

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

Escuela de Posgrado



**MUJERES DE MAYA (CARHUAZ, ÁNCASH):
CAMBIOS INTERGENERACIONALES E ITINERARIOS PARA
LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y DEL PARTO**

Tesis para obtener el grado académico de Maestra en Antropología
con mención en Estudios Andinos que presenta:

Pilar Elizabeth Robledo Ríos

Asesora:

Carmen Juana Yon Leau

Lima, 2023

Informe de Similitud


Yo, Carmen Juana Yon Leau, docente de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesora de la tesis titulada

MUJERES DE MAYA (CARHUAZ, ÁNCASH): CAMBIOS INTERGENERACIONALES E ITINERARIOS PARA LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y DEL PARTO, de la autora Pilar Elizabeth Robledo Ríos, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 12 %. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 15/08/2023.
- 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, 15 de agosto de 2023

Apellidos y nombres del asesor: Yon Leau, Carmen Juana	
DNI:07747477	
ORCID: 0000-0003-4389-0683	
Firma	

A la señora Zoila —quien vuela alto por el cielo carhuacino—
y a las mujeres de Maya, por su generosidad y empatía,
y por compartir sus experiencias e infinita sabiduría



ÍNDICE

Agradecimientos.....	6
Resumen.....	7
Introducción.....	8
PRIMERA PARTE: MARCO DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
CAPÍTULO I. ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	11
1.1 Pluralismo médico, sistemas de salud e interculturalidad.....	11
1.2 Preferencias y rechazo hacia la atención en los servicios de salud públicos.....	22
1.3 Capacidad de decisión y niveles de autonomía en relación con el uso de diferentes repertorios terapéuticos.....	30
1.4 Cambios intergeneracionales entre mujeres de zonas rurales en relación con las concepciones y prácticas vinculadas a la salud sexual y reproductiva.....	33
CAPITULO II. MARCO CONCEPTUAL.....	42
2.1 Nueva ruralidad, procesos sociales y cambios intergeneracionales desde una perspectiva interseccional de género.....	42
2.2 Itinerarios terapéuticos desde los enfoques interpretativo y fenomenológico.....	46
2.3 Género y cuerpo: la perspectiva feminista en los estudios sobre salud/enfermedad/atención y la noción de agencia.....	51
SEGUNDA PARTE: DISEÑO METODOLÓGICO Y RESULTADOS.....	57
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO.....	57
3.1 El problema de investigación	57
3.2 Preguntas de investigación.....	65
3.3 Metodología.....	66
CAPÍTULO IV. TRAYECTORIAS DE VIDA DE DOS GENERACIONES DE MUJERES DE MAYA EN UN CONTEXTO DE CAMBIOS.....	75
4.1 Maya a modo de contextualización.....	75
4.2 Mujeres de Maya: su diversidad y los caminos que las entrelazan.....	79
CAPÍTULO V. ITINERARIOS TERAPÉUTICOS DE LAS MUJERES GESTANTES DE MAYA: “ELABORANDO EL PROPIO PROTOCOLO”	90
5.1 Embarazo: los cuidados en los caminos paralelos del bienestar.....	102
5.1.1 La atención prenatal.....	102
5.1.2 Los sistemas de comunicación como mecanismo de CPN.....	108
5.1.3 La dieta desde la perspectiva del sistema de salud oficial.....	109
5.1.4 Las elecciones y valoraciones de las mujeres de Maya sobre el servicio de salud.....	112

5.2 Otros cuidados durante el embarazo: los signos de la naturaleza, y la rutina y las redes de apoyo.....	116
5.2.1 Los signos de la naturaleza.....	116
5.2.2 La rutina y las redes de apoyo.....	119
5.3 Parto.....	124
5.3.1 Cuando el parto era en casa.....	124
5.3.2 Parto domiciliario versus parto institucional.....	129
5.3.3 Una alternativa "intermedia" para el parto: la atención privada.....	139
5.4 Puerperio.....	141
5.4.1 Si el sistema de salud oficial no lo nombra, no existe: los males invisibles o lo que no se quiere ver	141
5.4.2 El vaivén entre memoria y aprendizaje: los cuidados del neonato.....	145
CAPÍTULO VI. RELACIÓN DE LAS MUJERES DE MAYA CON EL SISTEMA DE SALUD OFICIAL: ADAPTACIONES Y DESCONFIANZAS.....	148
6.1 Coexistencia de dos "sistemas" médicos: biomedicina y medicina comunitaria andina.....	148
6.2 Tensiones y expectativas del personal de salud en la atención a las mujeres gestantes de Maya a partir de tres casos: <i>riesgo de muerte infantil, riesgo de muerte materna y pertinencia del parto con enfoque intercultural</i>	152
6.2.1 El riesgo de muerte infantil.....	152
6.2.2 El riesgo de muerte materna.....	154
6.2.3 La pertinencia de parto con enfoque intercultural.....	166
6.3 Las relaciones de poder.....	170
CONCLUSIONES. CAMBIOS Y CONTINUIDADES EN EL ACCESO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE DOS GENERACIONES DE MUJERES DE MAYA.....	172
I. Los giros en el ejercicio de la sexualidad y en los proyectos de vida de las mujeres de Maya de la segunda generación.....	173
II. El (des)encuentro entre saberes y las posibilidades de los itinerarios para la atención de los procesos de embarazo y de parto.....	175
III. Las limitaciones de la implementación de la política del parto institucional.....	178
IV. Delineando la convergencia entre la partería y la obstetricia: ideas para continuar reflexionando.....	180
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	184

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Carmen Yon Leau —Carmen, mi asesora, gran maestra e investigadora—, por acompañarme en este proceso con admirable lucidez y enorme paciencia, y por compartir con tanta generosidad sus conocimientos e ideas tan inspiradoras.

A Raquel, por ayudarme a comprender el caos para seguir.

A Dani, por las risas en el clan de duraznos existencialistas.

A Urs, Eri y Marbe, por los colores del amor.

A Tamia, por la palabra preci(o)sa.

A Makatia, por la inspiración, los sueños y la magia.

A LsS, por tanto, tanto.

A Ana María, por ese arte suyo de la conversación, y a Ramón, por todos los campos realizados. Gracias por sus saberes e intuiciones que han sido fundamentales para esta investigación.

A Ana Patricia, por su voz reconfortante y esperanzadora, y a Mariella, por su tenacidad. Gracias por tomarme de la manita desde el primer día.

A Jero, la universo entera embadurnada de brillantina.

RESUMEN

El presente estudio etnográfico aborda dos temas vinculados e interdependientes: cambios intergeneracionales, e itinerarios para la atención del embarazo y del parto. Se identifican y analizan las rutas que siguen las mujeres de dos diferentes generaciones en la comunidad de Maya (Áncash) para la atención del embarazo y el parto en el marco de las políticas de salud centradas en la promoción del parto institucional y los cambios ocurridos en el contexto rural local que inciden en las trayectorias de vida de las mujeres. Si bien el parto institucional se constituye en una norma que marca los itinerarios que siguen las mujeres de dos diferentes generaciones de la comunidad de Maya para la atención del embarazo y el parto, ellas hacen uso de distintos repertorios de acuerdo con sus necesidades y deseos, sobre todo, en lo que respecta a los cuidados durante el embarazo y posteriores al parto. A pesar de los obstáculos que enfrentan las mujeres de Maya, su agencia les permite construir caminos sobre la base de saberes y de vínculos, los que se entrelazan para configurar redes de apoyo que actúan en cualquier momento del proceso del embarazo. De este modo, siguen vigentes prácticas de cuidado y de sanación para una mujer embarazada, que se realizan de manera paralela al sistema de salud oficial, lo que genera una relación tensa entre las mujeres de Maya y el personal de salud.

INTRODUCCIÓN

El estudio "Mujeres de Maya (Carhuaz, Áncash): cambios intergeneracionales e itinerarios para la atención del embarazo y del parto" tiene como finalidad describir y analizar los itinerarios que siguen las mujeres de dos diferentes generaciones en la comunidad de Maya para la atención del embarazo y el parto en el contexto de las políticas de salud centradas en la promoción del parto institucional, y los cambios que se han ido produciendo en el contexto rural local. Es pertinente señalar que dichos cambios vinculados a la atención de la salud reproductiva que ocurren en contextos rurales no son exclusivos de estos ámbitos, sino que son parte de una serie de procesos sociales, como se muestra en diversos estudios en los que estos se han venido evidenciando (Dierna, 1999; Anderson, 2001; Yon 2000, 2016; Reyes, 2007; Velarde, 2007; Guerra-Reyes, 2019). No obstante, no se cuenta con investigaciones disponibles que analicen sistemáticamente los cambios y continuidades respecto del tema de la atención del parto en dos generaciones de mujeres.

Una excepción, sin embargo, son algunos estudios del proyecto Nuevas Trenzas-Mujeres Rurales de América Latina del siglo XX, desarrollado de manera paralela entre 2011 y 2013 en seis países: Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Perú, que tiene como fin conocer las expectativas, así como los proyectos de vida de las mujeres rurales. Como parte de este proyecto, en Asensio y Trivelli (eds) (2014), se da cuenta de los cambios que se han ido produciendo en las vidas de las mujeres rurales jóvenes de América Latina, de modo que de una generación a otra —es decir, de la generación de mujeres rurales que son abuelas y madres a la generación actual de mujeres rurales jóvenes— se ha dado un giro radical. Estos cambios se deben, entre otros aspectos, a la revolución educativa, que ha posibilitado el acceso a la educación tanto a hombres como a mujeres. Asimismo, la generación de mujeres jóvenes cuenta con acceso a innovaciones tecnológicas. Si bien las generaciones anteriores de mujeres son usuarias de telefonía móvil también, la generación actual tiene acceso a una amplia variedad de tales innovaciones, lo que redefine las posibilidades de relacionarse socialmente, así como de acceder a nuevas posibilidades laborales y perspectivas económicas. Por otra parte, el acceso a la educación ha desarrollado en ellas un sentido de ciudadanía y conciencia sobre sus derechos, a diferencia de sus madres y de sus abuelas. Finalmente, como aspecto relevante para la presente investigación, cabe mencionar el incremento que se ha

producido respecto de la atención del parto en centros médicos del sistema de salud público en el caso las mujeres rurales jóvenes. No obstante, aún persisten los sesgos de género, que se manifiestan en las inequidades de los roles de género asignados y que, inevitablemente, interfieren y afectan los proyectos de vida las mujeres.

El trabajo de campo se realizó en dos periodos: entre noviembre de 2009 y septiembre de 2010, y en septiembre de 2021. En total, el trabajo tuvo una duración aproximada de veinte semanas con estadías entre una o dos semanas en campo. El trabajo implicó el desarrollo de entrevistas en profundidad y observación participante. Llevar a cabo este proyecto representó una serie de retos, que, a su vez, determinó una serie de reformulaciones a partir de los primeros contactos en campo, y, sobre todo, en el proceso de reconexión necesario para el segundo periodo de campo.

A continuación, presento el contenido de cada uno de los capítulos.

En el primer capítulo, se desarrolla el estado de la cuestión, apartado en el que se presentan los distintos estudios antropológicos que abordan y discuten los temas relacionados con los itinerarios para la atención del embarazo y del parto, así como con los cambios intergeneracionales que se han producido en las últimas décadas en zonas rurales dentro del ámbito de la salud sexual y reproductiva.

En el segundo capítulo, se desarrolla el marco conceptual, en el que se hace referencia a los enfoques y conceptos fundamentales para la comprensión y análisis de los cambios intergeneracionales y de los itinerarios terapéuticos que han seguido las mujeres de dos generaciones de Maya desde una perspectiva interseccional de género. Se presenta, por tanto, el concepto de nueva ruralidad (NR) como una noción relevante para la comprensión y análisis de los cambios intergeneracionales.

En el tercer capítulo, se explica detalladamente el diseño metodológico aplicado, que comprende el problema de investigación, la justificación, los objetivos y las preguntas de investigación, y la metodología. En este capítulo, se presentan los temas principales del estudio: los itinerarios que siguen las mujeres de Maya para la atención de los procesos de embarazo y parto, así como las concepciones que tienen sobre aspectos vinculados con salud sexual y reproductiva; los cambios que se han producido de una generación de mujeres de Maya a otra respecto de las concepciones y prácticas vinculadas con salud

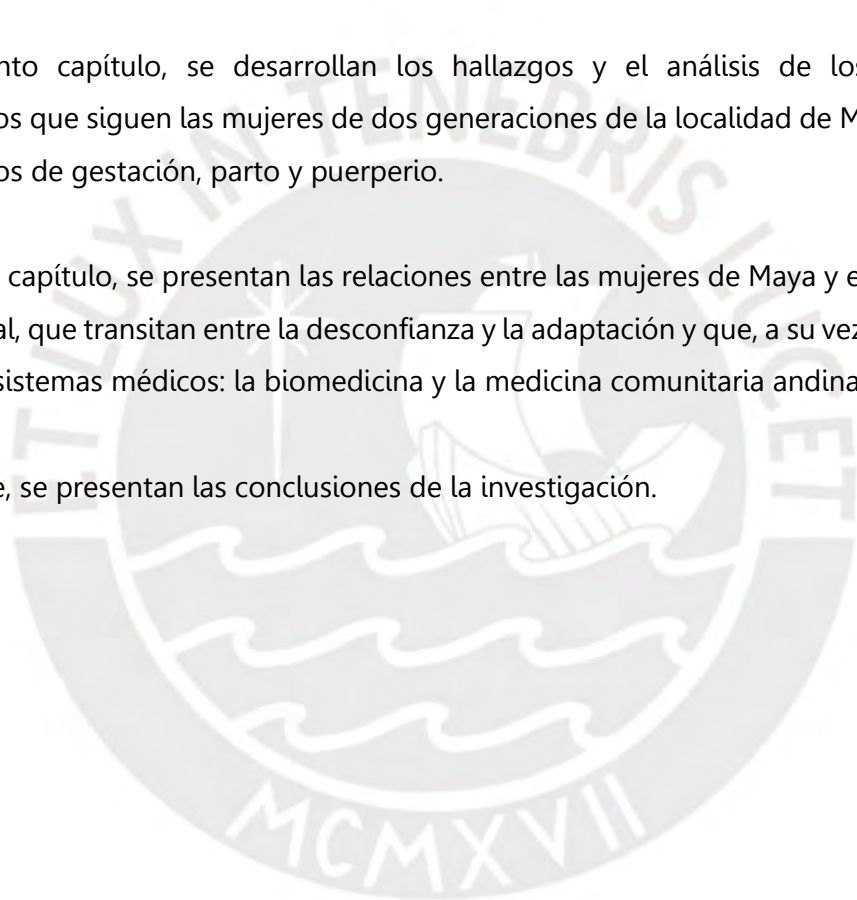
sexual y reproductiva dentro de un contexto en el que se producen también otros cambios de diverso tipo; y la relación entre el personal del sistema de salud oficial y las mujeres de Maya en el contexto de la obligatoriedad del parto institucional.

En el cuarto capítulo, se presentan las trayectorias de vida de dos generaciones de mujeres de Maya, que se construyen y desarrollan teniendo en cuenta las características y particularidades de la localidad de Maya; el contexto de cambios que se han producido a partir de las políticas públicas, fundamentalmente en el ámbito de salud y de educación; y la relación de las mujeres con el sistema de salud oficial.

En el quinto capítulo, se desarrollan los hallazgos y el análisis de los itinerarios terapéuticos que siguen las mujeres de dos generaciones de la localidad de Maya durante los procesos de gestación, parto y puerperio.

En el sexto capítulo, se presentan las relaciones entre las mujeres de Maya y el sistema de salud oficial, que transitan entre la desconfianza y la adaptación y que, a su vez, se mueven entre dos sistemas médicos: la biomedicina y la medicina comunitaria andina.

Finalmente, se presentan las conclusiones de la investigación.



PRIMERA PARTE:
MARCO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO I
ESTADO DE LA CUESTIÓN

Las rutas que toman las mujeres para ser atendidas en temas de salud sexual y reproductiva, específicamente en los procesos de embarazo y parto, están influidas por una serie de aspectos sociales y culturales vinculados con su propio contexto y con las políticas públicas. Dichas rutas también dependerán de su propia trayectoria de vida. A continuación, presento los estudios antropológicos que discuten los temas relacionados con los itinerarios para la atención del embarazo y del parto, así como con los cambios intergeneracionales que se han producido en las últimas décadas.

1.1 Pluralismo médico, sistemas de salud e interculturalidad

Las rutas seguidas por las mujeres surgen o se reconfiguran a partir de la diversidad de actores que tienen diferentes formas de presencia, grados de poder y niveles de relación con ellas. En ese sentido, la noción de pluralismo médico permite el acercamiento a un contexto en el que coexisten dos sistemas médicos que interactúan bajo sus propios principios.

A partir del debate sobre lo "global" y lo "local" en el ámbito de la salud, desde la antropología médica se plantearon otros enfoques basados en la constatación de los "procesos de heterogenización" que se desarrollan en cotidianidad de una localidad y del contraste con "las teorías de homogeneización" (Augé 1994 y Hannerz 1995 citado en Kazianka, 2006:42). En ese escenario, se plantearon otras formas de análisis de las concepciones y prácticas alrededor de este campo, que dieron lugar a la idea de 'pluralismo médico' definido como la coexistencia de distintos sistemas médicos dentro de una comunidad, cuya relación se basa ya sea en la cooperación o en el conflicto, y que

corresponden tanto a "su limitación cultural como histórica" (Hörbst y Wolf, 2003:20 citado en Kazianka, 2006:46). Tal coexistencia se basa en la percepción de la existencia de métodos curativos que comparten un valor y de la observación de la forma en que los pacientes hacen uso de los diferentes sistemas (Kazianka, 2006:43). El concepto de 'pluralismo médico', sin embargo, ha sido definido, usado y criticado desde las ciencias sociales y en relación con ciertas apropiaciones desde el sistema de salud público y la biomedicina (Muñoz, 2020:89).

De acuerdo con Menéndez (1994), los procesos de salud/enfermedad/atención (PSEA), a partir de una perspectiva de saberes comunitarios, deben ser comprendidos y explicados asumiendo las características de cada una de las partes, y, sobre todo, se debe tener en cuenta la manera cómo se ha construido el sistema en el que se producen las relaciones, que difieren del análisis segmentado de cada una de las partes, de modo que ningún sistema médico puede ser analizado y comprendido si no se encuentra relacionado con el ámbito en el que interactúan (Menéndez, 1994:74). En el caso de Latinoamérica, los PSEA se desarrollan en un campo sociocultural heterogéneo en el que se reproducen diversos mecanismos de desigualdad y de estratificación social, que implica relaciones de explotación económica, así como relaciones de hegemonía/subalternidad en términos ideológico-culturales. De esta manera, los factores económico-políticos son determinantes en los PSEA (Menéndez, 1994:73).

De acuerdo con Muñoz (2020), el pluralismo médico ha sido abordado desde cuatro objetivos principales que implican lo siguiente: i) la comprensión de las formas de atención en salud que reciben las personas en sistemas distintos al biomédico, o desde la autoatención¹; ii) el conocimiento de la forma de atención de los terapeutas (de tradiciones que no provienen de la biomedicina) quienes tratan a las personas, de manera complementaria y/o con una atención no biomédica; iii) la exploración de la interpelación por parte de pacientes que desarrollan trayectorias socioculturales diversas y que son atendidos por profesionales de la salud del sistema biomédico; iv) la modificación de las representaciones y prácticas que tienen usuarios, así como de las prácticas de atención consideradas biomédicas, alternativas o complementarias de los terapeutas (Muñoz, 2020:91).

¹ La autoatención, que tiene un carácter fundamentalmente grupal y social, implica las representaciones y prácticas implementadas de manera intencional en el proceso salud-enfermedad-atención. (Menéndez, 2003:200)

No obstante, al surgir la crítica durante la década de 1990 sobre la medicina como sistema, se produjo un cambio de enfoque: del sistemático al de los análisis procesuales, dirigidos al actor, bajo la idea de coexistencias de tradiciones médicas en lugar de sistemas médicos (Kazianka, 2006:44). Muñoz (2020) señala que el 'pluralismo médico' y sus aplicaciones han sido criticadas por considerar que: i) manejan un concepto de cultura simplificado; ii) se sostiene en un análisis basado sobre todo en la perspectiva de los profesionales de la salud, que tiende a privilegiar un enfoque conductista en el análisis de la búsqueda de atención; iii) limita la elección; iv) subestima o simplifica la relevancia de los procesos estructurales, económicos o de poder; y que v) reproduce una postura rígida de la biomedicina (Hsu, 2008 citado en Muñoz, 2020).

La reflexión sobre los estudios en salud ha estado influida por el constructivismo, así como por intelectuales posmodernistas, como Foucault. Desde esta perspectiva, se plantea un paradigma, en el que salud, enfermedad y cuerpo son asumidas como realidades que se desarrollan dentro de un contexto histórico y cultural específico, de tal manera que la enfermedad es consecuencia de una relación dialéctica entre tres instancias: códigos culturales, procesos biológicos y capacidad de agencia de los actores sociales. Es fundamental considerar que dichas realidades no son aprehensibles sin tomar en cuenta las relaciones de poder y sociales de la biomedicina, que se ha establecido como una institución hegemónica, ya que estas, por un lado, les sirven de marco y les van dando forma (Kleinman 1988; Scheper-Hugues y Lock, 1987; Pandolfi, 1993; Fassin, 1996; Lock, 2002). Estos estudios han impulsado el cuestionamiento y postura crítica hacia la biomedicina, debido a dos principales consecuencias de sus prácticas: alienación y deshumanización. Bajo la misma línea, se cuestiona la fragmentación del cuerpo y la enfermedad; el reduccionismo biológico; el avance de la tecnificación y de la burocratización; y la hegemonía e intolerancia respecto de otros modos de conocimiento. (Gómez, 2013:28-29)

Asimismo, desde la antropología médica crítica, se ha cuestionado y problematizado el uso de la noción de pluralismo desde la biomedicina, en tanto parece invisibilizar la injerencia que tienen los procesos socioeconómicos, la competencia entre subsistemas de salud estratificados y las jerarquías en el acceso a atención médica con el objetivo de que el proceso sea reducido a una conducta a nivel individual que se basa en la libertad de elección o en la sobredeterminación cultural (Menéndez, 1983; Baer, 2011 citado en

Muñoz, 2020:91-92). Del mismo modo, se critica que se conciba la biomedicina como un sistema homogéneo de conocimiento, así como que obvie las implicaciones que tiene respecto del control social e ideológico y del cambio al asumir las prácticas como locales y ahistóricas, y que tenga pretensiones translocales y universalistas (Muñoz, 2020:92).

Jorand (2008), a partir de Jiménez et al. (2001) y Alberti-Manzanares (2006), sostiene que dentro del grupo doméstico se desarrollan las dinámicas de reproducción, transformación y de difusión del saber médico a nivel colectivo. Dentro de este contexto, las mujeres son las protagonistas del manejo doméstico de la salud, en tanto este constituye

un espacio de socialización para el aprendizaje de la medicina indígena, primero mediante la experiencia personal con el cuidado de los niños y la enseñanza de las madres, abuelas, mujeres mayores o los médicos tradicionales, y luego por medio de la interacción con las vecinas o mujeres del mismo grupo generacional, y también mediante la experiencia como paciente de los centros de salud o las clínicas. (Jorand, 2008:185)

Los saberes, desde la perspectiva de la llamada 'medicina tradicional', se definen como un acto sincrético, en el que la transmisión de conocimientos considerados ancestrales se da dentro del ámbito familiar. El testimonio de una persona que se desarrolla como campesino en Veracruz, México, señala el origen de sus conocimientos sobre medicina herbolaria o tradicional.

*(...) mi padre veía a mis sobrinas, mis hermanas y a mi mamá, porque mi tía, la partera del pueblo, a veces fallaba, con él aprendí incluso a cómo quitar las venitas (nervaduras) de las plantas, como se deben lavar bien y se ponen a hervir en un cazo grande de uso exclusivo para eso y a como filtrar la mezcla; en casos de vagina inflamada como poner a cocer con aceite de comer las hojas de acuyo (*Piper auritum* Kunth) y de santa maría (*Tanacetum parthenium* (L.) Sch. Bip.) y cómo envolverlas en un trapo limpio para luego caldear su parte, él estudiaba y también tenía muchos libros como yo.* (Huesca, 2013 citado en Jiménez, 2015:1799)

De la misma manera, se observa el camino y la forma de aprendizaje intergeneracional, como suele darse en el caso de las mujeres que aprenden de sus madres las labores domésticas, por un lado, y el arte de curar, por otro.

Las personas que “saben curar” son respetadas y alcanzan una posición social privilegiada en sus comunidades y en sus familias. Este respeto se construye sobre la base de la confianza, de la atención que no se limita a un momento, sino que trasciende y configura una relación de cercanía con sus pacientes.

En el contexto rural, la atención de la salud suele basarse en un modelo mixto, en el que coexisten la medicina ‘tradicional’ y la alópata (Bejarano, 2004 y Espinosa, 2009 citados en Jiménez et al., 2015:1793). Por su parte, la medicina ‘doméstica’ implica la conjunción de medicinas utilizadas para atender la enfermedad con los elementos terapéuticos que el grupo doméstico tiene a su disposición en combinación con los recursos tradicionales. De esta manera, surge la automedicación como la manifestación más visible de este proceso, que evidencia la aprobación del modelo médico dominante, que se consolida a través de los medios de comunicación, así como por los farmacéuticos, como recurso intermediario. Sin embargo, es importante señalar, de acuerdo con Menéndez (2015:199), que la automedicación constituye una parte de la autoatención, y cuya reducción responde o es consecuencia del saber biomédico. No obstante, el uso de las diversas opciones terapéuticas dependerá, fundamentalmente, de la enfermedad a tratar, de la gravedad, entre otros. (Jorand, 2008:192)

Si bien el modelo mixto de atención en salud es definido como

la forma en que los saberes (populares o científicos) se socializan e incorporan a la cotidianidad de los individuos y las colectividades, y en la posibilidad de construir nuevos conocimientos, teorizaciones y prácticas.
(Espinosa, 2009 citado en Jiménez et al., 2015:1793),

se debe asumir que es en un contexto en el que rigen principios de la interculturalidad, donde se reconoce la necesidad del diálogo entre los conocimientos biomédicos y ‘tradicional’ que se aplican en la atención hospitalaria y comunitaria. No obstante, paradójicamente, constituye el ámbito donde se explicitan de manera evidente las brechas

culturales que obstaculizan la comunicación, y donde se crean condiciones adversas en lugar de propiciar la complementariedad (Espinosa, 2009 citado en Jiménez et al., 2015:1794).

Por su parte, Muñoz (2020) sostiene que el pluralismo médico sugiere

la imagen de un mosaico de representaciones, prácticas o sistemas respecto al padecer, a la prevención o a la atención en salud que 'conviven' de manera más o menos conflictual y diferenciada. (Muñoz, 2020:90)

Esta idea es cuestionada, dado que, en las sociedades occidentales, las nociones de sedentarismo y nomadismo han estado asociadas a la existencia de un binomio norma social/desviación, de modo que el nomadismo para las ciencias de la salud sería la razón del fracaso de la interacción o del encuentro médico/paciente/institución, ya sea porque la atención que brinda el profesional de la salud no se limita a un sistema universal y monocultural de atención biomédica o porque se acusa de transgresor al 'paciente' por desapegarse del tratamiento biomédico y por requerir otras formas de atención no biomédicas rechazadas por la medicina alópata (Muñoz, 2020:89).

En ese sentido, un aporte importante a la discusión es la propuesta teórica de 'nomadismo terapéutico' (Muñoz, 2020), que se define como

el proceso de transición epistémica inherente a la atención terapéutica y a la búsqueda de atención, que está conformado por la articulación que los actores involucrados realizan de sus estrategias de vida, entendidas como un conjunto de prácticas de tipo cultural destinadas a la reproducción bio/socio-simbólica, con las condiciones de estratificación social existentes, produciendo que dichos eventos sean reales. (Muñoz, 2020:90)

Asimismo, el nomadismo terapéutico no implica una perspectiva unificada de las partes, sin que estas, que se encuentran en constante transformación y redefinición relacional, sean consideradas parte del todo y viceversa (Muñoz, 2020:90). El nomadismo terapéutico toma en cuenta la articulación de procesos de estratificación social, basada en relaciones sociales configuradas ideológicamente, que establecen tanto el acceso como la exclusión a los recursos materiales y simbólicos en una sociedad y a las estrategias que configuran

actores y grupos sociales sobre la base de representaciones y prácticas que tienen como objetivo la consolidación de su reproducción biosocial y simbólica (Muñoz, 2020:93). Asimismo, las acciones del terapeuta y del usuario, que se manifiestan en la interacción, evidencian las tensiones sociales y las especificidades del ser que no deben ser entendidas como puntos fijos, sino como parte del proceso s/e/a. En ese sentido, la cultura/etnicidad, el género, el grupo etario, la clase social, así como la condición de ciudadanía de los actores que participan son parte de los procesos y de las posicionalidades estructurales. (Muñoz, 2020:107)

De otro lado, la biomedicina se ha posicionado fuertemente a partir de su definición como una medicina que basa su conocimiento y radio de acción en la biología (Hörbst y Wolf, 2003:3 citado en Kazianka, 2006:57), y que observa el cuerpo, y los fenómenos de enfermedad y salud desde las ciencias naturales. El sistema biomédico, organizado y generado en el ámbito de la biomedicina (Greifeld, 2003:13 citado en Kazianka, 2006:57) cuenta con un poder que proviene del rol principal y único que asume respecto de la conceptualización de la atención médica estatal. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que esto no supone de manera automática la adopción de elementos culturales ajenos, como señalan las teorías e hipótesis de la aculturación (Kazianka, 2006:57). Desde esta perspectiva, la biomedicina es considerada como elemento 'global', que se opone por definición a la medicina indígena, considerada como 'local'.

Por su parte, respecto de la biomedicina, Good (2003) cuestiona el velo aséptico y neutral que se presenta como inherente al conocimiento médico y que, de alguna manera, intenta justificar su posición hegemónica al estar supuestamente exento de cualquier connotación ideológica. De esta manera, la biomedicina se aplica y se desarrolla dentro de dinámicas sociales que responden a aspectos culturales. El problema, desde esa perspectiva, está en establecer como principio la interpretación de la cultura ajena como "mistificación y falsa conciencia", lo que reafirmaría la validez y hegemonía de la biomedicina sobre cualquier otro sistema médico que no sea reconocido bajo su propio paradigma. Del mismo modo, sostiene que los sistemas médicos son sistemas culturales que configuran sus objetos sin lugar a abstraerse de su formación simbólica.

En ese sentido, las acciones que se dan como respuesta a la enfermedad se implementan de acuerdo con las particularidades del contexto y de la cultura. De esta manera, las decisiones sobre las estrategias para lidiar con la enfermedad son tomadas dentro de la

unidad doméstica, dado que se configura como el principal espacio de cuidado. El itinerario terapéutico se constituye como una vía de acceso a las relaciones, actividades, recursos y actores que moldean la búsqueda y selección de opciones terapéuticas (Reinaldo y Saeki, 2004 citado en Palermo, 2018:6), y, por tanto, el involucramiento de la unidad doméstica en la conformación de los itinerarios de sus integrantes depende también de las redes de relaciones sociales, dado que el sentido de la enfermedad y la búsqueda de cuidados tienen de base los aspectos culturales y la experiencia que se construye en este proceso (Leite y Vasconcellos, 2006 citado en Palermo, 2018:6). De esta manera, los y las usuarias “construyen puntos de intersección y mediación entre diversos sistemas de cuidado en la construcción de su itinerario, lo cual se plasma en la trayectoria recorrida” (Bellato, Santos de Araújo y Castro, 2008 citado en Palermo, 2018:6).

En esa línea, Anderson (1999), en su investigación sobre muerte materna, hace referencia a la red social —en particular a su amplitud y acción—, que es relevante como un mecanismo de protección de las mujeres durante los procesos de embarazo, parto y puerperio. Asimismo, señala que se debe establecer una diferencia entre las redes cotidianas, que pueden cumplir la función de un grupo terapéutico durante el embarazo, y aquellas que deben funcionar durante las emergencias. El estudio concluye también que las posibilidades de agencia que pueden tener los grupos de mujeres para ampliar el nivel de alcance de las redes sociales, de modo que les permita el acceso a información, apoyo y recursos. No obstante, Anderson (1999) observa también la presencia de situaciones en las que se requieren de otros mecanismos de apoyo en momentos de emergencia. (Anderson, 1999:179)

Por ello, el análisis de los aspectos sociales inmersos en procesos de salud o de enfermedad es posible gracias a la aplicación del concepto de cultura en el ámbito de la salud, en el que las dimensiones cognitiva y material dan lugar a un modelo médico que le otorga coherencia a las explicaciones sobre salud y enfermedad, que, además, se va transformando (Alarcón, 2003). En esa línea, las posibilidades que abre la interculturalidad para reconocer lo necesario que resulta el diálogo entre los saberes biomédicos y tradicionales/indígenas, aplicados en la atención hospitalaria y comunitaria, no necesariamente quedan aseguradas mediante la implementación de políticas públicas que estén diseñadas bajo ese enfoque.

Guerra-Reyes (2019), en su estudio sobre la creación de las políticas de salud sexual y reproductiva implementadas en dos centros de salud rurales en Cajamarca y en Cusco, observa que el concepto de "interculturalidad" permanece bajo el control de los responsables políticos y profesionales médicos, y no constituye un conocimiento extendido ni que haya sido parte de un proceso de apropiación por la población en general. Existe una clara diferencia o una división conceptual de la noción de 'interculturalidad' entre la teoría o el discurso, que implica el ideal, y la práctica que se maneja a nivel de políticas y de su implementación en la atención que brindan los establecimientos del sistema de salud. A eso se suma que la falta de apoyo o incentivo que aliente la atención desde este enfoque en las distintas regiones del país. En consecuencia, en los niveles de atención primaria donde ocurre la implementación directa, "existe una grave disonancia cognitiva entre el discurso y la práctica", de modo que la "interculturalidad" se basa en el trato respetuoso siempre y cuando la usuaria sea obediente o, en otras palabras, se someta o subordine a la autoridad del sistema de salud, es decir, al personal del establecimiento de salud. (Guerra-Reyes, 2019:84-85)

Asimismo, Guerra-Reyes (2019) evidencia la presencia de discriminación étnica y racial en los centros de salud analizados que se entrecruza con injusticia reproductiva y violencia obstétrica. Las mujeres sienten desconfianza de los proveedores de salud: el personal de salud mantiene una actitud basada en superioridad moral y cultural, lo que deviene en actitudes discriminatorias, lenguaje abusivo y en la incapacidad de concebir al paciente como un individuo con derechos. Por ejemplo, "la implementación del parto intercultural, de cierta manera, busca insertar la idea de derechos culturales y reproductivos bajo una perspectiva civilizatoria que convierte a las preferencias culturales indígenas vigentes en un asunto temporal que será superado", pero el poder sigue estando en manos del sistema de salud estatal. No obstante, reconoce la gran capacidad de las mujeres, los hombres y las parteras locales para crear nuevos espacios, así como nuevas narrativas de nacimiento que se basan en un claro rechazo a la narrativa del parto biomédico (Guerra-Reyes, 2019:137-138).

El sistema biomédico oficial encarnado en el Minsa se impone sin dar pie a cuestionamientos: desde el poder hegemónico del Estado, no se comprende la idea de un sistema de salud integral o integrador conformado por una diversidad de elementos, así como de agentes vinculados que cambian y se adaptan dado su carácter dinámico y

flexible, y que posee conocimientos médicos legítimos, válidos y funcionales para cada comunidad. En la misma línea, Oliart (2008) sostiene que el enfoque intercultural es retórico y reducido, en tanto no reconoce ni incorpora las distintas epistemologías, las formas de relacionarse con el mundo y la vida en general.

Por su parte, Yon (2018) define la 'interculturalidad', desde una perspectiva normativa, como

un proyecto político o ético que suele suponer —explícitamente o no— un cambio social para lograr un diálogo más equitativo y crítico entre personas de distintas culturas”, y desde una perspectiva descriptiva, que “corresponde a las influencias mutuas que se han dado históricamente entre diferentes culturas, siendo buscadas o no. (Zúñiga y Ansión, 1997 citados en Yon, 2018:36)

Sin embargo, paradójicamente, más allá del reconocimiento de que es necesario establecer un diálogo entre los saberes biomédicos y aquellos denominados 'tradicionales', se evidencian grandes barreras culturales que limitan la comunicación (Espinosa, 2009 citado en Jiménez et al., 2015). En este contexto, se sometió a consulta previa la política sectorial de salud intercultural del Perú y fue promulgada en abril de 2016, por acción de amparo interpuesta por organizaciones indígenas, así como por la Defensoría del Pueblo. Sin embargo, se impone la necesidad de que esta política, como parte de las estrategias de orientación y organización, mejore “la capacidad resolutive y la disponibilidad de servicios de salud de mayor calidad” (Yon, 2018:36).

En ese contexto, las mujeres se ven obligadas a lidiar con una serie de situaciones que las afectan y que implican claramente una situación de discriminación, en tanto no se comprenden ni consideran las diversidades identitarias y las necesidades diferenciadas de las mujeres para la atención en salud. Asimismo, no se tiene en cuenta que la diversidad está construida sobre la base de diferencias relevantes que pasan por diversos cambios a nivel intergeneracional, como son el acceso y la permanencia en el sistema educativo formal (EBR), la posibilidad de movilidad social, la generación de recursos económicos, entre otros.

De acuerdo con Menéndez (2016), la interculturalidad debe ser asumida como un proceso social permanente que —lejos de ser asumidos como procesos excepcionales que deben construirse— tiene como componente importante una profundidad histórica, que se refleja en la normalización de la vida cotidiana (2016:110). En esa línea, la interculturalidad constituye

[...] uno de los componentes de una justicia multidimensional en la que se encuentran interrelacionados reconocimiento cultural, redistribución socioeconómica y representación política. (Tubino, 2017 citado en Yon, 2018:36)

En ese sentido, la implementación de un enfoque intercultural en los procesos de s/e/a-prevenición pasa por detectar y analizar los procesos de interculturalidad cotidianos, a partir de los cuales se impulsen y concreten objetivos interculturales. Dicha situación, sin embargo, no se ha logrado concretar en el Perú, de modo que, hoy en día como en muchos países de la región, las medidas basadas en el enfoque intercultural no han tenido el efecto esperado, sino, por el contrario, se han convertido en un mecanismo que propicia la alienación de las diversas poblaciones a los objetivos nacionales que ha establecido el sistema de salud oficial. (Menéndez, 2016:110)

Sin embargo, si bien existen serios cuestionamientos a la implementación de políticas con enfoque intercultural en el Perú, es pertinente no perder de vista que la interculturalidad, en tanto es un proceso normalizado y que se presenta en los comportamientos de la vida cotidiana de diversos microgrupos y, en particular en grupos familiares (Menéndez, 2016:114), es posible observarla a través de la autoatención en la medida en que esta constituye una actitud y una práctica cotidiana que surge de la capacidad de agencia de los sujetos y microgrupos, que se produce a pesar de presencia o ausencia de actores que la promuevan (Menéndez, 2016:114).

En el Perú, como señala Correa (2011), la interculturalidad se considera un enfoque transversal de las políticas de estado, así como de planes sectoriales. Sin embargo, no se materializa en mejoras concretas respecto de la atención del Estado a la ciudadanía. El origen de la disociación entre la interculturalidad y las políticas públicas se encuentra las siguientes situaciones: i) la interculturalidad y la cultura no son prioridad en la agenda

pública; ii) la información estadística sociodemográfica sobre la población indígena y afrodescendiente es reducida; y iii) no se ha establecido un consenso político ni sobre el valor de la diversidad cultural ni sobre los estándares de interculturalidad que le correspondería alcanzar al Estado. (Correa, 2011:13)

De esta manera, en las zonas rurales, a pesar de la coexistencia de sistemas de salud, que conviven y negocian dentro de las posibilidades y necesidades de la población, se pone de manifiesto situaciones basadas en la verticalidad, jerarquía y desigualdad. Como consecuencia, se continúa perdiendo conocimientos y prácticas tradicionales que sostenían el proceso de curación, de modo que se evidencia que los procesos de desarrollo no afectan únicamente al medioambiente, sino que influye en el ámbito cultural y social (Bes, 1997 citado por Jiménez et al., 2015:1803). En este contexto, las ideas sobre las posibilidades y tensiones existentes en torno de los sistemas de salud en zonas rurales son fundamentales para analizar el poder de decisión de las mujeres y la autonomía que pueden desarrollar en los itinerarios de atención que siguen.

