo, con la relación con sus familias y con la vinculación con sus hijos y esposa. Resaltando así, más bien, el protagonismo de las mujeres, quienes son las que se encuentran en la comunidad asumiendo responsabilidades y ofreciendo su “fuerza”, para las cuales su *presencia física*

es necesaria: la crianza, los cultivos agrícolas, la participación con jornadas comunales de trabajo por el proyecto en la zona, participación en eventos de la escuela, relación con instituciones estatales y un sinnúmero de actividades importantes para la propia “vida” del grupo familiar campesino son asumidos por ellas. Parece ser que las mujeres son fuente de “fuerza”, que sostienen y empujan a sus familias de manera constante y cotidiana.

Por otro lado, recordemos que existe cierta tendencia a generar relaciones matrimoniales con hombres que tengan como lugar de origen zonas cercanas a las suyas, esto a pesar de que la mayoría los hayan conocido en grandes ciudades. Así, sus vinculaciones matrimoniales tienden a generar hogares que no parecen alejarse tanto de las posibilidades de cercanía con sus propias familias de procedencia. Sumado a ello, son sus parejas y no ellas las que en la actualidad pueden continuar migrando (recordemos que casi todas tienen un historial migratorio). Así, el haber retornado a sus lugares de origen o encontrarse en caseríos cercanos a sus familias posibilita una relación cercana con sus madres y/o padres. Así, es interesante ver cómo son justamente sus madres quienes siempre se movilizan para atender a sus hijas parturientas, incluso de manera más consistente que sus propias parejas. Las madres, más que los esposos, se configuran como el vínculo más seguro con el cual se cuenta, reforzando de esta manera la centralidad e importancia del vínculo madre-hija/o/s, ya no solo de estas mujeres parturientas para con sus grupos domésticos, sino también la centralidad e importancia de sus madres/grupo doméstico de procedencia, para ellas (y sus familias).

*El segundo punto* observado es la importancia de la “fuerza” del cuerpo de las mujeres. Este aspecto remite al análisis de la epidemiología sociocultural de la “debilidad”, enfermedad andina encarnada en el cuerpo de las mujeres, desarrollado por Katherine Oths (1999) en la sierra de La Libertad, la cual se caracteriza por náuseas, fatiga, insomnio y otros síntomas. Esta condición rara vez afecta a hombres y más bien está relacionada a mujeres mayores que han tenido partos múltiples, y/o a la excesiva carga de las mujeres en familias con desequilibrio de fuerzas femeninas/masculinas en su composición. Así, nos parece interesante cómo a través de este estudio se revelan conexiones entre

las excesivas exigencias a mujeres campesinas en esa zona y las condiciones de salud que se generan y afectan especialmente el cuerpo de las mujeres. Este hecho nos resuena con la condición de “recaída”, mal andino piurano que amenaza la “fuerza” de las mujeres parturientas (que incluso se manifiesta con síntomas parecidos). A diferencia de la “debilidad”, sin embargo, la amenaza de este mal local no aparece al final de la vida reproductiva, sino más bien durante esta: cada embarazo corre el riesgo de producir una “recaída” en las mujeres, lo cual parece ser un recordatorio latente de la importancia de la “fuerza” y la vulnerabilidad de la misma, la cual exige “atenciones” familiares presentes y especiales en función de “recomponer” dicha “fuerza”.

Sumado a ello, como venimos argumentando, tanto la “recaída” como amenaza a la “fuerza”, así como la búsqueda de “recomponerla”, nos están dando cuenta de una noción del cuerpo y la salud localmente situada. Así, esta está asociada a “amenazas” relacionadas a 1) un territorio exigente tanto por la geografía como por la “fuerza” que exige la vida en el campo y 2) las exigentes actividades que realizan cotidianamente las mujeres. Así, parece ser que al reconocer que sus prácticas cotidianas y su contexto territorial son lo que amenaza su “fuerza”, resulta una metáfora de su propio contexto económico-político: el de un campo feminizado.

Por otro lado, al cumplir exigencias familiares, agrícolas y comunales del campo, las posicionan en una centralidad política y económica, ya sea dentro de los hogares (gestión y ejecución de actividades domésticas y agrícolas), como fuera de estos (en relación con la comunidad: representación del hogar en jornadas comunales, con instituciones estatales, etc.). Este caso parece mostrarnos un escenario donde la valoración de estas mujeres está asociada a la centralidad económica y política que ocupan dentro y fuera de sus hogares, en un contexto donde la fuerza que mantiene a las familias campesinas es básicamente femenina.

*Sobre el tercer punto*, considerando que son estas las que asumen mayores responsabilidades presenciales de gestión y representación del grupo doméstico, parece ser que son mujeres con gran capacidad de agencia, cuyas

expectativas están relacionadas a mantener vinculaciones estables, a procurar la salud de sus familias, apoyar a sus hijos, buscar oportunidades laborales, migrar a ciudades, etc. Los objetivos que estas mujeres se plantean están relacionados a deseos y proyecciones a futuro, en las que ponen todo su empeño o “fuerza”.

Desde esta lógica, también parece ser que todas estas actividades cotidianas en las que las mujeres depositan su “fuerza” (y en las que pasan gran parte de su tiempo), demandan un trabajo extra, aún más silencioso: los pensamientos y emociones, las preocupaciones y las estrategias activas sobre su día a día, sobre sus expectativas a futuro y sobre la incertidumbre. Esta parece ser una actividad cotidiana que asumen activamente y con la que, además, están moldeando y encaminando sus deseos, a través de una creativa práctica experimental cotidiana.

Así, parece ser que las actividades que estas mujeres realizan no solo se están haciendo necesariamente porque son “obligaciones” rígidas, sino más bien porque son evaluadas, reflexionadas como correctas o, incluso, como deseadas desde sus propias experiencias y valoraciones morales. De esta forma, parece ser que su “fuerza” no sólo implica únicamente una fuerza física, sino también una voluntad o “virtud” personal e intransferible para perseguir lo que desean o creen que está “bien” para sus vidas y las vidas de las personas que quieren. Para finalizar, parece ser que las *atenciones* familiares son una manera desde la cual las familias campesinas responden ante una situación que amenaza la vida de las mujeres. Ello reconoce y afirma una centralidad económica-política de las mujeres (o una “matricentralidad campesina”), encarnada a través de su “fuerza” y de lo que *dan/crean* con esta en la vida cotidiana. Por ello, que las mujeres reciban estas “atenciones” familiares también se presenta como un momento excepcional de “descanso” en el que parece que estas familias les devuelven la “fuerza” que ellas han dado previamente y que devolverán una vez que retomen sus actividades cotidianas. Esta “fuerza” intercambiada en las “atenciones” también está compuesta por un ímpetu personal y especial, mediado por la particularidad de cada mujer, cada familia o cada persona que la ofrezca; es decir, está dotada de un sello personal y circunstancial, íntimamente

vinculadas a la creación de relaciones especiales, la cual, junto con las experiencias morales y lógicas de intimidad y confianza, parecen crear, reafirmar y actualizar los lazos de parentesco en las familias de esta zona andina.

## **5.2. Estrategias de autoatención: agencia campesina y negociaciones intermédicas**

Iniciamos este capítulo comentando cómo a lo largo del trabajo de campo era común que las mujeres usaran *metáforas corporales* basadas en la noción de salud/enfermedad local sobre la 'fuerza' con las cuales explicaban las diferentes asociaciones entre nuestros territorios de procedencia. Un punto que nos interesa resaltar de aquella interacción es cómo tales frases sobre nuestros cuerpos, no solo eran anecdóticas, sino que también representaban una forma cotidiana de reafirmar las diferencias entre las condiciones de la "vida en el campo" y la "vida en la ciudad": hacían énfasis en las diferencias geográficas de ambos terrenos, aludiendo a la exigencia adicional de "fuerza" que demanda el campo; también remarcaban cómo el tipo de trabajo en el campo era mucho más cansado que en las ciudades, además de contrastar la infraestructura y los servicios a disposición en cada espacio, conjeturas nutridas por sus propias experiencias migratorias y realidades campesinas. Así, estas *metáforas corporales* enfatizaban en cómo sus cuerpos eran moldeados por las propias condiciones de cada territorio de procedencia, además de denunciar que "ser el campo" les exigía mayor "fuerza" a sus cuerpos y limitaba sus posibilidades. La "fuerza", entonces, parece ser aquella composición fundamental de un cuerpo campesino femenino moldeado por el territorio, por el trabajo y por la escasez de recursos e infraestructura.

Asimismo, estas metáforas corporales son también metáforas sobre la salud y la enfermedad en los andes norteños, ya que parten de nociones de salud/enfermedad relacionadas a la "fuerza" y están íntimamente ligadas a las representaciones, conocimientos y explicaciones sobre su mundo social. Este hecho parece ser una manifestación de lo que Libbet Crandon (1986) denomina

como “diálogos médicos”. Concepto nace de su etnografía en una zona altoandina de Bolivia (Crandon, 1986), donde analiza cómo el lenguaje de la medicina se convierte en una ventana para ver las relaciones interétnicas, al mismo tiempo que da cuenta de cómo las identidades son dinámicas y están en constante negociación:

El diálogo médico es una ventana a través de la cual podemos ver los procesos políticos y económicos en lo que respecta a la naturaleza de las relaciones interétnicas/Inter clase. Al mismo tiempo, el diálogo médico es un escenario en el que se negocian y se desarrollan dichas relaciones. Por lo tanto, el diálogo médico es tanto un escenario para el cambio, así como una ventana a la relación político-económica entre la medicina y la etnia (y clase). (Crandon, 1986, p. 464)

En lo que refiere a nuestro caso, encontramos que cuando las mujeres campesinas asocian la diferencia entre nuestros cuerpos, su “fuerza” y nuestras procedencias territoriales, también están hablando de su realidad social y política. Es decir, están usando estas *metáforas corporales* para explicar cotidianamente y de manera reflexiva, las relaciones y negociaciones interétnicas e Inter clase en esta zona. Cabe resaltar que, si bien es cierto que Crandon habla de “afiliaciones étnicas y relaciones interétnicas” en el altiplano boliviano, para nuestro caso en la sierra norte del Perú — con una población mestiza mayor y no-quechuahablante que vuelve esta afiliación étnica aún más difusa—, las estrategias de posicionamiento social en el entramado de relaciones refieren sobre todo a categorías territorialmente situadas como el “ser del campo”.

Este “ser del campo” es una categoría local que ha aparecido a lo largo de esta investigación, la cual se presenta como una forma local desde la cual son denominadas las poblaciones rurales del distrito, y desde la cual se reconocen. Tomando en cuenta que hablamos de un distrito predominantemente rural (cuenta con una zona urbana de apenas 5 % de la población total de este territorio) estas mismas lógicas de diferenciación campo/ciudad se reproducen en toda la región andina norteña. En esa línea, las veces en las que hicieron



referencia a “ser del campo” era una manera no solo desde la que generaban diferenciación conmigo o con lo que implica “ser de la ciudad”, sino también un posicionamiento y reconocimiento de las condiciones desde las que partíamos. En esta afirmación existía una conciencia sobre la condición de clase campesina y pobre, tanto en su relación con las “ciudades” en las que casi todas ellas habían vivido y trabajado como empleadas domésticas o meseras, o en relación a espacios de distinción local como el “pueblo”, donde solían vender los productos de sus chacras o abastecerse de productos de la costa.