1.2 Preferencias y rechazo hacia la atención en el sistema de salud oficial

Sobre las preferencias de atención de las mujeres de zonas rurales andinas, Anderson (1999), en su estudio sobre muerte materna en zonas rurales, señala la preferencia de las mujeres y de sus familiares por el parto domiciliario a cargo de una partera. Las razones se basan en la comodidad y tranquilidad que supone para las mujeres que su voz y sus deseos serán respetados, así como en la calidez en el trato:

En la casa prefieren ellos... Sí, porque es más caliente. (Puno, personal de salud. Entrevista). (Anderson, 1999:169)

Ellas desean el parto domiciliario. Debido a que están en su hogar y pueden verlo a sus niños. Creo que el ambiente del puesto les pone tensas. (La Libertad, personal de salud. Entrevista). (Anderson, 1999:173)

Las parteras cuando se encuentran ser embarazadas, porque ahora más tienen confianza con las parteras porque desde, durante de los tres meses de embarazo ya la partera le empieza a sobar, y después hasta el tiempo que

nazca, pues, y le da la partera, le da atención. Y luego le manda a la posta de salud para que le controlan a ese niño. (San Martín, mujer adulta. Grupo focal). (Anderson, 1999:172)

En alguna oportunidad (una partera) la atendió a mi esposa, [porque] solamente en el puesto de salud había una practicante. Entonces, lo traje a la señora y muy bien salió todo. Ella misma la atendió como una mamá, le dio su sopa de trigo con gallina, ella la atendió como si hubiera sido su hija. (La Libertad, hombre adulto. Grupo focal). (Anderson, 1999:172)

Estos testimonios coinciden con las prácticas tradicionales consideradas favorables que de las mujeres de zonas rurales prefieren y usan. De acuerdo con Dierna (1999), entre las prácticas aceptadas, se encuentra el ambiente familiar e íntimo que incluye la presencia de familiares o de personas que gozan de la confianza de la parturienta, y que le pueden dar contención y aliento durante el proceso; un lugar abrigado, acogedor y tranquilo; y los cuidados durante el puerperio que favorecerán la recuperación de las mujeres (Dierna, 1999:217-221).

Tal como sostiene Velarde (2007), el reconocimiento y la confianza hacia personas consideradas especialistas, pero que comparten en general la misma forma de vida y en las mismas condiciones, como la/el partera/o, el/a huesero/a, el/la curioso/a, el/la curandero/a y el/la herbolario/a, son aspectos que reivindican el sistema de salud indígena.

el sistema de salud andino funciona en un contexto cultural, social y ecológico determinado, (que) es reconocido y legitimado por los pobladores andinos y tiene vigencia en la actualidad. (Velarde, 2007:13)

Por otra parte, la preferencia por un sistema médico va a estar influida, entre otros aspectos, por la condición socioeconómica de la persona que busca acceder a atención en salud. De acuerdo con Francke y Reynoso (2007), las personas eligen un sistema médico de acuerdo con el tipo de enfermedad que padecen. En el caso de una gran parte de la población del Perú, sobre todo aquella que se encuentra en situación de pobreza, las enfermedades pueden ser clasificadas en dos grupos: aquellas que pueden ser curadas por la biomedicina y aquellas que es posible curar a través de este sistema médico, de

modo que las personas deben recurrir a otros actores como curanderas/os, parteras/os, curiosas/os, que les puedan proporcionar otros tipos de tratamiento. (Francke y Reynoso, 2007:54)

Los y las especialistas del sistema médico comunitario son conscientes de las limitaciones que puedan tener sus conocimientos para establecer un tratamiento efectivo. Su experiencia y honestidad permiten que puedan derivar a sus pacientes a los especialistas del sistema de salud oficial. Esta actitud mostraría su respeto por el alcance que puede tener el sistema biomédico. Sin embargo, la consideración y el respeto por parte del sistema oficial hacia la medicina comunitaria, en líneas generales, no son recíprocos. (Francke y Reynoso, 2007:55)

Como se ha señalado, la partera es un miembro importante de la comunidad, que es reconocida y que goza de gran prestigio, porque es una persona de gran confianza, quien comparte los códigos, y maneja la lengua y los conocimientos sobre plantas medicinales. No obstante, a pesar de que su importancia, no se ha aplicado ni promovido un proceso de adecuación sistemática y consciente de los servicios de salud a los hábitos que presentan las mujeres gestantes que habitan en las diversas zonas del Perú. Por el contrario, se le suele sancionar. (Velarde, 2007)

El estudio *Voces de mujeres de Áncash. Género y Salud Reproductiva* (Calisaya, 2004), elaborado sobre la base del documento de sistematización de autodiagnósticos y otros estudios cualitativos llevados a cabo en el departamento de Áncash por Patricia J. Hammer (2002), muestra los hallazgos de los autodiagnósticos de salud reproductiva aplicados por mujeres de 32 organizaciones comunitarias de Áncash. En este estudio, las mujeres manifiestan las experiencias positivas que tuvieron al recibir atención en los servicios de salud, las cuales son valoradas por el trato cariñoso, el tiempo de espera no prolongado, la explicación clara sobre los procedimientos y medicamentos, así como por haber recibido una atención confidencial o gratuita.

A mí me atendieron bien en Marcará, allí abrazadito nomás te hacen entrar y rápido te atienden. Las señoritas están que te divisan y te orientan. Allí te agarran la mano y te llevan. (Ullmay, Marcará) (Calisaya, 2004:52)

La señorita a mí me ha atendido gratis cuando he estado mal, yo sí le agradezco al centro de salud. Nos tratan bien, regresamos agradecidas. Si le cuentas algo al doctor, se queda en él nomás, no le cuenta a nadie, compra esta medicina nos dicen y nos sanamos". (Macheas Alto, Huántar)
(Calisaya, 2004:52)

Fleischer (2006), en su estudio sobre el recorrido terapéutico de una mujer en Antigua (Guatemala) que desarrolló sobre la base de la teoría de Menéndez (1994), sostiene que el parto puede ser considerado un drama social, debido a que i) es un ritual de pasaje intenso y doloroso que una mujer atraviesa, sobre todo en el caso de las mujeres primerizas; ii) socializa los cuerpos y los roles de género para reconfiguración social que será presentada al final del drama; iii) anuncia la llegada de un nuevo ser que es parte de la familia y que requiere ser adecuadamente semantizado dentro de la gramaticalidad del parentesco; iv) expone las fuerzas y los conflictos de esta estructura; y a que v) dada la recurrencia en su representación, reactiva el valor de los significados nucleares, y, con ello, reaviva la idea de la temporalidad cíclica, entre otros aspectos. (Fleischer, 2006:64)

En ese estudio, Fleischer (2006) describe la complejidad del parto de la mujer que participa del estudio por factores externos de tipo emocional que la podrían haber afectado y por su poca capacidad de autocontrol. Su itinerario estuvo influido por relaciones de poder basadas en las nociones género, etnia y clase, de modo que, para que su parto se produjera dentro de los parámetros de 'salud', 'decoro' y 'parentesco' que le fueron enseñados, se desarrolló un itinerario en el que la atención recibida provino —en términos de nominación neutral— de una comadrona, de un médico y de una *midwife*. Sin embargo, estos roles que asume de cada uno de los participantes en la atención en salud a partir de su identidad, no están exentos de ciertas características que les adjudican una posición dentro de la esfera social. De esta manera, la autora señala que es importante precisar que el itinerario la llevó a ser atendida por una mujer indígena, 'marrón', de clase baja y semianalfabeta (comadrona); un hombre ladino, blanco, clase media alta y escolarizado (médico); y por una mujer 'gringa', blanca, clase media alta y escolarizada (*midwife*) (Fleischer, 2006:72).

En ese sentido, la autora reafirma que tanto en la descripción como el análisis del campo relacional se deben considerar las características propias de cada una de las partes, pero, fundamentalmente, se debe enfocar la perspectiva sobre el sistema de relaciones

construidas que constituyen una realidad distinta del análisis aislado de cada una de las partes. Esto implica que el saber popular y el saber médico podrán ser comprendidos dentro su propio contexto, es decir si se encuentran relacionados con el campo en el que interactúan (Menéndez, 1994:74 citado en Fleischer, 2006:61).

Por otra parte, Calisaya (2004) da cuenta de las personas que participan en el parto: i) madre, pareja/esposo y/o familiares: aquellas personas en las que la gestante confía y a quienes acude usualmente para ser apoyada y atendida en el parto; ii) vecinas y/o amigas: aconsejan a la gestante y la orientan en la preparación de tratamientos caseros, y son quienes suelen avisarle a la partera, curiosa y/o promotor(a) para que asistan a la gestante de ser necesario; iii) parteras, curiosas y/o promotor(a), quienes se considera que manejan el conocimiento sobre la atención del parto, así como la posibilidad de diagnosticar y recomendar remedios para aliviar malestares. En este contexto, el aspecto más relevante del acompañamiento a las mujeres gestantes es el vínculo existente y que se basa en la confianza, el respeto y el cariño (Hammer, 2002). Como último actor, participa en el parto el iv) establecimiento de salud, a donde asisten sobre todo mujeres jóvenes usualmente por obligación. (Calisaya, 2004:44-45)

Por obligación vamos a la posta a dar a luz, si no, no nos dan nuestro certificado. (Quishuar, Pira) (Calisaya, 2004:45)

Se molestan, no nos darían su tarjeta papel, cuando vas a controlarte todavía te dan, ese papel sirve para los hijos, para sacar su partida de nacimiento, para eso sirve. Te hace pagar todavía, 10 ó 20 soles, así todavía te hacen pagar si no, no te dan su partida. (Huancarhuaz, Huaylas) (Calisaya, 2004:45)

En esa misma línea, los testimonios recogidos en el estudio *Mujeres de negro* (Anderson, 1999) muestran la desconfianza de la población y el rechazo de las mujeres hacia la atención que brinda el personal en la posta, en el centro de salud o en el hospital.

No, no. Casi la mayoría no asiste [al centro de salud]. En la casa misma nos cuidamos; nos atiende la partera o nos cuidamos. En caso mío no conozco inyecciones ni medicinas; pura hierbas nomás. (Puno, mujer adulta. Grupo focal). (Anderson, 1999:163)

La población no confía en la posta de salud, las atenciones no son buenas, por eso, la población desconfía. (La Libertad, joven. Grupo focal). (Anderson, 1999:166)

Sí, sí, hay otras enfermeras o practicantes nos gritan, 'Cállate', dice. Escucho esas cosas y me da miedo de acudir al médico u hospital. Me tomo hierbitas yo misma o mi esposo me sacude [frota y acomoda]. En el hospital aprietan, te manosean, duele a veces... hay otras enfermeras que son cariñosas, otras tercas, toscas son. (Puno, mujer adulta. Grupo focal). (Anderson, 1999:167)

[Se podría evitar muertes siempre que] "hayan obstetrices que estén preparadas para hacer dar parto porque hay obstetrices que no atienden como debe ser (...) hay obstetrices que tratan como cualquier cosa (...) hay obstetrices que te ayudan también." (Puno, mujer adulta. Grupo focal). (Anderson, 1999:165)

Se puede observar que algunas de estas prácticas biomédicas son consideradas desfavorables para las mujeres de acuerdo con Dierna (1999) y que, por lo tanto, generan rechazo. Entre estas, prevalece la tensión entre el personal de salud y la parturienta que se materializa en la ausencia de una comunicación "real y provechosa" que puede devenir en situaciones violentas como el maltrato. Asimismo, se hace referencia a la aplicación de procedimientos invasivos (1999:228-233). A esta situación, se suma el hecho de que los proveedores de salud atribuyen el origen de muchos de los problemas de salud de las usuarias al mundo social y relacional donde se desarrollan y están insertas, sin considerar la posibilidad de proporcionarles los medios necesarios para poder entender ese contexto (Anderson, 2001:162).

En la misma línea, Tarqui y Barreda (2005) sostienen que las mujeres y sus familias rechazan la atención en el sistema de salud oficial y que prefieren el parto domiciliario. Esta situación revela la relación de desconfianza que se ha construido con los proveedores de salud, además de aspectos como el horario del servicio —rango de horas de atención y tiempo de espera—, la disponibilidad del personal de salud y el trato que reciben. A esto se suma el hecho de tener que enfrentarse a un ambiente desconocido, de la falta de continuidad del personal, de estar rodeada de personas extrañas y aisladas de sus familias,

así como del maltrato físico y psicológico, que generan una sensación de desconcierto y abandono (Tarqui y Barreda, 2005:114).

Por su parte, Garre y Echevarría (2016), en su trabajo sobre los conflictos que surgen por la confrontación entre las necesidades propias de la maternidad que tienen las mujeres y las rutinas biomédicas basadas en el parto institucional e intervencionista, señalan que se producen tres tipos de conflictos en la atención: la interacción asimétrica, la subordinación tecnológica y el abuso institucional. Las nociones de riesgo y sumisión están presentes en las rutinas clínicas, lo que muestra la implementación de perspectivas asistenciales que están fuertemente influidos por la biopolítica, en tanto los conflictos se configuran como un mecanismo oficial que buscaría garantizar y asegurar la reproducción de ciudadanos sanos y productivos. Asimismo, las mujeres muestran desconfianza hacia sus propios cuerpos; con ello, se genera un nivel alto de aceptación de la tendencia basada en el control y la intervención propia de este paradigma asistencial. Finalmente, se deduce que, en las mujeres, el miedo al daño o a situaciones que consideran peligrosas constituye uno de los factores que ha inmovilizado tanto sus recursos como sus saberes.

Calisaya (2004) da cuenta de la relación entre las mujeres y el servicio de salud, y de las posturas de rechazo que se basan en los siguientes problemas (2004:48-53):

- i) desconfianza en la eficacia del sistema oficial de salud: desconfianza y temor hacia la posibilidad de que el sistema oficial de salud no funcione, y hacia algunas prácticas y/o procedimientos de la medicina moderna, ya que sostienen que los establecimientos de salud no suelen resolver sus problemas, sino, por el contrario, les causan daño. Dicha desconfianza se ve incrementada por la falta de personal, la falta de medicinas y de otros materiales necesarios para la atención, así como de la demora de la entrega de resultados. (Calisaya, 2004:48-49)
- ii) accesibilidad económica: por la insuficiencia de recursos económicos para cubrir los gastos de consultas, medicinas y exámenes. (Calisaya, 2004:48-50)
- iii) accesibilidad geográfica: las grandes distancias que existen entre los servicios y muchas comunidades rurales.

- iv) trato: se registran quejas de manera constante por el trato que reciben, en el que se manifiestan que las mujeres son sometidas a gritos y frases ofensivas, así como perciben que sus necesidades no son consideradas por el personal de salud; además, perciben maltrato porque deben esperar mucho para ser atendidas y porque no se les explica sobre los procedimientos que se les practican. (Calisaya, 2004:50)
- v) idioma: las dificultades en la comunicación se generan también por el desconocimiento de la lengua quechua por parte del personal de salud, quienes muchas veces recrimina o discriminan a las mujeres por no saber castellano y/o por no saber leer o escribir. (Calisaya, 2004:51)
- vi) privacidad y confidencialidad: la exposición del cuerpo frente al personal de salud, sobre todo masculino genera vergüenza en las mujeres, además de que no existen condiciones para que la atención sea con privacidad. (Calisaya, 2004:51)
- vii) actitud de la pareja: algunos esposos se oponen a que las mujeres acudan al servicio de salud, sobre todo para acceder al servicio de planificación familiar y de atención del parto. (Calisaya, 2004:52)

No obstante, respecto de la relación entre las mujeres de zonas rurales y el personal de salud, Anderson (2001), en su estudio sobre los modelos de calidad de atención en salud en las mujeres rurales y en los proveedores, sostiene que la reforma de salud fue “sumamente exitosa al transmitir al personal del sector nuevas ideas sobre la calidad y calidez en el trato. Los proveedores devuelven un discurso hegemónico sobre estos dos aspectos y les dan primera prioridad en su modelo de calidad”. Sin embargo, encuentra también que proveedores y usuarias tienen demandas no satisfechas respecto de la relación personal entre ambas partes. (Anderson, 2001:162)

Miranda (2017), sobre el proceso de negociación de las prácticas que se realizan durante el parto de las mujeres de dos comunidades en Yucatán, México, sostiene que es un proceso complejo que asigna distintas posiciones a los miembros de la comunidad: madre, padre, hijos y miembros de la familia extendida. En este contexto, donde las parteras —a diferencia de lo que sucede en el Perú— son visibles y siguen cumpliendo su

rol dentro de la comunidad, la red de apoyo funciona sobre la base de las concepciones y prácticas compartidas y difundidas por toda la población. Es un espacio donde conviven las prácticas de partería, que siguen vigentes, y las prácticas propias del sistema de salud oficial. Sin embargo, la situación es problemática: por un lado, existe desconfianza debido a los rumores sobre la violencia y el abuso en el proceso de nacimiento por parte del sistema de salud, lo que genera temor en las mujeres; y por otro lado, el trámite que una mujer debe seguir, dada la burocracia del proceso de nacimiento, refuerza las desigualdades de poder entre las mujeres y los profesionales biomédicos. (Miranda, 2017:123)

1.3 Capacidad de decisión y niveles de autonomía en relación con el uso de diferentes repertorios terapéuticos²

En este punto, es importante considerar que la capacidad de decisión de las mujeres, así como los niveles de autonomía que presentan para seguir una ruta determinada de atención se van a ver influidos por el contexto; es decir, van a ser configurados en función de cada situación o contexto específico.

En relación con las ideas y expectativas de las mujeres sobre temas vinculados con sexualidad, Calisaya (2004) muestra que el acceso a información sobre sexualidad está vedado por considerar que es un tema prohibido o pecaminoso; sin embargo, las mujeres hubieran querido tener información cuando eran jóvenes para evitar tener muchos embarazos, lo que es considerado por muchas como un problema. De acuerdo con ENDES (2000), en la región Áncash, el 14,6 % de las mujeres, cuya edad que se encuentra en el rango entre los 15 y 19 años era madre y el 1,6 % cursaba un embarazo por primera vez, producto de relaciones voluntarias, pero también de violación sexual. (Calisaya, 2004:16)

Del mismo modo, presenta las tensiones que se producen entre mujeres y hombres alrededor de los cuidados del embarazo y de la planificación familiar. Las mujeres no son

² La noción de repertorio implica la presencia de un conjunto de capacidades que han sido aprendidas, cultivadas y dominadas por los intérpretes del repertorio en diverso grado (Santos, 2012:156). Asimismo, da lugar a la comprensión de las maneras en que la cultura se mueve en la experiencia concreta y situada de las personas, y las provee de diversos marcos de referencia para darles sentido y enfrentar distintos contextos de acción, en los que la creatividad del actor recae en la capacidad de seleccionar y combinar diferentes elementos del repertorio para armar una estrategia de acción que responda al problema planteado (Santos, 2012:159). De esta manera, las nociones de repertorio y estrategias de acción buscan dar cuenta del dinamismo y heterogeneidad del plano cultural (Santos, 2012:166).

completamente libres para decidir sobre lo que va a afectar su vida, su cuerpo y su salud, ya que, por ejemplo, los hombres suelen decidir por ellas e impedir que acudan al establecimiento de salud para planificar cómo quieren que sea su familia o poder controlar su embarazo (Calisaya, 2004:16).

A veces los esposos no entienden, les explicamos para ya no tener más hijos, ellos nos dicen yo tengo mujer para tener hijos y no por gusto. (Huaripampa Bajo, San Marcos) (Calisaya, 2004:16)

A algunos hombres no les interesa nada, si estás bien o mal es igual, dicen: 'otras andan valientes tú eres una fingidora, caminando vas a dar a luz como otras mujeres'. (Paltash, Marcará) (Calisaya, 2004:17)

En relación con los procesos de toma de decisión, Anderson (2001) sostiene que las mujeres rurales son "consumidoras con experiencia", en tanto utilizan una variedad de servicios, así como presentan criterio, capacidad de elección y buscan el uso más conveniente a partir de lo que tienen o con lo que cuentan que suelen ser pocos recursos económicos o de tiempo (Anderson, 2001:162). Por ello, una de las principales discrepancias entre las usuarias y el personal de salud encuentra en el grado y tipo de 'agencia' que tienen las mujeres, ya que, mientras ellas se perciben como activas y decisoras, el personal de salud las perciben como humildes, sumisas y regidas por los esposos, a pesar de que muchas de ellas son las jefas de hogar, ya sea porque no tienen pareja o está fuera. Asimismo, las mujeres se asumen como personas adultas que pueden asumir la responsabilidad de administrar su familia, así como la economía familiar en un contexto de escasos recursos, de modo que buscan mantener el control sobre el manejo de sus problemas de salud, que implica elegir alternativas de atención, fármacos, tratamiento y criterios sobre los plazos de un tratamiento. (Anderson, 2001:162)

Respecto de la capacidad de decisión y de toma de acción sobre el parto, por ejemplo, Guerra-Reyes (2019) señala que tanto las mujeres y sus familias como la comunidad en general hacen uso de sus espacios sociales, del conocimiento local y de las estrategias de cuidado para intentar negociar una buena experiencia de parto en un contexto que no es percibido como ideal por la mayoría. Observa que las actitudes de los proveedores de salud, luego de la implementación de las políticas de parto intercultural, no cambiaron mucho, y que las mujeres y los hombres locales no parecían ser muy conscientes de

cambios que hubieran tenido que ser considerados trascendentales en el protocolo de atención médica como el acompañamiento familiar, el parto vertical o permanecer en ropa de calle y recibir la placenta. Al parecer, la implementación de la política a través de la coerción y de la sanción genera la anulación de los aspectos positivos para los miembros de la comunidad (Guerra-Reyes, 2019:184-185).

En las zonas donde las parteras siguen cumpliendo su función, Velarde (2007:112) describe cómo una mujer gestante alterna entre el sistema de salud oficial y el comunal, lo que suele implicar que debe ocultar información al personal de salud, dado el rechazo y persecución contra las parteras. Para lograr que este sistema comunal funcione, se han creado estrategias de acción —diseñadas y acordadas con la mujer embarazada, así como con sus familiares— para continuar atendiendo, a pesar de que sea de manera clandestina. Dichas estrategias han permitido que el personal de salud oficial pueda llegar durante la etapa del postparto inmediato para prevenir cualquier complicación, como la hemorragia. De esta manera, el personal de salud asume que logra cubrir al 100 % los partos institucionales. Por otra parte, Reyes (2007) sostiene que habría una serie de prácticas como la “sobada” o la “manteada”, que no solo serían objeto de rechazo y marginación hacia las parteras, sino que probablemente estarían siendo cuestionadas por las obstetras más por una situación de competencia y de celos ‘profesionales’ que por ser nocivas.

En relación con la capacidad de agencia de los proveedores de salud, Guerra-Reyes (2019) señala que las experiencias negativas constituyen una amenaza para la implementación de políticas y, peor aún, socavan el compromiso del personal de salud con la comunidad. Hay una serie de factores que son grandes barreras para crear las condiciones laborales adecuadas: falta de materiales, capacitación y apoyo en un contexto de responsabilidad elevada y de estatus disminuido. De esta manera, en un contexto de desequilibrio de poder a nivel geográfico, socioeconómico, étnico y de género, los y las obstetras consideran que establecer un compromiso total con la implementación de políticas es un posible riesgo para sus planes profesionales y personales. Tienen temor de perder oportunidades de trabajo por involucrarse con la atención de costumbres indígenas que son asumidas como un alejamiento del conocimiento médico convencional y mal vistas por sus colegas. (Guerra-Reyes, 2019:209-210)

1.4 Cambios intergeneracionales entre mujeres de zonas rurales en relación con las concepciones y prácticas vinculadas a salud sexual y reproductiva

Sobre los cambios intergeneracionales, una de las perspectivas pertinentes para el tema se basa en los estudios realizados sobre las generaciones de mujeres rurales jóvenes de América Latina en la actualidad en relación con los cambios en las dinámicas sociales, económicas y políticas que atraviesan los diferentes territorios considerados rurales del continente. Bajo ese enfoque, en el Perú, se ha desarrollado una serie de investigaciones que pueden aportar en gran medida para el análisis de las transformaciones o cambios que se han producido de una generación a otra respecto de las concepciones y prácticas de las mujeres sobre salud sexual y reproductiva. Los estudios muestran los distintos factores que han generado cambios en el perfil de las mujeres y que, probablemente, hayan propiciado, entre otras consecuencias, cambios de los itinerarios terapéuticos.

En relación con el acceso a educación, de acuerdo con ENDES (2000), el porcentaje de mujeres analfabetas en Áncash era de 18,5 %, situación que se acentuaba en zonas rurales. Durante mucho tiempo, se ha privilegiado la educación del hombre por su potencial capacidad de retribuir económicamente, mientras que en el caso de las mujeres se asume que no es necesario, porque se considera que su rol primordial es el reproductivo y el doméstico. Si bien las mujeres expresan su deseo de que sus hijas sean profesionales, son conscientes de que esa decisión depende del jefe del hogar. Por una parte, las carencias económicas también son un obstáculo y, por otro, las mujeres creen que sus hijas van a sufrir mucho durante su vida si no logran aprender a cuidar a sus hijos, a su esposo y encargarse de la casa. De esta manera, la soltería se convierte para muchas mujeres en un estado de felicidad por no tener que cumplir con obligaciones que les asignado sin su opinión. (Calisaya, 2004:14)

De acuerdo con Calisaya (2004), las mujeres manifiestan la existencia de inequidades muy marcadas que se observan a partir de división evidente de roles de género que se asocia a las expectativas que presentan los hombres y las mujeres respecto de los roles y de las responsabilidades que deben asumir las mujeres en la familia a lo largo de sus vidas (Calisaya, 2004:13). Respecto de los roles y responsabilidades asignados a mujeres y hombres, las actividades reproductivas les corresponden a las mujeres y están asociadas con el cuidado del hogar y con asumir roles domésticos (limpieza, cocina, lavado de ropa).

Además de estas responsabilidades, las mujeres 'colaboran' con su pareja en el trabajo en la chacra, en la crianza de los animales, y en la comercialización de productos de consumo doméstico o de otro tipo. Sin embargo, el trabajo realizado por las mujeres, dado que se considera que no es un aporte económico ni monetario en relación con el trabajo de los hombres, no es reconocido ni valorado. (Calisaya, 2004:13)

Las mujeres trabajamos más que el varón, por ser mujer tienes más preocupaciones, sufres más. (Ullmay, Marcará) (Calisaya, 2004:14)

El papá prefiere el hijo varón para que le ayude en la chacra, dicen que las mujercitas nacen para cocineras. (Canchabamba, San Luis) (Calisaya, 2004:14)

Donde vamos estamos preocupadas, qué voy a cocinar, diciendo vamos. En cambio, los hombres están andando con paciencia, paran tomando y no tienen preocupación de nada. (Ullmay, Marcará) (Calisaya, 2004:14)

No obstante, Oliart (2008) señala que los cambios en la situación económica han generado, a su vez, cambios en las relaciones de género en el ámbito rural. Uno de ellos es el patrón migratorio hacia las grandes ciudades: ha pasado a ser fundamentalmente masculino con destino en ciudades intermedias o en otras zonas rurales, lo que ha cambiado la tendencia de la emigración definitiva del campo hacia zonas urbanas. Asimismo, el ser 'hombre' y ser 'mujer' desde una mirada 'tradicional' en las comunidades son categorías que vienen siendo cuestionadas. Las transformaciones de las ideas y comportamientos, que podían afianzarse en dos generaciones, ahora ocurren en menos de diez años con todo lo que ello implica: desintegración, reconstrucción y renovación.

Como sostiene Ames (2013), en su estudio sobre el rol que cumple el sistema educativo y la escolaridad en los proyectos de vida de las mujeres rurales jóvenes en el Perú, la cobertura casi universal en educación primaria y paridad de género en todos los niveles escolares es una realidad. Sin embargo, aún persisten inequidades que afectan sobre todo a las mujeres pobres, rurales e indígenas (Montero, 2006 citado en Ames, 2013:6). No obstante, es un hecho también que las generaciones más jóvenes de mujeres rurales están logrando avances y presentan mayores aspiraciones en el ámbito educativo. Esta situación puede deberse a

los procesos de modernización, a un mayor acceso a los sistemas educativos y de salud, así como al mercado laboral, y al incremento de las oportunidades de participación política. (Ames, 2013:6)

Si bien se vienen desarrollando avances en ese sentido, no debe perderse de vista que estos no eliminan de manera automática las resistencias y contradicciones que han sido observadas en la persistencia de la asignación de roles de género tradicionales en el ámbito doméstico o en la preponderancia de la violencia de género (Ames, 2013:6).

Sobre el perfil de las mujeres rurales, Anderson (2001) señala que el mundo de las mujeres que se desarrollan en este ámbito se ve constantemente ampliado debido a la expansión y la trascendencia de los medios de comunicación. Como sostiene Anderson (2001), las mujeres del ámbito rural se desenvuelven en esferas geográficas, sociales y mentales que han ido cambiando en el tiempo y que, a diferencia de décadas atrás, son más amplias y conocidas para ellas. Los medios masivos de comunicación tienen una presencia notoria e influyente, y las mujeres presentan oportunidades para viajar a lugares relativamente lejanos. (Anderson, 2001:162)

Por otra parte, como sostiene Ames (2013), las aspiraciones en el ámbito educativo de las mujeres jóvenes rurales y de sus familias son altas. Eso implica que no se relacionan únicamente con el anhelo de superar tanto la pobreza como la marginación social, sino con enfrentar la opresión que constituye para ellas las relaciones de género asignadas. Evidentemente, estos procesos no son únicamente individuales, ya que se encuentran inmersos en cierta tradición y acuerdos que se han producido a nivel intergeneracional, en proyectos familiares, y en la expectativa compartida de que se produzcan cambios fundamentales para que las mujeres rurales jóvenes logren una mejor vida. Esta situación revela una serie de mecanismos que se están desarrollando y que están transformando los hogares indígenas y rurales (Ames, 2013:5).

Esta actitud, frente a la percepción de hace una década, supone un cambio en la mentalidad de las mujeres rurales jóvenes, así como en las actitudes de los padres y madres rurales. Este nuevo contexto se explicaría en dos procesos y contextos que se han desarrollado paralelamente: por un lado, los grandes cambios sociales, económicos y ambientales, y, por otro, los altos índices de pobreza en las zonas rurales que aún

persisten, de modo que lo que se busca es poder superar la pobreza y alcanzar un desarrollo económico (Ames, 2013:28). En ese sentido, se podría inferir que las expectativas, así como las prioridades, han cambiado en función de lograr autonomía o un menor grado de dependencia.

En concordancia con lo anterior, Oliart (2008) señala que las mujeres de las zonas rurales de la sierra peruana ocupan un lugar en la cultura que se circunscribe al ámbito doméstico y familiar, pero no necesariamente privado: es valorado el ideal femenino de movilidad controlada. En ese sentido, lo que se espera de las mujeres que se quedan en las comunidades es que cumplan con las normas y consigan un esposo que pueda cubrir las necesidades económicas de la familia. Por ello, la educación, al ser una inversión que debe dar beneficios concretos, es mejor que las mujeres no estudien a diferencia de los varones, quienes deben aprender a ser diferentes a pesar de las consecuencias que ello traerá para la comunidad. Sin embargo, a pesar de las ambivalencias, el tema de la educación sigue siendo de gran importancia y preocupación entre los adultos. (2008:50-52)

Por su parte, Boyd (2013), en relación con las variaciones que han surgido de una generación a otra en las mujeres de zonas rurales, señala que los cambios a nivel de estrategias de vida que han desarrollado las mujeres rurales jóvenes en el periodo 1993-2007, podrían estar relacionados directamente con una mayor conexión entre lo rural y lo urbano, a la expansión de los pueblos y a la posibilidad de acceder a una mayor cantidad de servicios. Esto implicaría que se estarían experimentando cambios con mayor rapidez, como se pudo observar en décadas anteriores en las mujeres urbanas del mismo grupo etario. En consecuencia, se viene produciendo una reducción de la brecha urbano-rural en lo que respecta a competencias, a prácticas y a actitudes. (Boyd, 2013:44)

Siguiendo la línea de las autoras mencionadas, Agüero y Barreto (2012) sostienen que las mujeres rurales jóvenes cuentan con más oportunidades para acceder a la educación y a las TIC. Eso significa que hoy en día cuentan con más capital humano y social, al igual que mayor competencia práctica en relación con las generaciones que las anteceden. Esta situación constituye un incentivo para que muchas mujeres jóvenes creen de manera ingeniosa estrategias para generar ingresos que les permita brindarles una educación de buena calidad y completa, y, con ello, puedan construir una relación más estrecha con ellas (2012:36). No obstante, las expectativas no siempre se cumplen, en tanto se corta al no contar con suficientes recursos económicos que les permita seguir estudiando ya sea

en el ámbito privado o público (2012:36). Por otro lado, las autoras señalan que las trayectorias que siguen las mujeres rurales jóvenes con el fin de alcanzar un desarrollo autónomo encuentran limitaciones cuando llegan a un momento crítico que es entre los 18 y 22 años, edad en la que suelen comenzar a convivir (2012:37). Esta situación se agravará en la medida en que no cambian los roles dentro del hogar y en sus localidades, en los que se privilegia a los hombres en perjuicio de las mujeres, como el acceso y control de la tierra. Finalmente, se reproducen las formas de vida de sus madres, a pesar de sus expectativas de cambio. (2012:37)

En ese sentido, tal como sostiene Ames (2013), la pobreza, la baja calidad de la salud o de las escuelas seguía siendo un factor de riesgo respecto de la educación de las niñas en ámbitos rurales hace más de dos décadas aproximadamente; sin embargo, la actitud de las niñas y jóvenes hacia la educación ha cambiado de manera significativa. De acuerdo con la autora, las mujeres en edad escolar, con apoyo de sus madres, tienen la determinación de completar el nivel secundario (2013:16). Las convenciones de los roles femeninos, particularmente en las mujeres más jóvenes, se transforman con el transcurso del tiempo, de modo que las jerarquías de género establecidas durante generaciones se han visto trastocadas por nuevas configuraciones de las identidades femeninas, así como por prácticas que están relacionadas con dichos cambios (Connell y Messerschmidt, 2005:848 citado por Ames, 2013:16). Así como ha venido sucediendo en muchos contextos, en el Perú, los cambios que se han producido desde la década de 1990 aproximadamente a partir de la expansión de la educación en las zonas rurales a través de los discursos de modernización y 'progreso' –aunque estos sean motivo de debate y cuestionamiento también– es innegable que constituye “una poderosa fuerza” que da lugar a la construcción de nuevas y diferentes expectativas para las mujeres jóvenes rurales (Ames, 2013).

De acuerdo con Oliart (2008), los y las adolescentes de zonas rurales muestran una gran apertura a formas de estructurar sus vidas y sus identidades, que difieren de la de sus padres y de sus abuelos. Del mismo modo, señala que el tema de la sexualidad toma matices distintos. En zonas rurales, el inicio de la vida sexual de las adolescentes suele coincidir o estar próximo a su retiro de la escuela. Se ha superado en cierto sentido la dinámica de matrimonios convenidos o arreglados que no respondían a la voluntad sobre todo de las mujeres, y cuestionan las ideas que sostenían que las relaciones sexuales precedían y eran un paso en el tránsito hacia la adultez. Sin embargo, este tránsito ha

derivado en la generalización del sexo casual, que coloca a las mujeres en una situación de gran vulnerabilidad (2008:57-59). Esta situación se genera porque el conocimiento y manejo de métodos anticonceptivos en las comunidades es ambivalente: para las mujeres que ya tienen una relación establecida y reconocida socialmente resulta ventajoso, pero para aquellas que están solteras no lo es, porque la castidad femenina es considerada un valor, que deja a las jóvenes rurales desprotegidas y las sitúa en un escenario de gran riesgo (2008:63).

De acuerdo con Ames (2013), los cambios producidos, por tanto, han dado lugar a la construcción de nuevas identidades femeninas, lo que muestra una serie de ideas que contravienen ciertos aspectos de las identidades tradicionalmente construidas. En primer lugar, se encuentra la paradoja de la maternidad. Se produce un discurso por parte de las madres hacia sus hijas que cuestiona el matrimonio y la maternidad, como parte del rol de género asignado. Esto implica el rechazo hacia las relaciones de género opresivas, bajo las cuales los hombres asumen la atribución del control no solo de los recursos materiales clave, sino del comportamiento y de las decisiones de sus parejas. No obstante, la autonomía lograda a través de la educación implica la renuncia a otras importantes dimensiones que constituyen las identidades femeninas en las zonas rurales e indígenas (Ames, 2013:29-30). En segundo lugar, se encuentra la paradoja vinculada con la etnicidad, que implica, por un lado, el rechazo a los estereotipos raciales y de género que se expresan de diversas maneras, y, por otro, la renuncia a sus propias identidades étnicas. Por último, la tercera paradoja es el cambio de lo rural, que se produce cuando las mujeres se trasladan a centros urbanos a medida que van alcanzando mayores niveles educativos que abren la posibilidad de que puedan acceder a trabajos no manuales (Ames, 2013:30).

Por otra parte, resulta inevitable y muy provechoso relacionar los procesos de toma de decisión —presentados en el acápite anterior— con los cambios que se producen entre generaciones. Si bien la decisión de una mujer frente a su salud sexual y reproductiva puede ser considerada simplemente como una cuestión de elegir por la opción de mayor utilidad (Palermo, 2018:3), las elecciones se ven influidas y afectadas por distintos aspectos del contexto que no son subsumidos por aspectos normativos. De esa manera, “las preferencias parecen construirse —y no simplemente “revelarse” — en el proceso de toma de decisión, alejándose de las predicciones normativas” (LeBoeuf y Shafir, 2005 citado en Palermo, 2018:4). Eso implica que las decisiones dependen de varios aspectos: memoria,

experiencias previas, valores, intereses y emociones; en síntesis, de formas de hacer las cosas socialmente aceptables (Etkin, 2003 citado en Palermo, 2018:4).

En el caso de la presente investigación, en las últimas décadas, se han producido cambios de diverso tipo que han generado evidentes repercusiones en la vida de las mujeres de Maya, y que han traído, a su vez, una serie de variaciones a nivel intergeneracional. Los cambios se observan, de manera específica, a través de dos aspectos a partir de los cuales se producen otros giros: el acceso a educación y la atención del parto en los establecimientos del sistema de salud público.

Por una parte, como ha sido mencionado, se han presentado cambios respecto del acceso de las mujeres jóvenes rurales a educación y de la permanencia en el sistema educativo formal: se observa un nivel de acceso similar al de los hombres y se evidencia mayor permanencia de las mujeres jóvenes en relación con la generación de mujeres anterior. Esta situación ha generado una mayor movilidad del ámbito rural al urbano, así como una mayor posibilidad de relacionarse con sus pares fuera de su lugar de residencia. En la localidad de Maya, actualmente las mujeres que culminan la educación básica regular (EBR) tienen mayores posibilidades que la generación de mujeres anterior de acceder a educación superior, ya sea técnica o universitaria, a diferencia de sus madres, quienes lograron culminar únicamente primaria.

Esta situación genera dinámicas sociales y económicas muy distintas a las que seguía la generación anterior de mujeres. Aún la migración del ámbito rural al urbano por razones laborales, por un periodo breve o por un tiempo prolongado, en búsqueda de mejores oportunidades de desarrollo económico, sigue vigente desde hace décadas; sin embargo, hoy en día se produce con algunas diferencias. De acuerdo con Boyd (2019), las mujeres jóvenes rurales y urbanas han venido dejando hace algunos años la actividad de servicios para dedicarse al comercio y al transporte, así como a las comunicaciones y almacenaje (Boyd, 2019:46). En los casos estudiados, la movilidad constante entre el ámbito rural y el urbano es parte de la rutina diaria para muchas mujeres jóvenes de Maya, que no dedican todo su tiempo al trabajo en la casa, en la chacra o en el comercio semanal en la feria.

En ese sentido, son sumamente relevantes los datos sobre la categoría de ocupación más importante de hombres y mujeres jóvenes rurales en 2017 analizados por Boyd (2019): el trabajo independiente, que fue de 52,1 % en el caso de los hombres, y de 52,6 % en el de

las mujeres. El trabajo independiente, no obstante, presenta una serie de desventajas, en tanto suele ser informal, no representa estabilidad y se caracteriza por ser precario frente al trabajo formal. Sin embargo, a pesar de tales condiciones, el incremento de este tipo de trabajo entre las mujeres jóvenes rurales daría cuenta de las aspiraciones y búsqueda de ingresos propios dentro de un contexto social que se mueve de acuerdo con los principios del patriarcado (Boyd, 2019:48-49).

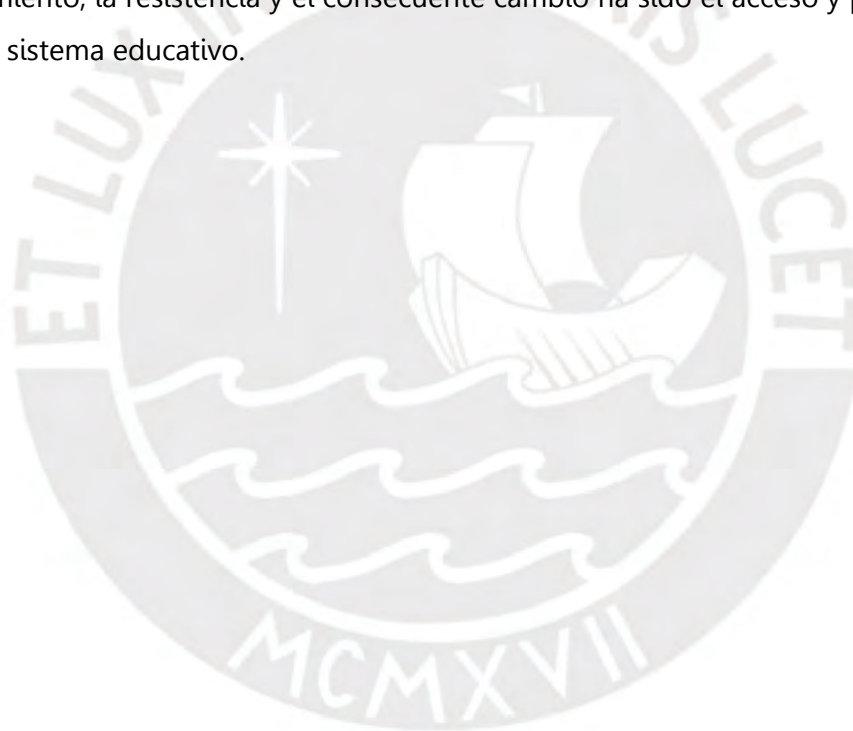
Cifras generales sobre educación que recoge el INEI indican que, en 2008, el nivel de educación superior —conformado por las categorías ‘No universitaria incompleta’, ‘No universitaria completa’, ‘Universitaria incompleta’, ‘Universitaria completa’—, alcanzado por la población de 15 a 29 años de edad, según área de residencia, fue de 33,8 % para el sector rural, mientras que para el sector urbano fue de 8,7 %. Durante 2018, se observa un claro crecimiento: el nivel superior fue alcanzado por el 43,4 % de la población urbana, mientras que fue de 15,5 % para la población rural. No obstante, se debe tener en cuenta que la EBR completa es un requisito para acceder a la educación superior. En ese sentido, el acceso a la educación superior arrastra las dificultades de permanencia en la EBR.

Como sostiene Boyd (2019), una de las razones por las que el acceso de las mujeres rurales a la EBR continúa relegado respecto de sus pares de zonas urbanas se debe a la poca disponibilidad de servicios educativos, así como de infraestructura educativa en zonas rurales. Sin embargo, por otra parte, cabe resaltar que, si bien las mujeres jóvenes rurales habrían adquirido educación superior no universitaria más que educación universitaria, es notable que el porcentaje de mujeres jóvenes rurales con educación universitaria es notablemente mayor al de la generación anterior (Boyd, 2019:30).

No obstante, si bien los y las jóvenes buscan profesionalizarse y acceder a algún puesto de trabajo fuera de su comunidad, por los consecuentes beneficios a nivel individual y familiar, la realidad no se condice con ello. De acuerdo con Grompone, Reátegui y Rentería (2018), las expectativas educativas y laborales de las y los jóvenes rurales están marcadas por el deseo de ser profesionales, impulsado por la familia a modo de estrategia para salir del ámbito rural. No obstante, se presenta un serie de condiciones que confluyen en el agravamiento de la situación de desigualdad que proviene de las desventajas asociadas al ámbito rural en el que viven las mujeres como entornos familiares ajenos o muy lejanos del sistema educativo, la necesidad permanente de trabajar para completar el ingreso familiar, las carencias de la calidad del sistema escolar como base para el acceso a la

educación superior, y la incoherencia entre la oferta y la demanda educativa pública, (Grompone, Reátegui y Rentería, 2018:460).

Finalmente, es importante señalar que lo "socialmente aceptable" no se basa en principios permanentes, sino, por el contrario, se trata de valores que van cambiando también por influencia de factores externos a la dinámica comunitaria, como por ejemplo el rol y el poder del sistema de salud oficial. En algún sentido, esta flexibilidad implicaría que el conocimiento que se construye de manera individual y colectiva, ya sea dentro de una generación o a nivel intergeneracional, es lo que va a permitir que ciertos valores y prácticas se consoliden, y que otros sean cuestionados, con lo que se abre la posibilidad del cambio. Uno de los elementos fundamentales para que las mujeres rurales jóvenes construyan sus caminos sobre la base las normas heredadas con la posibilidad del cuestionamiento, la resistencia y el consecuente cambio ha sido el acceso y permanencia dentro del sistema educativo.



CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

En este apartado, presento los enfoques pertinentes, así como los conceptos fundamentales para la comprensión y análisis de los cambios intergeneracionales y de los itinerarios terapéuticos que han seguido las mujeres de dos generaciones de Maya. En primer lugar, abordo el tema de los cambios sociales que están vinculados con la noción del uso de una pluralidad de conocimientos y de recursos, que se construye y se desarrolla a través de procesos dinámicos. Como parte de este tema, se presenta el concepto de nueva ruralidad (NR) como una noción relevante para la comprensión y análisis de los cambios intergeneracionales desde una perspectiva interseccional de género.

2.1 Nueva ruralidad, procesos sociales y cambios intergeneracionales desde una perspectiva interseccional de género

La interseccionalidad, de acuerdo con Viveros (2016), busca aprehender las relaciones sociales entendidas como construcciones que se desarrollan simultáneamente, y que se producen en distintos órdenes y en diferentes configuraciones históricas. De ese modo, el debate sobre el sujeto del feminismo ha dado lugar a diversos feminismos críticos que han estado tras la construcción de un sujeto político universalizable, así como han buscado vincularse con otros movimientos sociales sin tomar partido por alguna de las luchas de esta diversidad de movimientos. No obstante, es fundamental tener presente que esta posición de sujeto no es previa a las relaciones sociales que lo constituyeron, de modo que no es exclusivo de ningún grupo de manera esencial (Bereni et al., 2008:219 citado en Viveros, 2016:13-14).

Como lo ha señalado Lagarde (2005), si bien a partir de la noción de género las mujeres comparten su condición histórica, esta, en realidad, adquiere distintos matices y difiere respecto de la situación particular de vida. Del mismo modo, varía en relación con los niveles de opresión que existan. Las diferencias entre las mujeres provienen de su posición de clase, de su acceso a tecnología, de su relación con los diversos saberes, y de su modo de vida en el ámbito rural o urbano. Tales diferencias son significativas para la

construcción de sus proyectos de vida que se ven limitados en mayor o menor medida por situaciones opresoras que determinan su trayectoria de vida como, por ejemplo, la etnicidad (Lagarde, 2005:34). De esta manera, si bien las categorías de raza, clase, género y sexualidad han sido las más consideradas en el debate desde sus inicios, movimientos sociales de diverso tipo han llamado la atención sobre otras diferencias, como la nacionalidad, la religión, la edad y la diversidad funcional, que pueden constituir mecanismos de la generación de desigualdades significativas y de dominación en la vida social (Viveros, 2016:14).

Lagarde (2005) propone la noción de "expropiación de los cuerpos femeninos" (2005:98), que implica la incapacidad impuesta de no poder tomar decisiones sobre sus propios cuerpos. Esta situación genera la opresión de las mujeres que se configura a partir de la desigualdad económica, política, social y cultural de las mujeres, y que, a la vez, se expresa a través de esta. Lagarde (2005) señala que la desigualdad es falta de paridad, que surge de la dependencia, de la subordinación y de la discriminación (Lagarde, 2005:98). Dicha opresión se encuentra determinada por

i) la división genérica del trabajo, que es clasificadora y especializadora por sexo; ii) la división genérica de los espacios sociales (producción/reproducción, creación/procreación, público/privado, personal/político, entre otros); iii) la existencia de la propiedad privada tanto de las cosas, como de las personas; iv) las relaciones antagónicas de clase; v) la existencia de formas, relaciones, estructuras e instituciones jerárquicas de poder y dominio autoritario que expropián bienes materiales y simbólicos, así como capacidades y la posibilidad de decidir; vi) las formas de opresión basadas en criterios de edad, raza, etnicidad, religiosos, lingüísticos, entre otros; vii) la definición del ser social de las mujeres a partir de una sexualidad expropiada procreadora o erótica, que se ha estructurado en torno a su cuerpo-para-otros. (Lagarde, 2005:99)

Dentro de este marco, conocer y comprender la situación de las mujeres rurales tanto en los países de la región y, en particular, en el Perú, resulta fundamental. Es innegable que, a lo largo de las últimas tres décadas, las mujeres de zonas rurales, así como han experimentado permanencias, han atravesado cambios en diversos aspectos de sus vidas. Las nociones vinculadas con el concepto de nueva ruralidad (NR) permiten insertarse en

el contexto de estudio, en tanto posibilita la visibilización y comprensión de aspectos de la realidad vinculados con la economía y la relación entre los distintos actores que hacen del contexto rural un ámbito caracterizado por “la heterogeneidad productiva y la reconfiguración socio espacial del territorio” (Concheiro, 2009:160).

La NR, la multifuncionalidad de la agricultura y el desarrollo territorial son nociones que forman parte de ciertas corrientes críticas que reflexionan sobre las concepciones tradicionales del mundo rural (Concheiro, 2009:146). Su importancia radica en el cuestionamiento de que, a pesar de que los esquemas de centro-periferia y de densidad poblacional resulten útiles en la definición de una tipología de los espacios o territorios rurales, estos no pueden explicar los procesos socio-históricos que subyacen en los patrones de ocupación espacial (Delgado, 1999:87-88 citado en Concheiro, 2009:146). La NR tiene su origen en un contexto de inestabilidad, cuando se agrava la crisis del sector agrícola y del proceso de integración de la industria agrícola de Latinoamérica en las negociaciones sobre la liberalización comercial (2009:148). Los estudios en torno de la caracterización de la NR y de la multifuncionalidad dan cuenta de una heterogénea estructura ocupacional del mundo rural, del aumento de una gran diversidad de actividades no agrícolas, y de la disminución de su participación en el producto y en la población económicamente activa (PEA) (Concheiro, 2009:152).

En ese sentido, la NR y la multifuncionalidad plantean la necesidad de desarrollar una perspectiva territorial que considere e incorpore tanto las discontinuidades como las heterogeneidades, así como la gran diversidad de escalas espaciales de las interacciones rural-urbanas (Concheiro 2009:160). De esta manera,

las diversas funciones de lo rural, la heterogeneidad productiva y la reconfiguración socio espacial del territorio constituyen fenómenos que conducen a la nueva ruralidad y a la multifuncionalidad a cuestionar la visión dicotómica clásica de lo rural/urbano para plantear una reformulación del modelo de desarrollo rural desde una visión sectorialista a una territorial. (Concheiro, 2009:160)

Por su parte, Diez (2014) define la NR como la interrelación que se da entre espacios urbanos y rurales. Esta trasluce y manifiesta una serie de transformaciones del espacio rural, que permite, a su vez, un cambio en las perspectivas de análisis, en el que se toma

en cuenta la relación que existe entre los espacios rural y urbano, los circuitos que siguen agentes y pobladores, el desarrollo de actividades no agropecuarias en el campo, entre otros (Diez, 2014:23). Asimismo, se relaciona con la 'pluriactividad', bajo la cual se produce el incremento de posibilidades productivas y de actividades desarrolladas por los pobladores rurales. Estas posibilidades implican el desarrollo y puesta en práctica de actividades que generen ingresos tanto para las familias rurales como para las no rurales. Además, propician el ingreso de nuevos actores que habitan en áreas rurales y que se desarrollan en actividades no agropecuarias: ocupaciones de producción distintas a las tradicionales (Diez, 2014:23).

Sobre los cambios en el contexto rural, la pequeña agricultura aún sigue siendo importante para un territorio significativo, como es el caso de la población rural costeña, serrana y de ceja de montaña (Diez, 2014:25). En este contexto, se produce una fuerte relación entre lo local y lo global, de modo que se produce una afectación del desarrollo de las sociedades agrarias a escala mundial. Además, la tierra se ha reconfigurado como un bien transable, a partir del cual se producen importantes transferencias de propiedad. En consecuencia, dadas las condiciones macroeconómicas y las políticas del Estado favorables a la gran inversión y al agro de exportación, aparecieron y se desarrollaron grandes complejos agro empresariales en zonas de la costa y la selva. El proceso de afirmación de la propiedad ha generado movimientos de defensa y de reivindicación de la tierra como bien colectivo, o de acceso privativo de poblaciones específicas (comunidades campesinas y nativas), que han venido siendo manejadas por movimientos de defensa poco coherentes. Asimismo, se han desarrollado nuevos mercados laborales que han generado una gran demanda de fuerza de trabajo que atrae migración con las siguientes consecuencias: empleo masivo de baja calidad, bajas remuneraciones y bajo condiciones alejadas de las de la época de la hacienda, de modo que se ha creado un 'proletariado rural', que se caracteriza por ser más urbano dado su lugar de residencia. (Diez, 2014:41-43)

Uno de los cambios más relevantes se ha producido en el ámbito de la educación, en el que ha habido mayor cobertura de los servicios educativos, incremento del tiempo de permanencia en la escuela (años de escolaridad promedio), y reducción de tasas de analfabetismo; sin embargo, persiste la exclusión en perjuicio de las mujeres (Montero, 2006; Benavides, 2006; Agüero y Barreto, 2012; Ames, 2013). Del mismo modo, a pesar de que se ha reportado movilidad entre lo rural y lo urbano, que ha implicado cambios

sociales y económicos favorables para la población en general, no desaparece la exclusión, sobre todo, para las mujeres (Boyd, 2013; Ames, 2013; Diez, 2014).

Entonces, si bien se debe considerar la NR como una instancia parte de un proceso de cambios a nivel económico y social, es necesario que se vincule con la idea del uso de una pluralidad de conocimientos y de recursos construidos dinámicamente para brindar una perspectiva importante que permita analizar las implicancias de las trayectorias de vida de las mujeres rurales jóvenes, que incluye evidentemente el acceso a repertorios terapéuticos diferentes. Esto pasa por comprender las relaciones que se producen y las expectativas que generan el ámbito urbano y sus instituciones, teniendo en cuenta los cambios que se han dado en las últimas décadas en la localidad de Maya.

2.2 Itinerarios terapéuticos desde los enfoques interpretativo y fenomenológico

La antropología médica —apoyándose en las ciencias sociales, biológicas y clínicas— aborda el estudio de los problemas de salud que enfrentan los seres humanos y de los sistemas de curación que se desarrollan dentro de su contexto social y cultural (Gómez, 2013:24). Los procesos de s/e/a se enmarcan en un contexto de diversidad biológica y cultural, desde donde se construyen de manera individual y colectiva las representaciones, significados y explicaciones sobre los procesos de enfermedad y de salud. Desde esa perspectiva interpretativa, la cultura se configura como un sistema de significados. A partir de este enfoque, se han planteado dos principales orientaciones teóricas y metodológicas: interpretativa y fenomenológica.

La corriente interpretativa a través de sus representantes (Arthur Kleinman, 1980; Veena Das 1998; Byron Good, 2003; Cheryl Mattingly, 1998, 2005) ha situado la relación entre cultura y enfermedad como elementos centrales en el debate e interés analítico. De esta manera, la expresión de la enfermedad como acción comunicativa antes que como una entidad resulta muy significativa en tanto manifiesta que esta pertenece a la cultura sin que implique la eliminación del entorno cultural en el que se inscribe la enfermedad y la salud. La enfermedad no solo se representa a través de la cultura y desde sus referentes, sino que es fundamental para constituirse como una realidad humana.

Por otra parte, la tradición interpretativa busca establecer de qué manera obra la cultura sobre las experiencias de enfermedad y de sufrimiento desarrollada en un contexto construido sobre la base de tres aspectos: sistemas de significados, procesos biológicos y medio ambiente. Así, el relato se constituye como mecanismo fundamental para el análisis de la enfermedad (Gómez, 2013:26). El logro de la perspectiva interpretativa está en asumir que la enfermedad constituye un modelo explicativo, de modo que se basa en que una dolencia está constituida y puede ser conocida solo a través de actividades interpretativas. De esta manera, la enfermedad es configurada, desde la biología, las prácticas sociales y desde el significado, como objeto social y experiencia de vida.

La orientación fenomenológica, que tiene entre sus representantes a Csordas, Lakoff y Johnson, por su parte, busca constituir una relación entre la dimensión fenomenológica-experiencial que atraviesan los seres humanos, los códigos semiológicos y el entorno macrosocial. Dentro de esta corriente, el núcleo en el que se produce la cognición y la cultura está constituido por el cuerpo y por las emociones, de modo que se opone a la separación absoluta entre los siguientes pares: cuerpo y mente, cognición y emoción, y razón e imaginación. Se resalta la noción de experiencia corporal que cada cultura genera, y que configura la racionalidad y la esfera de la semántica. (Gómez, 2013:28)

La inclinación de Csordas (2021) por los estudios acerca de la cultura, por los procesos de constitución y transformación del *self*, y por la experiencia humana sentó las bases para el desarrollo del paradigma del *embodiment* desde la perspectiva de la fenomenología cultural (Csordas, 2021:337). El acercamiento a la fenomenología se dio a través de Schutz, Heidegger y Merleau-Ponty, quien planteaba el *embodiment* (corporización), y la percepción entendida como una experiencia basada en la corporización y como punto de acceso a la experiencia (Csordas, 2021:339). Su objetivo era entender la experiencia humana, en un sentido literal de lo que las personas viven a lo largo de sus vidas, así como los retos que enfrentan y la experiencia inmediata que tienen (Csordas, 2021:338-339).

Su propuesta se basa en dos elementos. Por un lado, se encuentra la concepción de cuerpo, y, por otro, el colapso de dualidades (sujeto-objeto, percepción-práctica y cuerpo-mente). A partir de estos elementos, se propone iniciar el análisis del ser en el mundo desde la experiencia corporizada (Csordas, 2021:338). La antropología del cuerpo toma la materialidad del cuerpo como un objeto, de tipo cultural o social, de modo que bajo el

paradigma de la corporización el cuerpo se asume como sujeto de la experiencia. En ese sentido, lo relevante es, por un lado, "mi cuerpo" y "tu cuerpo", y, por otro, "nuestros cuerpos", como organismos vivos que constituyen la base existencial del yo y de la cultura. Esto implica reconocer que la cultura no solo es un símbolo y un significado, sino que incluye la experiencia (Csordas, 2021:341-342). La experiencia humana se comprende a partir de la inmediatez, de ahí la utilidad de empezar por la percepción. No se trata de estudiar la experiencia en lugar de las cuestiones estructurales, sino de establecer la experiencia como el inicio que puede servir como "un camino en la inmediatez de la experiencia" (Csordas, 2021:346).

Por ejemplo, como señala Csordas (2021), no solo es relevante la violencia estructural que opera dentro del sistema sanitario y que se impone a las personas afectadas, sino que resulta fundamental atender la experiencia que tienen al establecer trayectorias alrededor de los sistemas de salud para analizar a través de la comprensión de su experiencia (Csordas, 2021:346).

Sobre la base de los objetivos de la presente investigación, la salud de los seres humanos y sus procesos, a partir de experiencias desarrolladas dentro de un contexto social y cultural específico, pueden ser analizados mediante los enfoques interpretativo y fenomenológico de la antropología médica. Su pertinencia y aporte radican en analizar y comprender la salud que controvierte la visión medicocéntrica y etnocéntrica, y que parte de las experiencias cotidianas de los sujetos para analizarlas considerando su contexto histórico, social y cultural, en tanto permite cuestionar las relaciones de poder, las estructuras que reproducen las relaciones basadas en desigualdad, las diversas formas de violencia e injusticia social, y su repercusión en la salud de las personas. (Gómez, 2013:28)

En este contexto, los PSEA han sido desarrollados en la interrelación entre los distintos actores sociales y se han construido sobre la base de valores y normas que influyen de manera directa en la salud de las personas positiva o negativamente. Por ello, la comprensión de tales procesos se vuelve prioritaria. Y, para acercarse a los procesos terapéuticos tanto individuales como colectivos, se deben observar y analizar los itinerarios terapéuticos.

La noción de 'itinerario terapéutico' se construye a partir de todas las decisiones — conscientes o no— y del "marco de representación, percepción y conceptualización"

relacionado con el contexto sociocultural, que a nivel individual o colectivo lleva a una persona a actuar a partir de una situación que es percibida como un problema de salud y que requiere intervención o atención especializada o no especializada (Casado, 2016:9). Asimismo, define los procesos que se desarrollan para la búsqueda de una terapia en un contexto de pluralismo médico (Sindzingre, 1985; Zemleni, 1985; Augé, 1986; Janzen, 2002).

Además, el itinerario terapéutico es una "cadena de eventos sucesivos que forman una trayectoria elaborada por el individuo y su familia en el proceso salud-enfermedad, en la búsqueda por alcanzar un patrón de normalidad aceptado culturalmente" (Reinaldo y Saeki 2004 citado en Palermo 2018:6). De igual manera, los itinerarios permiten estudiar la serie de relaciones que se establecen entre lo corporal y lo social, y que responden a una sociedad que se encuentra en una situación en la que los signos distintivos de la identidad y de la relación ya no son evidentes (Augé, 1996:113 citado en Perdiguero, 2006:41).

Asimismo, un itinerario terapéutico se basa en las decisiones tomadas, que están conformadas por las acciones y las prácticas terapéuticas, y en el contexto en el cual se deben interpretar. De esta manera, las respuestas que surgen ante un tratamiento por parte de los sujetos provienen no de actitudes o conductas, sino de acciones que se manifiestan dentro y como parte de la vida cotidiana y que la biomedicina no está en capacidad de considerar (Margulies, Barber y Recoder, 2006; Margulies, 2010 citado en Bagre, 2018:43). Además, busca dar respuesta a la siguiente interrogante:

qué hace la persona o el grupo, por qué hace lo que hace y cuánto tiempo hace lo que hace ante la percepción de lo que considera un problema de salud, de una alteración del estado 'normal' de la persona o ante un proceso para el cual requerirá atención terapéutica especializada aunque no se perciba como un problema de salud. (Casado, 2016:8-9)

En ese sentido, los problemas que se presentan para acceder a un sistema terapéutico dan cuenta de la diversidad de maneras de resolver situaciones conflictivas o de emergencia, que se producen en contextos sociales, políticos y económicos particulares. Esto se debe a que las personas que requieren de atención en salud hacen uso de diversas formas de

atención, que pueden incluir el sistema biomédico, pero no como de manera exclusiva. (Alves, 1993:33 citado en Bagre, 2018:42)

El inicio de un itinerario terapéutico se produce con el cumplimiento de tres acciones: i) interpretación individual y/o grupal de la existencia de un problema, ii) interpretación del problema (por ejemplo, salud), y iii) decisión entre buscar ayuda o no y, una vez decidida, qué tipo de ayuda (Casado, 2016:13). Asimismo, dado el contexto particular de esta investigación, es pertinente resaltar el caso de los 'procesos procreativos', aquellos que no se consideran complicaciones de la salud, pero que pueden requerir de la participación de sistemas médicos y de atención especializada, y no especializada, como en el caso del embarazo, del parto y del puerperio.

En este escenario, es pertinente hacer referencia a la noción de 'autoatención' (Menéndez, 2016). Los procesos de autoatención de las enfermedades implican la articulación, la integración o la combinación de saberes tradicionales, de aquellos que proviene de la biomedicina, así como de otras formas de atención (Menéndez, 2016:14). Estos constituyen parte importante de los procesos de reproducción social y biológica de cada grupo (Menéndez, 2016:114). La autoatención permite observar aparentes contradicciones en tanto los grupos pueden tener cosmovisiones diferentes o incluso incompatibles con una perspectiva occidental; sin embargo, en la práctica se observa que se desarrollan de manera simultánea saberes que son considerados incompatibles. (Menéndez, 2016:115)

La autoatención, como señala Menéndez (2003), se define como aquellas representaciones y prácticas que los grupos sociales usan a nivel individual y colectivo para obtener diagnósticos, explicaciones, atenciones, controles, alivio, cura o, en general, para darle solución y establecer prevención contra aquello que afecta la salud —ya sea de tipo real o imaginario— fuera de la participación "central, directa e intencional" de curadores profesionales (Menéndez, 2003:198). Dentro de este contexto, la autoatención puede ser comprendida en dos niveles: i) nivel amplio: formas de autoatención requeridas para lograr garantizar la reproducción biosocial de los sujetos y de los grupos a nivel de microgrupos, con especial énfasis en el grupo doméstico. Esto implica la atención y prevención de las enfermedades, así como actividades relacionadas con la alimentación, el cuidado y limpieza del hogar, del medio ambiente inmediato y del cuerpo, y la obtención de recursos como el agua; ii) nivel restringido: representaciones y prácticas aplicadas de manera intencional a los procesos de PSEA (Menéndez, 2003:199).

Tal como sostiene Gómez (2013), las perspectivas descritas proponen el desarrollo del entendimiento de la cultura y de la vida social como objetivo fundamental, en tanto asumen que estas constituyen una negociación de significados, cuya construcción puede ser reformulada y que se encuentran permanentemente dentro de relaciones sociales (Gómez, 2013:29). De esta manera, es importante tener en cuenta tanto el trabajo etnográfico como la apertura a aproximaciones teórico-metodológicas mixta (Gómez, 2013:29). En ese sentido, el concepto de 'itinerario terapéutico' y su aplicación resultan sumamente pertinentes para rastrear las rutas de atención tomadas por las mujeres de Maya en relación con la salud sexual y reproductiva, así como de otros males existentes para, por un lado, determinar a qué responden sus decisiones —que implica conocer sus posibles motivaciones para acciones y prácticas—, y, por otro, establecer los cambios que se han producido a nivel intergeneracional producto de los ajustes de las políticas públicas y de la reconfiguración del escenario rural.

2.3 Género y cuerpo: la perspectiva feminista en los estudios sobre salud/enfermedad/atención y la noción de agencia

El abordaje de los itinerarios terapéuticos de las mujeres de Maya, así como de los cambios intergeneracionales que se han producido de una generación a otra requieren de la incorporación de una perspectiva feminista, que permita analizar críticamente el contexto de la investigación respecto de la construcción de las identidades y de las relaciones que desarrollan, a partir, entre otros aspectos, de los roles de género asignados y asumidos por la población en los procesos de salud/enfermedad/atención (PSEA).

Los postulados de M. Mead, a partir de los estudios que realizó en Nueva Guinea, siguen siendo un referente pertinente y relevante que contextualiza el abordaje de los aspectos del género y de su injerencia en las relaciones sociales. Mead (1973) plantea que la socialización constante que surge del grupo familiar, durante la primera infancia, va estableciendo o determinando los atributos de cada sexo, idea contraria al supuesto origen innato y genético que se le atribuía a las diferencias sexuales:

Las diferencias entre individuos miembros de diferentes culturas, al igual que las diferencias entre individuos de una misma cultura, deben atribuirse

casí por entero a diferencias de condicionamientos, especialmente durante la primera niñez, y a la forma como estos condicionamientos son determinados culturalmente. Las diferencias estandarizadas de personalidad entre los sexos son del mismo orden, es decir, creaciones culturales a las que se adapta cada generación de hombres y mujeres. Sin embargo, persiste el problema del origen de estas diferencias socialmente estandarizadas. (Mead, 1973:308-309)

De esta manera, las personalidades femeninas y masculinas son definidas como un producto social, susceptibles de variación en dos niveles: de una cultura a otra, y en el transcurso de la historia. Es decir, dependiendo del contexto y del momento histórico, estas serán caracterizadas a partir de los condicionantes sociales. (Mead, 1973:308)

En relación con los roles que se construyen y se ponen en práctica en las interacciones sociales, es imprescindible abordar la noción de género. Scott (2008) señala que:

El núcleo de la definición depende de la conexión integral entre dos propuestas: el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales, las cuales se basan en las diferencias percibidas entre los sexos, y el género es una forma primaria de las relaciones simbólicas de poder. Los cambios en la organización de las relaciones sociales siempre corresponden a cambios en las representaciones del poder, pero la dirección del cambio no es necesariamente única. (Scott, 2008:65)

Asimismo, Scott (2008) sostiene que el género implica cuatro elementos que guardan relación entre sí: i) los símbolos disponibles que sugieren y traen a la memoria una multiplicidad de representaciones que pueden ser contradictorias también; ii) los conceptos normativos que proponen interpretaciones sobre los significados de los símbolos; iii) una idea de la política, y de las instituciones y organizaciones sociales; y iv) la identidad subjetiva (Scott, 2008:65-67). A partir de dichos elementos, el género se configura como un campo primario en el que o mediante el que el poder se articula, y que, aunque no es el único campo, se ha manifestado como un mecanismo persistente y recurrente que ha posibilitado la significación del poder (Scott, 2008:68).

Por otra parte, en las últimas décadas, desde el feminismo, se ha venido denunciando la naturalización social de las mujeres, en tanto asume el cuerpo humano desde una perspectiva esencialista y biologicista, en particular frente a determinados cuerpos que constituyen diversos colectivos —como las mujeres— que trae como consecuencia marginación social por razones biológicas y la anulación de cualquier posibilidad de generar cambios (Esteban, 2006:11). Por su parte, Ortner (1979), partiendo de la perspectiva simbólica del género, sostiene que, mientras los hombres han sido asociados con la cultura, las mujeres lo han sido con la naturaleza, con una clara connotación negativa o de devaluación frente a lo cultural. Esta postura se basa en tres argumentos principales: i) el cuerpo de la mujer y sus funciones tienen una relación más directa y estrecha que en el caso de los del hombre con procesos vitales de los seres humanos como la menstruación, embarazo, crianza, entre otros; ii) el cuerpo de la mujer y sus funciones son la razón de que se le asignen roles sociales como la socialización de seres humanos, que también son infravalorados; y iii) los roles sociales tradicionales asignados a la mujer constituyen una estructura psíquica distinta de la masculina, y ligada, antes que a la cultura, a la naturaleza. (Sadler, 2003:49)

En la práctica médico-sanitaria, así como en la práctica antropológica, ha habido una tendencia —vigente hasta el día de hoy— a reproducir “perspectivas deterministas y biologicistas” de la situación de las mujeres (Esteban, 2006:12). Por ello, surge la necesidad de reflexionar y teorizar sobre los aspectos vinculados a la capacidad reproductiva femenina que han servido de justificación, por ejemplo, para asignarles automáticamente y, como si se tratara de una cuestión de naturaleza, la responsabilidad de las actividades relacionadas con el cuidado de otros a las mujeres. (Esteban, 2006:11)

El etnocentrismo, que se evidencia en el uso concreto de nociones como “hogar, familia, parentesco, maternidad, sexualidad, reproducción/producción, doméstico/público” y en la aplicación de modelos interpretativos que construyen clasificaciones jerárquicas de las distintas realidades, legitima las desigualdades entre poblaciones y grupos sociales (Esteban, 2006:11). Esta situación ha generado, por un lado, lo que la autora llama la “supervisibilización de los roles reproductivos de las mujeres” y, por otro, “la invisibilización” de su contribución a la economía, a la política o a la religión. En consecuencia, a las mujeres se les ha circunscrito de manera exclusiva al rol de reproductoras biológicas, y la maternidad la ha sido configurada como dependiente de la

naturaleza. En este contexto, uno de los aportes de la perspectiva feminista ha sido evidenciar el carácter dinámico que presentan los procesos reproductivos, así como el control social que opera sobre ellos. (Esteban, 2006:12)

Por su parte, Lock (1993) ya venía reflexionando no solo sobre los dilemas teóricos, sino sobre las políticas de la práctica de la antropología y su uso en la disciplina. En ese sentido, sostiene que se debe resistir a las presiones externas para lograr el objetivo de evitar abordar el tema del cuerpo de manera limitada y restringida. El objetivo, por tanto, es propiciar el diálogo con la medicina y las ciencias epistemológicas, por un lado, y cuestionar las verdades universales, las fuentes de poder firmemente enraizadas y los relativismos intransigentes, por otro.

En ese sentido, el abordaje de las relaciones que se producen entre la noción de salud y el concepto de género requiere la reformulación de una serie de supuestos como

la definición médica de la enfermedad como desviación de una norma biológica; la doctrina sobre la existencia de una etiología específica de las enfermedades; la noción de que las enfermedades son universales; la idea de que la medicina es neutral; o la dicotomía mente/cuerpo. (Esteban, 2006:12)

De acuerdo con Jordan (1997), la biomedicina actúa como el único conocimiento autorizado en materia de salud en la mayoría de países occidentales. Para lograrlo, los médicos debieron imponerse sobre otros actores que se dedicaban a la salud/enfermedad, como curanderos, parteras y doctores de otras vertientes no occidentales, que, en su momento, eran personas respetadas y consultadas por sus conocimientos (Jordan, 1997:57). Luego de ese proceso de imposición cultural y "científica", el gremio médico logró que el conocimiento que manejan sea aceptado y reconocido como el único válido y racional, mientras que la voz de las mujeres suele ser silenciada: deslegitima la experiencia previa de la mujer, así como el conocimiento que tiene su propio cuerpo y, con ello, genera consecuencias negativas para su bienestar.

De esta manera, sostiene Jordan (1997) que la biomedicina ostenta un "conocimiento autorizado o legitimado", facultad que le otorga un poder absoluto a médicos y a otros actores del sistema médico científico, que les permite ordenar —que puede ser leído

también como un proceso de control y de disciplinamiento— la vida de todo ser humano desde el momento del nacimiento. Es evidente que no se trata realmente del único conocimiento válido del que se dispone, pero la construcción del discurso médico y científico ha sido tan fuerte, que casi resulta incuestionable y que constituye la base de la medicalización. El conocimiento autorizado se construye como parte de un proceso social continuo que conforma y refleja las relaciones de poder que se articulan dentro de una comunidad, y que se naturaliza. Por su parte, dentro del contexto biomédico, la tecnología establece lo que se debe ser considerado conocimiento autorizado, de modo que restringe y, muchas veces, prohíbe otras formas de conocimiento. Una de las graves consecuencias se observa en la escisión y apropiación de los cuerpos femeninos. (Jordan, 1997:57)

Desde esta perspectiva, ¿qué sucede con los grupos humanos que no reconocen completamente el poder de la biomedicina ni sus prácticas, que muchas veces son catalogadas como verticales y autoritarias?, ¿cuál es la capacidad que tienen los sujetos de estos grupos para 'hacer' desde sus conocimientos, sobre todo cuando son distintos a los que propone la biomedicina e incluso opuestos? y ¿cuáles son los caminos y los mecanismos que se ponen en práctica para lograr ese 'hacer'? Estas preguntas requieren observar la capacidad de agencia de los sujetos inmersos en este contexto, lejos de parámetros deterministas o esencialistas. De acuerdo con el análisis de Yon (2020), sobre la base de orientaciones conceptuales de la teoría de la práctica,

se postula una interacción compleja entre estructuras y agencia, que supera la visión dicotómica de los sujetos como completamente libres o totalmente determinados por las estructuras sociales. (Yon, 2020:2)

Además, el estudio realizado por Yon (2020) aporta a la conceptualización de la noción de agencia con la inclusión de la relación entre agencia y reflexividad, que posibilita el análisis del concepto de cambio social y no simplemente de los procesos de reproducción social (Yon, 2020:3). En este caso, es necesario anotar que —si bien en la comunidad de Maya conviven dos sistemas médicos diferenciados, uno de los cuales denota mayor poder (sistema de salud oficial)— es fundamental observar la capacidad de agencia de las mujeres de esta localidad. En ese sentido, la relevancia de la noción de agencia desarrollada por Yon (2020) se basa en que tiene como punto de partida la observación de la estructura y del orden social, donde los sujetos tienen la capacidad de decidir, de

gestionar y de actuar, dentro de un contexto de desigualdad social con la posibilidad de generar espacios para el cambio social.

Finalmente, es pertinente señalar que la capacidad de agencia —de las mujeres de la localidad de Maya, en este caso— se actualiza en un plano en el que se intersecan categorías que definen o constituyen la identidad de una persona en un contexto determinado. Desde esa perspectiva, resulta fundamental actualizar de manera permanente la pregunta de cómo operan las diferentes categorías en el análisis de una situación social, en tanto una perspectiva interseccional aporta la posibilidad de cuestionar aquellas percepciones reduccionistas, esencialistas o dicotómicas, que responden a estructuras preestablecidas, para, por el contrario, visibilizar las categorías que se entrecruzan para lograr describir y explicar de manera compleja un proceso social.



SEGUNDA PARTE:
DISEÑO METODOLÓGICO Y RESULTADOS

CAPÍTULO III
DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 El problema de la investigación

El problema de la investigación se enmarca en el ámbito la salud sexual y reproductiva de las mujeres. El libre desarrollo y ejercicio de la sexualidad de las mujeres, así como el acceso a atención en salud sexual y reproductiva que esté basada en el conocimiento y en el respeto de las particularidades de las mujeres, son aspectos fundamentales para desarrollo de la capacidad de decisión y autonomía. A lo largo del tiempo, las mujeres, sobre todo de zonas rurales, han llevado los procesos relacionados con la salud sexual y reproductiva a partir de los conocimientos que han adquirido de las generaciones que las han precedido, y de su propia coyuntura.

No obstante, desde inicios del siglo XX, se produjeron diversos cambios en las prácticas vinculadas con los procesos de embarazo, parto y puerperio, las cuales respondían a una serie de hechos —considerados avances— tanto a nivel científico como tecnológico que ya se estaban implementando desde las primeras décadas del siglo XIX en el Perú. De esta manera, el desarrollo tecnológico en el ámbito de la medicina fue uno de los hechos que impulsó fuertemente la medicalización del parto. Esta propuesta de control por parte del Estado del proceso fisiológico del parto de las mujeres fue convertido y usado como un mecanismo para buscar alcanzar ciertos objetivos demográficos y, por tanto, económicos, como parte de los planes de un estado en construcción.

Sin embargo, es necesario señalar que los cambios evidentemente han sido condicionados por el contexto en el que se han dado. En ese sentido, a lo largo del tiempo, como en toda sociedad, en el caso del Perú, estos cambios han ido formando un complejo entramado, sobre todo a partir de fines del siglo XX. La complejidad radica, probablemente, en que la cohesión o articulación de dicho entramado se percibe más en el discurso oficial, por

ejemplo, del Minsa, que se da de manera concreta a través de la normativa y de los protocolos de atención, mientras que las prácticas cotidianas que llevan a cabo las mujeres, sobre todo aquellas que son y habitan en zonas rurales, no se condicen con ese discurso.

Como parte de la implementación de las políticas públicas para la atención de la salud materna, muchas mujeres han sido expuestas dentro del sistema de salud oficial a situaciones de coerción y violencia en perjuicio de sus derechos sexuales y reproductivos (Dierna, 1999; Anderson, 1999, 2001; Yon, 2000; Calisaya, 2004; Velarde, 2007; Guerra-Reyes, 2019). Tales eventos se han convertido en parte del trato cotidiano y normalizado que, a pesar de haber sido explicitado desde varios ámbitos como la academia y distintas organizaciones de la sociedad civil, no ha sido revertido salvo en el discurso que se registra en las normas y los protocolos que elabora el Estado. El parto, entre otros procesos que corresponden a la salud sexual y reproductiva en el caso de las mujeres, constituye uno de los ritos de pasaje que es capaz de despertar, entre otros problemas estructurales como el racismo y el clasismo, la misoginia que se esconde detrás del discurso de igualdad y de derechos en general en un país como el Perú.

Como se ha señalado, desde el siglo XX, se han producido cambios que reconfiguran el contexto en el que se desenvuelven las mujeres, que no es posible dilucidar de manera simple. Tal como ha sido mencionado también, las relaciones de poder, de control y de vigilancia entre los establecimientos de salud y las mujeres rurales se mantienen vigentes. No obstante, es importante señalar que, así como se han producido cambios en el contexto, también se han producido cambios en las expectativas que presentan las mujeres rurales, así como en el uso de recursos y en las oportunidades a las que pueden acceder (Anderson, 2001; Oliart, 2008; Agüero, 2012; Ames, 2013; Boyd, 2013).

A partir del interés por comprender los cuidados de la salud sexual y reproductiva que implementan las mujeres, resulta pertinente pensar el tema en función de la correspondencia entre cuerpo individual y cuerpo político. De acuerdo con Herzfeld (2001), en esa relación, son las instituciones sociales las que regulan, rigen y manipulan la posibilidad de definir lo que es dolor y cuidado. El cuerpo político evade el reconocimiento del dolor y del sufrimiento a través de una compensación: leyes o normas que únicamente culpabilizan, pero no reconocen al individuo ni el cuidado de la comunidad. Al asumir que el cuidado está relacionado con la posibilidad de ver las

relaciones entre seres humanos, se puede señalar que el cuidado o los sistemas de cuidado no son considerados en el sistema de salud, por ejemplo. Como señala el autor, el dolor y el sufrimiento pueden ser experiencias activamente creadas y distribuidas en nombre del mismo orden social por quienes se ubican en el poder, de modo que, en este caso, se aplican en perjuicio de las mujeres para crear o mantener la moral y crear sujetos sociales que permitan mantener dicho orden. Esto se puede observar en el maltrato sistemático y sistémico —que se puede percibir como una forma de castigo— del que son objeto las mujeres al ser atendidas en el sistema de salud, ya sea por el ejercicio de su sexualidad o por mostrar indicios de que han realizado algo fuera del sistema oficial. Es en este contexto en el que considero relevante indagar por los procesos que han implicado cambios y permanencias en el desarrollo de la salud sexual y reproductiva de las mujeres de Maya a partir del análisis de los itinerarios terapéuticos que han seguido dos generaciones de mujeres de esta localidad.

La relevancia de la presente investigación, en primer lugar, radica en que permitirá conocer los itinerarios que siguen las mujeres de Maya para la atención de los procesos de embarazo y parto, así como las concepciones que tienen sobre aspectos vinculados con salud sexual y reproductiva, en particular, con lo relacionado a la partería. Asimismo, permitirá establecer cuáles son las prácticas comunitarias —no consideradas por la biomedicina— que aún son requeridas por las mujeres gestantes, quiénes las llevan a cabo en la comunidad, cómo han sido transmitidas y cómo acceden a estas.

En segundo lugar, permitirá conocer los cambios que se han producido de una generación de mujeres de Maya a otra respecto de las concepciones y prácticas vinculadas con salud sexual y reproductiva dentro de un contexto en el que se producen otros cambios de tipo educativo, económico, movilidad espacial, de acceso a la tecnología y otros, pero en el que prevalecen diversas continuidades en las desigualdades sociales y formas de discriminación étnica y de género que configuran las oportunidades de las mujeres de esta localidad.