Así, este “ser del campo” se presenta como un posicionamiento que configura una *identidad territorial* que tiene componentes étnicos y de clase mezclados, los cuales pueden apreciarse a través de las metáforas sobre el cuerpo y la fuerza de estas mujeres y, al mismo tiempo, presentarse como una categoría que se negocia y configura tomando en cuenta sus experiencias: dichas metáforas partían de evaluaciones de sus propias experiencias migratorias y laborales en las ciudades, las cuales también han construido ideas sobre cómo es la “vida en la ciudad” y cómo es la “vida en el campo”, así como las diferentes oportunidades y limitaciones de cada espacio territorial. Así, estas metáforas implican conocimientos sobre los espacios donde han transitado, y funcionan de acuerdo al interlocutor. Por ejemplo, conmigo se generaba una distinción ambigua de la categoría ‘ellas/nosotras’, pero también existía una relación de cercanía desde la que ellas me hacían notar que también conocían el territorio del que yo venía: Lima. Este ejercicio de señalar nuestras diferencias también parecía funcionar como una forma de acercamiento. Estos conocimientos basados en sus experiencias migratorias les daban un background sobre las ciudades y era una forma en la cual también se distinguían entre ellas. Por ejemplo, la misma ropa de aquellas mujeres que habían migrado era distinta de las que no (una de ellas incluso me hablaba de lo bonita y barata que era la ropa en Gamarra). Otro ejemplo lo constituye cómo las mujeres con dicha experiencia podían imaginarse migrando alguna temporada con sus hijos. De hecho, las propias mujeres que no habían tenido la oportunidad de migrar asumen que esto era algo lejano a su realidad, sobre todo cuando ya tenían hijos. No obstante, sí es una realidad que esperan para estos.

De esta forma, vemos cómo “ser del campo” implica claras diferencias interétnicas e Inter clases que están relacionados a un territorio rural andino norteño difícil, con posibilidades de trabajo agrícola y no agrícola limitados, con una geografía accidentada, con servicios estatales precarios, al mismo tiempo que implican conocimientos particulares y específicos a su historia local, comunal y familiar. Esta es una categoría relacional basada en una identificación territorial campesina, tomando en cuenta que en esta zona andina no existe una identificación étnica o de clase definida y/o autodefinida. Así, “ser del campo” se caracteriza por ser una denominación de relaciones étnicas/de clase, que configura el cuerpo y la “fuerza” a partir del trabajo, el lugar de residencia y de sus relaciones sociales.

Es justamente por aquella relación de proximidad con el territorio que estas mujeres nunca dejan de “ser del campo” completamente: sus migraciones son mucho más temporales que las de los varones y se dan principalmente en la juventud cuando son solteras, a diferencia de sus esposos. Así, para las mujeres, el campo no deja de ser su lugar de referencia y afiliación: son ellas las que regresan tras quedar embarazadas y las que asumen la gran carga familiar que implica sostener el hogar con maridos ausentes por trabajo u abandono. En resumen, las mujeres son más “*del campo*”, parafraseando el famoso artículo de Marisol de la Cadena<sup>80</sup> sobre relaciones interétnicas y de género en el sur andino.

Vemos entonces cómo la autoidentificación como personas “del campo” se nos presenta como una conciencia de las condiciones y posibilidades de su afiliación étnica/de clase que permite un posicionamiento respecto a la condición precaria en la que se encuentran respecto de otros espacios territoriales (las ciudades o el pueblo), con los que se relacionan y a los que conocen. De esta forma, identificarse como persona “del campo” es la puesta en práctica de una identidad histórica y territorial que toma conciencia y posicionamiento de las posibilidades y limitaciones estructurales de su mundo social. Es desde ahí que se generan las estrategias de autoatención.

---

<sup>80</sup> “Las mujeres son más indias”, 1992

Hablar de estrategias de autoatención nos permite integrar los estudios de ruralidad y estrategias familiares campesinas con los debates contemporáneos de antropología médica en la región. Estas se refieren a un proceso activo de adaptación y apropiación creativa de las familias campesinas a procesos económico-políticos cambiantes y a un escenario médico plural donde las más de las veces las familias deben procurarse estas *estrategias de autoatención* para lidiar con la precariedad de los servicios y de las oportunidades.

En esta sección desarrollamos a profundidad la agencia familiar campesina en las estrategias de autoatención de las familias campesinas a través de 1) desarrollar cómo las familias campesinas recrean, hibridan y adaptan recursos y repertorios de diversas tradiciones —en especial la biomédica— para generar soluciones a la medida de las exigencias de la coyuntura, y 2) desarrollamos las implicancias de la generación de lazos de familiaridad. En un tercer momento, matizamos las negociaciones y límites de estas estrategias para, finalmente, en un cuarto momento, analizar las posibilidades reales de la agencia familiar campesina en un contexto de transformación rural y pluralismo médico en los andes norteños del Perú.

### **5.2.1. “Campesinización” de los repertorios biomédicos**

En los casos que hemos desarrollado en esta investigación, encontramos que la atención de los partos tiene un protagonismo activo de las familias, las cuales prefieren que este se atienda en las casas salvo que las mujeres se encuentren en ciudades (donde escogen ir a hospitales) o en caso de complicaciones (donde se buscan diversas salidas, entre ellas acudir a un centro de salud de mayor rango que el que disponen en el caserío).

Cuando el parto está por darse, son las redes cercanas las que velan por atender y salvaguardar la vida de las mujeres evaluando constantemente cómo organizarse, qué recurso utilizar, a qué especialista llamar o a dónde ir. Así, es la familia la que se organiza para asegurar la presencia de la mamá, del esposo o de alguna de sus redes cercanas, al mismo tiempo que convoca a parteras, yerberos, obstetras, médicos, enfermeros, etc. De tal forma, encontramos un

escenario donde atender los partos se configura como un asunto familiar que involucra la participación de diversos terapeutas locales y biomédicos.

La atención durante el parto se nos presenta como una práctica ecléctica y fluida de repertorios terapéuticos híbridos guiados por las decisiones del grupo doméstico. Así, esta hibridez es generada a partir de los propios referentes de conocimientos familiares, desde una evaluación activa sobre sus posibilidades materiales y a partir de un uso contextual de los recursos, repertorios y tecnologías terapéuticas de los agentes de salud (de diversos modelos de atención).

Este uso contextual de la variada oferta de terapeutas ha sido narrado en los capítulos anteriores: recordemos que las familias solían convocar a las parteras y doctores al mismo tiempo; en otros casos, priorizan la presencia de uno u otro de acuerdo a las necesidades de la emergencia que se presente. De esta forma, muchas de estas familias solían tener una partera cercana de la familia (o esta era incluso la madre), a la cual llamaban por teléfono o avisaban con anticipación el momento próximo del parto. Por otro lado, estas mismas mujeres, al mismo tiempo, no dejaban de tener un registro de sus embarazos en los centros de salud, un seguimiento como parte del programa Juntos, así como cierta cercanía y amistad con los especialistas de la posta. No obstante, si bien es cierto que varias de estas asistían a los controles, durante el momento de parto no evaluaban ir a las postas, sino más bien llamaban por teléfono a la obstetra o al médico serumista, indicando que ya estaban a punto de dar a luz. En el mejor de los casos estos terapeutas médicos conocían el domicilio de estas mujeres y llegaban a atenderlas o, en otros casos, esperaban a que los esposos, padres de las mujeres o hijos llegaran a buscarlos a la puerta de la posta para llevarlos hasta sus casas. Esta es una práctica habitual en esta zona de los andes norteños. Los serumistas de turno comentaban que ni en su gestión, ni en la anterior, se habían registrado atenciones en la posta de salud en la que trabajaban.

Por otro lado, en casos de emergencias las familias evaluaban el recurso inmediato del cual podían disponer, ya sea la atención de una partera o la llegada de una ambulancia hacia Huarmaca. Así, sea cual sea el caso, la decisión

familiar dependía de una evaluación del contexto, de los recursos disponibles y de las necesidades familiares específicas. Así también, los participantes están determinados por el momento, la hora y el contexto familiar en los que se desarrolla el parto.

Vale la aclaración que al referirnos a la atención de los partos en casa estamos presentando una estrategia de autoatención dinámica y funcional a las necesidades de las familias campesinas y no a la categorización estatal de “parto domiciliario”. Esta categoría estatal tiene como error importante asumir que los partos que se dan en las casas necesariamente involucran la presencia de una partera, una resistencia por parte de las familias a la intervención biomédica y/o la nula intervención del personal del centro de salud. Como nuestros casos han demostrado, tanto esta asociación entre las familias campesinas y un sistema médico tradicional discreto o desde un énfasis en la relación conflictiva con los centros de salud, oculta la compleja relación que se crea entre las familias y los terapeutas locales, de un lado, y los servidores médicos, del otro. De hecho, hemos podido constatar que las familias campesinas buscan que las atenciones durante el parto puedan darse de manera cómoda, lo cual implica tener buenas relaciones con los servidores médicos (tener una partera conocida a quien acudir, estar con sus madres durante el parto, que sus maridos las atiendan, etc.), así como no exponerse a situaciones de riesgo (priorizan no caminar por el terreno abrupto y resbaloso de esta zona durante el momento de parto). Este tipo de prioridades en la atención no descarta la presencia biomédica ni la rechaza; más bien, la incorpora como un recurso más dentro de sus posibilidades de atención.

Además, oculta la complejidad de las atenciones híbridas y eclécticas que se crean entre los terapeutas locales, los servidores médicos y sus recursos, repertorios y tecnologías. De esta forma, como parte de dicha hibridez y uso familiar pragmático, encontramos que puede darse el caso donde ambos terapeutas comparten y legitiman un recurso; en el que usen, validen o deseen las tecnologías que el otro terapeuta utiliza, o casos en los que reconozcan que los recursos que brindan son limitados.

Dentro de la atención de los partos en las casas por parte de los servidores médicos, encontramos que las exigencias institucionales tales como atender en una camilla, con las mujeres echadas y en centros de salud especializados se diluyen. En estos casos, el personal médico incorpora en su práctica la atención de las mujeres desde posiciones que sean cómodas para ellas. Práctica que se asume, más bien, por una evaluación pragmática de la situación: muchas veces las mujeres ya están instaladas con mantas debajo de ellas y una soga en la viga de la casa, y están con personajes familiares femeninos cercanos como madres o cuñadas y, en algunos casos, con la presencia de una partera. Así, los especialistas médicos y sus tecnologías biomédicas presentes en la atención se limitaban a sus conocimientos biomédicos y a un pequeño bolso de atención de la gestante, donde se lleva lo mínimo necesario, haciendo aún más precaria la oferta estatal biomédica en la zona.

No obstante, las tecnologías biomédicas eran bien recibidas. Por ejemplo, varias mujeres comentaron que preferían que sea el personal médico el que se encargue de cortar el cordón con un bisturí esterilizado, en lugar de una partera, quien lo solía hacer con un “carricito” o con una tijera desinfectada. En este caso, la esterilidad o limpieza de los elementos, valorada por el grupo doméstico, la ofrecían los especialistas médicos.