De acuerdo con Asensio (2012), como parte de los resultados obtenidos preliminarmente del Programa Nuevas Trenzas, *Nuevas (y viejas) historias sobre las mujeres rurales jóvenes de América Latina*, se da cuenta de seis temas clave de análisis:

- i) Economía del cuidado. Uno de los obstáculos que enfrentan las mujeres de zonas rurales se basa en la continuidad de patrones de división del trabajo, en los que a los hombres les corresponden las tareas de producción, mientras que las mujeres las de reproducción, de modo que es a ellas a quienes se les asignan las labores domésticas. (Asensio, 2012:37)
- ii) Políticas del cuerpo y derechos sexuales. Un aspecto preponderante en las trayectorias que desarrollan las mujeres jóvenes de zonas rurales es la edad en que se tiene el primer hijo o hija, y las acciones relacionadas con la constitución de un nuevo hogar —que responden más a presiones sociales que a sus expectativas—. (Asensio, 2012:37-38)
- iii) Acceso y puesta en valor de activos no tradicionales. Dado que persiste la transmisión de activos por vía masculina de manera privilegiada, las mujeres rurales presentan dificultades para ejercer el control de los activos fundamentales que les permitiría desarrollar las actividades agropecuarias tradicionales. (Asensio, 2012:38)
- iv) Acceso a nuevas tecnologías de la información. Si bien están vigentes las brechas que afectan a las mujeres de zonas rurales, las TIC han influido en la socialización de las generaciones más jóvenes, y han generado que se reduzcan las diferencias con sus pares de zonas urbanas y que se distancien aún más de sus madres y de sus abuelas. (Asensio, 2012:38-39)
- v) Inserción financiera. Se han venido implementando proyectos que sitúan a las mujeres como centro, y cuyo objetivo es el fortalecimiento del trato entre la población de zonas rurales y el sistema financiero formal. (Asensio, 2012:39)
- vi) Acceso a formación superior. Si bien la brecha de género en el acceso a educación primaria se ha eliminado, el acceso de una mujer rural a formación especializada en educación superior sigue siendo algo extraordinario. (Asensio, 2012:37-39)

Asimismo, a partir de los resultados preliminares, se configura el perfil de las mujeres rurales jóvenes de América Latina. Asensio (2012) señala que es un grupo articulado que es parte de una transformación en la coincide una serie de factores: ampliación de los servicios de educación y de salud; mayor presencia del Estado; nuevas dinámicas en la economía; cambios en las formas tradicionales de sociabilidad; recomposición de las formas de propiedad y de los modos de acceso a activos clave; el aumento de conflictos por el territorio y por el medioambiente; estrategias de participación política nuevas; nuevas expresiones de identidad a nivel colectivo, étnico, cultural o de grupo; nuevas narrativas de lo que significa éxito tanto individual como colectivamente; ampliación de un discurso reivindicativo y de derechos; entre otros. (Asensio, 2012:32)

De acuerdo con los factores presentados, las mujeres rurales jóvenes representarían una suerte de puente entre el ámbito rural y el urbano. Desde temprana edad, muchas mujeres rurales acceden a la escuela y se acercan a experiencias propias del ámbito urbano. Asimismo, se movilizan más que sus madres en esos espacios, de modo que es probable que como parte de este proceso las mujeres jóvenes rurales adopten patrones, hábitos, habilidades y empiecen a tener expectativas de vida más urbana. Por ello, Asensio (2012) concluye que las mujeres jóvenes rurales se parecen o están más cerca de sus pares urbanas, y menos de sus madres y abuelas. (2012:38)

A partir de los resultados de la primera etapa de este programa, las mujeres rurales jóvenes cuentan con un capital humano y social notablemente superior al que tuvieron otras generaciones de mujeres rurales. No obstante, se señala que las mujeres rurales jóvenes continúan estancadas dentro de un contexto de desigualdades entrecruzadas, que revela el mantenimiento de aspectos estructurales, cultural y socialmente arraigados, y que determinan sus trayectorias vitales, así como la forma de regular el acceso a activos. Asimismo, dentro del hogar, se mantiene la división del trabajo en perjuicio de las mujeres. (Asensio, 2012:36)

Es necesario, sin embargo, comprender que, en el contexto descrito, si bien se han dado avances respecto del acortamiento de las brechas de género y de lugar de residencia, aún falta mucho para alcanzar la equidad e inclusión social. De acuerdo con los resultados del estudio (Asensio, 2012:31-32), las trayectorias personales de las mujeres rurales jóvenes (que se encuentran entre los 18 y 22 años) dan un giro que dificulta el desarrollo de

estrategias de autonomía. Las razones son diversas; una de ellas se encuentra en las normas de acceso a la tierra, que sigue privilegiando a los hombres por encima de las mujeres, lo que puede generar mayor dependencia laboral.

Un cambio visible es el acceso de las mujeres jóvenes rurales a la educación y la permanencia en el sistema educativo formal: se observa un nivel de acceso similar al de los hombres y se evidencia mayor permanencia de las mujeres jóvenes en relación con la generación de mujeres anterior. Esta situación ha generado una mayor movilidad del ámbito rural al urbano, así como una mayor posibilidad de relacionarse con sus pares fuera de su lugar de residencia. En la localidad de Maya, actualmente las mujeres que culminan la educación básica regular (EBR) tienen mayores probabilidades que la generación de mujeres anterior de acceder a educación superior, ya sea técnica o universitaria, a diferencia de sus madres, quienes lograron culminar únicamente primaria.

La movilidad entre el ámbito rural y urbano responde, además de a aspectos laborales, al acceso a educación superior. Cabe precisar, sin embargo, que la posibilidad del acceso al nivel educativo superior está determinada por varios requisitos, además de haber culminado con éxito la EBR. En primer lugar, podrán acceder a estudios superiores aquellas mujeres jóvenes cuyas familias cuenten con los recursos económicos que les permitan costear los gastos que implica la educación superior, ya sea privada o pública: preparación en una academia preuniversitaria, matrícula, mensualidad, materiales, movilidad o transporte, alimentación, entre otros. Los gastos señalados son considerados por el padre o la madre una inversión a futuro para sus hijas e implica un recorte de otros gastos o un ajuste al presupuesto en el que se basa la economía familiar. No obstante, aún esta práctica no se encuentra muy extendida por las ideas respecto de los roles de género asignados a los hombres y a las mujeres o porque existe una urgencia en la productividad y en la generación de ingresos para la manutención de la familia. A eso se debe agregar que, en el caso de las mujeres, como sucede en distintos contextos, la maternidad se convierte muchas veces en un obstáculo de manera automática y difícilmente superable para que una mujer pueda acceder a estudios superiores o a un trabajo fuera de su comunidad.

En tercer lugar, permitirá conocer la relación que se da entre el personal del sistema de salud oficial y las mujeres de Maya en el contexto de la obligatoriedad del parto institucional. Específicamente, el aporte estaría en conocer si se han producido cambios

en esta relación: si la relación entre ambos grupos se ha reconfigurado, más allá del desencuentro del que da cuenta la bibliografía disponible. En ese sentido, es pertinente analizar cómo se negocian los conocimientos y las expectativas de ambas generaciones de mujeres, y cómo se resuelven los conflictos heredados y los que surgen en un contexto de cambios.

Se han producido cambios respecto de la atención en salud sexual y reproductiva, en particular hacia las mujeres durante el proceso de parto. A partir de las políticas de salud impulsadas por el Estado a través del Ministerio de Salud (Minsa), concretamente la política institucional de atención al parto —a diferencia de mujeres de generaciones anteriores, en particular aquellas que superan los 40 años— las mujeres de Maya actualmente deben seguir la norma vigente y los protocolos establecidos para la atención en salud materna, de modo que sus partos deben ser atendidos en el Hospital de Carhuaz.

Dicha situación implica que, aparentemente, la labor del Estado ha tenido éxito en relación con la promoción del parto institucional a través de campañas que buscan, en primer lugar, que las mujeres embarazadas sigan regularmente los controles prenatales (CPN) en el Puesto de salud de Maya y, en segundo lugar, que el parto sea hospitalario. Este cambio podría haber generado efectos en la forma de llevar el embarazo, en la relación con el entorno inmediato como la familia y la comunidad, y en el uso de una pluralidad de conocimientos y de recursos sobre las prácticas consideradas tradicionales. No obstante, esto no necesariamente significa que todas las concepciones y prácticas vinculadas con la partería y con el conocimiento médico considerado tradicional hayan desaparecido. Por el contrario, muchos de los saberes y prácticas del sistema comunitario siguen vigentes y conviven con el sistema médico oficial.

Es necesario enfatizar la importancia que implica la relación entre el Estado y las mujeres rurales en temas de salud para el desarrollo y el bienestar de las mujeres y de sus familias. En el Perú, a pesar de los avances en los indicadores de salud de las zonas rurales, la desigualdad territorial entre ámbitos urbanos y rurales del Perú sigue manifestándose (Yon, 2016:485): la tasa de desnutrición crónica infantil (Endes, 2013) en el ámbito urbano es de 10,3 %, mientras que en el rural llega a 32,3 %; la razón de mortalidad materna para el periodo 2007-2011 (Minsa, 2013) en el ámbito urbano es de 70 por 100 mil nacidos vivos, a diferencia de 161,5 por 100 mil nacidos vivos en el rural; el control prenatal pasó

de 38,4 % en 1991/92 a 88,9 % en 2013 en zonas rurales, y el parto institucional de 15,2 % a 69,8 % en el mismo periodo.

Asimismo, la aceptación y calidad en la atención persisten como una problemática a pesar de la difusión de servicios de salud públicos en zonas rurales. Estas cifras reflejan la persistencia de barreras en el acceso y provisión de servicios de salud para mujeres, sobre todo de zonas rurales, donde las prácticas obstétricas se implementan muchas veces a través de mecanismos violentos contra las mujeres gestantes, en parte por la falta de capacidad del personal de salud para comprender las diferencias culturales, así como por prejuicios que repercuten en una atención basada en la paciencia y en privilegiar la preocupación por el bienestar —referido como cariño por las usuarias—, como desean las mujeres (Robledo, 2020:39). El sistema sanitario en el Perú se enfrenta a complejas problemáticas de orden económico, administrativo y de gestión: carencias presupuestales; una frágil rectoría; falta de recursos para infraestructura, equipamiento e insumos; falta de personal asistencial y falta de la calidad de los servicios de salud (Defensoría del Pueblo, 2013:204 citado en Yon, 2016:485). Además, los servicios de salud públicos en zonas rurales no suelen estar ligados al bienestar o al progreso, debido a los choques culturales y situaciones de desconfianza que producen, por ejemplo, los métodos de planificación familiar, los suplementos vitamínicos para las gestantes, el parto institucional, entre otros (Yon, 2016:486).

A pesar de que hay aspectos positivos que se reconocen en las políticas públicas, es innegable que ha traído perjuicios para las mujeres en términos de derechos, de acceso a salud y de construcción de ciudadanía (Robledo, 2020:75). Cifras recientes dan cuenta del avance en el proceso de institucionalización del parto dentro del sistema de salud: en 2017, el 93 % de los partos en el Perú fue institucional. De este porcentaje, la zona urbana constituye el ámbito en que se produce mayoritariamente este tipo de parto: 97,7 %, mientras que a nivel rural es de 79,1 %, en sierra y selva. De acuerdo con Endes (2017), la población indígena de estas regiones que accedió al parto institucional fue de 90,2 % en la sierra y 80,4 % en la selva. Por su parte, los partos domiciliarios, atendidos por parteras empíricas en 2017 fue de 3,47 % a diferencia de 2012, que fue el 7 %. Si bien estas cifras aportan a los objetivos de las políticas públicas en salud, dejan la interrogante si ese aumento en las atenciones dentro de un establecimiento de salud ha supuesto una atención sin pertinencia cultural. (Chirapaq, 2016)

Si bien se ha expandido la cobertura de los servicios de salud públicos en zonas rurales, la relación entre el Estado y las poblaciones rurales no refleja cambios sustanciales. Aún no se logra cerrar las brechas en indicadores de salud como desnutrición crónica infantil y mortalidad materna, ni se garantiza la calidad de atención (Yon, 2016:537). Tal como sostiene Yon (2016), nos encontramos en una situación que no cuenta con los mecanismos adecuados y efectivos para revertir la gravedad de la situación de la salud en el Perú, sobre todo en el ámbito rural:

[...] la expansión de la biomedicina y sus instituciones no es suficiente para traer salud (y desarrollo), sino que depende de cómo se establezca un nuevo contrato social con los ciudadanos de ámbitos rurales de diversas culturas en términos de redistribución y reconocimiento en las políticas sociales. (Yon, 2016:537)

3.2 Preguntas de investigación

Pregunta principal

¿Cómo se re-configuran y vinculan los itinerarios que siguen las mujeres de dos diferentes generaciones de la localidad de Maya (Áncash) para la atención del embarazo y el parto, en el contexto de las políticas de promoción del parto institucional y de cambios en el contexto local rural?

Preguntas secundarias

- ¿Qué aspectos vinculados con la noción de maternidad y el rol de madre (expectativas sobre derechos y responsabilidades) están presentes en los itinerarios que han seguido las mujeres de Maya?
- ¿Qué formas de diálogo o de adaptación han desarrollado las mujeres de Maya frente a la presencia y acción del sistema oficial de salud (principalmente las políticas de promoción del parto institucional como obligatorio)?
- ¿Qué implicancias tiene para las mujeres de Maya la re-configuración de los itinerarios que han seguido en términos de la relación con la partería indígena?

3.3 Metodología

Con el fin de estudiar los cambios intergeneracionales y los itinerarios terapéuticos, que implica la toma de decisiones en el proceso de atención de la salud, he seguido una metodología cualitativa y con enfoque etnográfico a partir de estudios de caso. El caso constituye un “‘sistema limitado’ en tiempo y espacio, que incluye múltiple información y altamente sensible al contexto”, de modo que conforma unidades analíticas de interés por su carácter concreto y su especificidad circunstancial, así como “por su valor heurístico en términos de la elaboración y contrastación de hipótesis” (Creswell, 1998; Sy, 2008 citado en Bagre, 2018:4).

En ese sentido, de acuerdo con esta perspectiva, es sumamente importante la subjetividad dentro del campo, tanto en lo que respecta a los procesos de influencia sobre los actores como a la subjetividad del actor que se introduce en el contexto de la investigación. De esta manera, en la realidad o el contexto del que se parte, se debe tener en cuenta tres dimensiones:

- Las personas y las relaciones construidas con otros en su contexto social y cultural.
- Los eventos, en los que los acontecimientos constituyen el foco de atención.
- Las ideas o símbolos imaginarios, es decir, las formas de representar la realidad.

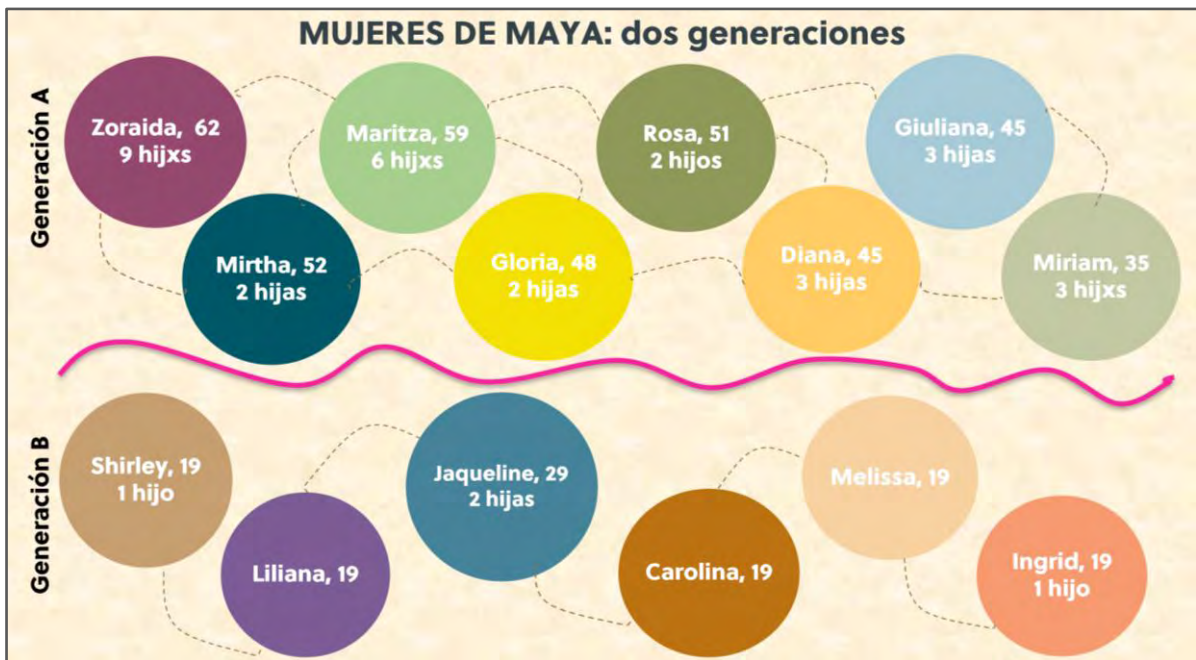
La etapa de recolección de información en campo se realizó en la localidad de Maya en dos etapas: entre noviembre de 2009 y septiembre de 2010³, y en septiembre de 2021. En total, el trabajo tuvo una duración aproximada de veinte semanas con estadías entre una o dos semanas en campo.

3.3.1 Selección de casos

Para el estudio, se seleccionó dos grupos de mujeres que pertenecen a dos grupos etarios distintos y que presentan las siguientes características generales:

- Grupo A: ocho mujeres entre 30 y 60 años que tuvieran por lo menos una experiencia de parto
- Grupo B: seis mujeres entre 19 y 29 años que no necesariamente tuvieran experiencia de parto

³ Cabe precisar que la información recogida durante el periodo mencionado no ha sido analizada ni es parte de alguna publicación. El análisis de dicha información será parte por primera vez de la presente investigación.



Asimismo, se seleccionó un grupo de profesionales de la salud que son parte del sistema de salud oficial.

- Grupo C: dos médicas (serumistas), tres obstetras y dos enfermeras, que trabajaron o que trabajan aún en la posta de salud de Maya

Finalmente, se incorporó un grupo complementario: la escuela de Maya, en tanto constituye una de las dos instancias del estado, además del EESS, con presencia permanente e injerencia en la localidad, pero que está claramente diferenciado de la población y del puesto de salud. El interés en considerar a las y los profesionales (directora y docentes) a cargo de la escuela como parte de la investigación se basa en que, durante las primeras semanas del trabajo que implicó observación y entrevistas, se reveló que existen dificultades para construir una relación dialógica con la población y lograr una interacción que mejore la calidad de vida de los pobladores.

- Grupo D: directora y docentes de la escuela de Maya

3.3.2 Métodos de recolección

Con el fin de alcanzar los objetivos del presente estudio, se aplicaron principalmente dos técnicas que son parte de los métodos cualitativos de investigación: la observación participante del contexto en el que se desarrollan las mujeres de Maya cotidianamente, así como en su rol de usuarias del sistema de salud oficial; y entrevistas en profundidad tanto a las mujeres de Maya, como al personal de salud y a otros actores de la comunidad.

En primer lugar, la observación participante es una técnica de la investigación social, que permite acercarse y conocer muy de cerca a las y los sujetos dentro del propio contexto socio-cultural donde suceden y se desarrollan las situaciones que competen a la investigación. Como parte de esta técnica, el o la investigadora, con sistematicidad y conciencia sobre la investigación, comparte las actividades cotidianas y establece vínculos con diversas personas.

De acuerdo con Taylor y Bogdan (1992), la observación participante implica la interacción social entre el investigador y los informantes dentro del contexto de los últimos, durante un periodo en el que se recogen datos con sistematicidad evitando ser intrusivo. Del mismo modo, cabe resaltar que el enfoque metodológico de quienes realizan observación participante, a pesar de tener una metodología e inclinación o interés por la investigación, va a evolucionar en tanto se pone en práctica (Taylor y Bogdan, 1992:31-32). Las y los observadores participantes realizan sus estudios en situaciones que se producen dentro de campo, con lo que les es posible obtener una experiencia directa del mundo social.

Se realizó observación participante en distintos espacios y situaciones tanto en Maya como en Carhuaz (en el camino hacia Maya, en la posta de Maya, dentro y fuera de las casas, en la combi de la ruta Carhuaz-Maya-Carhuaz, en la escuela) y con distintos actores de la comunidad que no necesariamente son parte de la población de este estudio. Las conversaciones espontáneas que se dieron con distintas personas de Maya y de otras comunidades aledañas también, con quienes nos encontrábamos en el camino de subida o de bajada, fueron de gran importancia.

En segundo lugar, las entrevistas en profundidad se definen como no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas; son flexibles y dinámicas. Es una tarea compleja establecer un número fijo y un tipo de informantes previamente, de modo que se pueden realizar ajustes en el proceso. Es difícil determinar a cuántas personas se debe entrevistar en un estudio cualitativo. El o la investigadora se basa en gran medida sobre relatos verbales, que se desarrollan a partir de encuentros cara a cara entre la o el investigador y los informantes, que buscan recoger las perspectivas de los informantes. Al igual que en el caso de la observación, el o la investigadora formula en un inicio no directivas y, en el camino, va reconociendo lo que es importante para los informantes en lugar de enfocar la entrevista hacia los intereses de la investigación. Del mismo modo, las entrevistas en profundidad también se pueden orientar hacia el aprendizaje de acontecimientos y actividades, que no pueden ser observados directamente, como el que los interlocutores asumen el rol de observadores de la o del investigador. (Taylor y Bogdan, 1992)

Como parte previa a las entrevistas y teniendo en cuenta la selección de casos, se elaboraron como instrumentos de base dos guías de entrevista para los dos grupos de actores involucrados en esta investigación: una para las mujeres de la comunidad de Maya y otra para el personal de salud. Las entrevistas realizadas, a partir de la guía base, fueron conversacionales y semiestructuradas. Luego, con la incorporación de la escuela como otro actor se ajustó la guía. El objetivo de este instrumento fue profundizar en los temas de interés y dejar abierta la posibilidad de que ambos grupos pudieran plantear o discutir temas vinculados con las preguntas, pero no necesariamente precisados desde un inicio. Finalmente, la información fue registrada a través de grabaciones (audio) y de un cuaderno de campo.

La primera etapa en campo, realizada entre noviembre de 2009 y septiembre de 2010, fue momento importante que propició la reformulación de varios aspectos del proceso de elaboración del proyecto de tesis. Los primeros encuentros en campo permitieron iniciar un acercamiento con distintas personas para conversar sobre diversos temas tanto en Carhuaz como en Maya con la intención de conocernos y establecer un primer contacto que me permitiera contarles con mayor confianza la idea del trabajo que realizaría. La realidad mostró que, cuanto más cerca estaba de la ciudad de Carhuaz,

fue más difícil que las señoras accedieran a conversar. Fue camino a las zonas altas que pude establecer los primeros contactos con las mujeres que han participado de este estudio. Ya en Maya, teniendo en cuenta los procedimientos que deben cumplirse como parte de las normas implícitas de una comunidad, me presenté formalmente — con un documento de la universidad que acreditaba mi investigación— ante el presidente de la comunidad y el obstetra a cargo del Puesto de salud. Ninguno de ellos —considerado o nombrado como autoridad— me pudo dar algún contacto, a pesar de que el segundo tuvo la intención de apoyar mi proyecto en este primer acercamiento.

Sin embargo, la posibilidad se abrió en el camino rumbo a la zona poblada desde la posta de Maya. Cabe señalar que la posta no está cerca de las viviendas de Maya; son aproximadamente 30 minutos de camino en subida. En el camino, de manera espontánea, empezamos a conversar dos señoras y yo mientras subíamos por la trocha. Ellas estaban yendo a sus casas y yo empezaba a conocer el lugar. Cuando estábamos subiendo, a una de ellas se le rompió la sandalia. La reacción que tuvo fue de reír sin poder parar. Fue tal la risa, que las tres terminamos contagiadas sin poder parar de reírnos durante muchos minutos. Una de las señoras se quedó en el camino y continué subiendo con la otra señora, a quien le conté sobre la investigación. Fue realmente una suerte que ella quisiera participar y que me invitara además a la reunión de tejido, que tenían los viernes en un local —como parte de un proyecto de CARE— para presentarme a otras señoras que ella creía que también iban a querer participar.

Así como tuve la posibilidad de tener estos primeros encuentros positivos, hubo muchos que revelaban las suspicacias que yo podía estar despertando en la comunidad debido a la desconfianza absolutamente justificada de muchas personas ante la presencia de una persona foránea. No obstante, me fui dando cuenta de que no me consideraban tan diferente o lejana. Esta percepción se basa en el hecho de que muchas personas pensaban que yo era de Carhuaz o de Huaraz, lo que resulta en algún sentido cercano a la población de Maya. Se sabe, en general, que en localidades rurales de la zona andina ha habido mucha presencia de proyectos de diverso tipo, vinculados con explotación de recursos o con desarrollo, de ahí que suele usarse la expresión “ingeniero/a” o “profesor/a” para aquellas personas que van a investigar o implementar algún proyecto. Uno de los choferes del servicio de combis que hacía la ruta Carhuaz-Maya pensaba que yo era ingeniera. La señora, a quien ya conocía, le dice que soy profesora. Inmediatamente, el chofer inicia una conversación —con voz muy alta—

sobre los proyectos, sobre la gente que viene de afuera, pero que “no rinde frutos tanta inversión en plata y tiempos de los hombres y mujeres comuneros”. Luego hablan de política y se va. Cuando estamos solas, la señora me dice que a ella sí le va bien con lo que ha aprendido.

De esta manera, se produjo el inicio del trabajo de campo. Aunque el comienzo no fue tan complejo, el lograr las entrevistas/conversaciones luego de establecer el primer acercamiento sí lo fue, debido a diversos motivos: hablar sobre temas de salud sexual y reproductiva requiere de contexto de confianza y comodidad, que no se puede alcanzar ni fácil ni rápidamente; encontrar un momento en el que las mujeres estuvieran tranquilas y sin las tensiones que traen las innumerables actividades que deben realizar a lo largo del día; y el hecho de que yo no tuviera hijos pasados los 30 años llamaba la atención y, probablemente, despertaba algún tipo de desconfianza también.

En un primer momento, no se consideró necesario aplicar la guía de entrevista, porque la idea era conocernos con quienes pudieran participar. A partir del segundo encuentro, como producto de las primeras conversaciones y de las posibilidades de establecer los contactos, vi necesario ajustar el perfil de la población. Así, se estableció que las participantes serían mujeres de Maya de dos generaciones dentro de las edades señaladas anteriormente, y que también se establecería contacto con el personal de salud y con la escuela de Maya.

La segunda etapa del trabajo de campo se llevó a cabo en septiembre de 2021. Luego de evaluar la necesidad de recoger más información que me permitiera analizar los cambios que se han producido a nivel intergeneracional, decidí volver a campo en 2020 para recoger información que pudiera complementar la data existente. La crisis sanitaria desatada por la pandemia del Covid-19 en el Perú sumada al que hecho de que en ese momento aún no se hubiera implementado un plan de vacunación me llevó a posponer esta idea. En agosto de 2021, luego de que en el Perú finalmente el plan de vacunación avanzaba, y específicamente en Áncash, y de que yo ya había recibido las dos dosis de la vacuna, volví a pensar en la posibilidad del retorno. No obstante, el plan suponía un riesgo por el tiempo transcurrido desde el primer campo: las probabilidades de localizar a las personas que participaron desde el inicio de este proyecto no parecían muy altas y, sobre todo, la posibilidad de reestablecer el vínculo con las mujeres que conocí durante esa primera etapa parecía lejana.

Mientras pensaba en las posibilidades del retorno, surgió el recuerdo de unas fotografías que les tomé a algunas personas de la comunidad en 2009. En aquel momento, no tenía planeado registrar parte del proceso a través de fotos; fue una situación que surgió de manera espontánea. Yo llevaba una cámara pequeña Kodak muy básica para poder registrar información importante como documentos, registros de nacimientos o carteles informativos de la posta. Un día en la comunidad, mientras conversábamos con niñas y niños fuera de la bodega de una de las señoras de Maya, les pregunté si querían que les tomara una foto. La mayoría accedió. Mi idea era imprimir las fotos y dárselas, así que, cuando volvía por la tarde a Carhuaz, las imprimía en una tiendita en la que vendían papelería y realizaban impresiones, siempre y cuando tuvieran papel fotográfico. En un contexto en el que el recuerdo de la infancia no suele tener un recurso material de apoyo como las fotografías, pensé —desde mi perspectiva— que podía tal vez ser algo que en el futuro les gustaría tener a los niños y niñas. No sé hasta qué punto esa interferencia, producto de mi propia proyección, pudo haber tenido alguna consecuencia en mi investigación, pero percibo que no fue negativa. Fue una extraña e impredecible manera de conectar, y en algún sentido de establecer un vínculo, sobre todo con niñas y niños, que no estaba previsto que participaran de manera directa en la investigación. Logré entregar todas las fotos entre 2009 y 2010; sin embargo, no alcancé entregarles sus fotos a dos niñas, así que las guardé en mi cuaderno de campo.

Cuando planeaba el viaje de retorno a Maya en septiembre de 2021, me di cuenta de que este viaje había despertado mucha ilusión, expectativas, emoción y compromiso con el trabajo que había empezado con las mujeres de Maya hace diez años. Tenía toda la información teórica, así como los datos y recuerdos del primer campo en mi cabeza. También tenía los aspectos más formales preparados, pero lo más importante aún no lo resolvía: ¿cómo llego a Maya y cómo reestablezco la conexión con las mujeres? Previamente, había buscado hasta el cansancio formas de contactarme con las personas a través de números de celulares que había anotado en mi cuaderno de campo y en papelitos, pero ya no se encontraban activos y todas las direcciones de correos electrónicos que había podido anotar rebotaban una y otra vez. Luego de haber leído y revisado cada hoja de mi cuaderno verde, solo deseaba que me diera un dato escondido y sí: ahí estaban las fotos impresas en esa especie de sobre en la última hoja

que tenía mi cuaderno espiral, así fue que con fotos en mano y con una enorme ilusión me enrumbé en el bus de la ruta Lima-Carhuaz.

Llegué a Maya por la mañana. Lo primero que tenía pensado era ir a saludar a una mujer muy especial, a quien le guardo un enorme aprecio y agradecimiento. Fue la primera señora de la comunidad con quien conversé, a quien le conté lo que estaba haciendo y quien, a lo largo del primer trabajo de campo, no solo me dio los contactos de las mujeres que conocía —sus vecinas, sus amigas, sus comadres—, sino, sobre todo, ánimo para lograr avanzar. Su bodega, en realidad ese murito de cemento que estaba afuera, se convirtió sin planearlo en un lugar central, pero sobre todo en una especie de refugio: una banca cómoda a pesar del material donde podía sentarme a pensar, a escribir o simplemente a esperar. Siempre mostró mucha empatía y solidaridad conmigo. Ese día, llegué con mucha emoción y me dirigí a su casa para reencontrarme con ella. Antes de llegar a la puerta de su casa, encontré a su vecina. Le pregunté por ella y me dijo había fallecido en 2019. Dicen que salió de su casa un domingo y ya no regresó.

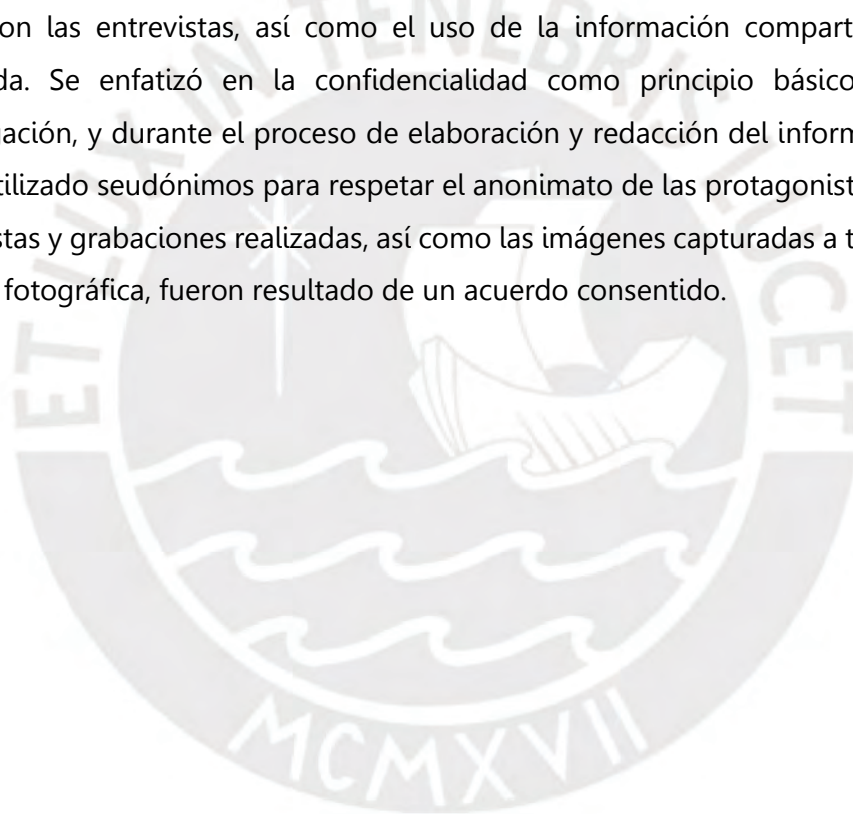
Así empezó mi segundo trabajo de campo: con una gran pena. Durante unos segundos, pensé en el tiempo transcurrido. Si bien puede ser una reflexión poco útil, es inevitable cuestionarse por las personas que son parte de una investigación y que suelen adquirir sentido e importancia dentro del contexto de esta. Luego de conversar un rato con la señora, pregunté por una de las niñas. Fue necesario mostrar la foto, y contar la historia del contexto en que la tomé, sobre todo contarle acerca de mi trabajo. Apenas mostré la foto, reconocieron a la niña y me dijeron dónde vivía. Así fue cómo la encontré. Ya no era una niña, evidentemente. A través de ella, y del recuerdo de esos años, pude reconectarme con las niñas, ya adultas, con quienes había conversado una década antes, y con sus mamás.

En este segundo trabajo de campo, se siguió la misma línea metodológica y se utilizaron los mismos instrumentos de la primera etapa. Sin embargo, además de que fueron incorporados temas vinculados con la situación de pandemia por el Covid-19 que estábamos enfrentando, logré entrevistarme nuevamente con varias personas con quienes había conversado durante la primera etapa de campo, lo que ha sido sumamente valioso para el desarrollo de la presente investigación.

La relevancia de la segunda etapa de trabajo de campo se centra en el recojo de las opiniones y reflexiones de las participantes desde una visión retrospectiva sumada a las nuevas expectativas frente al futuro. Esta mirada brinda importantes elementos para el enriquecimiento del análisis de los cambios y permanencias en las vidas de las mujeres de Maya a nivel intergeneracional.

3.3.3 Consideraciones éticas

A lo largo del proceso de trabajo de campo, se tuvo sumo cuidado de respetar la decisión de las personas convocadas de participar en esta investigación, quienes aceptaron las entrevistas, así como el uso de la información compartida para ser analizada. Se enfatizó en la confidencialidad como principio básico durante la investigación, y durante el proceso de elaboración y redacción del informe, en el que se ha utilizado seudónimos para respetar el anonimato de las protagonistas. Todas las entrevistas y grabaciones realizadas, así como las imágenes capturadas a través de una cámara fotográfica, fueron resultado de un acuerdo consentido.



CAPÍTULO IV

TRAYECTORIAS DE VIDA DE DOS GENERACIONES DE MUJERES DE MAYA EN UN CONTEXTO DE CAMBIOS

4.1 Maya a modo de contextualización

Maya es un centro poblado, que está categorizado como caserío y que pertenece a la comunidad campesina de Ecash —que cuenta con 4000 familias comuneras—. Maya se encuentra en la provincia de Carhuaz, en el departamento de Áncash. Maya limita por el norte con Tinco, por el sur con Rámpac Grande, por el este con Carhuaz y por el oeste con Tauripampa. Se ubica a una altitud máxima de 3360 msnm y su media es de 2638 msnm. Cuenta con una población de 650 habitantes (INEI, 2018).

Información poblacional - MAYA (CPV 2017)																
Población que habla alguna lengua indígena u originaria (aprox.)	% de población que habla alguna lengua indígena u originaria	De 0 a 4 años (aprox.)		De 5 a 14 años (aprox.)		De 15 a 29 años (aprox.)		De 30 a 64 años (aprox.)		De 65 años a más (aprox.)		Población masculina (aprox.)	% de población masculina	Población femenina (aprox.)	% de población femenina	Población Total (aprox.)
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%					
397	64.76	68	10.46	122	18.77	148	22.77	239	36.77	73	11.23	305	46.92	345	53.08	650

Fuente: INEI, 2017

Información de brechas de acceso a servicios básicos – MAYA (CPV 2017)					
Nº de Viviendas sin servicio de agua potable (aprox.)	% de Viviendas sin servicio de agua potable	Nº de Viviendas sin servicio de desagüe (aprox.)	% de Viviendas sin servicio de desagüe	Nº de Viviendas sin servicio de electricidad (aprox.)	% de Viviendas sin servicio de electricidad
9	4.76	41	21.69	12	6.35

Fuente: INEI, 2017

En relación con la atención en salud, cuenta con un establecimiento de salud de primer nivel de atención (categoría I-2), y tiene bajo su jurisdicción y responsabilidad la atención de 2434 habitantes. No cuenta con ambulancia ni con ningún tipo de transporte para pacientes en caso de emergencia. Cubre el 95,7 % de parto institucional. Sobre las patologías más comunes se encuentran los resfriados comunes y faringitis, así como las infecciones respiratorias agudas (IRAS). Del mismo modo, se presentan muchos casos de lumbalgias, dolores musculares, artrosis, así como gastritis.

En el Perú, se presentan grandes brechas de género y de interculturalidad, en particular en el sector salud. Existen grandes carencias presupuestales en el sector salud desde hace décadas. Los avances a nivel presupuestal que implican un aumento en el porcentaje del presupuesto asignado al sector salud, efectivamente se han venido dando, pero de manera lenta. Respecto del presupuesto público nacional que corresponde a 2023, el presupuesto de salud representa el 12 % del presupuesto total nacional y el 3,6 % del PBI.

En ese contexto, debimos enfrentar una crisis sanitaria debido a la pandemia del Covid-19, que dejó dolorosas y graves consecuencias en varios ámbitos. El informe elaborado por PROMSEX (2020) da cuenta de las consecuencias y situaciones derivadas se produjeron también en relación con la salud sexual y reproductiva —y con otros aspectos relacionados con esta— a nivel nacional⁴:

- A pesar de que el Estado peruano aprobó cuatro normas relacionadas con la continuidad de la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva, no se logró su plena implementación, de manera oportuna y adecuada, en particular en el caso de las mujeres, y de las y los adolescentes. (2020:23)
- Hubo una reducción significativa del personal de salud: 30 % aproximadamente. (2020:23)
- De acuerdo con el Minsa, casi al final del primer semestre de 2020, hubo un aumento del 12 % de muerte materna respecto de 2019 debido a la falta de CPN que puede elevar el riesgo de que una mujer gestante presente complicaciones que no sean detectadas a tiempo, y, con ello, se incrementa la mortalidad materna y neonatal. En el primer semestre de 2021, hubo un aumento progresivo de muertes maternas con

⁴ Informe de la situación del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia del Covid-19 en el Perú. (Promsex, 2020)

11,6 defunciones semanales en promedio, que llegó a picos de 22 muertes por semana, pero, en el último semestre de 2021, fue bajando probablemente debido a la vacunación de gestantes. Esta infección llegó a ser la principal causa de muerte en este grupo por encima de las hemorragias y trastornos hipertensivos, que han sido históricamente los principales factores de muerte materna en el Perú. (2020:25)

- Hubo una reducción en la cantidad de parejas protegidas a través de métodos anticonceptivos: por lo menos el 50 %. En cuanto al acceso a consejería para planificación familiar, el grupo etario más afectado en lo que respecta a ha sido el de 12 a 17 años, que se redujo en 89 %; el de 18 a 29 años, en 40 %; y el de 30 a 59 años, en 65 %. (2020:24)
- Hubo problemas administrativos para la distribución de anticonceptivos, que traduce en 56 445 mujeres que descontinuaron el uso de anticonceptivos modernos de corta duración que habían estado recibéndolos en los servicios públicos de salud. (2020:24)
- El embarazo en adolescentes se incrementó. (2020:24)
- El servicio de telemedicina no ha sido medido en el ámbito de la salud reproductiva. (2020:23)
- Sobre el aborto terapéutico, la normativa sanitaria 094-2020, aprobada en contexto de pandemia, señala que el personal de salud debe valorar el término del embarazo en caso de que la vida de la gestante infectada por COVID-19 se encuentre en riesgo, que en realidad no refleja la norma. (2020:24)
- Si bien los casos de violencia sexual que registran los Centros de Emergencia Mujer (CEM) disminuyeron en 2020, no significa se redujo el número de incidencias de violencia, sino que el porcentaje mayoritario de la atención durante el primer año de la pandemia se dio a través de la Línea 100. (2020:25)

No obstante, es importante señalar que, de acuerdo con las cifras que maneja el establecimiento de salud de Maya, la pandemia del Covid-19, si bien produjo muchos contagios, esta cantidad no desencadenó en cifras de fallecidos. De acuerdo con el personal de salud, cuando los pacientes se enfermaban y su situación se agravaba no querían acudir al hospital. Las familias de las personas enfermas realizaron grandes esfuerzos para conseguir los recursos económicos que les permitieran adquirir, por ejemplo, un balón de oxígeno, insumo que se volvió de uso fundamental y urgente para superar la enfermedad en casos graves. De manera paralela, la población prefirió la autoatención dentro del hogar y el uso de medicina natural para contrarrestar los síntomas de la enfermedad. Para ello, se activaron los conocimientos locales sobre cuidado y

sanación: se elaboraron jarabes preparados a base hierbas de la zona, como eucalipto, matico y otros productos naturales, los cuales, de acuerdo con la información compartida, fueron muy efectivos en el tratamiento para superar el Covid-19.