Por otro lado, en varios de los casos, cuando el personal de salud llegaba y las parteras estaban presentes, las atenciones se iban repartiendo a partir de la legitimidad de los conocimientos de cada especialista y del contexto. De tal forma, hubo casos donde las familias criticaron la limpieza en las técnicas de las parteras y priorizaron el apoyo biomédico en sus casas, y otros en los que la misma familia criticaba la brusca técnica de extracción de la placenta por parte del personal biomédico, prefiriendo la ayuda de una partera<sup>81</sup>. Así, la legitimidad del conocimiento biomédico suele tener cierta importancia en la medida en que las tecnologías que utiliza y los repertorios terapéuticos funcionen y, más bien, cuando estas demuestran sus limitaciones, la preferencia puede cambiar. De

---

<sup>81</sup> Revisar Capítulo 3: Caso Olimpia, segundo parto.

esta forma, la valorización de la práctica médica local o institucional es dinámica y flexible a los intereses del grupo doméstico.

Por otro lado, también había casos donde algunos repertorios locales eran legitimados por el personal médico, quienes afirmaban en las entrevistas que ellos suelen entregar la placenta a las señoras para que estas la entierren, porque *es acá*". De la misma forma, la partera comentaba que ella les recomienda a las señoras enterrar su placenta; no obstante, *"no solo lo hace ella, sino el personal de salud también lo recomienda"*. Así, la legitimidad de un repertorio local como enterrar la placenta no solo era legitimado por ambos terapeutas, sino que incluso la partera generaba legitimidad afirmando que en el centro de salud también lo recomiendan.

De esta forma, encontramos que esta práctica de atención familiar del parto no solo nos muestra la existencia de una presencia e intervención variadas de especialistas médicos y de repertorios sobre la salud, sino también una práctica donde los especialistas médicos se presentan como un recurso más y donde sus tecnologías biomédicas son apreciadas y utilizadas, al mismo tiempo que son consideradas un bien limitado.

Por ello, la atención familiar de los partos en casa es una manera activa y creativa en la que se da la adaptación de las familias campesinas en un entorno precario y con posibilidades estructurales escasas. Este hallazgo dista de cierta literatura sobre el parto en los andes, donde se argumenta la existencia de un ritual y una práctica tradicional con procesos bastante delimitados (Burgos, 1995), o de lecturas preservacionistas que plantean cómo las parteras están siendo menos valoradas (Valverde, 2007). Desde el caso trabajado, creemos que atender los partos en casa se presenta más como una estrategia campesina dinámica y de repertorios híbridos, y menos como una "tradición que busca perpetuar".

Nuestro caso, en cambio, nos invita a leer la agencia de las familias campesinas andinas norteñas en clave de la "intermedicalidad". Como podemos recordar, tanto Greene (1998) como Foller (2004), desde la etnografía

amazónica, proponen a la “intermedicalidad” como una categoría crítica a aquellas tendencias teóricas que asumen que con la llegada de la biomedicina se “pierden costumbres ancestrales”, cuestionando cierta mirada esencialista y ahistórica que no parece considerar que las relaciones coloniales han existido y se han tejido históricamente con el territorio amazónico. Además, proponen que la hibridez de los recursos, repertorios y tecnologías implica superposiciones, articulaciones y competencias, así como un activo dinamismo en su construcción.

De esta forma, la categoría de “intermedicalidad” nos sirve especialmente, ya que las atenciones familiares del parto no son una puesta en práctica de “tradiciones” campesinas ahistóricas y discretas; más bien, forman parte de una estrategia de autoatención activa y dinámica de las familias campesinas quienes articulan diversos recursos y repertorios disponibles en su práctica de atención. Así, atender el parto en casa tiene más que ver con la disposición familiar para hacerle frente a las amenazas a la vida de las mujeres desde un dinamismo en constante construcción, que con prácticas de atención delimitadas y estrictamente calculadas.

Sumado a esto, consideramos preciso leer la agencia familiar campesina que nuestro caso nos presenta en la misma lógica de Greene (1998) y Foller (2004) cuando hablan de “chamanización” o “indigenización” de los recursos, respectivamente. Donde Greene (1998) analiza la “chamanización” de las tecnologías biomédicas en la práctica chamánica, en la cual encuentra que incorporar estas tecnologías dotaban de mayor poder y prestigio los propios rituales chamánicos (Greene, 1998), o desde la forma en la que Foller (2004) analiza la “indigenización” de los recursos como un “nuevo conocimiento y práctica que sobrevive y sufre continuas transformaciones. Es un proyecto de negociación y renegociación, resistencia cultural e ilustración de la formación de una identidad indígena como estado dinámico y transitorio” (Foller, 2004, p. 117, traducción y énfasis propios). De esta forma, ambas entradas nos presentan sujetos dinámicos que valoran el conocimiento biomédico, al mismo tiempo que “resisten” al poder y la ideología de la biomedicina (Foller, 2004, p. 2017).



De la misma manera, nombramos como “*campesinización de los repertorios biomédicos*” aquella acción agente de apropiación que las familias “del campo” generan de manera activa con los limitados recursos biomédicos presentes en la atención de los partos en sus casas. De esta forma, los partos en casa responden a una estrategia de autoatención en la que el grupo familiar asume la responsabilidad real ante una complicación<sup>82</sup>; además, es quien genera un espacio más cómodo y menos riesgoso para las propias mujeres<sup>83</sup> y pone en marcha todos sus recursos haciendo un uso ingenioso de las limitadas posibilidades al alcance y de todos los repertorios disponibles<sup>84</sup>.

Por último, consideramos que esta estrategia de autoatención es una respuesta ante un contexto de precarias condiciones estructurales donde encontramos un Estado de recursos limitados y bastante más ausente de lo que aparenta. Así, estas familias no solo parecen tener presente estas limitaciones en la oferta del sistema de salud oficial; también se muestran escépticas ante el Estado, asegurando que muchas veces la capacidad de afrontar las crisis depende de ellas y de su trabajo como unidad doméstica. En ese sentido, la *campesinización de los recursos biomédicos* es una manifestación agencial de la conciencia familiar campesina de la situación política interétnica/inter clase e intermédica en la que se encuentran.

### **5.2.2. Generación de lazos de familiaridad**

Esta estrategia de autoatención da cuenta de las dinámicas de relacionamiento que las familias campesinas generan con los especialistas de salud, sean estos personal biomédico o terapeutas locales.

---

<sup>82</sup> Ante una complicación es sabido que la única solución del personal del centro de salud es llamar a una ambulancia, por lo que, mientras esta llega, es la familia la que nunca deja de evaluar otras posibilidades de atención que respondan a las necesidades pragmáticas del momento. Así, en todos los casos trabajados, los problemas de retención de placenta han sido resueltos en tiempo y método mucho más rápido por parteras que por personal de salud (la ambulancia llegaba cuando la partera ya había sacado la placenta).

<sup>83</sup> Es decir, no tiene que caminar el terreno abrupto y resbaloso de esta zona, sus parientes están cerca y dispuestos a ayudar, pueden llamar a otro terapeuta o este está desde antes de que el personal médico, etcétera.

<sup>84</sup> Más que una preferencia por uno u otro terapeuta, es una decisión reflexiva y contextual.

Por un lado, encontramos que la relación con los terapeutas locales, específicamente parteras, no involucran necesariamente una transacción monetaria: el pago por la atención suele darse a cambio de una gallina o tener un favor como pendiente. De hecho, las parteras de estas mujeres suelen ser madres o familiares lejanos que, además, terminan siendo consideradas “comadres” luego de ayudar durante el parto. Sin embargo, las situaciones críticas en la salud materna sí exigen un desembolso monetario hacia los terapeutas locales, ya que los preparados de hierbas tienen un costo o, en caso de necesitar un procedimiento con más potencia durante las recaídas, la atención de los brujos suele tener un precio considerable. No obstante, son los recursos y tecnologías sofisticadas (preparados, procedimientos) las que tienen un costo, mientras que las lógicas de relacionamiento y la generación de lazo son otro tipo de recurso, el cual se sigue manteniendo bajo lógicas no monetarias y los costos son, sobre todo, sociales.

Por otro lado, vemos que nuestros casos nos muestran mujeres que activamente están creando relaciones con el personal de salud de manera dinámica: Olimpia comentaba que cuando iba a tener su segundo hijo le llevaba “*huevitos criollos*” a una de las enfermeras, quien era “*bien congeniada*” con ella, tenía un trato amable y le daba consejos para el momento del parto. Por otro lado, Alva decía que su hija mayor “*acompañaba*” a la obstetra las noches en que ella se quedaba sin ningún otro personal, para que no esté “*solita*”. A cambio, la relación entre ellas era bastante estrecha y de mayor confianza. Al igual que ellas, varias de las otras mujeres tenían “gestos” con el personal de salud, lo cual se traducía en la posibilidad de mejores tratos y servicios. Sumado a ello, algunas tenían ciertas preferencias por el doctor, ya que este había sido “bueno” con ellas, mientras que otras se quejaban de su trato. Aunque algunas se sentían más cómodas con él o con la obstetra, el punto en común era que ambos iban a rotar, lo que significaba volver a generar vinculaciones cada año.

Así, en este contexto rural y pobre donde el dinero es un bien limitado, generar este tipo de redes y vinculaciones forma parte de una economía no monetaria y/o moral, desde la cual se negocian atenciones más personalizadas que están en clave del don y la reciprocidad. Esta generación de lazos de

familiaridad con otros actores más allá de sus familias, se nos presenta como otra de las estrategias familiares de autoatención en las que el personal biomédico entra en las lógicas locales, esta vez a partir de las relaciones de intimidad<sup>85</sup> y familiaridad, recibiendo regalos, pidiendo favores y con prácticas de cercanía y amistad.

Como podemos constatar, estas estrategias de vinculación van más allá de la relación “médico-paciente” y, más bien, entran dentro de un conjunto de normas morales, relacionadas a la creación de lazos de intimidad, propuestos y lideradas por estas mujeres. En ese sentido, esta estrategia no solo nos muestra a mujeres actuando como relacionistas públicas de sus hogares, sino también, a mujeres generando posibilidades reales de mejores servicios estatales.

Así, este vínculo de mayor intimidad, cotidiano y sutil que se genera entre estos sujetos (mujeres-personal de salud), también está implicando la relación entre organizaciones más grandes; es decir, entre las familias y las instituciones de salud estatales. Vemos entonces que estos tratos tienen más que ver con la generación de lazos de familiaridad a través de repertorios híbridos entre lo público y lo “íntimo”, que con lógicas de relacionamiento institucional que ven a las mujeres campesinas — y a sus familias— meramente como “usuarias”. De hecho, como argumentamos en el estado de la cuestión<sup>86</sup>, esta posición de usuarias desde las que son leídas por las instituciones oficiales las posiciona con una agencia y campo de acción limitados. En ese sentido, esta estrategia de *generación de lazos de familiaridad*, también da luces sobre una práctica médica que en sus consideraciones de “calidad de atención”, tome en cuenta este tipo de dinámicas locales y familiares de relacionamiento.

En resumidas cuentas, la *generación de lazos de familiaridad* se presenta como una estrategia de autoatención eficaz con la cual las mujeres campesinas

---

<sup>85</sup> Viviana Zelizer (2009) en *La negociación de la intimidad*, en el que desarrolla ideas interesantes sobre los límites y posibilidad de la intimidad. En esa línea, sugiere que las relaciones de intimidad también pueden implicar transacciones económicas y viceversa.

<sup>86</sup> En el estado de la cuestión se cuestionó la posición de “usuarias”. Uno de los textos significativos en este debate es *Tendiendo puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de salud* de Jeanine Anderson (2001).

se vinculan cotidianamente con el personal de salud asegurando un buen trato, consideración y apoyo. Estas relaciones en la práctica —y potencialmente — tiene repercusiones económicas y políticas que influyen directamente en sus vidas y en la de sus familias ya que pueden mejorar considerablemente su experiencia con los servicios de salud estatal.