La emergencia sanitaria y la crisis generada como consecuencia de esta pandemia ha dejado en la población, entre otras ideas, una que se repite mucho: “el que entraba al hospital, ya no salía”. Esta idea implica que las personas contagiadas con el virus y con claros síntomas de la enfermedad consideraban que debían evitar ir al hospital, porque el riesgo de muerte era inminente si se atendían en un establecimiento de salud público. Cabe precisar que esta idea no es reciente, sino que el contexto ha propiciado su afianzamiento. De esta manera, la idea que tiene la población sobre la atención, los cuidados y los tratamientos en caso de enfermedad que brinda el servicio de salud público se encuentra en absoluta oposición a la idea de salud, sanación o curación que esta población ha construido y desarrolla.

Respecto de la infraestructura educativa, el centro poblado de Maya cuenta con dos centros educativos estatales de niveles inicial y primario. No cuenta con secundaria. Tampoco, cuenta con instituciones de educación superior. Las posibilidades para la población de Maya de acceder a secundaria se encuentran en el distrito de Carhuaz. En relación con la educación superior, existen opciones de universidades e institutos en Huaraz y en Yungay.

Finalmente, en relación con las principales actividades económicas, la agricultura es la más difundida; y sus principales productos son paltas, limas y duraznos, productos que son comercializados en la feria de Carhuaz. Esta feria se realiza dos veces por semana: lunes y jueves, en un local muy grande que ha sido construido especialmente para la feria. Una década antes, la feria se realizaba a lo largo de varias cuadras en la vía pública muy cerca de la plaza de Carhuaz los días miércoles y domingo. Los días de feria son muy concurridos. Las personas de todas las localidades cercanas van de madrugada a Carhuaz para instalarse y ofrecer sus productos, así como para comprar producción local y producción que llega de otras regiones. Del mismo modo, se da la compra y venta de abarrotes. Tanto dentro del mercado como en los alrededores de las instalaciones, las personas se organizan y se distribuyen el espacio para armar y levantar su puesto en un área pequeña. En la feria, se puede observar que la mayoría de personas que ofrecen sus productos agrícolas son mujeres. Del mismo modo, en el mercado regular que funciona

todos los días, las administradoras de los puestos y vendedoras son mujeres. Esta situación se ha mantenido en el tiempo. Una de las posibles razones de la poca presencia de hombres, en el caso de las mujeres que conviven con sus parejas, es el tipo de actividad a la que se dedican. Si bien asumen el trabajo de la chacra, el rubro en el que se desarrollan los hombres implica no estar en la casa ni en el centro poblado, ya que muchos trabajan en transporte o, esporádicamente, en construcción.

4.2 Mujeres de Maya: su diversidad y los caminos que las entrelazan

Las mujeres jóvenes rurales [...] no son un grupo homogéneo a lo largo del Perú: cada región ha experimentado en las últimas décadas diferentes políticas educativas, de salud y tiene mercados laborales con distinto dinamismo. (Boyd, 2019:49)

Del mismo modo, dentro del propio universo de Maya, las mujeres de esta localidad, como sucede en toda sociedad, conforman una comunidad heterogénea que, sin embargo, comparte muchos saberes, prácticas, valores y expectativas. Sus historias de vida y la búsqueda de bienestar —en particular en lo que concierne al ámbito de la salud sexual y reproductiva— se van construyendo con la inevitable influencia de los cambios que se producen a un nivel amplio y que se regulan a partir de los movimientos de la economía nacional y global, y en particular de las políticas públicas que implementa el Estado en el ámbito de la educación y de la salud. En el periodo de una década aproximadamente, no se han producido cambios significativos respecto de los servicios. No ha habido ninguna ampliación ni a nivel de oferta educativa ni en lo que respecta a salud.

Del mismo modo, se han producido cambios en su entorno más próximo influido por el acceso a nuevas tecnologías, por las posibilidades de movilidad social que tienen las nuevas generaciones, por las oportunidades laborales, entre otros. Esta situación se evidencia en las características que presentan las generaciones de mujeres jóvenes respecto de las generaciones anteriores, las de sus madres y abuelas, por ejemplo. A diferencia de la generación de sus madres, la generación de mujeres jóvenes continúa sus estudios escolares de secundaria en la escuela de Carhuaz para completar la EBR. Muchas estudian o trabajan, o realizan las dos actividades fuera del centro poblado. Si bien la generación anterior de mujeres migró temporalmente en algún momento, las condiciones

y el objetivo fue distinto: la migración fue hacia Lima para desempeñarse como trabajadoras del hogar siendo adolescentes y sin haber culminado la EBR. Por su parte, las mujeres adolescentes o jóvenes de Maya se movilizan para estudiar o trabajar diariamente, pero sin cambiar su lugar de residencia. Es decir, siguen viviendo en Maya, lo que supone que el apoyo y la ayuda hacia las actividades familiares como el trabajo en el hogar o en la chacra se mantiene en alguna medida.

A modo de presentación general del contexto, cabe señalar que todas las mujeres que son protagonistas de esta investigación se dedican de manera parcial o total a trabajar en la chacra familiar: siembran, riegan y cosechan los principales productos de la zona —paltas, limas, duraznos, hortalizas en general—. Es un trabajo muy demandante que no solo exige resistencia, sino fuerza, como para tolerar muchas horas de trabajo bajo el sol y cargar mucho peso. Algunas, además, tienen animales en sus chacras, como ovejas y burros, que deben alimentar y cuidar también. A esto se suma una de las principales actividades de la zona que permite la interacción de las distintas poblaciones, así como el intercambio y venta de sus productos: los días de feria en Carhuaz, que exige que se preparen días antes y que se movilicen desde la madrugada para llevarlos, instalarse en un espacio y venderlos. Asimismo, se encargan de las labores de su casa: atender a sus hijos e hijas en el caso de las que son madres; atender a los hermanos o hermanas más pequeños; ir a ver a su padre o a su madre cuando son mayores y tienen problemas de salud; cocinar; lavar la ropa; alimentar a los animales que crían en sus casas; entre otras actividades.

En este contexto, se construyen las historias de las mujeres de Maya: sus recuerdos sobre la vida de sus madres, de sus abuelas, de las mujeres de sus familias en general; sus propias experiencias; sus percepciones sobre su entorno; sus reflexiones sobre los cambios que han ido observando en relación con el ejercicio de su sexualidad, y los procesos de embarazo, parto, puerperio y crianza; y, sobre todo, sus itinerarios terapéuticos, aquellos que han ido construyendo a lo largo de sus vidas. Las historias de vida de dos generaciones de mujeres de Maya dan cuenta de las permanencias y de los cambios que configuran a esta comunidad. A continuación, presento a las mujeres de ambas generaciones, quienes participaron y son protagonistas de la presente investigación.

La primera generación de mujeres de Maya (entre 35 y 59 años)

El grupo de mujeres que corresponde a esta generación se encuentra en un rango de edad entre los 35 y 59 años. Todas las mujeres tienen el quechua como lengua materna. En relación con el grado de escolaridad, la mayoría no terminó primaria. Todas se dedican, además de las labores consideradas domésticas, al trabajo en la chacra que demanda mucho esfuerzo y energía. Finalmente, como se estableció desde el inicio de este proyecto, las mujeres que conforman este grupo han tenido por lo menos un parto. Cabe precisar que dos de las mujeres de mayor edad que participaron de esta investigación, Zoraida y Maritza, presentan un perfil que tiene características que podrían ubicarlas en el grupo de una generación anterior; sin embargo, al considerar las particularidades de cada una y sus historias considero que su presencia en el primer grupo aporta al análisis.

Zoraida (59 años, nueve hijos) [falleció en 2019]

Zoraida nació en su casa, tal como su madre, su abuela, su bisabuela. No completó la primaria. Conoció a su esposo durante la adolescencia y mantuvo una relación con él hasta su fallecimiento. Su primer embarazo fue a los 17 años y tuvo nueve hijos. Como la mayoría de mujeres de su generación, Zoraida se dedicaba a los trabajos de la casa, de la chacra y, posteriormente, a atender en su bodega. Todos sus partos fueron domiciliarios, salvo uno que fue atendido por una experimentada obstetriz⁵ que ha atendido durante décadas en el hospital de Carhuaz y que luego siguió atendiendo de manera particular en su consultorio particular, la Sra. Beatriz. Zoraida era una mujer muy conocida, querida y respetada por la comunidad de Maya. Su casa está ubicada en la zona que podría considerarse el punto medio de Maya, donde se divide Maya Baja de Maya Alta. Es una de las curvas más pronunciadas en el camino, que funciona como paradero de las combis que hacen la ruta Carhuaz-Maya. Ella vivía junto con su esposo, y sus hijas e hijos. Tenía una bodega, en la que vendía insumos de primera necesidad como fideos, pan, aceite, entre otros, así como también gaseosas, caramelos, cerveza. Esa era una de las características que la hizo muy conocida en Maya: las personas compraban en su bodega y, para protegerse del sol, también solían esperar a la combi rumbo a Carhuaz al lado de su bodega, así que cualquier momento podía ser aprovechado para conversar un ratito.

⁵ Se utiliza el término 'obstetriz', porque se hace referencia a una profesional que se formó antes del cambio nominal y que se autodenomina de esa manera.

Zoraida tenía un carácter fuerte y una gran sonrisa, aunque era seria. Asimismo, era muy amable y muy solidaria. Acompañó y asistió a otras mujeres y hombres de su comunidad cuando tuvieron algún malestar o problema que afectaba su salud. Las mujeres de Maya que la conocieron, sus vecinas, sus amigas y las hijas de estas le tenían mucho respeto y mucho cariño. La recuerdan como una mujer de quien aprendieron mucho de lo que saben.

Maritza (59 años, seis hijos)

Maritza nació en su casa al igual que las generaciones de mujeres que la precedieron: su madre, su abuela. No terminó la primaria. Tiene siete hijos e hijas. Durante algunos de sus embarazos presentó molestias: "Náuseas, vómitos. No comía, comía poquito". Solo su primera hija nació en su casa; los seis hijos que vinieron luego nacieron en el hospital, pero hubiera preferido que fueran también en casa. De los siete, tres nacieron prematuros: sietemesinos. En todos los casos, requirieron estar en incubadora en el hospital de Huaraz. La explicación que le dieron en los servicios de salud sobre sus partos prematuros se basaba en un aparente problema fisiológico: "Ovario débil, dice". Maritza se ha dedicado siempre al trabajo en la chacra y a las labores de la casa, y su esposo nunca ha sido un apoyo para ella ni durante el embarazo, ni el parto ni posteriormente con las labores y cuidados que requiere su familia.

Mirtha (52 años, dos hijas) y Juana, su madre (70 años, una hija y un hijo)

Mirtha también nació en su casa. No terminó la primaria. Tiene dos hijas. No tiene nietos/as. Su mamá, quien habla sobre todo quechua, me cuenta delante de ella que el papá de sus nietas la abandonó a su hija. Su primera hija nació cuando ella tenía 31 años. Sus dos hijas nacieron en el hospital por cesárea. No sabe por qué nacieron de esa manera. No recuerda que le hayan dado alguna explicación. En ambos casos, fue atendida en el hospital de Huaraz, ya que en esa época aún el hospital de Carhuaz no estaba implementado para atender cesáreas. "Con mi hija mayor sufrí dos días, ya no podía y mi fuerza también... recién ya he ido al hospital". Tiene un recuerdo muy claro de la sensación que le dejó la intervención: "Me sentía muy mal". Cuando fue dada de alta y volvió a su casa, no podía orinar, lo que ocasionó tuviera que volver al hospital para que la atendieran. La herida de la cesárea se curó con normalidad y el problema mejoró: "No sé qué cosa me han dado. Ampollas será, pastilla no sé. Los médicos me han dado...". Se dedica a trabajar

en su chacra y a las labores de su casa. Al igual que otras mujeres, Mirtha ha logrado que sus hijas puedan prepararse para poder desenvolverse laboralmente en otro ámbito que no sea el de su comunidad.

Por su parte, Juana se ha dedicado toda su vida al trabajo en la chacra y a las labores de la casa. No fue a la escuela. Tuvo a Mirtha y un hijo, que era el mayor y que falleció. Ella y su hija viven muy cerca. Sus partos fueron en su chacra: "Yo ando, ando y orinaba nomás, y nació". Recuerda que no sintió dolor. No estaba presente su esposo: "Solita nomás. Llamando a la tía, ya viene ya, ya viene". Al final, cortó el cordón con una tijera y recuerda que se recuperó rápidamente.

Rosa (51 años, dos hijos)

Rosa tiene dos hijos de 31 y 23 años. Ella nació en su casa, al igual que su madre, su abuela, su bisabuela. Su primer hijo nació en el hospital de Carhuaz; su papá la acompañó. Su segundo nació en el consultorio privado. Durante sus embarazos, presentó algunas molestias que le provocaban falta de apetito, pero nada que le impidiera trabajar y hacer todas sus actividades con normalidad. "Después de eso para que nazca mi hijo he sufrido por cuatro días". Me dice que su esposo se fue cuando su hijo menor tenía nueve meses: "Yo ni con mi esposo me separé de tiempo, ya veinticinco años". Y, a pesar de que él vive en la comunidad, no se hablan y ella evita cruzarse con él: "No ve [a mi hijo]. Le deja así abandonado, le ha dejado, se ha ido. Está andando así, no sé cómo será ya. Porque tenemos acá la chacra. No, no nos miramos. Ni nos mira, nosotros no le miramos." Rosa siempre ha trabajado muy fuerte. Uno de sus primos la ayuda con labores de la chacra que resultan muy pesadas para ella. A pesar de los problemas y de la carga del trabajo, Rosa sonrío cuando se refiere a sus vecinas y amigas como la contraparte de los hombres: "No discutimos nada con mis vecinas. Son así buenas. [Si] hay una fiesta, así venimos, así todas nosotras reunidas. Acá también sentamos, acá en nuestra huertita, tranquilo."

Gloria (48 años, dos hijas)

Gloria nació en su casa, al igual que sus cinco hermanos y hermanas. Aún vive en esa casa. Sin embargo, comenta que "todavía no tengo solita casa, son de mis padres, de mis hermanos". Terminó secundaria. Tiene dos hijas, de 25 y de 16 años. Su primer parto fue a los 21 años. Es una mujer que ha afrontado situaciones muy duras y siempre ha tenido

problemas de salud. Su mamá falleció cuando tenía 12 años y ella debió asumir el cuidado de sus hermanos y hermanas. Las tierras donde vive son de su madre. Recuerda: "Como se sacrificaba en moler, en moler. Y como mi mamá me había criado así. Vendía una cosa y otra".

Su padre se volvió a casar hace unos años. Gloria la llama "madrastra" y que es muy prepotente. "Ella se metió acá y nos hace sufrir mucho con mi papá". Dice que su mamá era una persona buena: "Si ella quería compartir todo su corazón". Falleció en un accidente cuando estaba "llevando negocio a Lima y el camión se volteó. Bien jovencita murió mi mamá. La bebita quedó de año y medio, mi hermanita la última, la que está en la universidad de Huacho, para Derecho. Está bien." Luego de tanto tiempo que estuvo enferma, Gloria se siente un poco mejor: "Yo recién estoy volviendo a mi normalidad. Desde que yo conocí a Dios, siempre repaso la biblia y estudio todo". Gloria expresa mucho pesar cuando conversamos y realiza un trabajo muy fuerte en la chacra.

Giuliana (45 años, tres hijas)

Giuliana y tres de sus cuatro hermanos nacieron en su casa, tal como su mamá y su abuela. A los 12 años migró a Lima. Vivía por Canto Grande y trabajaba por Apolo en la Victoria. Terminó secundaria. Se quedó en Lima por veinte años aproximadamente. Conoció a su esposo, se casó y luego regresaron a Maya, porque sus padres viven ahí. Tiene tres hijas de 16, 14 y 11 años. No recuerda que haya presentado síntomas molestos durante el embarazo: "No, casi nada. Sufrí sí una semana cuando lo di a luz. Los síntomas no, no lo presenté". Sus tres hijas nacieron en el hospital de Carhuaz, la última por cesárea. Su experiencia durante la atención del parto fue positiva: "Gracias a Dios yo he tenido suerte de que han atendido, he tenido parteras, obstetrices, buenas". Recuerda que no tuvo mayores inconvenientes o dudas en la atención y cuidado de sus hijas, porque, luego de haber trabajado durante muchos años en casas cuidando niños y niñas, había aprendido cómo hacerlo: "Yo sabía, yo trabajé de ama de casa. A mí las patronas me enseñaron. Sí, yo cuando ingresé a un hogar de recién casados, desde que nació atendí hasta que tenía 7 añitos. Yo sabía cómo darles de comer, eso me enseñó la señora. Eso ya nomás me copié a mis hijos."

Diana (45 años, cuatro hijas)

Diana nació en su casa al igual que sus hermanos. Vivía en Maya con su familia. No terminó la secundaria. A los 14 años empezó a trabajar en sembríos de algodón. Durante años viajó con su padre y sus hermanos por varias zonas: Lima, Chimbote, Huaral, Trujillo, hasta los 26 años. En ese momento, decidió casarse y a los 27 años tuvo a su primera hija. Con su esposo se asentaron en Maya. Sus cuatro hijas nacieron en el hospital. Nunca contó con la ayuda de familiares: entre ella y su esposo se encargaban de las labores de la casa, de la chacra y de la crianza de sus hijas. Comenta que su mamá no la ayudaba mucho: "Atendía más a sus nueras que a mí", dice con cierta pena. Recuerda que cuando ella y sus hermanas eran pequeñas no se preocupaba mucho por ellas. Contrariamente, Diana ha estado siempre muy pendiente de sus hijas, a pesar de que cuando eran pequeñas la carga del trabajo en la chacra y en la casa era muy fuerte.

Miriam (35 años, dos hijas y dos hijos)

Miriam nació, tal como sus hermanos, en el hospital de Carhuaz, a diferencia de su madre que nació en su casa. No terminó secundaria. Tiene dos hijas de 19 y 17 años, y dos hijos de 10 años y el último de 2 meses. Su primer embarazo fue a los 17 años. La mayor fue prematura; nació con siete meses en el hospital de Huaraz, donde tuvo que quedarse internada en una incubadora durante "dos meses, dos semanas y cinco días". Miriam iba todas las mañanas para dejarle leche a su hija. Su hija y sus dos hijos nacieron en el hospital de Carhuaz. menor nació en el hospital de Carhuaz. Ha trabajado siempre en su chacra y realiza las labores del hogar y se ha dedicado siempre a la crianza de sus hijas e hijos. Como todas las mujeres que son parte de esta investigación, Miriam es muy trabajadora. La chacra y las labores del hogar no le dejan tiempo para casi nada, sobre todo ahora que acaba de tener un hijo. Ella y su esposo siempre se han preocupado por sus hijas, en particular por su educación.

La segunda generación de mujeres de Maya (entre 19 y 29 años)

A varias de las mujeres que presento a continuación las conocí cuando eran niñas durante el primer trabajo de campo. Tuvimos varias conversaciones mientras jugaban fuera de sus casas al lado de la bodega de la señora Zoraida. Si bien cada grupo presenta una serie de particularidades, en el caso de esta generación cabe resaltar su desarrollo en el ámbito educativo. Las mujeres que han participado de esta investigación han logrado completar la EBR y dos de ellas están siguiendo una carrera en la universidad. Es necesario precisar que todas estudiaron en la escuela de Carhuaz —María Auxiliadora— y no en la escuela de Maya. Ambas son escuelas públicas; sin embargo, la población considera que la escuela de Carhuaz brinda una educación de mejor calidad, de modo que las familias están dispuestas a hacer un esfuerzo —gastos para el uniforme, el pasaje de la combi y otros— para que sus hijas e hijos estudien ahí.

La mayoría de mujeres de esta generación nació alrededor del año 2000 cuando ya se venían implementando cambios a nivel de políticas públicas, particularmente en el ámbito de la salud, impulsados entre otros aspectos por la necesidad de atender y buscar reducir las altas tasas de mortalidad materna y perinatal que se registraban en el Perú. Así, la implementación del “Plan de emergencia para la reducción de la muerte materna” en 1996 durante el segundo gobierno de A. Fujimori constituye un punto de quiebre que sienta las bases para un camino muy diferente al que habían venido transitando las mujeres de generaciones inmediatamente anteriores. Los protocolos de atención habían empezado a cambiar radicalmente: el parto institucional era una prioridad y una meta del Estado. En este contexto, las madres de las mujeres que pertenecen a la segunda generación de participantes de esta investigación fueron testigos de una serie de restricciones para la atención de los procesos de embarazo, parto y puerperio que se alejaba mucho de sus conocimientos y prácticas.

Los cambios que se han ido dando en las tres últimas décadas —a partir de la implementación de políticas públicas tanto en el sector salud como educación, además de los avances tecnológicos y de los medios de comunicación, así como de las posibilidades de movilidad de social— han repercutido inevitablemente en la forma cómo se han desarrollado los procesos vinculados con la salud sexual y reproductiva, y cómo han sido asumidos por las mujeres de la segunda generación. Evidentemente, como todo

proceso, estos hechos no implican un cambio radical, visible, concreto o que deja de lado las formas y las ideas de las generaciones que las preceden: nada más alejado de eso.

Algunas de las mujeres de la generación de jóvenes están siguiendo estudios superiores. Esta sería, por tanto, la primera generación de mujeres que acceden a estudios superiores, ya que, en su mayoría, sus madres solo culminaron primaria. Sin embargo, aquellas mujeres que están estudiando una carrera universitaria de esta segunda generación, además de las actividades académicas a las que se dedican, también deben asumir las labores de la chacra y/o de la casa.

Jaqueline (29 años, tiene dos hijas)

Jaqueline es hermana de Liliana. Es la hija mayor. Nació en el consultorio de la obstetra Sra. Beatriz en Carhuaz. Su hermana, la segunda, nació en la casa de su abuelita, quien ayudó a su mamá durante el parto. Convive con su pareja. Tiene dos hijas. Tiene EBR completa y actualmente se dedica a la chacra y sus animales, así como al comercio de los productos agrícolas en la feria de Carhuaz.

Liliana (19 años, no tiene hijos)

Liliana es la hija menor de tres hermanas. Nació en el hospital de Carhuaz. Tiene EBR completa y actualmente se dedica a trabajar en la chacra. No tiene pareja. No quiere tener hijos. Dice que no le gustan los niños. Tampoco tiene expectativas de seguir estudiando. Junto con su hermana se dedican a sus cultivos y a criar sus animales. Venden sus productos en la feria de Carhuaz.

Melissa (19 años, no tiene hijos)

Melissa tiene EBR completa y actualmente está estudiando Contabilidad en una universidad en Yungay. Nació en el hospital de Carhuaz. Es la mayor y tiene un hermano. Apoya a su familia en el trabajo en la chacra. Le gustaría estudiar una segunda carrera: Derecho o Enfermería. No tiene pareja ni tiene planeado tener hijos ni a corto ni a mediano plazo.

Carolina (19 años, no tiene hijos)

Carolina nació a los siete meses y estuvo aproximadamente dos meses en una incubadora en el hospital de Huaraz, a donde su mamá iba todos los días para dejarle leche. "Porque nació prematura", me comenta. Desde niña, junto con hermana, ayudaban a su mamá con las labores de la casa. Terminó la secundaria y ahora está estudiando en la universidad Educación inicial. Sobre sus expectativas, la prioridad está en su desarrollo profesional y laboral. Sobre la maternidad comenta: "En mi caso de acá quizás terminando mi carrera podría ser. Si dios permite que siga adelante. Más antes no, porque yo no tengo posibilidades de tener un niño a lado. Y no tengo tampoco como recursos económicos para poder educar a un niño. Y se ve que los niños necesitan mayor recurso, más conscientes no. Si ahorita yo traigo un niño a este mundo con que les voy a dar. Por eso, por el momento no, pero cuando termine mi carrera sí". Mirando en retrospectiva, Carolina considera que "la sociedad en la vida del ser humano ha cambiado bastante", sobre todo cuando se refiere a los roles entre hombres y mujeres o a las expectativas de vida en comparación con la generación de su mamá, por ejemplo.

Sandra (19 años, un hijo de un año)

Sandra nació en Carhuaz. Su mamá la tuvo a los 27 años. Ella es la mayor de cuatro hermanas. Desde pequeña, junto con la hermana que le sigue, ayudaban a su mamá y se cuidaban entre ellas también; luego pasó a hacerse cargo de sus hermanas pequeñas. Ella percibe muchos cambios en su entorno desde que era pequeña. Su mamá siempre la ha acompañado y la ha cuidado, al igual que su papá, tanto a ella y como a sus hermanas. Tiene EBR completa. Tenía la expectativa de continuar estudios superiores, pero conoció a su pareja, empezó a convivir, salió embarazada y dejó ese proyecto. Empezaron a convivir en la casa de su suegra y desarrolló su embarazo ahí. Estuvieron viviendo ahí durante algunos meses luego del nacimiento de su hijo, quien tiene un año. Sin embargo, resultó difícil la convivencia para ella y, dado que contaba con el apoyo de su madre y de su padre, se mudaron con ellos. Ahora viven ahí junto con sus hermanas. Sandra se dedica a las tareas de la casa y ahora a la crianza de su hijo. Si bien convive con su pareja, él suele estar fuera de la casa durante varios días o semanas, porque trabaja como transportista y debe viajar.

Irene (18 años - 28 semanas de gestación)

Irene nació en el hospital de Carhuaz. Tiene un hermano menor a quien cuidaba cuando era pequeño. Estudió hasta 3° de secundaria. Luego, se dedicó a trabajar. Ahora está embarazada. Trabaja en el mercado los días de feria en Carhuaz en la venta de algunas frutas. No presenta ninguna molestia y acude regularmente a los controles prenatales, pero no toma los suplementos que le dan. Confía más en la atención que le dan en el hospital que la que podrían ofrecerle las mujeres de su familia u otra persona con conocimientos sobre partería. Se siente cómoda asistiendo al hospital, pero prefiere tomar medicinas naturales que medicamentos en caso de que se enferme.



CAPÍTULO V

ITINERARIOS DE LAS MUJERES GESTANTES DE MAYA: “ELABORANDO EL PROPIO PROTOCOLO”

En el presente capítulo, desarrollo los hallazgos y el análisis de los itinerarios terapéuticos que siguen las mujeres de dos generaciones de la localidad de Maya durante los procesos de gestación, parto y puerperio. La referencia al 'propio protocolo' surge del estudio de Velarde (2007), en el que menciona las estrategias de funcionamiento de las parteras dentro del "protocolo de adaptación", que se pone en práctica de manera clandestina bajo acuerdo con la parturienta y su familia para que el parto sea domiciliario, sin que sea de conocimiento del personal de salud y sin que se produzcan las represalias contra la partera ni contra la mujer, su hijo o hijas o su familia.

El acceso a salud por parte de las mujeres se da a través de dos sistemas que conviven en ese contexto: biomedicina y la medicina comunitaria. Sin embargo, en el caso de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, el sistema de salud oficial se ha posicionado legalmente a través de una serie de normas y de protocolos que buscan controlar las trayectorias de las mujeres de Maya en el cuidado de la salud materna. No obstante, a pesar de las limitaciones establecidas para que las mujeres no tengan muchas posibilidades de elección, sino que estén dirigidas únicamente a la atención desde una perspectiva biomédica, ambas generaciones de mujeres mantienen ciertas valoraciones negativas y actitudes de rechazo respecto del sistema de salud oficial.

No obstante, las mujeres no rechazan de plano la atención en el sistema de salud oficial, sobre todo las mujeres de la segunda generación. Por el contrario, muchas lo aceptan, pero tienen claro que, salvo en el momento de parto, ellas van a elegir la terapia que les resulte más conveniente o en la que confíen más. En ese sentido, la posibilidad de combinar terapias es muy factible. Los siguientes apartados dan cuenta de los procesos de evaluación y de negociación en los que se mueven las mujeres de Maya en relación con el personal del sistema de salud oficial.

Cabe señalar, sin embargo, que en la localidad de Maya se presenta una situación particular respecto de la solicitud y del acceso a los servicios de salud por parte de las

mujeres de Maya. De acuerdo con el personal de salud de la posta de Maya, es la población que menos acude, a diferencia de las poblaciones de comunidades que se encuentran más alejadas.

Los más puntuales, que acuden a las citas son los de sectores alejados. Por ejemplo, en nuestra comunidad de Punlla, la sectorista es la señorita xxxx, ella tiene una buena coordinación con sus autoridades y sí las convocan bien, o sea pensamos por ejemplo hoy día una campaña de salud, ellas sí o sí vienen. Pero de las comunidades cercanas, esas son difíciles de que acudan. Yo creo que es por el mismo trabajo que realizan, están trabajando, días laborables no pueden, pero ahorita estamos con la campaña de vacunación, y sí pues, lo que es la comunidad que está protegida en mayor porcentaje es los sectores alejados, y Maya le falta bastante todavía. Tiene relación con que justo están más cerca a Carhuaz, son gente que tiene trabajos más formales, más de horario. No les importa mucho la salud. Y después cuando se dan cuenta que ya no hay vacuna están que preguntan.
[Obstetra]

Muchas de las razones asumidas por el personal de salud no se condicen con la percepción de las mujeres de Maya. Muchas de las razones no estarían en el poco interés ni imposibilidad de asistir, sino en recaerían en la poca eficacia que tendría el tratamiento recibido.

En la posta por lo general a mi papá solo le dan pastillas leves, y mi papá se atiende en clínicas, por ejemplo, en Clínica de Luren, y ahí le dan pastillas que cuestan. En la posta no le dan. Lo de la posta como es leve, no le hace nada. Lo que te dan es unos jarabitos. Gotas. Para bebe te dan casi siempre eso. [Mirta]

Para comprender el contexto en el que las mujeres de Maya desarrollan sus itinerarios terapéuticos, es necesario revisar el proceso de cambio que han atravesado a lo largo del tiempo. Hay una serie de factores que vienen confluyendo para establecer —en ámbitos más específicos como el de la salud sexual y reproductiva— las preferencias y prácticas de las mujeres.

En primer lugar, la educación formal ha sido fundamental como cambio tanto en el acceso y como en la permanencia en la EBR. Este factor está vinculado también con cambios respecto de las expectativas profesionales, laborales y, consecuentemente, económicas.

Ahorita estoy estudiando superior, Educación inicial. Antes no se mostraba las mismas oportunidades que hay ahora. Todo ha cambiado bastante en eso. En que antes no había movilidad, no había docentes especializados, y ahora hay movilidad, hay docentes especializados para cada curso, para cada área. [Melissa]

Antes las mujeres estudiaban hasta primaria, pero a los hombres sí los obligaban. [A las niñas] no las obligaban, porque creían que las mujeres que tengan sus hijos nada más. [Carolina]

No obstante, a pesar de las expectativas de algunas mujeres de Maya de la segunda generación sobre su futuro al finalizar la escuela, el inicio de una relación afectiva o sentimental y, con ello, el comienzo de la vida sexual en pareja han sido determinantes para generar cambios en sus planes.

Ahora ya cuando conviven con la pareja tienen ya sus hijitos. [Carolina]

Yo quería estudiar. Quería estudiar, hasta el quinto de secundaria estaba con la idea de estudiar. Si estaba yendo a la academia, cosa que yo me relajé conociendo a mi pareja. Él es de acá mismo. De acá arriba, ya pues dejé de estudiar y me relajé con mi mamá, con mi papá, y dije no voy a estudiar y de la academia me salí. Ahí nomás al poco tiempo andábamos de enamorados. Convivimos y tuve a mi bebé. [Sandra]

Como parte del proceso de escolaridad, también se han producido cambios en relación con el acercamiento a temas de educación sexual, lo que constituye una gran diferencia entre la primera generación de mujeres de Maya y la segunda que corresponde a mujeres jóvenes.

Digamos que niñas y niños como tienen los mismos derechos, tienen casi parecido las labores. Un niño también puede cocinar dependiendo de la

edad. Por ejemplo, tengo un hermanito de 10 años, él cocina y mi hermana también. Y digamos que en el rol familiar si es que uno apoya todos lo hacen. Mucho más antes las mujeres solo tenían que estar en la casa, y los varones, solo en la chacra o solo en el trabajo de varón. Sí yo siento que la sociedad en la vida del ser humano ha cambiado bastante. [Carolina]

Los cambios señalados, inevitablemente, han influido en la percepción de los roles que deben asumir hombres y mujeres en la sociedad. Sin embargo, si bien las mujeres de la segunda generación tienen una perspectiva distinta de cómo deben ser las relaciones entre hombres y mujeres, es un hecho que aún se mantienen o que producen cierta resistencia para que las expectativas de las mujeres puedan realizarse con mayor fluidez. Algunos ejemplos son la postergación de un embarazo y de la maternidad a través del uso de métodos de planificación familiar. En la misma línea, se encuentra la expectativa del desarrollo académico, laboral y económico por encima de la formación de una familia propia.

Yo me acuerdo de que cuando estaba en segundo grado de primaria, para hablar así de diferencias. A las mujeres se les habla como mujeres, y a varones como varones. A Todas las mujeres nos botaban afuera y se quedaban con los varones. Y a la hora que nos tocaba a las mujeres, a todas las mujeres nos metían adentro y a los varones lo sacaban. Había charlas. Eso era antes, pero ahora no. Todo es un conjunto. [Carolina]

Como se ha mencionado a partir del estudio Nuevas Trenzas (2014), el acceso a la educación ha desarrollado en las mujeres, sobre todo, un sentido de ciudadanía y conciencia sobre sus derechos que no se percibe en las generaciones anteriores, como la de sus abuelas y madres.

Saben ellos que es lo que tienen en su cuerpo. Cómo lo van a usar. [Hace diez años] aún no se hablaba, hasta las mamás tenían vergüenza. Cómo te va a enseñar la profesora esto, de todas maneras, ya la niña sabe. Ahora las niñas se están cuidando, hay maneras de cuidarse, antes no los había, no los permitían. Mira ahora se cuidan, es difícil la situación también. Quieren ser responsables a temprana edad. [Directora de la escuela de Maya]

La maternidad, como parte de un proyecto de vida, es para la segunda generación de mujeres, quienes han superado la mayoría de edad (18 años), motivo de evaluación sobre la que consideran que tienen el poder de decisión, tal como otras facetas de su vida que también quieren planificar, a pesar de que las circunstancias puedan establecer un giro.

Porque a veces cuando estamos con catorce, trece o quince años, no podemos ni cuidarnos a nosotros mismos. [Melissa]

Bueno en mi caso de acá quizás terminando mi carrera podría ser. Si dios permite que siga adelante. Más antes no, porque yo no tengo posibilidades de tener un niño a lado. Y no tengo tampoco como recursos económicos para poder educar a un niño. Y se ve que los niños necesitan mayor recurso, más conscientes no. Si ahorita yo traigo un niño a este mundo con que les voy a dar. Por eso, por el momento no, pero cuando termine mi carrera sí. [Carolina]

Sin embargo, cabe resaltar que las mujeres de la segunda generación, si bien han tenido un hijo o una hija producto de un embarazo no planificado, hay un deseo por parte de ellas de no tener otro embarazo de manera inmediata. Esta situación da cuenta de un cambio que aún está en proceso sobre el periodo intergenésico, que se define como el tiempo que transcurre entre las fechas de dos nacimientos vivos consecutivos menos la edad gestacional del neonato más reciente. Desde la biomedicina, se considera importante mantener el intervalo intergenésico, debido a que está relacionado con la sobrevivencia de un neonato, con el desarrollo o crecimiento de la niña o del niño, con la aparición de anemia en la mujer gestante. Por otra parte, garantizaría que una mujer pueda, no solo asegurar la supervivencia de su hija o hijo, sino que pueda brindarle los cuidados necesarios para su desarrollo en ese periodo de la primera infancia.⁶

[Más hijos] todavía porque con uno más que sería de mí. (risas) Son traviesos. Ahorita él está en eso que quiere caminar, está sacando cosas, quiere experimentar cualquier cosa. [Tienes que] estar ahí atrás. Hay veces

⁶ Munares, O., Camarena, P., Otárola, R. (2016). Periodo intergenésico y sus factores asociados. En REV INT SALUD MATERNO FETAL – YO OBSTETRA. 1 (6).

que lo dejo con mi hermanita. Yo le digo, yo te he cuidado a ti. Ahora te toca. [Sandra]

En gran medida, la resistencia y rechazo de muchos hombres de Maya frente al ejercicio libre y autónomo de las mujeres frente al desarrollo de sus planes y proyectos bajo el discurso de protección, en realidad, refleja la presencia de ideas y formas de relación social que re-producen la inequidad de género, en las cuales se justifica la necesidad de ejercer control sobre las mujeres de diversas maneras, que finalmente constituyen una situación de la violencia de género. Esta es una problemática que persiste y que, incluso, aumenta a nivel nacional.

Al lado vive una chica que tiene un bebe de la misma edad de mi bebe. Solamente se llevan por un día. Ella vino a convivir acá a los 16 años acá con el vecino. Ella es de un lugar lejos. Me contó que se había enamorado. Tuvo problemas acá con el vecino, que se quería ir y se fue. Se fue y había ido el chico y la hizo regresar de nuevo. Hasta que le habían prohibido ir allá a ver a su mamá y todo. Tiene una historia triste. Ella no terminó el colegio. Hace tiempo, mira ahora ya tiene un bebe. Esa chica es súper chamba, es bien trabajadora, con su bebé adelante y ella siempre va con una carga atrás. Dice que ahora están tranquilos. Ella me dice que se ha querido ir con negocio a trabajar, pero su esposo no le deja. Dice que le dice "qué te falta si yo estoy trabajando". Y ella quiere sobresalir, pero no puede, es lo que me contó hace último. [Sandra]

No obstante, los cambios señalados parecen haber tenido repercusión en este problema —que afecta de manera tan silenciosa y tan grave la vida de las mujeres y de sus hijas e hijos—. Las percepciones de algunas participantes de esta investigación dan cuenta de ciertos cambios, que, si bien no dan por resuelto el problema, presentan ciertas pistas de algunas razones y de la perspectiva crítica que se viene desarrollando entre pares.

Asimismo, resulta muy importante la capacidad crítica y la fuerza de la voz de las mujeres jóvenes, quienes consideran que, no solo es posible, sino que deben cuestionar aquellas actitudes de sus padres que afecten el desarrollo y el bienestar de ellas, de sus hermanas o hermanos, o de sus madres.

Yo veo en mi papá nomás. Mira, eso es lo que me cuenta mi mamá. Bueno mi papá hasta ahora es un poco machista. Es un poco machista, yo noto. No tiene manera. A veces yo le digo papá así no, porque tiene una manera de mandar. Mi mamá está sentada descansando, y dice quiero esto, sírveme esto. Y yo le digo, pero no debes ser así, se dice por favor. Tienes que decir por favor sírveme y decirle gracias. [Sandra]

Por otra parte, la violencia dentro del hogar se manifiesta. Sin embargo, cabe resaltar que también se produce una reacción.

No, no llegan [casos de violencia familiar], hasta acá son muy pocos los casos, la mayoría son ocultos, y los que se ha notado, me cuentan es que ya lo denunció. Ya no vive en casa, ahí nos enteramos, cuando está el proceso. Lo que he observado es que ha habido más infidelidad, porque he visto que ahora las dejan y están con sus hijitos. Eso sí he observado, que ahora, las personas que uno encuentra ya, la unión familiar está rota porque el señor se fue de la casa. Eso está aumentando. También ahora yo siento que la mujer está un poco más empoderada, ya conoce mejor sus derechos, no tanto por los medios celular o el esto y el otro, también radial, televisión, de que ya. Se informan. Como hay otra que todavía piensan en costumbre, que eso es normal, que se da en una pareja. Pero hay otras que ya no, no permiten. [Obstetra]

En esa línea, se observa que se vienen produciendo cambios en la segunda generación de mujeres de Maya en relación con la planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos. El cambio, muchas veces, es propiciado por las madres, quienes recomiendan a sus hijas la planificación familiar, opción que muchas de ellas no tuvieron, dado que había resistencia o rechazo por parte de la pareja. Esta situación no era objeto de conversación, discusión o acuerdo: básicamente, se hacía lo que decía el hombre contra las expectativas y deseos de las mujeres.

Mi mamá me cuenta que más antes no le dejaba mi papá que se cuide. Le decía me quiero cuidar y él que le diga eso. Mi mamá dice que ya decía tienes otro hombre. Eso es lo que me cuenta mi mamá. Más antes no querían y por eso que tal vez llegó a tener cuatro hijos. Me dice yo no me

cuidaba, pero ahora ya se cuida. Mi mamá es joven y se sigue cuidando, porque sigue viendo su regla. Se está cuidando. Mira mi mami tiene cuarenta y tres o cuarenta y cinco. Si es joven y bueno se está cuidando. Ella no sabía que estaba gestando a mi hermanita la última, hasta que se cae, y no le dejó de baja la sangre. No le bajaba la sangre casi tres o cuatro meses, es como si te bajara la regla, ella pensaba que era regla, pero ya se había pasado demasiado. Por eso fue a una clínica particular y le han dicho que estaba gestando. Y mi mamá como había tomado pastillas y todo eso, preguntó si la bebé va a salir normal o hay algún efecto. Y le dijeron que todo iba a ser normal, y sí salió normal mi hermanita. [Sandra]

Sin embargo, es interesante notar que con el transcurso del tiempo la primera generación logró avances respecto de imponer su postura y deseos en temas del ejercicio de su sexualidad y de las decisiones que atañen a su cuerpo y a su bienestar. No obstante, esta perspectiva no está generalizada y existen muchos mitos y distorsiones respecto de lo que implica la sexualidad, así como la salud sexual y reproductiva tanto en mujeres como en hombres.

En el colegio sí, venían las psicólogas, y entonces nos explicaban, que hay muchos métodos para cuidarnos y para planificar la familia. Mis padres sí [estaban de acuerdo], pero yo creo que otros padres no, porque o sea son más antiguos y no les gusta que les hablen de eso a sus hijos. Yo creo que ahora sí, ambos se cuidan, porque tampoco no he visto que les nieguen cuidarse. [Carolina]

Antes [había resistencia por parte de las parejas hombres], pero ahora tratamos de conversarles a ellos, más que todo por la economía, y un poco que ha cambiado su chip. Es por eso que la cantidad de embarazos ha bajado. [Enfermera]

El acompañamiento y preocupación que muestran algunas mujeres por la vida sexual y reproductiva de sus hijas muestra, en cierta medida, un cambio, que proviene de sus propias vivencias, de sus conocimientos y de las expectativas que tienen para sus hijas. Cabe señalar, además, que estas recomendaciones de cuidado pueden concretarse debido a los recursos a los que pueden acceder en el servicio de salud oficial.

Cuando estaba en el hospital a mí me preguntaron, me dijeron que, si me quería cuidar con algo, pero yo con el dolor, yo todavía no le digo. Y ya cuando pasó el tiempo mi mamá me explicó. Mi mamá me dijo, mira yo al tenerte a ti, al poco tiempo tuve a tu hermano. No es fácil. Tú con cualquier cosa tienes que cuidarte, con el que le dé a tu cuerpo. Tienes que cuidarte porque no es fácil estar andando con dos chiquitos. Imagínate que uno no puedes, que será con dos me dice. Cuando mi bebe tenía cinco o seis meses, yo fui a la posta. Le dije yo quiero cuidarme con algo, yo quería el implante. Yo quise el implante, pero me dijo que se ha agotado. Pero por mientras te voy a poner la ampolla de tres meses, no sé si estás de acuerdo. Y sí acepté hasta ahora me cuido con eso, ya no quiero el implante. Me estoy cuidando con la ampolla. Subí de peso, pero mínimo. [Sandra]

La perspectiva del personal de salud de la posta sobre el acceso a métodos de planificación familiar de las mujeres de Maya refleja cierta tranquilidad por el alcance que están teniendo. Sin embargo, muestra cierta preocupación por aquellas comunidades que se encuentran más alejadas del servicio de salud, donde no solo la tasa de nacimientos es más alta, sino que tienen mayor porcentaje de embarazo adolescente.

Hay bastantes mujeres que sí vienen por su método y son puntuales, o sea algunas que están súper concientizadas, y también hay algunas que no quieren usar ningún método, porque no confían, le dan miedo las hormonas, que la vecina les habló y algo así, algunas tratamos de hablarles, convencerlas, pero sí hay siempre un porcentaje que no quiere. No utilizan, queremos darles pero no utilizan, no quieren y no se les puede obligar, pero sí se les hace un seguimiento. Por ejemplo cuando acuden con sus hijos, le preguntamos la fecha de la última menstruación, de esa manera porque no se les puede obligar. Pero sí tenemos alto porcentaje de mujeres en edad fértil que no utilizan métodos de planificación familiar. [Enfermera]

En términos logísticos, la idea de administrar un método anticonceptivo de un periodo de duración amplio, como tres años, a una mujer que, no solo vive en un centro poblado que se encuentra a cuatro horas a pie del establecimiento de salud, sino que difícilmente va a acudir a este, parecería estar justificada. Sin embargo, teniendo en cuenta que se trata de

la salud sexual y reproductiva, así como de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres habría que repensar los objetivos de los programas de planificación familiar y las estrategias que se ponen en práctica unilateralmente.

[El uso de métodos anticonceptivos] ha aumentado, ha aumentado, será en parte por la consejería, la sensibilización, porque ellas mismas ya evalúan, ya tengo tanta cantidad de hijos, debería usar. Aún hay cierta resistencia, pero, qué ha pasado, entonces salían embarazadas, y salen embarazadas, no, no, ya no señorita, ahora sí me voy a cuidar, te dicen. Ahora lo que nos ayuda es el implante, que ha llegado el implante y es un método de largo plazo, de 3 años eso tratamos de colocar en sitios lejanos, para evitar que bajen, la distancia y eso, se olvidan, no quieren bajar, qué se yo. A Nivín hemos ido un día, hemos ido y hemos colocado allá arriba, más que todo a personas donde existe más factor de riesgo, y han aceptado, se les ha colocado. [Enfermera]

Finalmente, resulta inevitable hacer referencia a las consecuencias colaterales que ha producido la pandemia de Covid-19, además de los aspectos vinculados directamente con la salud de la población. Es innegable que se han producido estancamientos y retrocesos en muchos casos sobre el proceso que se venía desarrollando en la escuela. La reflexión desde el ámbito de la educación da ciertas pistas para conocer algunas de las repercusiones que ha tenido para el desarrollo de niñas y niños en el espacio escolar. Como parte de las conversaciones en 2010 con la directora del centro educativo de Maya, se evidenciaban problemas por la preferencia de los padres de familia por la escolaridad de los niños frente a la de las niñas, debido a que puede resultar de mayor productividad de acuerdo con los roles que se les asignan tradicionalmente a hombres y mujeres. Luego de diez años aproximadamente, en una nueva conversación con la directora a partir del retorno a clases, se revela una serie de consecuencias que ha dejado la pandemia desde su perspectiva, y que recién empieza a visibilizarse, como carencias en el padre y en la madre para asumir la crianza de su hijo o hija de acuerdo con las expectativas de comportamiento que son propias de la educación formal para la directora.

Bueno, en el tiempo que usted vino había esos problemas. Yo creo que esos problemas persisten todavía. Con esta pandemia que estamos como dos años, no estamos ya presencialmente con los niños, está recrudesciendo en

cuanto a la crianza de los niños. Nosotros estamos viendo que los niños han vuelto, en este caso presencial, con otras actitudes. Con otros sentimientos, no son los niños que he conocido antes de la pandemia. Son diferentes, mejor dicho, en el sentimiento ya no son esos niños atentos. No son los niños amables que yo he conocido, entonces eso ha cambiado con la pandemia. [Directora de la escuela de Maya]

Por otra parte, se presenta una serie de obstáculos o retos para que madres y padres de familia puedan asumir de otra manera el rol del cuidado y de la crianza, debido a las tareas necesarias para sostener la economía familiar, como el trabajo en la chacra o en el comercio de productos. Sin embargo, se observa la vigencia del espíritu del educador o educadora, no en términos positivos, que con absoluta autoridad señala que los padres de familia no están capacitados para criar a sus propios hijos y menos aún para mantener los aprendizajes adquiridos. Es motivo de reflexión la idea de un maestro o de una maestra que asume que el contacto constante con su padre y su madre va a generar que el niño o la niña retrocedan en su proceso de aprendizaje.

Con respecto a las madres de familia o a los papás que lo están criando, también han cambiado, por el mismo sistema de la pandemia. La preocupación del dinero, la preocupación del trabajo, la preocupación del agro, porque ellos se dedican más a la chacra, todo eso porque de repente ha influido en la manera de la crianza de los niños. Creo que como decíamos en una reunión siempre persiste esto, al menos, es decir que la mayoría de las horas de los niños están con nosotros, y pocas son con los padres. Me parece que los padres no pueden educar, no pueden orientar. Eso ha acarreado que los padres no estén lo suficientes preparados en cuanto a la educación. Porque hemos visto que los niños se han vuelto a cero. Niños que han sabido leer perfectamente quinto o sexto, he tenido que volver a cero. Hacerles recordar, recordar, para recordar. La suerte de ellos que han tenido es que nosotros hemos venido ya desde mayo. Entonces hemos arrancado, venimos dos veces a la semana. Nos ha facilitado bastante en recobrar y recuperar el tiempo perdido. [Directora de la escuela de Maya]

Cuando nosotros hacemos llamadas, hacemos llamadas tanto al papá como a la mamá, y los dos nos contestan. Los dos asumen, hasta el momento están asumiendo. Pero antes de la pandemia era el papá, ay no mi esposo que dirá. En una reunión, tratábamos un acuerdo, y decían profesora para la próxima le diré, el lunes le diré, la próxima semana le diré que dicen en mi casa, que dice mi familia, que dice mi esposo. Entonces ha habido eso, pero ahora no, los dos están. [Directora de la escuela de Maya]

Finalmente, se evidencia una grave situación respecto de la permanencia en el sistema educativo formal. Como se ha señalado, en la localidad de Maya, solo existe escuela primaria. Para continuar los estudios del nivel secundaria, las y los estudiantes deben asistir a la escuela en Carhuaz. Esto implica que los y las niñas se transporten en una combi o mototaxi por la distancia, y eso tiene un costo que no todas las familias pueden cubrir, fuera del uniforme, los materiales, entre otros requerimientos. Durante la pandemia, se observa que muchos niños y niñas asumieron con mayor constancia ciertas responsabilidades económicas dentro de la familia, que, acompañadas de sentimientos desalentadores y de frustración por un futuro incierto, han generado el grave riesgo de la deserción escolar.

Los niños de ese tiempo no quieren estudiar como usted ha manifestado. Uno por situación económica, porque los papás no tenían suficiente economía para mandarlos hasta Carhuaz. Mira nomás a Carhuaz que es chiquito, que está cerca, no querían ir, entonces que han optado esos niños es en trabajar. Mamá o papá no me ayudan, o hermanos, lo único que tengo que optar es en salir. Salían por su propia cuenta, pero tenían aspiraciones muy grandes, muy grandes. Ahora no los tienen, yo veo aquí que, en sexto grado o quinto, ellos me dicen de frente yo no voy a seguir estudiando. A su mamá, a su papá le dicen, a su mamá le han dicho, así me pegues, no voy a volver a estudiar. Termine mi primaria y ahí acaba. Yo he llegado a escuchar eso, hace semanas atrás. Justamente una mamá ha venido y le he dicho, señora esa niña con la mayoría de edad que va a tener y va creciendo, va a necesitar. Aunque sea así, si usted quiere que su niña sea ama de casa, deberá tener su certificado, no tiene, no la van a recibir. Eso es de hecho ya, y que le irán a pedir más adelante porque con todos los casos de delincuencia y violencia, a veces tenemos miedo de recibir a una señorita

que viene buscando ayuda. Tenemos miedo hasta de aceptar. Con todo eso, por eso, esa niña tiene que ir con un documento a parte de su DNI. Tiene que identificarse para saber qué capacidad esa niña tiene para ejecutar una acción. Si es ama de casa, al menos esa niñita tiene que hablar con todos los de la familia, y si dicen a la niña, enséñame a mis niños, que va a enseñar sino ha terminado, que va a decir sino ha venido a la escuela. [Directora de la escuela de Maya]

5.1 Embarazo: los cuidados en los caminos paralelos del bienestar

5.1.1 La atención prenatal

De acuerdo con la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna (2013)⁷, las mujeres en estado de gestación que acceden al sistema de salud público, deben asistir a los controles prenatales de acuerdo con el cronograma que se les indica en el establecimiento de salud que les corresponde ser atendidas. El control prenatal (CPN), de acuerdo con dicha norma, constituye

una oportunidad de comunicación directa con la gestante y su pareja o acompañante para ofrecerle la información y orientación que promueva la construcción conjunta de conocimientos, la aceptación y práctica de conductas saludables y la toma de decisiones responsables y oportunas en el proceso del embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido. (Minsa, 2013)

Asimismo, las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva⁸ proponen la frecuencia con la que deben realizarse los CPN. En ese sentido, se considera que la atención prenatal debe iniciarse lo más temprano posible, y debe ser periódica, continua e integral. Así se establece que la frecuencia óptima de atención prenatal debe ser de la siguiente manera: una atención mensual hasta las 32 semanas, una atención quincenal entre las 33 y las 36 semanas, y una atención semanal desde las 37 semanas hasta el parto. Sin embargo, se ha establecido como un control adecuado considera que

⁷ https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf

⁸ http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf

la gestante reciba por lo menos seis controles prenatales: dos antes de las 22 semanas de gestación, uno entre las 22 y las 24 semanas, uno entre las 27 y las 29 semanas, uno entre las 33 y 35 semanas y uno entre las 37 y las 40 semanas.

De los aspectos considerados en la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna (2013), el CPN es una de las disposiciones específicas más importantes en la atención que se les brinda a las mujeres gestantes de Maya. Es responsabilidad de la posta de salud de Maya monitorear y hacerles seguimiento a las mujeres gestantes para garantizar la salud de la mujer y del feto, así como para asegurar que el parto sea institucional. Por ello, la posta de Maya no se limita a las atenciones básicas, sino que implementa la frecuencia óptima de atención bajo la cual se hace el monitoreo semanal a partir de la semana 37 de gestación de acuerdo con la norma vigente. Esta medida permite establecer el plazo o las fechas aproximadas dentro de las cuales se puede producir el parto, de modo que el personal del establecimiento de salud estará atento para que se cumpla el protocolo de atención y se pueda prevenir cualquier situación de riesgo que implicaría, por ejemplo, que se deba realizar una cesárea.

Los CPN son asumidos por las mujeres de Maya de las dos generaciones que participaron como una obligación exigida por el estado. Consideran que es una medida impuesta y obligatoria. El CPN es percibido, sobre todo, como una necesidad del establecimiento de salud. La primera generación de mujeres, aquellas que tuvieron sus primeros partos en la década de 1980 o en la década de 1990, coincide en que el desarrollo del embarazo no era monitoreado de manera permanente por el personal del sistema de salud público.

Control nada, no iba. [Maritza]

Las mujeres de la primera generación no percibían de parte del sistema de salud oficial una preocupación por controlar todo el proceso para que el parto se desarrolle en un establecimiento oficial de salud. Por eso, cuando se empezó a implementar la norma, los CPN fueron asumidos como una obligación, en tanto, lejos de considerarlos medidas que tuvieran repercusiones físicas y emocionales positivas durante el embarazo, el parto y el puerperio, las limitaba en sus elecciones.

A mediados de la década de 1990, si las mujeres gestantes de Maya no se presentaban a los CPN, el personal de la posta debía buscarlas en sus casas. No era una tarea sencilla

encontrarlas, porque las personas de Maya están en constante movimiento, ya sea porque están trabajando en la chacra, porque han ido a la feria en Carhuaz o por otros motivos. Esta situación, tal como lo señalan las mujeres de Maya y el personal de la posta, empezó a manifestarse de manera sistemática desde esa época. Sin embargo, hoy en día, el monitoreo del proceso de gestación de las mujeres en Maya es una norma que debe cumplirse y el personal de salud de la posta de Maya está muy atento a cada caso que se registra.

La diferencia que se observa entre la primera generación de mujeres de Maya y la segunda generación es consecuencia de las medidas implementadas por el sistema de salud oficial para lograr la cobertura del 100% de mujeres gestantes con el fin de alcanzar la meta del 100% de parto institucional. Como se ha señalado en la norma, “identificar y captar” a las mujeres gestantes para que puedan ser atendidas dentro del sistema de salud oficial se convirtió en parte de los objetivos del personal de salud. Sin embargo, la identificación y captación de las mujeres gestantes —de acuerdo con los términos usados por los proveedores de salud— no es suficiente. Estos son solo los primeros pasos que deben cumplirse para que las mujeres gestantes puedan ser integradas al sistema de salud oficial y sean atendidas.

Como siguiente paso, el sistema de salud oficial tiene contemplado que la atención durante el embarazo sea continua y que las mujeres gestantes cumplan con el cronograma de atención prenatal establecido. Para ello, el personal de salud se vale de estrategias que están claramente establecidas en la norma. Sin embargo, a partir de las narraciones de las mujeres participantes, así como del personal de salud, se puede observar que una de las estrategias que se pone en práctica durante las atenciones prenatales para garantizar la continuidad de la asistencia de las mujeres gestantes a los CPN es el discurso del personal de salud, que se basa en información relacionada con aspectos negativos.

A pesar de que hay razones por las cuales las mujeres gestantes probablemente podrían valorar positivamente los CPN, el discurso más recurrente que proviene de los proveedores de salud suele centrarse en los riesgos y peligros que pueden traer el embarazo y el parto. Cabe señalar que ya en este punto la relación entre las mujeres gestantes y el personal de salud no es horizontal. El discurso biomédico se posiciona como válido y autorizado para asumir el control del proceso de gestación y del parto frente al

discurso de las mujeres de Maya que queda subordinado por no tener base científica desde la perspectiva del sistema de salud oficial.

De esta manera, en el discurso biomédico, se ven trastocadas ciertas nociones que finalmente son asimiladas por las mujeres gestantes. Por un lado, la idea del cuidado que se les transmite a las mujeres gestantes se confunde con el sentimiento de temor. Por otro lado, la mujer gestante es asumida como la responsable de la salud y la vida del feto; la salud de la mujer gestante será importante en función de la del feto. Sin embargo, bajo el discurso del sistema de salud oficial, la responsabilidad adquiere un matiz distinto; de alguna manera, se distorsiona y se asumen como culpa, de modo que, en lugar de generar autonomía para que las mujeres gestantes asuman el control de sus procesos, les resta capacidad de agencia y de control. Una de las consecuencias de este discurso es que, en muchos casos, las mujeres gestantes y sus familias asisten a los CPN por una combinación entre temor y culpa de que "le vaya a suceder algo malo" al feto o que ellas puedan morir.

Se ha observado que uno de los aspectos en los que se basa el discurso de las mujeres de Maya para justificar la necesidad de los CPN o del beneficio que pueden tener recae en el control del crecimiento del feto. Ese es un aspecto importante para las mujeres gestantes. El CPN, de esta manera, se convierte en un mecanismo que permitiría asegurar que el feto está formándose de manera adecuada y que, por lo tanto, la mujer gestante tampoco presentará ningún problema durante el parto.

Después de los tres meses empecé a controlarme. Sí. Porque es necesario ver adentro su formación del bebe, cómo está formándose así. [Gloria]

No obstante, es importante señalar que, a pesar de la influencia que pueden tener los mecanismos ejercidos por el sistema de salud oficial mencionados anteriormente en las decisiones de las mujeres de Maya de la segunda generación, el aspecto en el que se presenta claramente una diferencia es en el hecho de que estas mujeres consideren el parto institucional como la mejor y única opción de atención del parto. Esta preferencia muestra una diferencia y un cambio respecto de los hallazgos presentados en la investigación de Anderson (1999), en zonas, en las que a pesar de los problemas que se presentaban en la oferta de parteras/os, el parto no institucional era la norma (1999:190).

Francke y Reynoso (2007) ya sostenían que, a pesar de la preferencia de las mujeres a ser atendidas por una partera tradicional, en particular en zonas más urbanizadas, no se registró resistencia o desconfianza al parto institucional. “Pareciera que ya se está generalizando una mayor aceptación de las prácticas medicalizadas, a la par que se va incrementado la confianza general en el sistema de salud occidental” (Francke y Reynoso, 2007:60). Efectivamente, las mujeres de Maya de la segunda generación —y muchas veces no solo con la aceptación sino con el acompañamiento de sus madres— confían en los recursos del sistema biomédico. Cabe señalar, sin embargo, que esta aparente preferencia se da principalmente en el caso de la atención del parto, que, como ya se ha señalado, respondería a la política pública de salud que se ha venido implementando en las últimas décadas, y que ha priorizado e impulsado el parto institucional y una lucha contra el parto domiciliario.

No obstante, si bien se han generado cambios respecto de la preferencia por la atención del parto, debe tenerse en cuenta que eso no significa que ha habido un cambio radical que ha implicado dejar un sistema por otro. Esta situación se refleja claramente en la poca asistencia o solicitud de atención en la posta de Maya de las mujeres de Maya de ambas generaciones. De hecho, las mujeres de Maya de la segunda generación, cuando no se encuentran dentro de espacio médico ya sea de consulta o de control, sobre todo cuando están en proceso de gestación, eligen y deciden de acuerdo con lo que consideran más conveniente como, por ejemplo, si consumir o no los suplementos o medicamentos recetados por el personal de salud de la posta de Maya. Asimismo, estas mujeres acceden a otras formas de cuidado y de atención a las que llegan guiadas por sus madres. Esta atención, que es brindada por personas de la comunidad e incluso personas de la ciudad de Carhuaz que tienen conocimientos sobre partería o sobre sanación, suele ser recibida paralelamente a la atención de la posta de Maya.

Tal situación muestra no solo la actualización y vigencia de las prácticas de salud comunitaria —a pesar de que la biomedicina se posicione como el discurso biomédico hegemónico que suele invisibilizarlas—, sino la capacidad de agencia que han logrado mantener a partir del sistema de salud comunitario las mujeres de la primera generación y la posibilidad para las mujeres de la segunda generación de seguir contando con el tipo de atención en salud durante el embarazo y el puerperio que recibieron sus madres y abuelas. Cabe señalar, sin embargo, que el parto es un proceso sobre el que, dada la normativa y los protocolos de atención en salud materna que el personal de la posta de

Maya implementa, no queda margen de elección para las mujeres de la segunda generación Maya: el parto institucional en Maya es del 100 %.

Finalmente, es pertinente señalar que la pandemia del Covid-19 produjo ciertos cambios, que podrían considerarse temporales. Por ello, sería necesario realizar estudios posteriores para observar la trascendencia y los cambios producidos en las actitudes y percepciones de las mujeres de Maya luego de la crisis sanitaria. A nivel nacional como en la localidad de Maya, se difundió un gran temor al parto institucional por la posibilidad de contagiarse del Covid-19. De esta manera, se transitó del temor al parto institucional por posibles maltratos o incomodidades al temor por el contagio de la enfermedad.

Justo en la pandemia, lo que es el parto institucional, un poco que, tuvieron temor las mamás y no quisieron ir pero estábamos en eso, la obstetra tenía su seguimiento, eran constantes las llamadas que le hacían, y sí o sí se ha logrado los partos institucionales. [Obstetra]

No, ninguno [contagio]. No, no hemos tenido, la mayoría ha ido, y sí pues tenían temor de contagiarse, porque pensaban que a todos por ejemplo a los de Covid los juntaban, pero pues les orientábamos que había un área diferenciada y que no pues. Incluso el hospital optó que la entra para la consulta externa, entraban todas las gestantes, y por la entrada de emergencia atendían a los de Covid. Entonces ya las mamás se sintieron un poco seguras y acudían. No hemos tenido, gracias a Dios no hemos tenido partos en la comunidad. [Obstetra]

No obstante, respecto de la comunicación de las mujeres de Maya y de otras localidades al personal del servicio de salud sobre un embarazo, se dio con aparente normalidad, lo que facilitó el control y seguimiento del proceso de gestación a través de los CPN.

Mira, yo pensé que las gestantes iban a venir con ese temor, pero he tenido más gestantes captadas en el primer trimestre justo en pandemia, y eso es lo que más me ha sorprendido, no sé si será por el personal que tiene esa manera de llamar al paciente, o por estar en comunicación, porque se ha subido a los caseríos a hablar que es importante ni bien tienen un retraso a descartar ¿no? si es embarazo o no es embarazo. [Obstetra]

5.1.2 Los sistemas de comunicación como mecanismo de CPN

Hoy en día, debido a los avances tecnológicos en los sistemas de comunicación, en particular a la posibilidad de comunicarse a través de teléfonos celulares, el personal del servicio de salud cuenta con una herramienta para estar en contacto de manera permanente o realizar seguimiento o monitoreo a las mujeres gestantes. El personal del servicio de salud considera que esta es un instrumento importante para que la comunicación sea constante y la coordinación efectiva. Cabe señalar, sin embargo, que la vía de comunicación se da en una sola dirección: las mujeres de Maya son quienes reciben las llamadas del personal de salud. En general, ellas señalan que no consideraron necesario llamar a la obstetra durante el embarazo ni en el inicio del trabajo de parto.

Sí, ahora ya no quieren, ya no quieren en la casa. Cuando estás embarazada te siguen buscando. Cuando estábamos naciendo, ni celular ni radio, nada. Y ahora llaman, si no llegas vienen a buscar. [Maritza]

Por otra parte, durante la pandemia del Covid-19, el teléfono celular, que ya venía siendo utilizado por el personal de salud para comunicarse con las usuarias, fue sumamente importante para que este pudiera contactarse con las mujeres gestantes. Dada la situación crítica que se vivía en los establecimientos de salud —sobre todo en los hospitales— por la emergencia sanitaria, debido a la saturación de la capacidad de estos espacios y a las restricciones en el acceso por temas de seguridad, el personal de salud de la posta de Maya debía procurar mayor eficiencia en el seguimiento para que el parto de las mujeres pudiera desarrollarse con normalidad en el hospital. Para ello, el personal de la posta, específicamente la obstetra, debía coordinar con el personal del hospital de Carhuaz para que pudiese ser atendida. Por ello, este medio de comunicación fue una de las herramientas más eficientes para que el personal de salud lograra hacer el seguimiento de las mujeres gestantes y los CPN.

Durante la pandemia, la comunicación permanente que se produjo entre las mujeres gestantes y el personal de salud, a través de la telefonía celular o también mediante visitas domiciliarias, sobre todo desde la semana 36 de gestación, ha sido narrada por las mujeres de Maya como una situación normal dentro del proceso de gestación, que han reconocido y aceptado. Si bien ellas no eran quienes solicitaban esta atención, las mujeres de la

segunda generación que han participado de esta investigación no han considerado el seguimiento como una situación que les haya generado incomodidad o molestia.

[En tiempos de Covid-19] sí igual había controles, me han atendido, en Carhuaz y acá. No puedo decir que no me han atendido. Iban a mi casa o me llamaban a controlarme. [Sandra]

Mira yo me acuerdo de que era un domingo, un domingo en la tarde, y teníamos acá un cumpleaños de mi tía. Fui a comer así. Estaba tranquila de lo que estaba comiendo, cuando la doctora de la posta, casi seguido me llamaba. ¿Qué tal cómo estás? Ya en las últimas semanas. Era un domingo seis de la tarde, estábamos compartiendo así y me llaman. Me dice tienes algún síntoma o te duele algo. Ya me había pasado. Me había pasado ya nueve días. Nueve días me pasé. Yo normal, no sentía ningún dolor. Entonces le digo, licenciada yo estoy tranquila no me duele nada. ¿Has votado algún flujo me dice? Bueno sí le digo he votado. Y a qué huele me dice. No sabría decirle, le dije. Bueno, ve al baño y lo hueles. Huele como un poco a lejía, le dije. Me dice vete de emergencia. Pero yo no siento nada, le dije. No siento ningún dolor. Y me dice tienes que irte, lleva las cosas de tu bebe. ¿Tienes alguien que te lleve? Me dice. Sí, mi papá y mi mamá están aquí. Y nos fuimos así. Me llevé por si acaso una ropa del bebé y todo. Llego al hospital y me toman la prueba del Covid. Salí negativa. Me pasan y me revisan, y me dicen ya estás con dilatación 4. Mira y no siento nada. [Sandra]

5.1.3 La dieta desde la perspectiva del sistema de salud oficial

Como parte de los cuidados que deben tener las mujeres que se encuentran en estado de gestación, el personal de salud les recomienda seguir una dieta balanceada. Se espera que las mujeres consuman los alimentos que están consignados en las cartillas informativas que se exhiben en todo establecimiento de salud oficial.

Qué es lo que debería ser, lo que ellas comen, las más lejanas no comen pescado, no comen carne, y si comen de vez en cuando comen su cuy, o animalitos que matan, eso es. Pero ha bajado el índice de anemia, en gestantes, pero en niños sí ha aumentado. Lo que se les dice es que en cada

vez que bajan a Carhuaz a hacer sus compras, [...] aprovecha, cómprate tus cositas, tu pescadito. [...] ¿Qué costumbres tienen más arriba? Papas, carbohidratos, fideos. Si uno nomás va al supermercado y una observa, qué buscan las señoras, se llenan sus carritos de fideos, galletas, y eso suben y el niño quiere más la golosina que la comida. Y a veces cuando uno comparte lo que han observado, comparten sus alimentos con nosotros, qué te invitan, picante de papa, trigo, o si no su mazamorra nada más. De vez en cuando su huevito sancochado comerán. [Obstetra]

Nuevamente, el discurso oficial sobre las razones de por qué se dan casos de anemia recae en las costumbres o malos hábitos de la población, que se resiste a cambiar. Esta situación que lleva décadas en el Perú refleja el choque constante entre el ideal que proviene de la teoría que maneja el sistema de salud oficial y las posibilidades concretas que tiene la población para que las metas sean alcanzables. Asimismo, se evidencia un estancamiento en las posibles salidas y la aproximación a la problemática tanto a nivel gubernamental como a nivel de trabajo directo y conjunto entre el personal de salud de la zona y la población.

Ese es un problema de años. Mientras que las madres, porque aquí son los malos hábitos nutricionales, los malos hábitos. No les dan agua. Yo en lo que más me centro es en educar a qué coman ciertos tipos de alimentos, que dan crecimiento. A todas las mamás les doy consejería nutricional. Por eso, me quiere la gente acá, no es que me rechacen, sino que todavía no están conscientes del problema. [Enfermera]

De esta manera, el caso de la alimentación adecuada, que es una preocupación desde la etapa de gestación de una mujer hasta los 5 años aproximadamente del niño o la niña, se configura como un problema adicional que, lejos de aportar a la mejora de las relaciones entre el sistema de salud y la población, las vuelve más tensas y agudiza los conflictos latentes. En ese sentido, las posibilidades de acompañar el proceso se alejan del diálogo que implica el acompañamiento y, muchas veces, se reducen al control que se ejerce a través de la imposición de medidas y de responsabilizar directamente, en caso de que los resultados no sean positivos, a las mujeres.

Por otra parte, les indican a las mujeres gestantes que la alimentación balanceada debe ser complementada por algunos medicamentos que buscan cuidar el desarrollo del feto o prevenir la anemia y, con ello, reducir el riesgo de ciertas complicaciones como la hemorragia postparto. Para ayudar a evitar estos problemas, a las mujeres se les receta y se les proporciona sulfato ferroso y ácido fólico. Sin embargo, las mujeres presentan resistencia a consumir los medicamentos que se les receta y brinda, ya que aseguran que les generan efectos colaterales como estreñimiento o algún tipo de malestar como dolor de cabeza, náuseas o cansancio.

Sí, me mandaron [hierro]. Cuando estaba gestando, me daban calcio. Me daban calcio, pastillas, eso sí lo tomaba. Claro el hierro, no, por ejemplo, el hierro, cuando le das al bebé, lo estriñe. Eso me lo explicaron ahorita este último, porque le tocó el 21 su control y lo llevé y le digo porque se me estriñe mucho. Y me dicen es por el hierro que le estás dando. Como le doy a veces. [Sandra]

Una pastilla sí no he tomado. El calcio. Al tomar eso sentía náuseas, por el estómago también. [Mirtha]

Del mismo modo, las mujeres creen que los medicamentos que les recetan durante el embarazo pueden afectar al feto, por lo que rechazan esa alternativa. Es importante notar que se manifiesta un aparente conflicto entre la idea del normal crecimiento del feto que promueve el sistema de salud —de ahí la importancia de los CPN para monitorear dicho crecimiento—, y el temor o gran cautela de las mujeres gestantes ante un posible crecimiento excesivo del feto que pueda constituir un problema para el nacimiento.

Sí, cuando tomas esas pastillas dicen que el bebé crece. No puede [nacer]. [Mirtha]

El personal de salud es consciente de que las mujeres en estado de gestación presentan resistencia a la ingesta de los medicamentos recetados y que no suelen tomarlos. No obstante, como parte de los CPN se continúa con la prescripción de estos medicamentos y se les brinda a las mujeres. Esta situación se mantiene hace décadas sin que se produzca

algún estudio puntual o reflexión que dé lugar a la posibilidad de que las mujeres gestantes puedan ingerir las vitaminas y los minerales necesarios de otra manera.

5.1.4 Las elecciones y valoraciones de las mujeres de Maya sobre el servicio de salud

Por otra parte, las mujeres desconfían de lo que puede hacer en el servicio de salud, no solo que no pueda "resolver" un problema, sino que pueda generar un daño. De acuerdo con Calisaya (2004), una de las razones del rechazo de las mujeres al servicio de salud se debe a la desconfianza y temor en la eficacia del sistema oficial de salud sobre algunas prácticas y/o procedimientos de la medicina moderna, que no siempre solucionan sus problemas y que, por el contrario, les causan daño.

Del mismo modo, las mujeres muestran cierta desconfianza de los equipos e instrumentos médicos, sobre todo de aquellos que son producto de los avances tecnológicos, como por ejemplo un ecógrafo, ya que se promocionan como mecanismos absolutamente confiables y certeros que dan respuestas efectivas e infalibles. No obstante, el personal médico, a través del uso de estos instrumentos, brinda diagnósticos errados o resultados fallidos, de modo que se puede prever y controlar una situación y genera desconfianza en las usuarias.

El hospital también lo sabe. Es mujer o varón, a mi lo último me dijeron de mi hijita, es varoncito. Y ya cuando nace, dicen es mujercita... me dicen. Ni saben. Por eso, le he dicho que cuando nace, doctor, usted como ha dicho que es varoncito. Y ahora dice que es mujercita. Creo que me han tapado sus manos o sus piernas me dice. (risas) [Diana]

Al controlarme no se habían dado cuenta, y dicen que en la ecografía no lo han visto el peso y la talla, entonces no lo han visto. Y al no ver eso, me han mandado a parto normal. Yo me fui, y en el hospital llegué, y en el hospital me dicen parto normal, pero no era parto normal. Me han hecho cesárea. [Miriam]

Como se ha observado, las mujeres de Maya recurren, dependiendo de sus necesidades e intereses, al sistema médico que pueda ser más beneficioso para ellas, entendiendo que la conveniencia no se limita exclusivamente a resolver un problema de salud, sino

posiblemente de tipo económico, logístico, legal u otro. Muchas veces, harán uso de dos sistemas médicos y otras optarán por aquel que, además de que reconoce la enfermedad, puede curarla.

Fui, había una señora en el otro pueblito en Antu. Ahí abajo había una señora que te acomodaba al bebé. [...] hasta el último que yo fui me dijo que iba a ser mujercita, pero no salió mujercita. Me dijo va a ser mujercita y me acomodaba el estómago. Una semana antes de lo que di a luz, fui también a que me lo arreglé. Iba básicamente para acomodar al bebe. A veces sentía algún dolor e iba, y me decía si ha estado volteado el bebe. [Iba al control en la posta] y paralelamente iba donde la señora porque mi mamá me llevaba. Mi mamá se preocupaba bastante, ella me acompañaba. [Sandra]

Existe una relación directa entre asumir saberes compartidos y actuar en función de estos para que, por ejemplo, en el caso de la gestación, se preserve la salud y no se produzca ninguna irregularidad durante el parto. La práctica del 'arreglo', que implica acomodar al feto en una posición adecuada en el útero para el momento expulsivo, se considera muy efectiva para evitar algún problema que se pueda presentar en el embarazo o en el parto. Por el contrario, para las mujeres de Maya, el no creer en los diagnósticos y tratamientos que no provengan del sistema de salud oficial puede ser la causa de una cesárea, por ejemplo.

Ahí abajo la señora dice, que recién ha dado a luz, pero no ha podido dar a luz natural, dice que ha salido con operación. No ha arreglado a su bebé, por eso le fue mal. Así estaban contando. Porque dice que no ha arreglado. Sí, para que lo acomoden, dice que no lo ha arreglado. Ha crecido mal. Dice que la han operado por eso. [Tiene] que le arreglen bonito para que pueda dar a luz normal. [Zoraída]

Por ejemplo, yo tengo una concuñada que no cree en esas cosas, hasta el último. Bueno me contó que cuando tuvo a su bebé le había dado preclamsia. Fue a la posta me dice. Le habían dicho que tenía preclamsia, ella si es cesárea. Y yo le digo es que tú ni habías ido a nada. Y me dice yo no creo que esas cosas, ahí están las consecuencias le digo. [Sandra]

'Volteado' o 'ladeado' son los términos que se emplean para hacer referencia a la situación que se presenta durante el proceso de gestación en la que se considera que el feto no está ubicado adecuadamente en el útero de una mujer: se encuentra 'atravesado' o está de pie (posición podálica), por ejemplo. La atención consiste en 'acomodar' o 'arreglar' la posición del feto. Este procedimiento requiere de maniobras que pueden ser complementadas con la ingesta de ciertos mates o preparados que las mujeres deben tomar como parte del tratamiento.

Esa señora también sabe, con esa nomás ha hecho arreglar. Me dolía el estómago, preparaba una hierbita, me tomaba así. Sí sabía. Ah, esa hierbita, había una hierbita y después una partera ya para arreglar. Pero sabía una hierbita: lino, después esa tuna blanca. Ahí se prepara el... parece un goma, espina blanca sale. Eso prepara con un vaso y me hace tomar. Eso nomás he estado. [Zoraida]

Sí, las señoras saben este... ah... hay veces que arreglan, hay veces que te dan cualquier cosita. Este, tómate —te dicen—. Sí, pues, pero mayoría de gente, en todo sitio hacen arreglar así. [Rosa]

Había una señora que me arregló mi barriga, pero no, no podía, no va a voltear me dijo, va a nacer normal, hay niños que nacen de pie. Sí, que soban. A mí me sobaron, pero no, solito va a voltear me dijo. Me sacaron la ecografía y seguía de pie. [Giuliana]

Mi mamá me ha contado que había señoras que acomodaban a los bebés para que tengan un parto normal. Ya no hay eso. Son más ancianas y no pueden. Otras han fallecido. [...] Yo creo porque ahorita existe la ciencia podría ser por eso. Yo creo que esos son dones de cada persona. Y como ahorita existe la ciencia ya no lo toman en cuenta. Pero todavía se hace eso. Por ejemplo, a veces, pasa que algunos niños se caen y dicen que se le ha ladeado el estómago, y lo hacen. [Melissa]

Las investigaciones sobre el tema no dan cuenta de que existe una preocupación o una propuesta formal por acercarse al sistema de salud comunitario. El comentario de "sería bueno saber cómo lo hacen" pierde sentido cuando ya se ha dado un juicio de valor respecto del peligro que implica realizar esa maniobra y de las consecuencias fatales que podría traer. Se debe tener en cuenta también que el conocimiento científico que proviene de la biomedicina y, en particular, de la noción de parto medicalizado les otorga a los y las especialistas en salud la autoridad como para deslegitimar y rechazar la técnica que está detrás de la práctica de 'acomodar' o 'arreglar'.

Tenemos todavía esa intuición de madre, hasta yo. Decía porque no se mueve el bebé, me da esto, me da el otro. Tengo estos resultados, y van se iban donde la señora. Ella los acomodaba, les arreglaba la cabeza, que la columna, que la cadera esta así. Bien arregladitas ellas, iban al hospital y al toque daban a luz. [Diana]

Yo iba a los controles en la posta y paralelamente iba donde la señora porque mi mamá me llevaba. Mi mamá se preocupaba bastante, ella me acompañaba.

- ¿Pero en la posta les decías que estabas yendo?

No en la posta, no. Por ejemplo, yo tengo una conuñada que no cree en esas cosas, hasta el último. Bueno me contó que cuando tuvo a su bebé le había dado preeclampsia. Bueno fue a la posta me dice. Le habían dicho que tenía preeclampsia, ella si es cesárea. Y yo le digo es que tú ni habías ido a nada. Y me dice yo no creo que esas cosas, ahí están las consecuencias le digo. [Sandra]

Por otra parte, a pesar de que no sea considerado un tipo de cuidado, hay ciertos conocimientos que las mujeres manejan y que van compartiendo con las generaciones más jóvenes. Por ejemplo, hay ciertas plantas que no pueden consumir durante el embarazo si es que desean que llegue a término, como la ruda.

5.2 Otros cuidados durante el embarazo: los signos de la naturaleza, y la rutina y las redes de apoyo

5.2.1 Los signos de la naturaleza

Tal como ya se ha señalado, las mujeres que han participado de esta investigación conforman un grupo heterogéneo no solo por ser parte de dos generaciones distintas, sino porque cada una tiene una historia particular que ha configurado su propio proceso de embarazo. En ese sentido, los cuidados que han seguido durante la gestación y los saberes que acompañan este proceso han sido diversos.

Calisaya (2004) muestra las ideas que tienen las mujeres que participaron del estudio sobre los diversos orígenes de las enfermedades que afectan su salud sexual y reproductiva. Estas se relacionan con elementos de la naturaleza como la lluvia, el rayo, el aire, la luz solar, la Luna, así como con las concepciones que tienen sobre su cuerpo. En el caso del rayo, se considera que tiene la facultad de generar daño en el feto: por ejemplo, puede ser la razón de que aparezca el labio leporino o, en el peor de los casos, de que se produzca la muerte fetal intrauterina.