### **5.2.3. Limitantes de las estrategias de autoatención**

Las estrategias de autoatención generadas por las familias campesinas entran en tensión y negociación práctica e ideológica con agentes de poder biomédico, sus representantes y sus representaciones. Así, encontramos que la principal limitante es la hegemonía de la acción que los discursos sanitarios tienen para crear realidad.

Una de las principales disputas es cómo y quién — finalmente — salva la vida de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto o, en términos biomédicos, evita la “muerte materna”. Desde el discurso del sistema de salud estatal se explica que es el “parto institucional” el cual ha reducido esta problemática. Esta categoría es definida por la Encuesta Nacional Demográfica de Salud Familiar como

“aquel parto atendido en un establecimiento de salud (público o privado) por personal de salud calificado (médico, obstetras y/o enfermera), en el cual se estima hay menos riesgo, tanto para la madre como para la/ el recién nacida/o en comparación con un parto domiciliario” (ENDES, 2021, p.165).

Así, desde la ideología biomédica hegemónica, se asume al parto institucional como una forma eficaz para combatir la “muerte materna”, al mismo tiempo que crea una dicotomía que cuestiona y condena con los llamados “partos domiciliarios”. Desde este discurso se sustenta la exigencia de metas y presupuesto destinados a su implementación. Como podemos constatar en las páginas estatales del Ministerio de Salud o la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de los últimos años, se celebra el aumento del

alcance de los “partos institucionales” en áreas rurales andinas que, desde el 2014 hasta estos últimos años, han llegado al 90% de cobertura.

No obstante, como nuestro estudio de caso nos revela, nos encontramos en un territorio rural y andino donde el personal médico se acopla a las prácticas locales que exigen una atención de los partos en las casas. Existe entonces un acuerdo implícito entre la población y el especialista médico: este llega hasta las casas, atiende ahí y sólo su presencia basta para marcar en el registro “parto institucional”, independientemente de que se haya realizado en una casa. Pude corroborar dicha información durante las revisiones de los registros del centro de salud de las mujeres que yo conocía, las cuales salían registradas como parto ‘institucional’, mientras que en sus narrativas de parto el personal médico se demoró en llegar y ellas cumplieron los primeros procedimientos sin su ayuda. Esta práctica del personal médico es justificada por los mismos como una manera de ofrecer una atención más allá de sus obligaciones. De hecho, en una de las conversaciones con el médico serumista de turno, este se quejaba conmigo de que las personas en la zona estaban “mal acostumbradas”, que estas “deberían ir a la posta y no al revés”, y que “acudir a sus casas no era parte del trabajo por el que le pagaban”, que lo que él hacía era un “esfuerzo extra”. Así, vemos una gran tensión y negociación entre las exigencias del sistema de salud estatal y la dinámica local de atención en la que el personal médico se encuentra. No obstante, las negociaciones significan acuerdos que no siempre ponen la balanza a favor de las poblaciones campesinas.

Primero, se genera un registro institucional. Este se da durante la intervención y puede parecer irrelevante en comparación de la inminente importancia de salvaguardar la vida de las mujeres. No obstante, a la larga implica una sobrerrepresentación de un fenómeno que no se está dando y para el cual no existe infraestructura, equipamiento y personal de salud. Las implicancias políticas y económicas de esta sobrerrepresentación se traducen en recursos que no llegan y que ni siquiera parecen representarse como necesarios. De hecho, como venimos argumentando, son más bien estas familias campesinas las que a la hora de la hora asumen los costos de las grandes limitaciones que tiene el sistema de salud estatal, e incluso los propios

especialistas médicos. Así, esta práctica no solo oculta la oferta precaria que se ofrece, sino que también invisibiliza que quienes finalmente asumen los saldos son las familias campesinas.

Por otro lado, la dicotomía entre “parto institucional” y “parto domiciliario” creada desde la narrativa sanitaria, pone toda su fe en el primero y sataniza al segundo, creando dos tendencias discretas desde las que finalmente se rechaza no sólo el “parto domiciliario”, sino a las y los sujetos que terminan siendo adscritos dentro de esta estrecha categoría creada por el propio sistema de salud. Por ello, sobre el llamado “parto domiciliario” consideramos que no es una categoría analítica ni descriptiva, sino una abstracción del mismo sistema médico con implicancias políticas desfavorables para las familias campesinas.

Cabe resaltar que tampoco se trata de centrarnos en categorías que resaltan el factor “tradicional” o “intercultural” como se suele plantear desde las propuestas críticas al parto medicalizado. De hecho, desde las luces que da nuestro estudio de caso, consideramos que no se trata sólo de incorporar y aislar prácticas como el llamado “parto vertical” o la intervención de especialistas “tradicionales” sin que esto vaya acompañado de una voluntad política real por cambiar las condiciones estructurales que hacen que, justamente, las vidas de estas mujeres corren peligro durante el parto. Consideramos que es importante no aislar y romantizar las soluciones, ya que hacer uso de recursos y terapeutas locales puede posibilitar la continuación de una explotación de los recursos campesinos que reducen costos en la atención sin un verdadero interés por un cambio en la estructura de la oferta de la salud pública y que no haría más que seguir reproduciendo las asimetrías en la salud en los países del sur global (Greene, 1998). De hecho, este autor denuncia cómo en el ‘Tercer Mundo’, los recursos biomédicos son relativamente escasos y de mala calidad (debido a las relaciones económicas); sin embargo, la influencia y el interés político biomédico y científico internacional no lo son. De esta forma, la incorporación de políticas de desarrollo con énfasis en lo “tradicional” o “intercultural”, puede terminar convirtiéndose en una manera de eludir el problema en lugar de proporcionar recursos biomédicos más amplios que surgen de las limitaciones económicas, mientras se continúa con dicho “desarrollo” (Greene, 1998).

Encontramos entonces cómo existe un discurso sanitario con la hegemonía de la acción que tiene implicancias económicas y políticas que sobrepasan las posibilidades de las familias campesinas y, más bien, influyen en su vida personal y familiar. Sobre esta dinámica Briggs (2005) propone la categoría de *biocomunicabilidad* la cual refiere a

“[...] un modelo ideológico sobre cómo es que se da la comunicación en el campo de la salud. Es una ideología que concibe la circulación de conocimiento médico de manera lineal que oculta los intereses políticos y económicos detrás de las políticas de salud. [...] La biocomunicabilidad crea poblaciones e individuos bajo la dicotomía de sujetos insalubres y ciudadanos salubres; transformando las desigualdades sociales globales en malas elecciones individuales. [Esta categoría] justifica jerarquías, organiza socialmente a la población y configura subjetividades de acuerdo con discursos morales sanitarios, generando y justificando relaciones de poder y desigualdades. La medicina y la salud pública dependen de la biocomunicabilidad para impulsar sus proyectos hegemónicos” (Briggs, 2005 en Portocarrero, 2020, p.105)

De esta forma, cuando señalamos los discursos legitimados por el sistema de salud y denunciemos la influencia económica y político que afecta a los que pretende ayudar, estamos hablando de biocomunicabilidad. Sin embargo, los discursos que se legitiman desde el poder biomédico no necesariamente se anclan en las explicaciones de conocimiento biomédico. Si bien es cierto esta biocomunicabilidad basa sus políticas en la afirmación de que el “parto institucional” es la mejor estrategia contra la muerte materna. Sin embargo, a la luz de nuestro estudio de caso, cómo es posible que en estas atenciones donde este “parto institucional” es poco más que una mera formalidad del papel y no la panacea del discurso sanitario hegemónico, las mujeres no se mueran. Sobre ello, el personal de salud de nuestro estudio —en lugar de reconocer la importancia de la organización familiar campesina— apelaba a discursos sobre la fe y explicaciones religiosas:

*Notas de campo:*

—“*En Huarmaca existe Dios*”, me dijo con convicción una obstetra del centro de salud de Huarmaca, tras explicarme el colapso de la red de

salud del distrito: contaba tan solo sólo con 21 postas tipo I-1/I-2 para abarcar más de 200 caseríos. Luego continuó contándome cómo en el centro de salud de Huarmaca —y en toda la red—, a pesar de que no se daban abasto en la atención de las gestantes, tenían un porcentaje mínimo de muertes maternas al año. Por otro lado, en una conversación con el médico serumista de la posta del caserío donde realicé mis casos, comentaba: *“En la ciudad es más fácil. Cojes un carro, un taxi y llegas en treinta minutos. Pero, ¿acá qué hacemos? Si de aquí a Huarmaca es una hora. Una hora para que venga la ambulancia y otra hora para ir, dos horas. Y si necesitas referir a Piura son seis horas. ¿Cómo haces? Rezas, para que no te mueras. Como dicen, si crees en Dios, ponte a rezar. Porque acá la geografía es diferente a la ciudad y tienes ir rezando a diosito para que no se complique”*. Luego continuó hablando sobre las complicaciones en el parto: *“Que puedes hacer a Hacer lo que puedas con lo que tengas y rogarle a Dios que no pase nada...”*, pero que igual *“acá son resistentes”*. Comentaba: *“Si tu traes a una señora de la ciudad y la haces dar a luz acá, el bebito se enferma. En cambio, acá no pasa eso, los bebés son resistentes... Por ejemplo, en un parto (en la ciudad) todo es estéril, la camilla, todo. Tiene un régimen de higiene para evitar infecciones... Acá sin todos esos cuidados no les da nada”*.

Además de este tipo de comentarios, también era común que los servidores médicos hicieran énfasis en el esfuerzo que estos hacían para llegar hasta las casas en contextos geográficos y climáticos bastante difíciles: *“...no es tu obligación, es tu conciencia, tu buena fe.... no es tu obligación, pero igual sabes que tienes que darle... Son labores que uno hace, gratuitamente”*, explicaba uno de los serumistas. De hecho, tanto el médico, la obstetra y la enfermera tenían una clara queja sobre la precaria situación en la que ellos se encontraban como serumistas. El personal técnico, por otro lado, comentaba que sus experiencias en otros caseríos eran aún más precarias”.

Así, parecía existir tres consensos importantes por parte del personal de la posta: 1) Existen claras limitaciones del sistema médico estatal al que están adscritos, 2) el trabajo que ellos realizan sobrepasaba las posibilidades y



recursos de la posta, y 3) existe una tendencia a apelar a explicaciones de corte religioso como respaldo de las deficiencias de la infraestructura estatal.

Por un lado, el personal médico procura deslindar sus acciones basándose en las condiciones precarias de la posta. De esta forma, desde sus narrativas tenían una “justificación”<sup>87</sup> coherente sobre las limitadas posibilidades de acción que ellos tenían para resolver las complicaciones que aparecían en los partos. Esto en la práctica se traducía en que, ante cualquier dificultad durante los partos, llamaban a una ambulancia para que venga desde el centro de salud I-4 más cercano, el de Huarmaca. El derivar el caso cuando evaluaban que no estaba dentro de sus facultades atenderlo, era leído por las familias como una forma de no involucrarse con un proceso de urgencia y riesgo de la vida de las parturientas. Y no era para menos, la salida que el sistema de salud estatal ofrece en casos de emergencia y mayor vulnerabilidad de la vida a estas mujeres es “llamar a una ambulancia” para derivar el caso, hecho que, para muchas familias, dadas las circunstancias de riesgo, puede ser sinónimo de sentencia de muerte.

El otro consenso discursivo del personal médico era el aludir a metáforas religiosas para explicar fenómenos sobre cómo la población campesina — a pesar de un contexto que reconocían como adverso y precario— eran “fuertes”, al mismo tiempo que argumentaban que dicha realidad parecía necesitar una “fuerza” mayor para que estos partos salgan bien. “Fuerza” o poder que definitivamente no estaba a cargo del Estado. Dichas circunstancias de no-legibilidad parecían sobrepasar sus repertorios explicativos científico-biomédicos y, más bien, buscaban una comprensión a partir de repertorios morales/religiosos, bastante más flexibles ante lo inesperado e inexplicable. Esta dinámica nos revela cómo los repertorios explicativos ejercidos desde el discurso médico oficial, si no es la ciencia (ellos), es Dios; es decir, siempre se amparan en discursos y posiciones de poder sobre el control de los cuerpos, lectura que resta agencia a las familias campesinas.

---

<sup>87</sup> Las comillas son mías.

Esta ideología sanitaria o *biocomunicabilidad* es desagenciante ya que invisibiliza que las familias cargan con un gran peso del cuidado y la atención: son las unidades familiares las que se organizan intrafamiliar y extrafamiliarmente para procurar una atención a la crisis, las que hacen desembolso económico significativo de su caja familiar y aquellos que brindan un soporte emocional y afectivo más que cualquier otro actor durante todo el tiempo que dura el proceso de embarazo, parto y posparto.

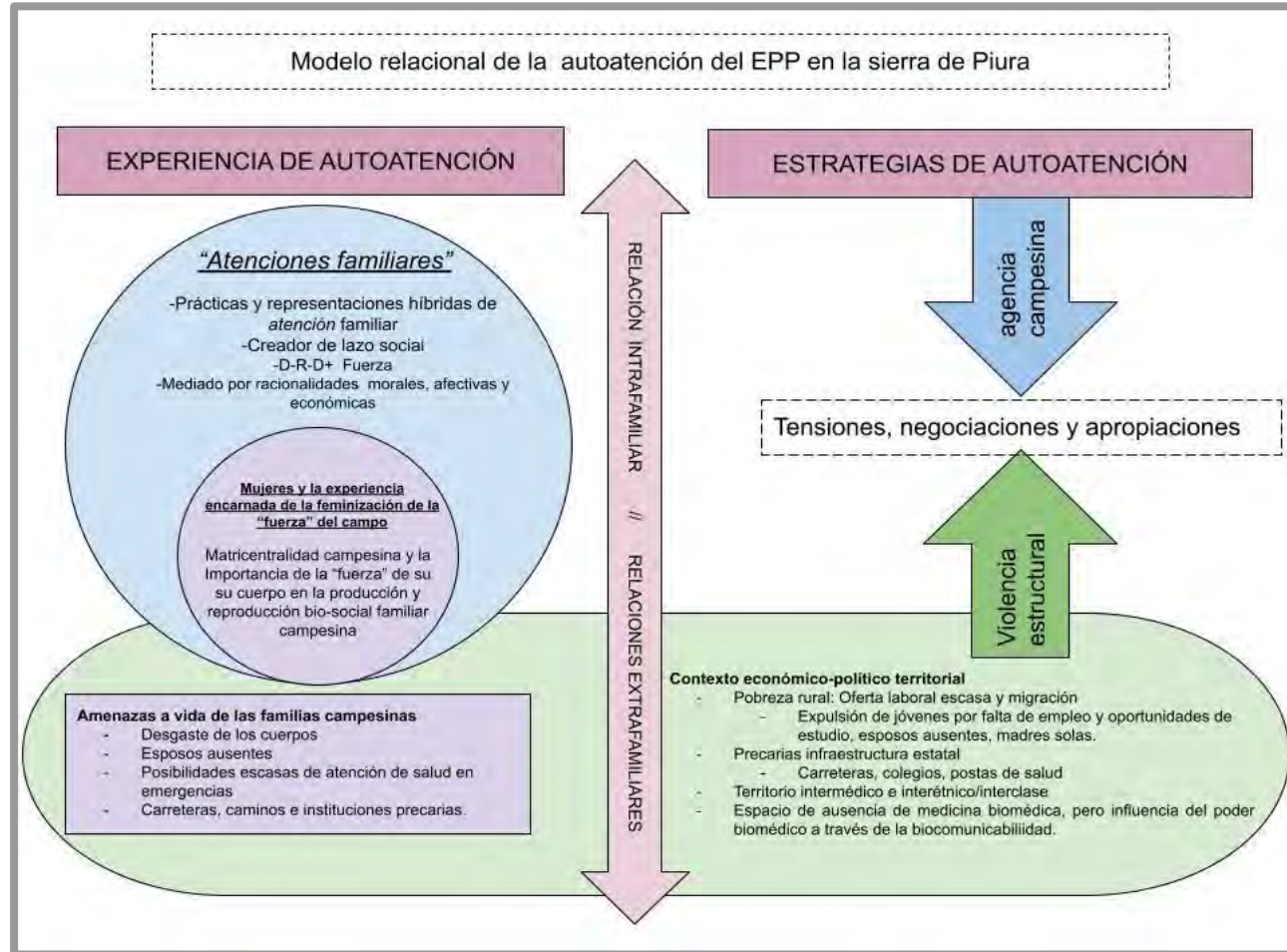
De hecho, este ejercicio desagenciante “exculpa a los grupos poderosos que restringen las oportunidades, que fomentan la discriminación y que establecen el marco político que impacta sobre la vida personal y familiar de los pobres” (Anderson, 2006, p.11), donde las familias campesinas terminan siendo culpabilizadas por poner en riesgo su economía familiar, sólo por procurar salvar a toda costa salvar la vida de las mujeres, fundamentales en la producción de vida campesina en esta zona.

### **5.3. Síntesis del capítulo**

En este capítulo argumentamos que las experiencias corporales, afectivas e íntimas están indeliblemente unidas con las estrategias de atención campesinas que se activan ante circunstancias críticas durante los EPP en un contexto de limitaciones estructurales y abandono estatal. Por lo mismo, este capítulo nos presenta a detalle las experiencias corporales, morales y afectivas con implicancias emocionales, políticas y económicas en las estrategias familiares de atención campesina.

En esa línea, a modo de síntesis, presentamos un “modelo relacional de autoatención de la sierra de Piura” (gráfico 10), desde el cual podemos visualizar (grosso modo) cómo no es posible entender las dimensiones estructurales campesinas si obviamos lo cotidiano, los aspectos íntimos y personales, así como el impacto de las valoraciones y afectividades tanto en las estrategias, como en las experiencias de autoatención.

Gráfico 12 Autoatención y Modelo relacional del embarazo, parto y posparto en la Sierra de Piura



Fuente: elaboración propia

## CONCLUSIONES

Esta tesis está situada en un territorio poco presente en los estudios andinos: la sierra de Piura. Resaltante por sus diferencias geográficas, étnicas e históricas con los andes centro y sur, su particularidad nos permite acentuar los límites de las tendencias esencialistas y ahistóricas producidas desde la “medicina tradicional andina” o las aproximaciones reduccionistas de la experiencia de la salud planteada desde los enfoques que se centran en su condición de “usuarias” del sistema médico estatal.

Desde ahí, hemos analizado las particularidades de las familias campesinas de la sierra piurana a través de uno de los eventos fundamentales para su existencia: el embarazo, parto y posparto. A partir de ello, emprendimos un importante recorrido etnográfico para conocer las particularidades de la autoatención campesina del embarazo, parto y posparto en la sierra de Piura, así como sus implicancias económico-políticas y territoriales.

Este recorrido etnográfico nos situó en un territorio principalmente campesino y feminizado: como detallamos en el capítulo 2, se vive principalmente de la agricultura de subsistencia, con trabajos remunerados esporádicos y una gran movilidad de sus miembros, principalmente jóvenes y adultos varones. Esta característica genera así que las mujeres de la comunidad sean las encargadas de asumir las responsabilidades emocionales (son ellas las encargadas de la crianza, de las atenciones cotidianas, de la gestión de las emociones y preocupaciones del grupo doméstico y un largo etc.), políticas (toman decisiones importantes para la producción de personas del campo, así también son las representantes de sus unidades domésticas en la comunidad) y económicas (trabajan la tierra, asumen labores remuneradas esporádicas, organizan y gestionan los recursos) de sus unidades domésticas. Al mismo tiempo, este contexto nos muestra cómo las más jóvenes, luego de quedar embarazadas, regresan a su caserío de origen en búsqueda de sus madres y en búsqueda de la consolidación de sus nuevas familias, de tierra y de seguridad.

Además, nos encontramos con un territorio andino con una oferta de salud plural, con fronteras más allá de lo estrictamente biomédico: el uso de nociones religiosas católicas y evangélicas, una activa experimentación y apropiación campesina de las tecnologías biomédicas y una gran influencia de un ecléctico circuito curanderil norteño. Encontramos que las familias campesinas configuran sus nociones de salud a partir de valoraciones, experiencias y expectativas, dónde dimensiones religiosas, étnicas, económicas, políticas, técnicas y científicas se interceptan, hibridan y negocian (Greene, 1999; Crandon, 1998; Menéndez, 2003). Es considerando la práctica de las familias campesinas de la sierra de Piura que comprendemos que estas construyen sus diagnósticos, terapéuticos e itinerarios de forma dinámica en todas las circunstancias “amenazantes” que pongan en peligro la salud de sus miembros.

Así, la “salud” es experimentada por estas familias campesinas desde la pluralidad y dinamismo de sus sistemas de conocimiento. Son estas mismas nociones sobre la salud campesina de la sierra de Piura las que permean sus procesos relacionados con el cuerpo, con la producción de vidas, con la fuerza y con sus formas de sociabilidad durante “la autoatención de sus procesos de embarazo, parto y posparto”.

Partir de este fenómeno para conocer un territorio campesino y a su gente es una tarea arriesgada. Sin embargo, partir de la categoría de autoatención (Menéndez 1993; 2004; 2018) nos permitió flexibilidad analítica y metodológica por su tendencia descriptiva, por el énfasis que otorga a las familias y por su interés en conocer las relaciones particulares e íntimas, con factores estructurales.

No obstante, hemos profundizado las dimensiones de esta categoría a partir de nuestros hallazgos: planteamos que es necesario aproximarnos a la autoatención a partir de la localización de la experiencia encarnada de las mujeres campesinas y sus familias, la cual implica la comprensión de sus experiencias corporales y la importancia de la “fuerza” (entendida tanto en una dimensión física, como emocional y moral). Es a partir de ello que se establecen

los límites y las decisiones de lo que merece ser atendido y lo que no, así como el cómo atender y el por qué hacerlo.

Asimismo, encontramos que es necesario entender los modos de afrontamiento familiar ante situaciones amenazantes de la vida de las mujeres durante este proceso. Por ello, encontramos la importancia de analizar las estrategias de autoatención como la conciencia campesina de su condición étnica/de clase como “persona del campo”, al mismo tiempo que comprendemos cómo ese posicionamiento y reconocimiento de y en su mundo social genera “estrategias de autoatención”, las cuales implican la campesinización de los recursos biomédicos, así como la creación de lazos de familiaridad, proximidad e intimidad con los diversos terapeutas locales y biomédicos.