Cuando te cae el rayo malogra a los niños. [Mirtha]

Primero mujer tenía, pero murió mi bebé. Yo fui a sembrar arriba al cerro, con mi esposo, —vamos a sombrar— diciendo, estaba con ocho meses ya. Después con ese relámpago, cuando llueve, ese relámpago me ha hecho mal, naciendo nomás murió. Naciendo nomás se murió. [Zoraida]

Por otra parte, hay signos de la naturaleza que también pueden generar un efecto negativo, como en el caso del encuentro con un algún animal que sea identificado como rastrero y que sea alargado, por ejemplo una serpiente o un ciempiés. Esta situación puede producir un daño, cuyo efecto, sin embargo, puede revertirse a través de ciertas acciones que, tomando en cuenta las categorías de magia propuestas por Frazer, podrían ubicarse dentro de la "magia simpatética" de acuerdo con las leyes del pensamiento que las mueven y específicamente podrían ser consideradas como "magia homeopática", que responde al principio de que "lo semejante produce lo semejante" (Frazer, 1981:34-36). De esta manera, se recurre a ciertas estrategias para revertir el daño.

Dice que hay veces cuando otros dicen, hay culebra, hay veces un cientopie, un gusano grande, eso es contra, dicen. Hay veces así cae dice, en ese lugar también uno está contra, no sirve cuando llueve, no podemos agarrar. Porque jala, una vez mi hijo ha ido a jugar allá. Jóvenes bastante estaban jugando, agarrando, casi a agarrado esto mi hijo. Por eso ya saben no andar. Dejan adentro así. Sí, caminando agarrando eso es bien bravo. [Maritza]

Ahí nos arreglábamos, a veces cuando encuentras culebra, dice que, algunos dicen, será cierto no sé, dice que se recoge el niño, que no puede nacer. Nunca me ha pasado a mí. [Se curaba] Se ataba con hilo, así. [Rosa]

Si mira la serpiente, se muerde el cuello. Sí, sí nos pasó. Pero eso simplemente se desata con el hilo. La señora que falleció, ella me enseñó. El hilo está recogido, entonces lo desatas encima de tu estómago. Ahí lo cortas con unas flores como plumas. Y la parte de sus hojas son delgaditas. Entonces ahí se desatada. Vas a ver ecografía, dentro de quince días y ya está. Sí dicen, porque si no no puedes dar a luz. [Miriam]

Hay una serie de signos de la naturaleza, cuya manifestación puede traer consecuencias a la mujer gestante y, por lo tanto, al feto. El 'antojo' es una de estas manifestaciones a las que hace referencia tanto la primera como la segunda generación de mujeres de Maya. El poder del antojo es difícil de contener. Para las mujeres gestantes, uno de los aspectos importantes del antojo es que, al ser identificado luego de haber recibido un estímulo externo, las mujeres pueden responder de manera certera ya sea para calmar el dolor (o contracción) o hacerlo desaparecer.

Esto concuerda con lo encontrado por Dierna (1999) en Áncash, donde se afirma que el antojo no satisfecho es causa de amenaza de aborto o de aborto, ya que produce dolor abdominal, contracciones uterinas intensas y pérdida de sangre por vía vaginal (Dierna, 1999:146). Sin embargo, en este caso en particular, estas señales podrían entenderse también como un ejercicio de poder que tiene el feto para manifestarse y establecer una conexión con el mundo exterior a través de la mujer gestante y evidentemente una forma de comunicar sus necesidades a su madre. Así, la necesidad de satisfacer el antojo para evitar un aborto espontáneo es una práctica que se mantiene vigente.

Cuando quieres comer, el bebe pero está bien, ni viene, ni duele, ni nada. Por justo estaba al mercado cuando quieres comer, nada, ni venía. Para que se viene yo me entraba al mercado a mirar chanco con asado. [...] Cuando comes para, se antoja. Cuando comes ya para, no duele ya la barriga. [Mirtha]

Porque algunas gestantes te ven lo que estas comiendo y se antojan. Eso me ha pasado a mí. Yo llegué al hospital por motivo de antojo. [...] Hasta que comí mi caldo de gallina. Mira, mi pareja se había ido arriba donde su mamá. Y después viene y me dice, vamos, vamos. [...] Mi mamá ha preparado caldo de gallina, me dice vamos. Voy y ya no había. Y te juro que eso fue todo para que se me ponga duro el estómago. Y me empezaba a doler horrible, y llegué al hospital y me pusieron una ampolla a la vena y me dijeron que con eso me iba a pasar. Pero no me pasó. Llegué y a mi mamá le comenté. Porque mi mamá me dijo: te has antojado algo. Y le dije sí, él ha llegado diciendo que ha comido caldo de gallina, y eso nomás ha sido la causa, le digo. Hasta que me preparó, me comí y me pasó. [Sandra]

O, por el contrario, al no ser satisfecho el antojo —así como podría ser causa de aborto cuando el embarazo no se encuentra a término como se solía denominar— podría ser una forma de propiciar el inicio del proceso de parto.

Dice que cuando estás embarazada con lo que quieras comer, debes comer. Si no se sale. Con antojo. El ceviche, justo no tenía plata, así iba a reunión de vaso de leche, entre a biohuerto y me obligaron a ir a en... Me obligaron, en marzo, creo marzo, fui, ahí he estado comiendo choclo con ceviche, así. No quería comer, pero dicen que el niño quiere comer. En ese momento, no me salió el dolor, pero cuando llegué acá a las tres de la tarde estuve tranquila, fui todavía a buscar mi alfalfa, y ahí llegué de alfalfa y me comenzó a doler. Fuerte, pues, fuerte. No estaba ni mi esposo, ni mi mamá, nada. Estaba junto con mi mamá todavía. Y mi papá llegó, le aviso, mi papá se corre a mi esposo a avisar. Mi esposo ya llega, él no ha pensado para que nazca, yo también. No era la fecha, yo estaba esperando pe, ya pasar seguro —dije—. De ahí me fui al hospital de Carhuaz y me examinaron. Ya se rompió fuente —me dijo—. Así apachurrando. Yo antes cargaba en burros,

abonos, también con mis hijos, y nada pasaba, esa vez cargue un poco de alfalfa. Cuando me examinaron me dijeron, con operación, sale con operación. [Mirtha]

5.2.2 La rutina y las redes de apoyo

Por otro lado, durante el proceso de gestación, algunas de las mujeres de Maya de la primera generación señalan que no tuvieron problemas para continuar con su rutina normal, ya que no presentaron malestares, sino todo lo contrario: tenían mucha energía.

Acá trabajamos, [...] andamos. Allá en Lima sí se quedan en carro... nomás. Nosotras sí andamos, trabajamos, todo hacemos. Sí, para mi chiquito yo trabajaba duro, hasta hemos estado... cómo se llama, en Pronamach, he trabajado. Sí, yo jugaba. Fútbol también jugábamos, el vóley también jugábamos. En cualquier sitio venía, no llevaba los ingenieros. Tal sitio, tal concurso, jugábamos así. Yo trabajaba así hasta, faltaba nacer mi hijo, así mmm... una semana, yo trabajaba normal. Sí, yo trabajaba normal, normal comía, normal hacía. Por eso me he ido a pie por estos caminos, también. [Rosa]

Siempre andaba en chacra, cuando estaba embarazada de día y de noche, y nada. Ni me dolía mi cintura. Los demás dicen que cuando salen de la chacra, ni pueden levantar, ni caminar. Yo normal. [Mirtha]

Sin embargo, algunas de las mujeres, a pesar de los malestares que sentían, tuvieron que esforzarse mucho para continuar con sus rutinas. Debían seguir realizando las tareas cotidianas, porque las labores del hogar no podían esperar.

No [podía trabajar]. Me molestaba bastante. Náuseas, vómitos. No comía, comía poquito. Traer pasto, traer leña, acá no hay agua, he traído de abajo. [Maritza]

Como se ha señalado, la primera generación de mujeres de Maya no tenía muchas posibilidades de evitar o reducir la carga laboral durante sus embarazos —ya sea las actividades de la casa o de la chacra—. No obstante, la experiencia de la segunda generación muestra que sí han contado con el apoyo, no solo de sus parejas, sino de sus

familias. Las mujeres de esta generación han recibido atención y cuidados, así como han podido dejar de asumir ciertas responsabilidades que tenían como el trabajo de la chacra.

Sí, por lo menos a mí, ya no me dejaban ni cargar peso, por ejemplo, acá dicen que cuando llueve te dan los rayos y eso hace mal a una gestante. Por eso, tampoco me dejaban ir tampoco lejos, pero caminar sí. Ayuda bastante a dar a luz, parto normal. Ya no cargué mucho peso. [Sandra]

Es importante señalar, sin embargo, que un factor que podría considerarse determinante para que esta situación sea posible son los recursos económicos con los que cuenta la familia. En ninguno de los casos, se podría considerar que las familias viven en estado de pobreza o de pobreza extrema. Considero que los cuidados a las mujeres —en este caso a las hijas— que encuentran en estado de gestación han sido posibles en alguna medida por la capacidad económica que tienen, así como el apoyo brindado por la red familiar con la que cuentan.

Sin embargo, en el caso de la primera generación, si bien algunas de las mujeres contaron con el apoyo de sus madres o de sus suegras, sobre todo durante el embarazo, el parto y el puerperio, otras no tuvieron el apoyo de sus familias o específicamente de sus madres por diversas razones: fallecimiento a temprana edad, poca cercanía o mala relación con ellas. En ese sentido, señalan que el no tener el apoyo de sus madres a nivel afectivo o emocional ni económico por parte de su familia durante la etapa del embarazo llevó a que las condiciones en las que desarrollaron su proceso de gestación fueran más complicadas emocionalmente y requirieran de mayor esfuerzo. Asimismo, la falta de apoyo inevitablemente se extendió a otros momentos y procesos como el parto, el puerperio y la crianza durante los primeros años de vida de sus hijas e hijos.

En el contexto de la localidad de Maya, la constitución de la familia está dada por la presencia del padre, de la madre y de hijos o hijas. Por ello, en el caso de la primera generación de mujeres, la presencia del hombre como pareja de una mujer y como padre de familia ha sido importante para que ellas puedan sobrellevar la crianza. De esta manera, el rol del padre como principal proveedor podría ser lo que habría permitido en muchos casos lograr la crianza de los hijos e hijas, y que se les pueda proporcionar lo necesario para que se desarrollen tal como lo desean.

Sin embargo, cuando la pareja es un agresor que violenta física o psicológicamente a la mujer y no existen redes de apoyo ni ayuda por parte de la familia, la mujer se ve forzada a transitar por un camino completamente nuevo y muy difícil en condiciones adversas.

Madre soltera fui [a los 21 años]. Solita. Sí, solita nomás he llevado porque él empezó a sacarme la vuelta y me golpeada. Sangre, sangre me hacía el hombre [Nos separamos y vine aquí] Sí, en esta misma casa. Es de mis padres. Yo todavía no tengo solita casa, son de mis padres, de mis hermanos. [...] Se decepcionó mi papá, me echó de la casa. Él quería que estudiara. Pero como que yo veía que no había plata, yo era la mayor y todo eso. No me proponía estudiar. Al principio, fue bonito, pero luego me dijo que yo era una pobre, que yo no tenía terrenos, que mi terreno era feo, era en ladera. Que su casa estaba junto a la carretera, que me largara de su casa, y que en verdad no me quería, que me veía como una hermana, no como para esposa. Me dijo: Vete. Me empezó a doblar mis cosas. Reconoció a mi hija. La firmó. Es un señor que tiene grandes plantaciones de vivero, es un señor de tener, pero no tiene compasión, no dice mi hija en qué situación estará. [Gloria]

Del mismo modo, la ausencia del padre por abandono de hogar o la negación a aportar económicamente para la manutención de los hijos e hijas también es un problema que deben enfrentar las mujeres.

No obstante, no se puede dejar de mencionar el apoyo emocional y material que ha supuesto para muchas mujeres la presencia de sus madres, tías, madrinas, vecinas y amigas, y que si bien no parece ser un elemento visible o directo en el desarrollo de cada familia es importante. Es un tema que merece ser abordado con mayor detenimiento y profundidad en futuras investigaciones.

Ah, sí llevamos así cuando está mal. Así con huevo, así pasamos. Sí. Aprendemos. Así me decían: Hazle así con eso nomás. Y yo también, así a mi hijo lo que nos recomendaron. Entre mujeres, ya con eso, ya. [C]uando estoy allá, camino en camino, entonces... Sí, pues. A veces, con mis vecinas, allá en Maya, con mis vecinas yo estoy. Sí, con mis vecinas yo a veces... Salimos, es como esperando carro, así sentamos. Sí, mis vecinas no son

chismosas, nada, confiamos. [N]o discutimos nada con mis vecinas. Son así buenas. [N]osotras cualquier cosita también, a veces, nos... hay una fiesta, así venimos, así todas nosotras reunidas. [N]os ayudamos uno a otro, así somos nosotros ahí en mi pueblo Maya. Sí, trabajamos, pero a veces sí mmm... Acá también sentamos, acá en nuestra huertita, tranquilo. [Rosa]

Del mismo modo, cuando la pareja está ausente pero el apoyo por parte de la familia de la mujer se mantiene, la crianza puede asumirse con mayor tranquilidad. De lo contrario, atravesar una situación crítica e intentar asumir la crianza de los hijos e hijas sin ningún apoyo puede ser muy fuerte.

Yo con mi esposo me separé de tiempo ya, diez años, catorce años. A los nueve meses ha dejado a mi hijito (el último). Le deja así abandonado, le ha dejado, se ha ido. Está andando así, no sé cómo será ya. Porque tenemos acá la chacra. No, no nos miramos. Ni nos mira, nosotros no le miramos. Tengo un primo que me apoya duro: No le fastidien. Déjenla -diciendo-. Nos ha dicho: Te voy a apoyar yo —dice—. Mi papá siempre me acompañó. Él es bien bueno. Nunca me dejaba. Él y mi mamá me acompañaron en el parto. [Rosa]

Por otra parte, si bien las mujeres que conocí en Maya tienen poder de decisión, para esa primera generación de mujeres no ha sido fácil enfrentar los prejuicios de la comunidad y verse en la aparente necesidad o sentirse presionada para comprometerse con alguien por razones completamente ajenas a lo que la mujer quiere y espera, y bajo las expectativas e iniciativa de un padre que manifiesta su preocupación por el futuro en “soledad” de su hija. En general, existe un gran temor por parte de las personas a quedarse solas. Más allá de otros aspectos sociales, en este contexto en el que el trabajo físico diario es muy demandante y es imprescindible realizarlo para generar algún ingreso, la preocupación es comprensible. La vida en el campo puede ser muy dura para una mujer que no posee tierras (oficial o legalmente) y que no cuenta con el apoyo de su familia o de su pareja. Sin embargo, es evidente que en el discurso de preocupación e intento de protección de la familia, en este caso de su hija, el padre evidencia un pensamiento conservador y machista sobre las mujeres.

Y había planificado solo tener una hija, [pero] un día mi papá me dice: Yo tengo mi familia, tus hermanos ya van a tener familia, te van a dejar a ti

sola, y mañana más tarde con quién te vas a quedar, comprométete, comprométete. Yo decía, no y no me voy a comprometer porque ya sé que mano del hombre te saca sangre. Te saca la vuelta y todo. Sí había señores, como yo era trabajadora, que querían ya comprometerse, pero yo negaba. Yo cerraba la puerta y me decían: Tú qué cosa eres una reina, una qué. Y encima parida, ya tienes tu hijo, así me decían. Yo decía, no, no. Y mi papá me molestaba, gritaba: Si por mis hijas solteras nadie viene, y por ti que ya tienes hijas vienen, por qué no aceptas ya me dice. No le hice caso. Después me comprometo con este señor, yo vuelta no me iba a comprometer ya. [Gloria]

En el caso de las mujeres de la primera generación, en quienes no estaba presente la expectativa de seguir estudiando, cuando se comprometían con su pareja se alejaban de sus familias y formaban un nuevo núcleo familiar desde el inicio de la convivencia, con los retos y esfuerzos que supone la crianza de los hijos e hijas, y el crecimiento de los ingresos familiares también.

En contraste, las mujeres de la segunda generación que tienen hijos han contado con el apoyo de sus parejas, en primera instancia, así como de sus familias, sobre todo de sus madres. Esta situación constituye una diferencia con los procesos y experiencias de sus madres, que perciben como positiva. El núcleo familiar de la segunda generación, sin embargo, no está separado del núcleo familiar conformado por su madre y su padre. Cabe notar que el factor económico establece en alguna medida las actividades y obligaciones que deben cumplir o que pueden dejar de asumir las mujeres dentro del núcleo familiar. Por ejemplo, en el caso de la segunda generación, la familia de una de ellas tiene mayor poder adquisitivo que la otra y la pareja también aporta económicamente más, de modo que la madre se dedica de manera exclusiva al cuidado de su hijo pequeño y a las actividades de hogar que se desarrollan dentro del espacio familiar amplio: pareja, madre, padre, hermanos, hermanas.

5.3 Parto

5.3.1 Cuando el parto era en casa

Como se ha mencionado, todas las mujeres de Maya mayores de 40 años con quienes he conversado nacieron en sus casas, tal como sus madres, sus abuelas, sus bisabuelas. Cuando el parto se llevaba a cabo en casa, el acompañamiento y atención estaban a cargo de una partera(o) empírica. En la comunidad, señalan las mujeres que siempre han contado con personas reconocidas y respetadas por tener los conocimientos y la capacidad para atender problemas de salud: los "curiosos", que pueden ser las comadres, los compadres, algún familiar como la madre, la abuela o la suegra, las vecinas, entre otras. Se trataba de una persona con el conocimiento y experiencia necesarios para ayudar a que la mujer pueda parir de la mejor manera.

*Y hay algunas que ya tienen bastante tiempo, mi mamá me dice que, con solo tocar el pulso, ya saben si es varón o mujer o cuando va a dar a luz.
[Sandra]*

[El cordón] lo cortaba bien, así su mano nomás, así nomás cortaban. [Luego] lavaban con agua tibia al bebé. Así nomás, y me daba alimento, tónico compraba. [Zoraida]

Este tipo de asistencia implicaba que la mujer no solo conociera a la persona que la ayudaría en el parto, sino que tuviera algún tipo de vínculo basado en la confianza. La figura de la partera o partero empírico era la persona que actuaba de acuerdo con la situación a partir de sus conocimientos sobre partería. Es decir, no necesariamente era una persona que se dedicara a la atención de partos, sino que asumía ese rol si era necesario o requerido por algún familiar o por alguien de la comunidad a partir de los conocimientos sobre partería que había aprendido y desarrollado. En el caso de la primera generación de mujeres de Maya, la suegra ha sido la persona que ha atendido la mayoría de sus partos.

Me atendía mi suegra. [Zoraida]

Sí, una vez... dos veces [atendí un parto]. Mi comadre, arriba, mi comadre me llamó: ha dado a luz tu comadre, ven. -me dice. Todavía no éramos

comadres. Pero yo no sé cómo voy a hacer. -Ven no hay nadie, quién va a lavar, quién va a levantar bebé.- Y voy, el bebito estaba echado llorando, yo agarré como me enseñó mi suegra: Así nomás vas a cortar con tijera limpia. Así no tijera no laves va a infectar. Yo así nomás corté, y lavando. Y ha salido bien. No, no sabía. Por ver nomás he hecho. Sí, me suegra siempre me cortaba así de mi hijita. Igualito. Sí, así bien sanito. Ajá. Ya cortando lavé el bebé con agua tibia, bonito abrigando nomás. [Zoraida]

Los llamados partos domiciliarios eran parte de la vida cotidiana de las comunidades. Las parteras eran quienes atendían a las mujeres durante el parto, así como en la etapa de embarazo y durante el puerperio inmediato y mediato. La atención en el servicio de salud no era parte del itinerario regular. La mujer desarrollaba su embarazo, parto y puerperio en su entorno cercano y en su casa. Cuando había transcurrido el tiempo necesario para que la mujer pudiera salir y empezar a realizar sus actividades cotidianas —periodo de un mes aproximadamente—, se acercaban a la posta. El objetivo de esa visita era fundamentalmente manifestar el nacimiento para que se les otorgara el certificado correspondiente y posteriormente pudiera obtener la partida de nacimiento.

Un mes cuidaba, bien delicadito. Lavando... Así nomás ya. Y después llevábamos a ese hospital, pesaba, hay veces doctora me dice falta su talla, falta su peso, a veces me dice completo está. Nada, siempre llevamos un mes, así con peso. Sí, inscribíamos su nombre, todo. Pero ahora ya no quieren, ya. Siempre van a hospital. [Zoraida]

Como se observa, el personal médico no reaccionaba ni de manera sancionadora, agresiva ni intimidatoria en contra de las mujeres. Posteriormente, sin embargo, con la implementación de la nueva normativa a mediados de la década de 1990, se da un cambio de actitud que va desde una especie de persecución de parteras hasta medidas que iban de la intimidación a la amenaza directa para evitar que atendieran un parto a una mujer embarazada.

Es pertinente contextualizar el proceso de cambio en relación con la presencia de las parteras/os en las comunidades, sobre todo rurales. En 2000, el Estado consideró necesaria la capacitación de los y las parteras tradicionales. Por ello, se elaboró el documento

“Lineamientos normativos para la capacitación de parteras(os) tradicionales”, que establecía las principales funciones que debía cumplir la partera(o) tradicional:

i) reconocer y derivar a las gestantes, parturientas y puérperas que presenten algún signo de alarma a un establecimiento de salud más cercano; ii) atender los partos en la comunidad solo en los casos en los que por razones de fuerza mayor el traslado a un establecimiento de salud no sea posible; iii) informar a las gestantes sobre la importancia del control pre-natal y los cuidados que deben tener durante el embarazo; iv) identificar a los gestantes de su comunidad y derivarlas al establecimiento de salud más cercano para su control pre-natal; v) informar periódicamente al establecimiento de salud sobre sus actividades desarrolladas; y vi) acompañar a la gestante y/o parturienta al establecimiento de salud para que reciba atención calificada. (Robledo, 2020:65)

Dichas medidas fueron establecidas para una situación regular; sin embargo, en caso de que se produjera una emergencia obstétrica o neonatal, se debía cumplir lo siguiente:

i) aplicar medidas básicas de atención y su referencia inmediata a un establecimiento de salud; ii) apoyar en el cumplimiento de las indicaciones y/o tratamientos dados por el personal de salud a gestantes y puérperas; iii) brindar educación sanitaria en aspectos de salud reproductiva; iv) promover en su comunidad el uso del Seguro Materno Infantil y las “Casas de Espera para Gestantes de Alto Riesgo”. (Minsa, 2000:12 en Robledo, 2020:65-66)

El proceso de adecuación de la atención en los establecimientos de salud a la realidad antropológica y geográfica particular llevó al Minsa a considerar la figura de la partera tradicional en las comunidades como una aliada principal. Esta perspectiva se asumió como una estrategia para fortalecer la confianza entre el personal de salud y las usuarias de áreas rurales, de modo que permitiera el incremento de la cobertura de atención del parto institucional (Minsa, 2000:5). De esta manera, uno de los objetivos específicos fue

Fortalecer la labor de la partera(o) tradicional para promover el cuidado de la salud materna y perinatal por las familias y comunidades, así como la

participación comunitaria en la solución de los problemas de la salud materna. (Minsa, 2000:9)

Sin embargo, de acuerdo con el análisis realizado, los términos 'referir' o 'derivar' implican trasladar la acción y atención, por tanto, a otras instancias y actores sin mayor intervención directa a partir de sus conocimientos. De manera evidente,

esta iniciativa procuraba incrementar el acceso de las mujeres y del recién nacido a los servicios de salud, y, sobre todo, limitar la actividad de los y las parteras, en tanto la principal función que se les asigna en casi la totalidad de casos es derivar a las mujeres al establecimiento de salud, [lo que] revela un claro intento por parte del Estado de controlar a las mujeres, en primer lugar, para restringir su opción de elegir cómo parir, y, en segundo lugar, para evitar el ejercicio de los y las parteras con el fin de acabar con su ejercicio a mediano o largo plazo. (Robledo, 2020:66)

No obstante, hoy en día, aún hay personas con conocimientos sobre partería que atienden a las mujeres embarazadas, sobre todo para acomodar o arreglar el feto cuando "la barriga se ladea". Velarde (2007) define al *suysu* como una técnica valiosa en la atención del parto: se trata de sacudidas realizadas ordenadamente con movimientos definidos de manera precisa, o masajes. El *suysu* se aplica durante el embarazo, con el fin de que la mujer lleve durante todo el periodo de gestación un embarazo "liviano", y de que el incremento de peso y el crecimiento del tamaño de su vientre no la afecte en sus labores cotidianas. Se realiza, además, durante el parto para lograr que la etapa expulsiva sea más llevadera y más rápida. Esta técnica puede evitar que a las mujeres se les practique una cesárea, ya que se puede lograr acomodar la posición de un feto que se encuentra en situación transversa o con procidencia de manos (Velarde, 2007:50-51).

En la misma línea, Yon et al. (2017), en su estudio realizado en Churcampá, Huancavelica sobre salud indígena e interculturalidad, encontró que más del 50 % de mujeres entrevistadas habían recurrido a una partera o a un familiar para acomodar el feto antes del parto (Yon et al., 2017:41). Asimismo, señalaron que acomodar la barriga permite un parto rápido y fácil sin mucho dolor. Como se señala también en Velarde (2007), se puede evitar que las mujeres sean referidas al hospital de la ciudad de Ayacucho donde se las sometería a una cesárea, situación que genera mucho rechazo en ellas (Yon et al., 2017:37).

Las mujeres saben de las prohibiciones y del rechazo que existe por parte del personal de salud hacia esas prácticas. Por ello, no suelen decir que se han realizado alguno de estos tratamientos o que sus partos han sido atendidos por una partera. Sin embargo, cuando lo revelan, no identifican a la persona que las ha atendido. Aparentemente, las mujeres han desarrollado una estrategia para mantener protegida su red de apoyo y de cuidados, de modo que se suele escuchar una misma respuesta ante la pregunta "¿Quién te arregló?"

Ha habido un caso de parto domiciliario. Y preguntamos quién te ha atendido, y me dijo mi suegra. Y su suegra vive por otra zona de Yungay, dice. Yo le digo y no conoces acá de repente una partera, porque podemos capacitarlas a esas parteras para que atiendan un poco mejor. Y me dijo que había. Justo estoy en esas, en averiguar. [Obstetra]

Y les digo quién es, pero me dan referencias de por ahí de la zona, pero no dicen quién. Yo les digo, pero cómo se llama, me dicen no, no me acuerdo su nombre, pero vive por acá, por allá, y me dejan también la duda, porque sería bueno saber cómo lo hacen, uno por curiosidad, por saber. [Obstetra]

Habría que entender en qué radica el interés o "curiosidad" de la obstetra. Como se sabe, el ejercicio de la partería es una actividad que no es reconocida ni aceptada por el sistema de salud oficial. Por ello, la presencia de personas que manejen conocimientos sobre partería en la zona despierta alertas.

No obstante, el problema que plantea la obstetra, más allá de referirse a aspectos de la seguridad en la atención u otros aspectos que suelen ser argumentos para oponerse a la partería, evidencia claramente un reclamo porque las parteras podrían ser vistas como la competencia directa que es igual o mejor remunerada que el personal de salud.

Sí, hay gente que lucra de eso. Sí, cobran y lucran de eso. Cobran y en su casa lo hacen. [Obstetra]

El estigma que ha recaído sobre las parteras desde que la biomedicina tomó el control de los procesos de salud y enfermedad se ha basado en dos supuestos hechos: son las responsables directas de la muerte materna y solo buscan lucrar con las mujeres. La

obstetra Beatriz de Carhuaz comprende y reconoce por qué las mujeres de la zona rural andina tenían preferencia exclusiva por la atención de una partera: evitar el maltrato, no pasar frío, poder ingerir alimentos o bebidas, parir de la forma que les resulte más cómoda y estar acompañada de su familia. Cuando llegó a Carhuaz en 1951, Beatriz señala que aún ejercían su labor muchas parteras empíricas: “Yo iba a las casas y ahí estaba la partera”. Reconoce que las parteras podían atender un parto exitosamente si las condiciones eran las normales. Sin embargo, si se presentaba alguna complicación, las parteras no sabían cómo actuar y esa situación era peligrosa. Beatriz también ofrecía otros servicios: realizaba consultas sobre medicina general durante la gestación y el posparto; y triaje, en el que evaluaba a la mujer y, si era necesario, la derivaba para que fuera atendida en el hospital. Además, les daba recomendaciones a las mujeres durante el embarazo, y orientación sobre planificación familiar, aunque no era factible realizar un trabajo preventivo y permanente, porque la mayoría de la población que atendía —que era campesina— solo acudía para el parto. En el sistema de atención en su consultorio que Beatriz había implementado, las y los recién nacidos se quedaban al lado de sus mamás durante tres días, mientras la familia o personas de confianza las ayudaban. (Robledo, 2020:60)

Al ser un trabajo la atención de un parto, Beatriz efectivamente cobraba un monto por la atención que brindaba de manera independiente o privada, mientras que, en el caso de las parteras, al vivir en un contexto de pobreza, la retribución voluntaria que recibían era muy significativa para ellas. No obstante, uno de los aspectos más importantes es que la partería las ubica en una posición valorada al interior de su comunidad, así como el reconocimiento de las mujeres. (Velarde, 2007:63)

5.3.2 Parto domiciliario versus parto institucional

La primera generación de mujeres de Maya que participa de esta investigación nació en su casa. Durante el parto, sus madres fueron atendidas por personas de confianza con quienes tenían algún vínculo afectivo y cerca de sus familiares. No hacen referencia a ningún problema que haya surgido a partir de esa atención, que haya sido narrado por sus madres, sino todo lo contrario. A pesar del dolor que es parte del proceso del parto, cuentan que el parto en casa fue una experiencia positiva para sus madres. Respecto de sus propios partos, dos mujeres tuvieron tanto partos domiciliarios como institucionales, pero la mayoría solo en el hospital.

Tal como se observa en el cuadro que se muestra a continuación, es interesante resaltar que en el caso de la primera generación de mujeres participantes la experiencia de parto que tuvo su madre —al haberse dado en el domicilio— difiere de su propia experiencia de parto —dada en el hospital—. A diferencia de la generación que la precede así como de la que la sucede, la primera generación ha experimentado un fuerte cambio respecto de cómo fueron incorporando desde que eran niñas los saberes sobre salud sexual y reproductiva a partir de la experiencia de sus madres y abuelas. Por su parte, la segunda generación ya presenta el ámbito de atención de su nacimiento igual al ámbito en el que se desarrolló o se desarrollaría su parto. Aclaro ese punto, porque, incluso en el caso de las mujeres de la segunda generación que aún no han tenido experiencia de parto, señalan que sería —por una clara preferencia, además— en el hospital.

De esta manera, puede considerarse que la primera generación funciona como una bisagra en un proceso de cambios que establece una diferencia radical entre abuelas y nietas. No obstante, cabe señalar que, si bien esta observación puede presentarse como una regularidad respecto de los cambios que se han producido en las prácticas vinculadas con el parto, evidentemente, el lugar de atención del parto no permite establecer que las mujeres de Maya de la segunda generación solo se atienden dentro del sistema de salud oficial. Por el contrario, esta aparente regularidad nos lleva a pensar en el alcance de las políticas públicas para lograr las metas al 100% del parto institucional y nos invita a pensar también en los demás aspectos relacionados con la salud materna.

GENERACIÓN EVENTO	ABUELAS	PRIMERA GENERACIÓN [*]	SEGUNDA GENERACIÓN [*]
SU NACIMIENTO	casa	casa	hospital
SU PARTO	casa	hospital	hospital

[*] La primera y la segunda generación son las que forman parte de la presente investigación.

Sin embargo, al observar los ámbitos en los que se han producido sus nacimientos y sus partos, se puede señalar que la segunda generación de mujeres de Maya, a través del parto de cada una de sus madres y del nacimiento de cada una de ellas, ha instaurado simbólicamente el inicio de un nuevo rito de pasaje generacional del linaje materno — que estaría constituido por el proceso del parto y del nacimiento—. Asimismo, establece una forma distinta de relacionarse con su entorno, y de ejercer su sexualidad y maternidad respecto de las generaciones de mujeres anteriores. La forma de nacimiento puede interpretarse como un hito a partir del cual se construye una “nueva” tradición a nivel individual y, en este caso, además, a nivel colectivo.

De esta manera, a pesar de las diferencias de los contextos en los que han crecido y se han desarrollado ambas generaciones de mujeres, la segunda generación ya no presenta las dudas, los temores y el rechazo que podían sentir sus madres frente a los protocolos y a la atención que brindaba el sistema de salud oficial. Por el contrario, no consideran la posibilidad de tener un parto domiciliario, porque consideran que hay muchos riesgos a diferencia de la seguridad que implica para ellas un establecimiento de salud oficial. En ese sentido, es posible observar ciertos cambios en las prácticas y en la tradición respecto de la salud sexual y reproductiva de una generación de mujeres a otra.

La percepción de muchas de las mujeres de la primera generación sobre la experiencia de atención del parto institucional no es satisfactoria. Consideran que el que haya sido positiva es una cuestión de suerte.

[P]ara que nazca mi hijo he sufrido por cuatro días, por ahí. Con mi papá. Con él que me acompañó y mi mamá también y así nomás. [La atención en el hospital] Ese tiempo era buena. Una enfermera buena me ha tocado. Una enfermera buena era. Ese ya ha cambiado, ahora enfermeras son malas. No, ni hacen caso. No. Ni cuando estás muriendo, esperas tú..., que llegues en turno, todavía. Largo rato pasas tiempo todo, casi medio día. Así es en Carhuaz, en hospitales. Sí, hay ahí una enfermera buena nos ha tocado ese día. Sí, cuando he llegado a ese enfermera. No sé a dónde habrá ido ahora. Buena era. Fuerte. Tienes que estar fuerte —nos dicen—. [Rosa]

Los doctores se molestan más. Bueno enfermas también, algunas son viejas ya. Molestas te contestan. Para que te contesten así, para qué si no para que ayuden. Será que yo trabajo gratis. Si quieren pagarme, claro. [Mirtha]

Bueno está. Otros malos, pero ahora sí bueno. No dejan entrar a mi esposo. Nada, nada. Solo una enfermera nomás. Después nació y ya el doctor. Se molestan pe. Duele pue. Doctora, enfermera, otras enfermeras, buenas. Pero otras gritan. Levanta, pásalo, péinate. Nacido ya. No se puede peinar pue. [Maritza]

[La atención] más o menos. Tratan mal. Gracias a Dios yo he tenido suerte de que han atendido, he tenido parteras, obstetricas, buenas. No, todas las personas que ingresaban las atendían bien. Tienes que poner de tu parte, también. Porque si tú gritas peor te hacen renegar, te molestan. Grita, grita, a veces dice... Contracciones duele rico, pero tienes que aguantarte, ponerte fuerte. (risas)" [Giuliana]

[Fue cesárea] con el SIS, pero mitad nomás cubre. No es todo. Es como pagar mitad, porque me hicieron pagar las medicinas. Las medicinas cuestan caro, la anestesia nomás cuesta más de cien soles. Así cuesta. Su mano de obra nomás no cuesta. [Giuliana]

Algunos que estaba sin seguro, o algunos que tiene seguro. [SIS] No les hacen caso, cuando pagas con tu propia plata es otro pues, ¿no? Y te hacen más caso cuando pagas. No le hacen caso a los que tiene seguro. Y si alguno en chacra, en posta, lo regresan, no hay medicina dicen, y no le dan pues medicina. Cuando piden las medicinas así, hacen que entre otro, espérelo. Cuando van con un traductor del castellano, todavía lo dan medicinas, sino no, no lo dan. Pero cuando va con su plata mismo, ahí lo atiende, pero con seguro no lo atiende. Medicinas pasadas le dan. [Mirtha]

[En el hospital], nacen bastante. Y cuando nace así... cuando tienes una hija o un hijo se lleva pues. Tú no puedes decir, este es mi hijo. A veces lo cambian. No le ves pues, es que estás tú nomás y tu esposo está afuera; nadie está adentro, se lo llevan. Si está tu esposo afuera tú preguntas, ya

nació o no nació, diciendo. El niño se lo llevan. Hay cantidad de niños. Como son igualitos nomás. Junto con el tamaño nomás. [Mirtha]

Sin embargo, a pesar de que la mayoría de mujeres de Maya con quienes conversé señalaron que nacieron en sus casas al igual que la generación inmediatamente anterior, ya sea sus madres y abuelas, la mayoría coincide en que el parto institucional es una mejor opción frente al parto domiciliario. Señalan que hay más ventajas o aspectos positivos cuando el parto se lleva a cabo en un establecimiento de salud oficial, como un hospital. En sus apreciaciones, se pueden observar tres ideas que resaltan.

En primer lugar, algunas mujeres de Maya hacen referencia a la atención que requieren ciertas manifestaciones propias del trabajo de parto y del parto propiamente, en tanto generan mucho malestar y dolor. Las mujeres asumen que estas pueden ser controladas, atendidas o aliviadas a través de medicación, por ejemplo. Del mismo modo, algunas mujeres consideran debido a que el sistema de salud oficial cuenta con un espacio adecuado, como un hospital, así como con el personal capacitado, un parto puede ser atendido en un tiempo más corto, de modo que el dolor y las molestias que trae consigo este proceso pasarán más rápido también.

Sí, en el hospital ha nacido mi hijo, [porque] mucho dolor sentía. [Rosa]

Rápido te hacen. [Mirtha]

En segundo lugar, en las reflexiones de las mujeres de Maya sobre las razones que sostienen las ventajas del parto institucional, se encuentra la idea del riesgo de muerte que implica un parto domiciliario tanto para la mujer como para el recién nacido, ya sea por hemorragia postparto o por alguna infección que se produce por falta de asepsia. La idea del potencial peligro del parto domiciliario ha sido transmitida de una generación a otra, de modo que las madres sugieren, recomiendan y esperan que sus hijas en caso de que vayan a tener un hijo o hija sean atendidas en el hospital.

Sí, pues, pero no quieren ahora. De ese dice el bebé muere o su mamá muere, que no atienden. [...] hay veces muere bebé, cuando cortan infectan. Una vez se murió, en el hospital denunció a una señora. [...] Siempre

llevaban al hospital, siempre van. De altura también, cuando viene ambulancia llevan. [Zoraida]

Si tuviera otro hijo, preferiría así pagando. Es que conviene pues. Algunos dicen ya pues, como saben dicen que como no sale sangre, se queda adentro. No, sangre nomás ya. [Mirtha]

[En hospital] Es que yo tengo miedo de que a veces pueda nacer, o no pueda nacer. Casos que a veces se atraca, a veces en partes... No se estira. Yo prefiero más el hospital que en la casa, pierdes más sangre, más débil. En cambio en el hospital das a luz, no pierdes sangre. Te aplican las ampollas, te limpian, y como menstruación nomás, dos, tres días baja poco y ya no ves ya. Te levantas más agilita. Dos días. Hoy día he dado a luz, mañana, pasado mañana ya me dan de alta. En la casa más débil te levantas. Más sangre pierdes en la casa, nadie te pone ampollas ni vitaminas, en el hospital te ponen. Sí, es más seguro. [Giuliana]

Sin embargo, las mujeres de Maya no cuentan con evidencia ni conocen de primera mano de algún caso en el que haya sucedido alguna de las situaciones de peligro que hayan terminado en muerte materna. Ante la pregunta de si conocen algún caso cercano o si saben si sus vecinas han tenido algún problema, la respuesta unánime es "No". Siempre hacen referencia a que han escuchado que en otros lugares sucede, pero no conocen de manera directa ningún caso. Cabe mencionar la información que comparten las mujeres de Maya coincide con las narraciones del personal de salud, que suele ser parte del discurso que se maneja en los CPN que realizan en la Posta de Maya.

Hay veces, viven más arriba, viven en las gentes, ahí dice que ha dado a luz, mismo en su casa y dice que murió una bebé que después ahora no quieren en casa dar a luz. Siempre van a hospital. Pero antes siempre en casa nomás hemos dado a luz. [Zoraida]

Si bien uno de los principales riesgos que se señala en la bibliografía disponible sobre el tema indica que la principal causa de muerte materna es la hemorragia postparto, los argumentos que manejan y que me comentan parten de la información que proviene de lo que el personal de salud sostiene y ha difundido al respecto. La explicación que dan se

basa en lo que han escuchado y que usualmente proviene del discurso que da el establecimiento de salud, un discurso que busca expresamente —de acuerdo con lo que me comentaron dos obstetras de la posta de Maya que laboraron en dos periodos distintos— generar miedo y asustar a las mujeres para que puedan cumplir con la norma de que todos los partos sean institucionales.

Ahí sí como que meto miedo, porque años atrás hubo una muerte perinatal en otro sitio por acomodarse al bebe y al final se terminó asfixiando y falleció. Les doy esos ejemplos, que hay que tener mucho cuidado, y que es su responsabilidad, lo que es aconsejaría ¿no? lo que implica hacerse ese tipo de maniobras, más que todo lo hacen, son pocas las que tienen mala posición su bebito, pero sí les digo que no lo hagan por favor. [Obstetra]

Por otra parte, se suele establecer el parto domiciliario como causa directa de la muerte perinatal. En algún sentido, se trata de una idea que ha sido ubicada como la causa de muchos, sino todos, los problemas de la salud reproductiva que enfrentan las mujeres. Sin embargo, ante la pregunta de por qué se produce la muerte perinatal, es importante comprender que el personal de salud también maneja otras explicaciones que yacen bajo esa premisa, que, si bien suelen responsabilizar a las mujeres, no se limita al parto domiciliario.