Es desde esta perspectiva que analiza las experiencias y las estrategias que localizamos la autoatención del embarazo, parto y posparto en la sierra de Piura. Esta entrada discute con algunas aproximaciones que consideran la autoatención como estructural o discreta, limitada únicamente a las atenciones campesinas primarias; es decir, las que consideran la acción previa a acudir a un terapeuta o una institución de salud estatal. Sobre ello, tal y como afirma Menéndez (2018), consideramos que “la tendencia a reducir la autoatención a estructura y no verla como proceso, limita o impide comprender el papel decisivo de la autoatención en la reproducción biosocial de los microgrupos y en el desarrollo de posibilidades contrahegemónicas” (2018, p.108). En otras palabras, este entendimiento de la autoatención es limitado y un problema metodológico desagenciante, ya que no considera el esfuerzo campesino para hacer uso, apropiación e invención durante todo el itinerario de atención del EPP.

En ese sentido, la autoatención desde nuestros hallazgos se construye a partir de las valoraciones, usos y apropiaciones de los repertorios al alcance de las familias campesinas (sean estos biomédicos, curanderiles, religiosos y/o la mezcla de uno u otro). Incluso en los momentos de mayor intervención de los representantes de estos repertorios, las familias continúan negociando la atención desde sus propias lógicas. Así, la atención desde una perspectiva campesina no se reduce a quién tiene las mejores terapéuticas y tecnologías de

salud (ya que mientras estas les hagan sentido las van a requerir e incorporar en sus itinerarios de atención y en sus explicaciones), sino también implica un sofisticado uso de conocimientos relacionales y lógicas de intimidad/familiaridad en la atención. Dimensión que la terapéutica local, y la biomédica especialmente, carece.

Entonces, partiendo de nuestros hallazgos y aproximaciones metodológicas, reflexionamos sobre los aportes de nuestra investigación en diálogo con 1) los debates en la antropología de zonas andinas y campesinas, 2) con la lucha de salud pública contra “muerte materna”, y 3) con el método para medir la “salud materna”.

### 6.1. Sobre la importancia de las experiencias íntimas en el estudio de sociedades campesinas

Retomando las imágenes que las mismas mujeres utilizaban para describir qué sucedía con sus cuerpos después del parto, tales como “*perder fuerza*”, “*romperse*”, “*despegarse los huesos*”, “*desarmarse*”, parece ser que antes de retomar su cotidianeidad es necesario “*recomponer*” “*arreglar*”, “*pegar*” y “*armar*” nuevamente sus cuerpos. Si esta recuperación de la fuerza no se da, es posible que surja una “*recaída*”, mal que da tras el parto a las mujeres que no son atendidas, la cual puede incluso amenazar la vida de las mujeres. Sobre esto, encontramos que las nociones de salud/enfermedad en la sierra de Piura relacionan la falta de fuerza con lo “*enfermo*” y su recuperación con la “*salud*”.

Así también, encontramos que aquel elemento que procura la recuperación de los cuerpos son las atenciones familiares, que tiene de base nociones locales sobre el cuerpo campesino ligadas al intercambio de fuerza y la creación de relaciones y parentesco: Las mujeres atienden cotidianamente a sus familias, es decir, **dan** su fuerza, mientras que en momentos como el parto, donde la fuerza se “*pierde*” y las mujeres deben descansar, el desequilibrio de fuerzas es suplido a través de **recibir** atenciones familiares. Dichas atenciones significan una reorganización de la fuerza familiar, donde la fuerza que la familia ofrece parece

traducirse en la fuerza que las mujeres necesitan para “recomponer”, “pegar” y “arreglar” y “armar” sus cuerpos. Sólo así, nuevamente, podrán **dar** la fuerza que cotidianamente ofrecen (e incluso **dar más**, si le sumamos la llegada del nuevo integrante).

Las atenciones, manifestadas como ofrecer tiempo, afecto, compañía, preparación de alimentos, son brindadas en un contexto campesino exigente. Y, por lo mismo, son altamente valoradas. Así, encontramos que las atenciones familiares configuran, activan, afianzan, crean y mantienen relaciones familiares. Por lo mismo, la fuerza no sólo es entendida como aquello que permite ejecutar los trabajos exigentes de la vida en el campo, sino también como fuerza mental, emocional y moral.

Encontramos que las atenciones familiares campesinas en la sierra de Piura tienen de base nociones sobre un cuerpo campesino irreductible, moldeado por el territorio, por el trabajo y por la escasez de recursos e infraestructura, que alude a la construcción de relacionamiento y filiación a través de la alimentos, convivencia e intercambio de fluidos (Carsten, 2000), y que tiene como sustancia del parentesco la “fuerza”. En suma, las atenciones incorporan, encarnan y constituyen conocimiento y práctica sobre la producción de cuerpos, de relaciones, de parientes, de personas del campo y de vida campesina.

Estas atenciones familiares recaen cotidianamente sobre el cuerpo de las mujeres que sólo descansan y son “atendidas” durante el periodo de posparto. En lo cotidiano son las mujeres las que cargan con el peso de las responsabilidades familiares relacionadas la crianza de hijos, la crianza de animales, planeamiento y gestión del hogar, mantener vinculación y relación con familiares, relaciones públicas con instituciones estatales, participación en eventos escolares y jornadas comunales, trabajo en actividades agrícolas, trabajos remunerados esporádicos y un largo etcétera. Estas actividades permean la división entre lo íntimo y lo público (Zelizer, 2009) e implican dimensiones de la vida que interceptan lo económico, lo político, lo moral y lo afectivo.



En suma, es a partir de aproximarnos a las particularidades de la autoatención del embarazo, parto y posparto en la sierra de Piura, que podemos comprender cómo las nociones locales sobre el cuerpo y la fuerza en la sierra de Piura nos permiten cuestionar la idea de “racionalidad campesina”, que entiende que estas familias y mujeres sólo están cumpliendo obligaciones a corto plazo empujados por el contexto y sus limitaciones. Así también, nos permite cuestionar la entrada metodológica de los estudios del campesinado y de las mujeres rurales, los cuales reducen la experiencia de vida campesina y de las mujeres a aspectos económicos y públicos. Este hecho reduce por completo la experiencia y la agencia de quienes —principalmente— encarnan la difícil tarea de sostener con sus cuerpos un campesinado en transformación.

Tal y como nos muestra este estudio, si bien se parte de un contexto difícil, las acciones de las mujeres y sus familias están dotadas de intencionalidad y están influenciadas por sus experiencias, sus emociones, sus valoraciones y las reflexiones sobre su vida, sus familias y su mundo social en conjunto. Las evaluaciones campesinas interceptan necesariamente lo económico, político y lo emocional. Por ello, es el estudio de las atenciones, lo cotidiano y lo íntimo, en suma, lo relegado y menospreciado como “doméstico”, lo que nos permite complejizar las lecturas sobre el campesinado en transformación:

Nuestro caso ejemplifica cómo las familias del campo, y especialmente las mujeres, no reducen sus vidas a producir bienes y servicios para el mercado (Anderson, 2011), sino también cuerpos, personas, relaciones y vida campesina a través de las atenciones. A la luz de estas reflexiones y, tal y como una cita de Jeanine Anderson resume magistral y categóricamente,

“(…)producir personas, sociedad y cultura (y los bienes y servicios necesarios para eso), es producir en un sentido tanto o más fuerte que producir bienes y servicios para el mercado. La pelea es con las posiciones teóricas e ideológicas que hacen una oposición entre «producción» y «reproducción» y que nos han llevado a la esquizofrenia actual de desconocer la importancia de la economía del cuidado y la organización social que la sostiene” (Anderson, 2011, p.50).

Desde este estudio evidenciamos la importancia de entender la dimensión doméstica dentro de la ecuación de los estudios de la economía rural y el campesinado ya que, 1) Entendemos que desde los estudios sobre el campesinado no se ha priorizado entender la importancia de las mujeres en la economía campesina, más allá de verlas como productoras de la tierra, propietarias y discursos de acceso igualitario (Deere, 2000), siempre leídas en función de lo público y su acceso a las actividades masculinas. 2) La feminización del campo no sólo significa que estas mujeres son las que se encargan de la producción de la tierra, mientras que los hombres se enfocan en otros tipos de trabajos remunerados dentro y fuera de la comunidad (como base de la pluriactividad rural contemporánea). Significa también que esa misma feminización configura cuerpos femeninos desgastados, con poca “fuerza”: cuerpos más propensos a enfermar o decaer más rápido luego de un embarazo. Por último, 3) Son las mujeres las que están sosteniendo las transformaciones rurales. Por lo mismo, es urgente replantear los métodos y enfoques que privilegian lo público y rechazan lo doméstico, creando una dicotomía injusta con las vidas de las familias campesinas y los fenómenos sociales que atraviesan.

## **6.2. ¿Quién salva a quien de una muerte materna?**

La muerte materna ha sido una de las preocupaciones principales de las políticas públicas estatales de salud materna los últimos 30 años (Del Carpio, 2013), cuya reducción ha sido promovida y financiada por organismos internacionales<sup>88</sup>. Con este contexto de fondo, las cifras de muerte materna se redujeron considerablemente<sup>89</sup>. Desde el Estado y la salud pública se estima que el incremento de los “partos institucionales” ha sido el gran responsable de estas cifras.

Como explicamos en el capítulo anterior, el sistema de salud pública asume que “con este tipo de parto (“institucional”) existe mayor seguridad o menor riesgo de salud tanto para la madre como para el recién nacido, puesto que, el parto sucede en un establecimiento de salud y es atendido por personal de salud calificado: médico, obstetra o enfermera” (ENDES, 2020b). Sin embargo, esta

---

<sup>88</sup> Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, USAID, entre otros.

<sup>89</sup> La cifra aumentó con la llegada de LA COVID el año 2020 (MINSa 2021)

descripción dista de la realidad que observamos y analizamos. Primero, desde las mismas restricciones estatales, el único centro de salud que estaría autorizado para atender a las mujeres durante un EPP es el que se encuentra en Huarmaca (zona urbana). Mientras tanto, los puestos de salud presentes en los caseríos como el de Succhirca, no tienen ni equipos, ni personal calificado, ni autorización para atender a las parturientas en sus postas. No obstante, sí tienen metas que cumplir respecto al “parto institucional”, el cual parece generar un sobre-registro. No sorprende entonces que las altas cifras<sup>90</sup> de incorporación del parto institucional estén sobredimensionadas.

Este contexto de escaso personal, infraestructura limitada, rotación de serumistas, equipamiento obsoleto, precaria cobertura de salud en un territorio difícil y la presencia de normas descontextualizadas, nos presenta limitaciones importantes para la atención materna. Por ello, es gracias a las estrategias de autoatención campesina que se logra mejorar la experiencia de la precaria oferta estatal brindada, donde las familias campesinas no sólo maximizan y amplían los usos formales de las instituciones estatales, sino también hacen uso de los mismos desde sus propias lógicas y necesidades.

Hemos podido constatar que las familias campesinas buscan que las atenciones durante el parto puedan darse de manera cómoda, lo cual implica tener buenas relaciones con los diversos terapeutas, así como no exponerse a situaciones de riesgo. Este tipo de prioridades en la atención no descarta la presencia biomédica ni la rechaza; más bien, la incorpora como un recurso más dentro de sus posibilidades de atención. No obstante, a pesar de las negociaciones con el sistema de salud oficial, las familias campesinas no solo parecen tener presente las limitaciones de esta oferta, sino también se muestran escépticas de la capacidad estatal de afrontar las crisis en la salud materna.

Es en este contexto donde las familias generan “estrategias de autoatención” que nos plantean familias rurales con agencia, que hacen todo lo posible para que las mujeres no corran riesgo, transformando así su realidad social inmediata. Y no es para menos. Considerando los riesgos que la atención

---

<sup>90</sup> La sierra del Perú tiene una incidencia de 92,2% de partos institucionales (ENDES, 2020a), junto con una incidencia del 72% de estos en la sierra de Piura (ENDES, 2020b)

implica, el poder decidir qué tratamiento tener, cómo alimentarlas y atenderlas, poder acompañar el proceso de inicio a fin, o recibir un mejor trato es una gran azaña. Esta participación activa, así como el saberse bajo condiciones estructurales precarias, están íntimamente ligadas a un posicionamiento consciente de la situación política interétnica/interclase e intermédica en la que se encuentran.

Sin embargo, a pesar de esta agencia y posicionamiento, si hacemos un “zoom out” a dichas dinámicas, estas representan tan sólo pequeñas victorias. Así, las estrategias de autoatención son también una respuesta forzada por un contexto de pobreza e instituciones precarias que, aunque puedan significar una importante y creativa manifestación de agencia campesina, representa sobre todo una lucha para sobrevivir. La existencia de estrategias implica desventajas, a pesar de la creatividad y agencia.

Sumado a este difícil punto de partida, tal y como argumentamos en el capítulo anterior, las familias campesinas se ven invisibilizadas por una ideología desagenciante sanitaria o *biocomunicabilidad* que implica discursos y prácticas biomédicas y estatales. Así, el propio sistema de salud y poder institucional presenta a estas familias campesinas como meros agentes pasivos, culpables de las crisis en su salud y como producto de fenómenos externos. Y no sólo eso, sino que desde esta ideología se silencia que son las familias campesinas y no las instituciones de salud estatal las principales responsables de la reducción de la muerte materna en la zona.

Los costos de la agencia campesina en un contexto de limitaciones estructurales y discursos desagenciantes son altos: el pago implica un desfaldo de la caja chica campesina, un nulo reconocimiento de su protagonismo en la reducción de la muerte materna, así como el alejamiento de la posibilidad de que, siendo visibles estas limitaciones del sistema de salud, se generen cambios. Y no sólo eso, sino que, respondiendo la pregunta inicial, desde esta investigación evidenciamos cómo es que las familias campesinas son las que terminan salvando al sistema de salud estatal del peso político, económico y afectivo de una muerte materna. Ello, mientras los responsables políticos se llevan el crédito de las cifras y el dinero destinado para esta.

Como vemos, a pesar de estos extremos costos para las familias campesinas, estas no tienen la hegemonía de la acción y los que sí la tienen no parecen mostrar un interés real porque estas condiciones mejoren. En otras palabras: quienes gozan de poder político y económico real para influir en la vida personal de las familias campesinas y pobres son, al mismo tiempo, los principales responsables de que la “pobreza rural”, la “precaria infraestructura estatal de salud” continúen.

### **6.3. Problematizando la medición estatal de la “salud materna”**

Nuestra investigación nos ha permitido problematizar la data cuantitativa estatal que, lejos de funcionar como una herramienta que coadyuve a mejorar el sistema de salud pública, es funcional a los intereses del sistema biomédico y se construye de forma poco rigurosa y forzada: 1)Encontramos que los indicadores estatales de “parto institucional” se sostienen en la exigencia de cumplimiento de metas más allá de las posibilidades y recursos que se proporcionan, 2)Esta data se construye bajo una amplia variedad de casos que, con costos y recursos asumidos por las familias campesinas, dan crédito al sistema de salud como responsable de salvar las vidas de las mujeres, y 3)la combinación entre la exigencia de metas y escasos recursos estatales pone en riesgo la vida no sólo de las mujeres atendidas, sino también del personal de salud perteneciente a los rangos más precarizados del sistema biomédico. De esta forma, la data estadística estatal termina por legitimar discursos y prácticas biomédicas con una validez cuestionable.

Así, la reducción de la muerte materna, para la cual se destina un importante financiamiento desde la salud pública, se reduce a llenar las tablas de gestantes con un check en “parto institucional”. Y no sólo eso, sino también, como desvela nuestra investigación, son las familias campesinas las que cargan con los costos económicos, físicos y emocionales de una oferta de salud precaria. Sumado a ello, no sólo no existe un reconocimiento de dicha agencia,

sino también se deslegitima esta desde los discursos oficiales de salud, a pesar de que sean familias campesinas las principales responsables de que dichas cifras plausibles existan. Finalmente, y, por si fuera poco, por las condiciones en que se exige y construye esta data estadística estatal, estas familias campesinas tampoco gozan de la posibilidad de que se visibilice la precaria oferta estatal y se gestionen cambios en esa línea.

Tomando además de referencia investigaciones como las de Izquierdo (2005), en la que problematiza afirmaciones estatales sobre “la mejora de la salud Matsigenka” a través de un abordaje etnográfico, y desde herramientas cualitativas y cuantitativas, visibiliza cómo ahora hay más sufrimiento, padecimientos y enfermedades entre el grupo étnico que estudia, las cuales no registradas por los rígidos indicadores estatales, cuestionando así la noción de “salud” desde la que parten las mediciones estatales. Al igual que ella, a través de la etnografía, consideramos relevante llamar la atención sobre cómo las afirmaciones estatales pueden ser completamente contradictorias con lo que las mujeres campesinas y sus familias entienden, sienten y experimentan.

Por ello, cerramos esta tesis haciendo la pregunta abierta sobre la validez de la data estadística estatal y oficial desde la que se legitiman investigaciones rigurosas: Hasta qué punto las preguntas de investigación, argumentos en ciencias sociales, proyectos de desarrollo y políticas públicas se basan en información —y respuestas— hechas con data asumida acríticamente y construida desde nociones rígidas y etnocéntricas. Estos cuestionamientos, sin embargo, no apuntan a deslindar de la producción de datos cuantitativos, sino todo lo contrario: es un llamado de atención sobre la importancia de construir data que ayude a desvelar en lugar de ocultar. Así también, esta construcción minuciosa del “dato”, nos vuelve a poner en agenda la importancia de la producción de estudios etnográficos que nos muestren la realidad desde lecturas más justas con la complejidad de las y los sujetos que encarnan nuestros “fenómenos sociales”.

## BIBLIOGRAFÍA

Anderson, Jeanine (1999) *Mujeres de negro. La muerte materna en zonas rurales del Perú. Estudio de casos.* Lima. Ministerio de Salud - Proyecto 2000.

Anderson, Jeanine (2001) *Tendiendo puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de salud.* Lima. Movimiento Manuela Ramos.

Anderson, Jeanine (2006) *Invertir en la familia. Estudio sobre factores preventivos y de vulnerabilidad al trabajo infantil doméstico en familias rurales y urbanas de Perú.* Lima: Oficina Regional de la Organización Internacional del Trabajo.

Anderson, Jeanine. (2005). "Género de cuidados". En: Barrig, Maruja, editora. *Fronteras interiores. Identidad, diferencia y protagonismo de las mujeres.* Lima: Instituto de Estudios Peruanos, pp. 71-93.

Anderson, Jeanine (2006) *Economías del cuidado colapsadas: ¿a quién le tendría que preocupar?* Conferencia internacional: Las migraciones América Latina Europa: Bruselas 6-7 de noviembre

Baer, H., Singer, M y Susser I. (2003) *Medical systems in indigenous and precapitalist state societies.* En *Medical Anthropology and the world System* (cap 10) Praeger.

Baer, H. (2004). "Medical Pluralism". En Ember, C. y Ember, M.(eds). *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures* (pp. 109-116). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Belaunde, Luisa E. (2020) *Sexualidades amazónicas. Género, deseos y alteridades.* La siniestra ensayos. Lima.

Bernex de Falen N. y Revesz B. (1988) *Atlas regional de Piura.* Lima Cipca-PUCP.

Bonafon, H. (2019). *“Dr. Jesucristo, te puede sanar”*: Recursos y repertorios terapéuticos campesinos y la presencia evangélica en una comunidad quechua en Churcampa - Huancavelica.

Burgos, María. (1995) El ritual del parto en los andes. Aspectos socio-culturales de la concepción, embarazo, parto, puerperio, recién nacido y parteras tradicionales en la zona sur-andina del Perú

Chiappe, Mario (1970) El síndrome cultural de daño y su tratamiento curanderil. En *Psiquiatría Peruana* (Carlos Seguí, ed.) 330-337, Lima: Amauta.

Carmona, Aurelio (2009) en Propuesta de un marco conceptual para el estudio de la medicina tradicional andina.

Carsten, J. (2000). Introduction. In *Cultures of relatedness: new approaches to the study of kinship* (ed.) J. Carsten, 1-36. Cambridge: University Press.

Carsten, J. 2007 [1995] “La sustancia del parentesco y el calor del hogar: alimentación, condición de persona y modos de vinculación (relatedness) entre los Malayos de Pulau Langkawi”, en R. Parkin, L. Stone (eds.) *Antropología del parentesco y de la familia*. Madrid: Ed. Universitaria, Ramón Areces, pp. 515-542.

Crandon, Libbet (1986). *“Medical Dialogue and the Political Economy of Medical Pluralism: A Case from Rural Highland Bolivia”*. En: *American Ethnologist*, Vol. 13, No. 3. pp. 463-476.

Camarero, L., de Grammont, H., & Quaranta, G. (2020). El cambio rural: una lectura desde la desagrarización y la desigualdad social. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 38, 191–211.

Chávez, Fabiola. (1995) Iniciación y seguimiento entre las "parteras" de la sierra de Piura (Ayabaca).

Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage.



Cristobal, C. (1991). El rol y significado de las lagunas huaringas cerca de Huancabamba y el curanderismo en el norte del Perú. *Boletín del IFEA*, 2(20), 565–587.

De Certeau, Michel (1984) *The Practice of Everyday Life*, Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

De Vault, Marjorie (1991). *Feeding the family*. Chicago. University of Chicago.

Dias, Raquel (2014) A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku

Diez, Alejandro (2014). Cambios en la ruralidad y en las estrategias de vida en el mundo rural. Una relectura de antiguas y nuevas definiciones. SEPIA XV: El Problema Agrario En Debate, 19–85.

Diez, Alejandro (1999). Comunidades mestizas. Tierras, elecciones y rituales en la sierra de Pacaipampa (Piura). PUCP. CIPCA-Piura.

Diera, Rosa (1999) Salvarse con bien. El parto en la vida de los andes y amazonía de Perú. Proyecto 2000. Ministerio de Salud.

Eguren, F., & Mendoza, A. (2016). *Seguridad Alimentaria: Agricultura familiar*. Lima: CIES.

ENDES (2020a). Situación Epidemiológica de la Mortalidad Materna en el Perú <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE042021/03.pdf>

ENDES (2020b). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2020/ Departamento de Piura. Proyectos INEI.

<https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/departamentales/Endes20/pdf/Piura.pdf>

Espinoza, Yuderkis. (2012) Los desafíos de las prácticas teórico-políticas del feminismo latinoamericano en el contexto actual. En: Crisis y movimientos sociales en nuestra América. Cuerpos, territorios e imaginarios en disputa. PDTG. Eds. Daza, Mar; Hoetmer, Raphael; Vargas, Virginia.

Ewig, Christina (2012) *Neoliberalismo de la segunda ola. Género, raza y reforma del sector salud*. IEP: Lima

Ferguson, James y Akhil Gupta (ed.) 1997. Discipline and practice: "The field" as site, method, and location in anthropology. En: "Anthropological locations: boundaries and grounds of a field science". Berkeley: University of California Press (pp. 1-46).

Follér, May-Lis. (2004). "Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde". In *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. E. Jean Langdon e Luiza Garnelo, orgs.. Rio de Janeiro, Editora ContraCapa/ABA.

Garro, Linda (1998) On the Rationality of Decision-Making Studies: Part 1: Decision Models of Treatment Choice. *Medical Anthropology Quarterly* 12(3): 319-340. American Anthropological Association.

Gabe, J., Bury, M. y Elson M. (2004) Medical Pluralism. En: Key concepts in Medical Sociology. Sage Publications

Galdos, Silva S. (2013) La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*.

Galindo, María (2014) "Feminismo Urgente. ¡A despatriarcar!". Buenos Aires: lavaca

Glass-Coffin, Bonnie (2004) La perspectiva de género en el curanderismo en el norte del Perú: metáforas, modelos y manifestaciones de la diferencia. En *Entre Dios y el diablo. Magia y poder en la costa norte del Perú*. Lima: IFEA/PUCP.

Grammont, H. & Luciano, M. (2009). "La Pluriactividad en el campo latinoamericano". Quito: FLACSO.

Greenee, Shane (1998) "The shaman's leedle: development, shamanic agency and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. In: *American Ethnologist* 25(4).

Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

Guber, Rosana (2001) *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial Norma

Guber, Rosana (2004). *El salvaje metropolitano*. Buenos Aires: Paidós

Guerrero, Bernardo (1992) *Conversión y salud en el altiplano chileno*. *Revista de Ciencias Sociales*, 1 (1).

Hammersley, Martín y Paul Atkinson (2001) *Etnografía. Métodos de investigación*. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 7. Registrar y organizar la información.

Huangal, S. (2019). *Elaboración de Mapa Huarmaca-Piura, por encargo*. [Mapa inédito]

Hughes, Christina (2002). "Care", En *Key concepts in feminist theory and research*. University of Warwick, UK. 106-129

Huber, Ludwig (1995) *Después de Dios y la Virgen está la ronda. Las rondas campesinas de Piura*. En: Lima: IEP/IFEA. (Colección mínima, 31)

Huertas, L. (1996). *Patrones de asentamiento poblacional en Piura (1532–1850)*. *Boletín del IFEA*, 1(25), 91–124.

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

Ingold, Tim. (2014) "That's enough about ethnography!" *HAU: Journal of Ethnographic Theory* 4(1): 383-395.

Izquierdo, C. (2005). *When "health" is not enough: societal, individual and biomedical assessments of well-being among the Matsigenka of the Peruvian Amazon*.

Langdon, E. J.; Garnelo, L. orgs. (2004). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro, Editora ContraCapa/ABA.

Langdon, E. J. (2018). Salud indígena en Brasil: Pluralismo Médico y Autoatención. *Desacatos*, 58, 8–15.

Marzal, M. (1995). Religión y Sociedad Peruana del Siglo XXI. En M. Valcárcel (Ed.), *El Perú frente al siglo XXI* (pp. 363–378). IEP.

Méndez, Cecilia (2012). De indio a serrano: nociones de raza y geografía. *Histórica*, 1(2011), 53–102.

Menéndez, Eduardo(1985) “El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos”. p. 593-604. En: Revista Desarrollo Económico. Buenos Aires, Argentina. Vol. 24. N° 96. 1985.

Menéndez, Eduardo(1994) “La enfermedad y la curación ¿qué es la medicina tradicional?” *Alteridades* 4(7) pg. 71-83

Menéndez, Eduardo (2003) “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. En: *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1): 185-207.

Menéndez, E. L. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, 58, 104–113.

Overing, J. (1999). Elogio do cotidiano: a confiança e a arte da vida social em uma comunidade amazônica. *Mana*, 1(5), 81–107.

Overing, Joanna (1986) “¿Men control women? The catch-22 in Gender analysis *International Journal of Moral and Social Studies*, 1(2).

Overing, Joanna (2007) “La descolonización de la intelectualidad”. *End amazonía peruana* 30. Lima:CAAAP.

Oths, Katheryn (1999) "Debilidad: A Biocultural Assessment of an Embodied Andean Illness". *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 13, No. 3 pp. 286-315

Pedersen, D. y Baruffati, V.(1989). "Healers, Deities, Saints and Doctors: Elements for the analysis of medical systems". pp. 487-96. En: *Soc. Sc. Med.* Vol. 29. N° 4.

Pérez, José. (1999) "Mamita dame mi chucho" los servicios de salud en el área rural: percepciones del usuario en un enfoque desde la ciencia social.

Platt, Tristan (2002) *El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mito-historia en los andes.* Universidad Católica del Norte. San Pedro de Atacama, Chile. pp.127-155

Pool, R y Geissler, W. (2005). *Medical systems and medical syncretism.* En: *Medical Anthropology* Cap 4. Serie Understanding Public Health. McGraw-Hill

Portocarrero, Julio. (2015) *Hacia una epidemiología de los padecimientos invisibles: variaciones en la interpretación y respuesta frente a los síndromes culturales en dos comunidades quechua de la provincia de Churcampa, región Huancavelica.* Tesis en maestría en Antropología (Escuela de Graduados). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Escuela de Graduados.

Ramirez, Susana (2006) *Salud, etnicidad y religión. La salud en poblaciones excluidas.* En: *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 22. Barcelona, 101-106.

Rebata, R (2010) "El pentecostalismo y sus efectos en la medicina tradicional andina en San Martín de Reque, Lambayeque, Perú". Granada: Universidad de Paris.

Sánchez, Ricardo y Sánchez, Rodolfo (2009) *Medicina tradicional andina. Planteamientos y aproximaciones.*

Scheper-Hughes, Nancy (1997) *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.

Starn, O. (1992). Antropología andina, 'andinismo' y Sendero Luminoso. *Allpanchis*, 39(5), 129.

Theidon, Kimberly (2004) *Entre prójimos: El conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

Vela, Alejandro (2001) en *El sistema de salud tradicional andino*.

Van Vleet, Krista (2019) *Hierarchies of care. Girls, motherhood, and inequality in Perú*. University of Illinois.

Velarde, Luz. (2007) "Las parteras sí saben, son importantes, solo que están olvidadas" Situación actual de las parteras en los Andes del sur del Perú (Ayacucho). Tesis pucp.

Wolcott, Harry F. (1994). *Transforming qualitative data: description, analysis, and interpretation*. Thousand Oaks: Sage. Capítulo 2. Description, analysis and interpretation in qualitative inquiry, pp. 9-54.

Yon, Carmen (2013) *Sistemas explicativos sobre el cuerpo e intervenciones en salud reproductiva*.

Zuluaga, Germán(2009) en *Reflexiones para un diálogo entre los sistemas tradicionales de salud y medicina occidental*.

Zelizer, Viviana (2009). *La negociación de la intimidad*. Buenos Aires: Fondo De Cultura Económica.

## ANEXOS

Anexo 1: "Muestra Huarmaca"

Tema	Categoría		N.º
Sobre la organización política	Funcionarios de la Municipalidad		5
	Presidentes de centros poblados		2
	Ronderos		2
	Centro comunal de la cc de Succhirca		3
Sobre el pluralismo médico o repertorios ideológicos sobre la salud	Repertorios biomédicos	Centro de salud I-4	5
		Farmacia	2
	Repertorios locales	Sorteadora	1
		Brujo	1
		Partera	2
		Comerciante naturista	2
		Comerciante de comida	3
	repertorios religiosos	Creyente Iglesia católica	5
		Creyente Iglesias evangélicas	2
Experiencia práctica	repertorios explicativos	Usuarios de recursos y repertorios de salud variados	15
TOTAL			44

## Anexo 2: "Muestra Succhirca"

Tema	Categoría		N.º
Sobre la organización política, comunal e institucional	Presidente de centro poblado		1
	Presidente de la comunidad		1
	Funcionarios del PNSU		4
	Ronderos		1
	Profesores		5
Sobre el pluralismo médico o repertorios ideológicos sobre la salud	Repertorios biomédicos "Centro de salud I-2"	Médico y obstetra	2
		Técnicos	2
		Enfermeras	2
	Repertorios locales	Sorteadora	1
		Brujo	1
		Partera	2
	repertorios religiosos	Iglesia católica	5
		Iglesias evangélicas	2
Experiencia práctica	Repertorios explicativos	Casos y familiares	15
TOTAL			44



## Anexo 3: "Muestra casos: Unidades domésticas"

Familia	Miembros	N.º	Descripción
OLIMPIA	Mamá	1	Padres entre 35-40 años. En esta unidad doméstica dos de los hijos vivían en la comunidad y uno de ellos estaba estudiando y trabajando en Lima. Los padres vivían juntos y su participación era activa en la comunidad. El esposo tenía un trabajo asalariado dentro del equipo del PNSU. A parte de ello, ambos trabajaban en la chacra.
	Papá	1	
	Hijos	3	
ALVA	Mamá	1	Padres entre los 27-39 años. En esta unidad doméstica tienen tres hijas mujeres. La última de ellas tenía 11 meses, las segunda tenía 4 años y la primera 7 años. Ambos trabajaban en las chacras.
	Papá	1	
	Hijos	3	
ROSARIO	Mamá	1	Familia entre 24-26 años. Cuando nos conocimos sólo vivía ella con sus tres hijos. Un bebé de 5 meses y dos gemelas de 4 años. El papá estaba trabajando en Lima. Estaban separados, pero mantenían contacto. Antes de regresar del trabajo de campo su esposo llegó a la comunidad.
	Hijos	3	
PRISCILA	Mamá	1	Familia entre los 25-32 años. La madre era la mayor, tenía 32 y él 25. El primer tiene hijo de 12 años y lo tuvo con otro compromiso. Al papá de sus dos últimos hijos lo conoció en Lima. Vivían en la comunidad y trabajaban ambos en la chacra o en algún trabajo asalariado esporádico (de vigilante o jornalero). Tienen dos hijos, uno de 2 años y una bebé de 6 meses.
	Papá	1	
	Hijos	3	
TELMA	Mamá	1	Familia entre 35-40 años. Familia con mayor cantidad de partos. Todos sus hijos viven en la comunidad. Los dos mayores están en secundaria. Uno está en primaria. La cuarta está en inicial y el último tenía 5 meses año. El trabajo en la chacra o la migración temporal como jornaleros era bastante recurrente en esta unidad doméstica.
	Papá	1	
	Hijos	5	

## Anexo 4: "Muestra casos: Itinerarios de embarazos, parto y posparto"

MADRES		N.º	Lugar de parto	Fecha de nacimiento
1	ROSARIO 24		Lima-hospital	abril 2015
			Lima-hospital	abril 2015
			Chulucanas- hospital	noviembre 2018
2	ALVA 27		succhirca- posta	2012
			succhirca- casa	junio 2016
			succhirca- casa	enero 2018
3	OLIMPIA 39		succhirca- casa	2003
			succhirca- casa	2005
			succhirca- casa	2008
4	PRISCILA 33	0	Tumbes- Hospital	2007
		1	Huarmaca- posta	2016
		2	Succhirca- casa	2018
5	TELMA 39	3	Succhirca- casa	2004
		4	succhirca- casa	2006
		5	succhirca- posta	2011
		6	succhirca- casa	septiembre 2014
		7	succhirca- casa	septiembre 2018