Más que todo porque es el parto domiciliario. No lo traen adecuadamente a su control, a sus vacunas. Yo lo veo más como el descuido de las propias madres y saben qué falta: concientizar de parte del personal de salud a las mamás, cómo es que deberían de criar a sus niños. Porque se mueren antes de los 30 días los recién nacidos. La causa me parece que es por los bronquios. [Obstetra]

En este punto, es importante señalar que se ejerce una presión muy fuerte sobre el personal de salud a nivel de discurso y, en términos prácticos, a través de sanciones concretas que pueden afectar la carrera y el contrato de la o del obstetra que está a cargo en la posta de salud. En ese sentido, si bien hay vocación de servicio, compromiso y profesionalismo por parte de muchas obstetras, el control y la presión que ejerce el sistema de salud sobre su personal resulta ser una carga que, muchas veces, genera obstáculos o indispone para que se relacione con las mujeres.

En el lapso de ella [la obstetra a cargo anterior], es lo que me han comentado ha habido varios partos domiciliarios. A raíz de eso yo entré a trabajar acá, porque usted sabe que un personal contratado que no cumple con las metas establecidas lo sacan. Entonces qué se hizo, reuniones con las autoridades, se firmó un acta, más que todo con caseríos lejanos gestante que más está con su fecha de parto dos semanas antes tiene que bajar a un lugar cercano, para evitar justamente el parto domiciliario. Eso es lo que se ha hecho y bastante sensibilización, a raíz de esta acta, porque ellos tienen allá sus reglas y sus normas, en cada pueblo. [Obstetra]

Por otra parte, se encuentra difundida la idea de una sanción si es que el parto se lleva a cabo en el domicilio. Si bien no hay mucha claridad respecto de lo que implica dicha sanción, las mujeres saben que pueden tener problemas que van desde una multa hasta obstáculos para obtener beneficios de algún programa, como JUNTOS o para realizar trámites de documentos como, por ejemplo, obtener la partida de nacimiento. Concretamente, el certificado de nacimiento es un requisito para la inscripción del recién nacido en los Registros Públicos, con lo que se podrá solicitar la partida de nacimiento, documento vital para el recién nacido pueda obtener el DNI y pueda gozar de todos los derechos que le corresponderán a lo largo de su vida como ciudadana o ciudadano peruano.

Se han puesto de acuerdo con toda la comunidad, y han hecho un acta y eso es el castigo pues. Si no dan a luz acá o en Carhuaz, tienen que pagar sus 50 soles. Y con ese dinero me parece que se está quedando la comunidad porque han quedado en un acuerdo. [Obstetra]

Obligan ahora. Hay una multa y controlan, en la posta. Ahí mandan pues. [Maritza]

Como hay multa en la posta, no puedes hacer parto en tu casa. Cobran 60 soles, creo. Cuando llega a partida de nacimiento le piden un recibo, y cuando llegan le cobran. Recibo le dan para que saque su partida. [Mirtha]

Sobre el tema de las sanciones que se les imponen a las mujeres por tener un parto domiciliario, Francke y Reynoso (2007) elaboran un análisis muy pertinente sobre lo que denominan “el Estado tutelar y su enfoque punitivo” (2007:76), que devela perspectivas y actitudes del Estado propias de su pasado oligárquico, específicamente de su carácter tutelar bajo el que asumió el rol de “protector de los indios” (Francke y Reynoso, 2007:76). En ese sentido, Francke y Reynoso (2007) evidencian la contradicción e incoherencia de los mecanismos que operan detrás de nuestro sistema político y sostienen que

el estilo tutelar de un Estado que se dice democrático pero mantiene con los ciudadanos en situación de pobreza un comportamiento de padre al que corresponde educar y castigar, que no se comunica con sus ciudadanos ni los escucha, que no consulta con ellos las medidas de política que afectan sus vidas en lo más íntimo y sensible como es la salud, y no obstante, les impone sanciones si no se comportan como espera que lo hagan. (Francke y Reynoso, 2007:77-78)

De esta manera, la multa como una práctica punitiva y amedrentadora sigue vigente y se expresa de diversas formas en el Perú, a pesar de que, ya en 2004, a partir de denuncias de organismos de la sociedad civil como la Defensoría del Pueblo, la ex ministra de Salud, Pilar Mazzetti, la prohibió.

Por otra parte, de acuerdo con Yon (2016), con el programa de transferencias condicionadas JUNTOS, se inaugura una nueva forma de relación de las mujeres rurales con el Estado basada en la dependencia de una condición, de una ‘compensación’ o de un premio por cumplir con ciertas obligaciones como acudir a los servicios de CPN y CRED, así como enviar puntualmente a sus hijos a la escuela (Yon, 2016:534).

Finalmente, es relevante comprender que la preferencia en algunas comunidades de la zona por el parto domiciliario en lugar del institucional responde muchas veces a aspectos económicos o vinculados con la edad de las mujeres o con si han tenido experiencia de parto previa. Es decir, las decisiones que toman las mujeres y lo que al final realizan responde a la confluencia de varios aspectos.

[El parto domiciliario] nacen de mamás que ya han tenido hijos. Las primerizas bajan, tienen temor todavía. Y lo que manifiestan de por qué no

quieren bajar, porque lo que yo conversaba con la señora, de por qué no has ido, por qué no has llamado. Uno de los factores es que ellos si llaman al hospital, pero del hospital se hacen de la vista gorda, o que no quieren subir, o que les cobran de la ambulancia. [Obstetra]

Finalmente, en este contexto de atención, es pertinente hacer referencia a la “Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural” (2016). Su finalidad es

contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna perinatal, a través de la institucionalización del parto en posición vertical en el marco de derechos humanos, considerando las evidencias científicas y el enfoque de pertinencia intercultural en todas las gestantes a nivel nacional (ámbito urbano, urbano marginal y rural). (2016:7)

La finalidad de la Norma técnica, cuyo objetivo general es

establecer los criterios técnicos para el manejo estandarizado y de calidad en la atención integral de parto vertical en el marco de los derechos humanos, basado en las evidencias científicas y el enfoque de pertinencia intercultural. (2016:7)

revela la perspectiva que tiene el Estado sobre lo que se considera un problema que merezca la creación de protocolos y la implementación de medidas. En este caso, la implementación del parto vertical responde a una preocupación legítima por parte del Estado que busca enfrentar desde una perspectiva fundamentalmente demográfica el problema.

Es decir, en esta norma técnica, al igual que en el documento anterior, se establecen los compromisos que deben cumplir los proveedores de salud. El conocimiento de los aspectos culturales y del contexto en el que se ha desarrollado la mujer gestante —que implica la comprensión y el respeto— se establece como un deber. De esta manera, el personal de salud, como parte de su ejercicio profesional y laboral, se ve expuesto a un aprendizaje que podría darse como parte de la práctica médica en el campo de acción o como parte de un contexto de capacitación. En cualquiera de las dos situaciones, los

proveedores de salud deberían comprender el proceso de embarazo, parto y puerperio desde una perspectiva distinta a la que proviene de la biomedicina, en la que estos procesos no son atendidos como si fueran síntomas o manifestaciones de una enfermedad, sino como un proceso fisiológico. Es fundamental no perder de vista no solo la perspectiva de las mujeres en general y de las mujeres gestantes en particular, y los derechos que las protegen, sino los deberes de los proveedores de salud que no se limitan a acciones administrativas o médicas, sino sociales y de índole cultural. A mediano o largo plazo, esto es lo que va a garantizar el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el Perú.

No obstante, si bien se han implementado algunas acciones para la incorporación del enfoque intercultural en los servicios de atención del parto, como las normas aprobadas, con la intención de asegurar el 100 % de partos institucionales, la implementación de la interculturalidad en salud en EESS de los PPII amazónicos, tanto en zonas urbanas como en zonas rurales no parece haber sido efectiva por el número tan bajo de atención de partos verticales. Además, no se ha logrado capacitar al personal de salud en la atención del parto vertical, lo que constituye la base de la atención. (Yon, 2016:234-236)

5.3.3 Una alternativa “intermedia” para el parto: la atención privada

Ante la búsqueda de una atención que les diera a las mujeres mayor confianza y que asegurara un mejor trato, muchas mujeres señalaron que existía una opción en Carhuaz. De esta manera, supe que muchas mujeres de Maya, así como de otras localidades, requirieron la atención de Beatriz Flores Soplín frente a una atención poco satisfactoria para muchas mujeres en el servicio de salud público.

Beatriz Flores, conocida como ‘Mamá Betty’, nació en Iquitos y estudió en Lima en 1948, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), la única facultad de Medicina que existía en esa época en el Perú. Apenas se graduó, consiguió un puesto de trabajo en el hospital de Carhuaz, Áncash. Ahí, desde los 21 años, desarrolló toda su vida profesional, laboral y familiar. Beatriz, a lo largo de su ejercicio como obstetra buscó integrar aspectos de la diversidad cultural de la zona a su propia práctica para ayudar a las mujeres. De alguna manera, Beatriz estaba poniendo en práctica lo que ahora se denomina ‘interculturalidad’. En esa época, muchas de las prácticas de Beatriz no solamente no eran consideradas válidas para otros profesionales de la salud,

sino eran perjudiciales (Robledo, 2020:19). No obstante, en ese aspecto, a pesar de su formación bajo el paradigma de la medicina occidental, Beatriz ejerció la obstetricia bajo su vocación de servicio, así como a partir de un ejercicio responsable y empático de sus funciones. Beatriz es una mujer que constituye parte fundamental de la historia de la última mitad del siglo pasado en Carhuaz: su vida profesional permite comprender muchas de las tensiones, limitaciones y procesos del desarrollo de la obstetricia en el Perú. (Robledo, 2020:19)

Con una experiencia de décadas de atención en el hospital de Carhuaz, Beatriz se jubiló del sector público y decidió empezar a atender de manera privada en su consultorio en Carhuaz, un espacio especialmente acondicionado en su casa para la atención obstétrica. Al ser una consulta privada, implicaba un costo que no todas las mujeres de Maya podían cubrir. En ese sentido, si bien la señora Beatriz ajustaba sus honorarios al poder adquisitivo de la mujer que requería de su atención, esta alternativa era principalmente para aquellas mujeres que contaban con cierto poder adquisitivo.

De acuerdo con los comentarios de las mujeres que fueron atendidas por Beatriz, los honorarios estaban completamente justificados por la calidad de la atención. No solo brindaba la atención a los malestares y al dolor del trabajo de parto, sino que su experiencia y su trato les daba mucha confianza y fortaleza a las mujeres. Además, contrariamente a las restricciones que establecía el protocolo de atención en el hospital sobre el ingreso de un(a) acompañante en la sala de parto, la señora Betty promovía que la mujer estuviera acompañada durante el parto por la persona que le diera confianza. Asimismo, les permitía usar la ropa con la que estuvieran cómodas, y les daba tres comidas al día mientras permanecieran en el consultorio.

Hospital, yo no he ido. Mi hija, después me avisó mi hija: Mamá, no atienden mucho. No me atienden mucho. Cuando no me ponen nada de ampolla, nada. Solito así nomás –me dice-. Si y después último hijito tiene... tres años, el señora Betty ha ido. Ella ya le ha visto, ha dado a luz y no ha dolido nada. Tranquilo, dice que ampolla pone la señora. [Zoraida]

Dice que cuando nace ya no le ve sangre, ya nada, no ve. Que le pone su ampolla para que no sangre. [...] Ahí está pues. Normal entra [mi esposo]. [Mirtha]

5.4 Puerperio

5.4.1 Si el sistema de salud oficial no lo nombra, no existe: los males invisibles o lo que no se quiere ver

Es importante considerar el contexto en el que las mujeres de Maya afrontan la etapa de puerperio. En Maya, como en muchos otros contextos, la percepción de los estados de salud y enfermedad pasa por entender de manera más amplia el contexto y la tradición de la población. Asimismo, requiere mirar a la persona de manera integral e integrada al contexto en el que vive. En este punto, se produce el desencuentro entre la biomedicina y la medicina comunitaria, cuyos conocimientos sobre la enfermedad serán fundamentales para poder curar. Mientras no haya sido reconocida en toda su dimensión la enfermedad, las posibilidades de curar son limitadas, como sucede, por ejemplo, con el susto.

El susto. Mi hijo también tenía edad de 18 años y ha ido a bañar en río y ha caído y su mano a rompido, yo arregle su mano y susto no. Así 18 años así nomás se murió. Murió del susto dice. [...] llegó mi mamo he rompido mamá, me decía y yo molesté, a qué has ido, diciendo. Y llevamos al hospital y curaban esto nomás, no susto. Una tablita nomás, el huesero ahí. En Carhuaz, un profesor. Ahí hemos llevado, arreglaba bonito. Amarraba con... no sé pues. Curaba, y susto no. Tres meses... solito nomás se murió ese mi hijo. Yo lleve a ese señor diciendo ese señor sabe, con susto está tu hijo me dice, casi un año mejoraba, murió así. Temblando como veinte minutos quedaba, así murió. No, no sabe susto. Una señora sabía, pero ahora ya murió también. Rezaba cinco veces, y hemos dado hierbitas, con eso nomás sanaba. [Se sabe que tiene susto] a veces cuando duerme, así está durmiendo. Asustado, sí. Ya cuando hacen así les da susto ya tenemos ya. Conocen llevan. A veces en Carhuaz hay. Algunos saben, sí algunos saben, y curan. Pasan cuando mucho no, dicen, está agarrando, eso sí sana rápido. [En hospital] No entienden, no entienden eso. [Zoraida]

El sobreparto

En el caso de la etapa del puerperio, el 'sobreparto' es una de las enfermedades más mencionadas por mujeres de zonas rurales andinas en estudios previos como una de las que más afecta a las mujeres luego del parto (Dierna, 1999; Yon, 2000; Anderson, 2011; Kuberska, 2016). Esta se relaciona con la exposición de la mujer a variaciones de temperatura que no se consideran templadas: al frío o al calor. El sobreparto genera síntomas como dolor abdominal, escalofríos, dolor de cabeza, temblores en el cuerpo, fiebre, malestar general, que pueden coincidir con los que se han determinado como infección puerperal, que se manifiesta a partir del tercer día del parto y puede prolongarse hasta varios meses o un año o más, incluso puede ocasionar la muerte de la mujer (Calisaya, 2004:20). Las mujeres de Maya también consideran que el sobreparto es una enfermedad peligrosa que, no solo produce mucho dolor y puede dejar incapacitada de realizar cualquier movimiento a una mujer, sino que puede ocasionar la muerte.

Caso, siempre así lavar ropa, pero verdad dice que pasó, ahora me agarra así, yo voy a buscar alfalfa, estaba un poco mojado, cuando entro mi mano hace así, no sé cómo me agarra. [Melissa]

Sobreparto también me agarró. No puede hablar también. Ni puedes sacar tu mano. A mí me agarró pues de frío, agua helada. Cuando he salido. Yo tapado con mi apache he salido. Ya cuando he regresado ni podía levantar a mi hija, y así chocando. [Mirtha]

Un mes estuve encerrada, un mes me preparaban todo. Prácticamente mi mamá me tenía un mes en mi cuarto, no me dejaba hacer nada. No me dejaba salir, porque le dicen el sobreparto creo. Y a mí sí me dio el sobreparto. [...] Como yo no tenía leche, yo fui a la posta y en la tarde así estaba parada y me dio viento. Y eso solo fue causa para que me dé sobreparto. Y eso que estaba bien abrigada. Con una casaca que me daba hasta acá. Y me dio escalofríos, se me debilitaba el cuerpo y tenía que cambiar al bebe, tenía que cargar al bebe. [...] Mi mamá me ayudaba. Y ahí

en Carhuaz hay unas carretillas que preparaban remedios, hierbas y esas cosas. Me hizo preparar ahí y me traje, y con eso me pasó. [Sandra]

Estos males o enfermedades pueden ser evitados si se dan los cuidados necesarios que responden a los saberes, costumbres y expectativas de las mujeres. Tal como lo han señalado las mujeres, que pertenecen tanto a la primera como a la segunda generación, el tener el conocimiento no solo sobre cómo prevenir estos males, sino de cómo curarlos es vital para preservar la salud de las mujeres que se encuentran en estado de gestación o que están dentro del tiempo del puerperio.

Cuando antes de tiempo, cuando das parto tienes que cuidarte dice, un mes pues. Sin tocar agua fría, sin cocinar. Así pues. Cuando empiezas a cocinar, entras en candela, con agua fría lavas, ya eso como resfrío te da. Todo te duele, no puedes caminar. [Diana]

Sí, caminar, cuando un mes, tres semanas recién entraba en candela, cuidaba agua y candela. Dice que cuando agarramos agua, candela dolía su cuerpo, no sé cómo calentando, dice que agarra sobreparto. Mi suegra me dice: No toques o te va a dar el sobre parto –me decía. [Zoraida]

Una semana no podré salir, mucho frío, pero a la quincena ya. Ya me hago mis cosas. A mí no me ha pasado, pero mi mamá se cuidaba un mes. No salía ni al sol, ni frío, mucho. [Giuliana]

Sin embargo, el personal de salud toma suele tomar distancia de las ideas y prácticas de las mujeres de Maya. Si bien no muestran una intención de menospreciar o rechazar tales prácticas, no hay apertura a observar los síntomas que refieren las mujeres desde otra perspectiva. Lo que sí se observa es que el personal de salud intentará eliminar o corregir cualquier manifestación que vaya en contra de los protocolos de higiene que establecidos en el sistema de salud y que deberían seguir las mujeres.

Sí, hablan de sobreparto, por eso ellas vienen con su gorrita, con su chullito, vienen abrigaditas. Pero eso le dejo a ellas mismas, no me meto en eso, eso se respeta, es su decisión, que la mantengan y bien. [Pero] estamos

corrigiendo, ellas por su costumbre, el aseo personal, eso también, que se guardan, un mes que no se pueden bañar, dos semanas, tres semanas creo que no se bañan. Al menos yo trato de que se hagan su higiene vía vaginal, con agüita tibia, a veces 3 veces al día la primera semana y van bajando a 2 porque creo que se cansarán, en eso estamos ahí. [Obstetra]

El reporte de sobreparto por parte de una parturienta puede ser tomado por el personal de salud como una señal de alerta ante un posible caso de retención de restos de placenta, por ejemplo. Solo en esos casos, en los que los síntomas despiertan alertas por una posible complicación en el postparto, el sobreparto adquiere validez para el personal de salud.

Y en parte ayuda, porque te dicen más rápido, señorita, tengo esta molestia, les indicamos los signos de alarma postparto y te avisan, o les damos la visita de puerperio es a los 3 o 4 días del parto y eso lo que se ha estado haciendo. Por ejemplo un caso, hemos hecho la visita domiciliaria, útero grande, doloroso, no señito, tiene restos dentro, la tengo que llevar yo de emergencia al hospital, para un legrado. Pero ellas no quieren, y en ese convencimiento, que por favor te vas a morir, y ya vas a empezar con fiebre, y tenemos que lograr convencerla porque no puede estar ahí. Otra que llegó lo que es mal olientes, también, restos, al hospital. Por eso es importante control de puerperio, para detectar estos casitos, porque unas que otras sí te dicen, señorita, me llaman, tengo dolor. [Obstetra]

Sin embargo, si no hay infección puerperal, no se toman en cuenta los síntomas señalados que presentan muchas mujeres durante el puerperio, a pesar de que evidentemente tienen muchos malestares. Esta situación refleja las dificultades que tiene el personal de salud para poder atender a las mujeres. Las razones pueden estar en que muchos de estos conocimientos no son comprendidos y menos aún incorporados en las lógicas médicas del sistema de salud oficial, de modo que los aparentes síntomas que puede presentar una mujer que no estén descritos o registrados por la biomedicina, además de no ser reconocidos, no van a recibir un tratamiento que permita curar a la mujer, porque, si el sistema de salud oficial no lo nombra, no existe. Estos son los males invisibles, que, en realidad, es lo que no se quiere ver.

Finalmente, cabe señalar, de forma breve, una serie de formas de cuidado que, tal vez, estén más extendidas y que son fundamentales durante el puerperio: acompañar desde el plano emocional y afectivo que pasa por brindar protección y comodidad para el descanso y por asegurar la alimentación de la madre y del recién nacido.

Me regalaba mazamorra, y leche, sopa con su huevo. [Zoraida]

Estas prácticas no solo son importantes para la mujer y su hijo, sino que tienen la capacidad de hacer más sólidos los vínculos entre las personas de la comunidad. Se entiende, sin embargo, que esta situación se dará si es que la mujer mantiene una red social de apoyo, que a su vez dependerá probablemente de su estatus socioeconómico y de los vínculos parentales que tenga.

5.4.2 El vaivén entre memoria y aprendizaje: los cuidados del neonato

Si bien el presente trabajo no aborda de manera directa el tema de los cuidados de una o un recién nacido ni el tema de la crianza, considero importante rescatar la forma cómo los saberes de las mujeres Maya se han ido adquiriendo, transformando y haciéndolos parte de su propia práctica, y cómo se actualizan en determinados contextos y momentos de la vida, sobre todo cuando la crianza se ha dado sobre la base de la asignación tradicional de los roles de género, que, como sostiene Mead (1973), responden en realidad a un proceso de socialización durante la primera infancia.

Esta socialización, sin embargo, no genera un conocimiento sobre los cuidados, sino más bien una idea del deber ser y la interiorización del rol que se le asigna a una niña durante la infancia, y que se pretende que aprenda a través del hacer. Sin embargo, no necesariamente se da ese aprendizaje.

Mi mamá, eso ya: Así vas criar, así —nos decía así—. Sí, nosotros quedábamos cuando se va mi mamá, una así en alturas a sembrar trigo, así, alverjas, subían. Lejos se quedaban, nosotros chiquitos nomás quedábamos. Sí, cocinaba mi hermano mayor. Cocinaba, nos enseñó así. Sí,

así estábamos este... cuidándonos entre nosotros, sí. [Cuando tuve a mi primer hijito], no sabía. Sí, nos ayudaba, así. [Rosa]

Sí, así nomás aprendí, cuando era mi hijita cinco meses ya comen ya, y compré maicena y papa con su gallina, su hígado, con papa, aplastadito, huevo sancochado. [Zoraida]

Desde chiquita a mí, mi mamá me mandaba a lavar pañales, baldes y baldes, más antes no había ese Pampers. Mi mamá me daba duro. Por qué has matado al pollo me decía, pero si el pollo se moría por frío, después si el plato no estaba bien lavado, me decía ven, ven, ahora te vas a lavar esto. Uy qué cosas no hacía, más cosas me mandaba. Nadie me enseñó a darle leche, a cambiarla, yo solita. Bueno eso por naturaleza se aprende, como había visto a mi mamá, mi mamá lavaba, le hacía bañar al bebe. Pero primero era algo horrible la bebe, me daba miedo también, chiquita y algo flaca. No era normal. [Gloria]

Recibía indicaciones de mi mamá. Porque a veces cuando la cargaba, la cargaba mal. Es así o no. Y mi mamá me decía, no la sostengas mucho de la cabeza, o sostenle más la cabeza. El primer día que nació, las primeras semanas que llegó a mi casa, tenía fobia de cargarle porque pensaba que al momento de moverse se caía. A veces al momento de bañarla, me haría una pataleta y se cae. Ay tenía miedo. [Carolina]

Como se observa, las experiencias de las mujeres dan cuenta de un aprendizaje que se desarrolla a partir de la experiencia ya sea por necesidad o por obligación. Se trataría, sobre todo, de un aprendizaje por imitación. No obstante, resulta interesante que, a pesar de que haya conciencia de haber aprendido, se considere que hay un factor esencialista que posibilita el aprendizaje y que estaría apelando a la naturalización de los roles de género existentes: “[...] eso por naturaleza se aprende”.

Por otra parte, se puede establecer un segundo momento de aprendizaje en el caso de que una mujer asuma el cuidado de la o del recién nacido como parte de la maternidad. En el contexto estudiado, la presencia de la madre o de la suegra, en la mayoría de casos,

resulta muy importante para el proceso de recuperación de la mujer que acaba de parir y, sobre todo, para aprender sobre los cuidados.

Mi mamá tengo, eso me ha enseñado. Me ha enseñado, así, así bñalo. Dormir, los pañales también. Cuando llegó Milagros (su hija mayor) del Hospital, le enseñó. El primer baño yo. [Maritza]

Viendo pues. Se aprende, pues. Así con las vecinas, las tías. [La suegra] sí me ha ayudado. Mi mamá. Mi mamá primero la hace bañar. Le bañó por primera vez. De comer, comida pues, de siete meses. [Mirtha]

Yo sabía, yo trabajé de ama de casa [en Lima]. A mí las patronas me enseñaron. Sí, yo cuando ingresé a un hogar de recién casados, desde que nació atendí hasta que tenía 7 añitos. Yo sabía cómo darles de comer, eso me enseñó la señora. Eso ya nomás me copié a mis hijos. Sabía cómo tenía que atenderle a ellos. [...] El primer baño, todo. Mi mamá viene, el primer baño lo hace mi mamá. Porque tenía miedo. Lo hace la mamá o la suegra también. Porque tienes miedo de que se te va a caer, es chiquito, se te escapa. [Giuliana]

No obstante, cuando las redes de apoyo no han podido consolidarse, las mujeres deben enfrentar los primeros momentos de atención sin muchos conocimientos y sin acompañamiento, de modo que el puerperio y la primera etapa de crianza pueden ser física y emocionalmente críticas. Es importante señalar que, si bien el aprendizaje de las labores del hogar se puede dar a muy temprana edad, eso no garantiza que los conocimientos y prácticas que manejaban las niñas se actualicen automáticamente en la adultez o en el momento de la maternidad.

Por ejemplo, en el caso de Gloria, si bien desde pequeña se encargaba de las labores del hogar, ella cree que el haberse quedado huérfana a temprana edad sin familiares mujeres que pudieran acompañarla no le permitió aprender cómo cuidar a un bebé.

[Cuando tuve a mi primera hija] como que no sabía nada. Porque también a veces no había nadie quien me guíe acá. Yo me quedé huérfana de mi mamá a los 12 años. Yo era sola. [Gloria]

CAPÍTULO VI

RELACIONES DE LAS MUJERES DE MAYA CON EL SISTEMA DE SALUD OFICIAL: ADAPTACIONES Y DESCONFIANZAS

6.1 Coexistencia de dos “sistemas” médicos: biomedicina y medicina comunitaria andina

La coexistencia de dos sistemas médicos no debe entenderse como una convivencia aséptica y armoniosa. Esta percepción podría, en realidad, invisibilizar el poder que tienen los procesos socioeconómicos, la competencia entre subsistemas de salud estratificados y las jerarquías en el acceso a atención médica, con el objetivo de que el proceso se vea restringido a una conducta individual que apela a la libre elección o a la sobredeterminación cultural (Menéndez, 1983; Baer, 2011 citado en Muñoz, 2020:91-92). De esta manera, no debe entenderse el pluralismo médico como un espacio de relaciones horizontales, sino por el contrario, como un ámbito de relaciones de poder y jerarquías culturales (Yon, 2016).

La coexistencia de dos sistemas médicos con perspectivas tan distintas sobre lo que implica la salud, la enfermedad y la atención genera una relación que está en permanente tensión y que no logra establecer puentes de comunicación ni un trabajo articulado. Se observa que es posible pasar del “pacto de no agresión” (Anderson, 2001) a la lógica instrumental, de modo que “respetar” y no contradecir las ‘creencias’ de las mujeres de Maya podría constituir una estrategia oculta que se presenta como una manifestación de interculturalidad, que claramente no es.

Yo cuando les aconsejo o les brindo cualquier medicamento, también les doy la consejería de la medicina natural, ambos, que ambos vayan porque a ellas les gusta más eso, creen más en su hierbita, en sus preparados, y yo les digo que lo hagan, si están resfriados el eucalipto, la miel, si tienen problemas del estómago, esto y esto. Esta hierbita es buena, toma tu medicamento y complementalo con esto. Medicina alternativa. [Obstetra]

La coexistencia de dos sistemas de salud no se da en las mismas condiciones de reconocimiento y de capacidad de acción. Se podría plantear, a partir de la recepción y acceso de la población, que el sistema biomédico tiene la marca de legalidad, mientras que el sistema médico comunitario tiene la marca de legitimidad. A pesar de esta idea, Anderson (1999) ya lo señalaba: "el sistema de salud no se integra plenamente en el tejido institucional e ideológico de las comunidades rurales" (Anderson, 1999:188).

Como se explicó en el capítulo anterior, uno de los casos que es tolerado es el del sobreparto. El personal de salud acepta todas las prácticas que se realizan como parte de este cuidado que siguen las mujeres de Maya. Se trata de una situación que el personal de salud considera tolerable dejar pasar, porque no va en contra de sus protocolos. Sin embargo, si los tratamientos que recibe la población paralelamente y, en particular las mujeres, fueran considerados de alto riesgo para la salud del feto o de la mujer gestante, no cabe duda de que actuarían sobre la base de su convicción y autoridad para intentar eliminar cualquier práctica que señalen como nociva desde su perspectiva.

Por otra parte, es interesante la forma en que este contexto andino y rural, y el trabajo directamente en campo por parte del personal de salud genera disonancia. No hay, aparentemente, coincidencia y, por tanto, sentido entre lo que dice la teoría y lo que muestra la práctica. Esta especie de incoherencia que surge en el ejercicio de funciones del personal de salud genera, por ejemplo, que incluso tratándose de especialistas con muchos años de experiencia les resulte complejo poder establecer la etapa del proceso en la que se encuentra una parturienta.

Lo que yo he observado es que ellas no sienten las contracciones en la parte baja como dice la literatura. Ellas sienten en la cintura, y no sienten ese retorcijón que mortifica la cadera, no, ellas dicen me duele la cintura y punto. No es como te explican en la universidad, te enseñan eso. Acá dicen señorita no tuve dolor ni para pujar, yo me quedo, pero cómo eso es imposible, y ahí uno cranea qué puede estar pasando, su nivel de dolor es alto, es bajo. [Obstetra]

Esta situación podría dar cuenta, en primer lugar, de la hegemonía de la biomedicina instalada en el personal de salud como parte identitaria. En segundo lugar, parece

evidenciar ciertos vacíos respecto de la realidad nacional en el proceso de formación de las y los profesionales de salud. Finalmente, muestra una falta de comprensión e interiorización del enfoque intercultural tanto en su formación como en el ejercicio de la profesión. Este es un tema muy importante en el que se debe profundizar.

Por otra parte, la valoración de personal médico respecto de las personas que se atienden en la posta de Maya muestra la comunicación fallida que se da entre ambos. La población no tiene una buena imagen del establecimiento de salud, en particular de la atención que brinda su personal. La valoración de la atención se da en función de que el malestar sea tratado eficientemente, lo que significa que la persona pueda sentir alivio en el tiempo más corto posible. De ese modo, se puede señalar que la atención satisfactoria es aquella que principalmente ofrece y permite en un tiempo breve una cura o alivio de los síntomas que presenta la persona. En ese sentido, dado que la población considera, por ejemplo, que los medicamentos que recetan y brindan en la posta no son efectivos, la atención será considerada deficiente. Esta situación se da en todos los niveles, incluso en los casos de atención perinatal o en lo que respecta a la salud materno infantil.

La obstetra de la posta de Maya elabora algunas hipótesis al respecto que intentan explicar la poca satisfacción que muestra la población respecto de la atención que se brinda ahí.

Pasa que la población que está en esta zona cercana tienen a Carhuaz. En Carhuaz hay farmacias, boticas, y ellos quieren siempre el medicamento más fuerte, y uno no debe dar lo más fuerte, debe empezar de lo débil e ir subiendo a los más fuerte, pero lo que es leve te va a demorar en sanar, te va a sanar pero más días, pero ellos no, el medicamento de la posta no sana, en cambio, si van a la farmacia, de repente te van a dar una ceftriaxona, así. La salvación para ellos, porque, compré este medicamento y me sanó más rápido. Y eso es, por eso más que todo eso ellos lo relacionan con los medicamentos. "El medicamento de la posta" dicen, "no sirve". [Obstetra]

No voy a la posta porque, o si no, la espera, porque uno viene, el paciente se atiende por orden de llegada, y a veces dicen "no la posta estoy toda la mañana encima que no me van a dar" eso es lo que ellos argumentan, es lo que más he visto. [Obstetra]

Sin embargo, no solamente la falta de solicitud de atención en los servicios de salud por parte de las mujeres de Maya se debe a un tratamiento que consideran poco eficaz o a un trato poco satisfactorio, sino a la eficacia que tienen los tratamientos que han practicado durante muchas generaciones y que han sido aprendidos de sus madres, abuelas y familiares en general.

A la posta no lo llevo mucho a mi bebe, si tiene su gripe o eso, porque mi mama me ha enseñado algunas hierbas o me prepara algunas hierbas para poder darle. Y solamente con eso se le pasa, y no se me enferma mucho felizmente. No, no voy mucho a la posta. [Sandra]

Durante décadas, la población ha tenido acceso a un sistema médico comunitario que no solo le proveía solución a sus problemas de salud y a los procesos vinculados con salud materna, sino que afianzaba los vínculos de parentesco o de comunidad entre la población.

Hay algunos que no creen. Hay algunas señoras que no creen, por ejemplo, mi mamá, no cree mucho en la posta. Porque dice que una vez había ido llevando a una de mis hermanitas, y solamente le dijeron toma agua caliente, toma agua caliente. Y se había empeorado. Le curo con hierbas y ahí paso. [Melissa]

No obstante, lo que se ha podido observar es que las personas especialistas: parteras/os, curanderas/os, curiosas/os han ido desapareciendo sin dejar personas que hayan podido aprender de sus conocimientos y que puedan seguir su trabajo. Esta situación se debe a que han ido falleciendo por tener una edad avanzada y se ha agravado o acelerado su desaparición, sobre todo, en la época de la pandemia.

Ahora no porque ya creo que ya son más ancianas y no pueden, otras han fallecido, así. [Carolina]

Antes de la pandemia, había dos señores en Maya, una vivía acá arriba, la otra vivía allá por el cerrito. [Liliana]

6.2 Tensiones y expectativas del personal de salud en la atención a las mujeres gestantes de Maya a partir de tres casos: *riesgo de muerte infantil, riesgo de muerte materna y pertinencia del parto con enfoque intercultural*

6.2.1 El riesgo de muerte infantil

La mortalidad infantil también es un problema de salud pública que afecta a la población en el Perú. A partir de las conversaciones que sostuve con la enfermera, quien entre otras funciones tenía a su cargo el control de crecimiento adecuado de la población infantil en la posta de Maya en 2010, me explicó una serie de problemas que sobrepasaban su capacidad tanto por la cantidad de pacientes que debía atender como por el estado de salud en el que se encontraban. En ese momento, la enfermera señalaba que había un altísimo porcentaje de anemia y de desnutrición en la zona. En ese contexto, me contó el caso de un bebé de Maya Alta que había estado esperando que llegara a la cita programada y cuyo estado de salud le generaba mucha preocupación, pero la mamá nunca llegó. El bebé tenía 3 meses. Desde los 2 meses y 22 días, la enfermera le había estado haciendo seguimiento.

La señora no colabora. Ella piensa que yo trato de cobrarle algo. [Enfermera]

La percepción que tiene la enfermera sobre la madre del bebé no es positiva, en tanto, además de considerar que desconfía de ella, aparentemente presenta una actitud de resistencia a hacer lo que la enfermera le pide que haga. Esta idea, entre otras, es parte de la percepción que suele tener el personal de salud sobre la población. “No colabora”, “No pone de su parte”, etc., son expresiones recurrentes para explicar por qué un tratamiento no funciona y con lo que, consecuentemente, se deslinda de responsabilidad.

Sin embargo, en la narración sobre el caso, la enfermera agrega información que podría permitir comprender mejor el problema, pero aparentemente no tiene el mismo peso que le corresponde a todos los hechos. Elabora una cadena causal que intenta explicar de manera bastante simplificada el problema y que, en última instancia, el hecho que prevalece como causa es responsabilidad de la madre. No se produce ningún cuestionamiento adicional.

Como ella ha sido violada, entonces ella le tiene un rechazo al niño. Entonces ella no le da de lactar. Son necesidades elementales que un niño merece. La señora lo rechaza. Siempre ha sido así desde que ha nacido. [Enfermera]

La enfermera muestra frustración y molestia; considera que el caso ha excedido a lo que como profesional puede hacer.

Yo ya no lo puedo manejar. Ya no está a mi alcance. Tiene que evaluarlo la nutricionista. Yo puedo ver niños normales, tengo un poquito de conocimiento, y puedo indicarle darle la fórmula, porque la lactancia no le cubre. Pero ya con ese niño lo puede manejar la nutricionista con pastilla o con algo adicional. Y yo eso no sé porque no es mi área. Entonces, yo hablé con la nutricionista para que lo atienda. De verdad que es un caso muy crítico. El niño me da mucha pena. Y es bien bonito el niño. [Enfermera]

Si bien el caso expuesto, de acuerdo con lo señalado por el personal de salud, no es una situación que se presenta de manera mayoritaria ni con regularidad en la localidad de Maya, es un caso complejo que muestra las dificultades que debe enfrentar el personal de la posta. Se observa que no cuentan con la capacidad para brindar atención ni a la madre ni a su hijo. Las especialidades del personal de salud que labora en la posta de Maya, así como los conocimientos médicos que maneja, no resultan suficientes para atender casos como el descrito. Este caso del bebé con desnutrición considerado no regular es producto de una cadena de hechos –entre los que se encuentra el delito de violación sexual– que no necesariamente serán tomados como probables razones o factores que lleven a establecer un diagnóstico y un plan de acción más apropiado. Este caso, finalmente, también refleja las tensiones y desencuentros entre las mujeres de Maya y el personal de salud de la posta.

Finalmente, se ha observado que uno de los aspectos que repercute negativamente en la relación entre el personal de salud y las mujeres de Maya es la actitud constante de responsabilizar a la paciente de sus males, así como del fracaso del tratamiento brindado. Esta responsabilización se suele dar, además, en el rol de autoridad y de trato completamente paternalista y vertical hacia las mujeres de Maya. Asimismo, esta situación

se basa en una serie de prejuicios y desconocimientos de aspectos culturales y sociales que son parte de la vida de las mujeres, que se presentan en diversas situaciones.

*Más que todo es la técnica [de lactancia], porque ellas están acostumbradas a agarrar en forma de tijera, ¿no? Eso es lo que he visto más, y uno les enseña: no cuatro dedos abajo y un dedo arriba. Ellas se sienten incómodas porque lo agarran más rápido así, y eso es lo que estamos corrigiendo.
[Obstetra]*

Más allá de la posibilidad de que se esté llevando a cabo una práctica que tenga consecuencias negativas para la mujer o para su hijo o hija, son la actitud y la poca disposición a dialogar lo que resalta en la opinión del personal de salud. Se muestra una actitud o una reacción que constantemente responsabiliza, señala el error y busca corregirlo, asumiendo que lo que sostiene el personal de salud es lo correcto y es lo que debe hacer una mujer.

6.2.2 El riesgo de muerte materna

La muerte materna se ha reducido notablemente en las últimas décadas de acuerdo con los datos del sistema de salud oficial. Ese es un gran avance en lo que respecta a las cifras. Sin embargo, a pesar de los logros que se les adjudican a las políticas públicas y al funcionamiento del sistema de salud oficial, las "muertes injustas y evitables", como las denomina Yon, deben seguir siendo motivo de reflexión. La muerte materna tiene consecuencias graves a nivel familiar y evidentemente a nivel macro. Anderson (1999) aborda la experiencia de la muerte materna con mucho respeto y humanidad, que es lo que de alguna manera se busca al intentar explicar una situación de tanta complejidad y crudeza. Un acercamiento a la comprensión de un suceso como la muerte materna bajo esa perspectiva permitiría que las mujeres recuperen en algún sentido su dignidad en un escenario que tiende a cuestionar y responsabilizarlas a ellas o a su entorno más próximo.

La experiencia de Gloria

La muerte materna es aún un riesgo latente que afecta a las mujeres en el Perú. La experiencia de Gloria no tuvo un desenlace fatal; sin embargo, su historia de vida puede ofrecer algunas pistas de cómo una mujer puede llegar a una situación tan

grave como esta. Gloria tuvo que enfrentar desde muy joven muchas carencias ante la falta de apoyo de su familia. Cuando tenía 12 años, su mamá falleció y ella debió asumir el cuidado de sus hermanas y hermanos. Su padre continuó aportando económicamente de manera muy limitada, así que ella hacía también lo que podía para poder tener ingresos con los productos de la chacra.

Como se sacrificaba [mi papá] en moler, en moler. Y como mi mamá me había criado así, vendía una cosa y otra. Se ingeniaba. Bien vivita era, nunca nos hacía sufrir, siempre era la que nos daba algo bueno, y cuando se murió eso a mí me chocó. Ya no había eso, ya no había plata para arroz, ya no había plata para aceite. Y en este pedacito nomás me acuerdo había un pedacito de lima, eso nomás miraba a cada rato, si iba a madurar, si voy a llevar al mercado para devolver en aceite y todo eso. Bien triste hemos pasado y así, así hemos crecido, y ya pues empecé así tropezando y ya no quería que mis hermanos sufran. [Gloria]

Sin embargo, Gloria también tenía expectativas de socializar como cualquier mujer de su edad.

Yo me enamoré así de chiquilla, cuando él estaba soltero. Pero de antes con su vecina habrá sido mañoso, como era mi mayor por poco más de diez años. Era como solterón y ha crecido en la costa. Era de acá, pero ha crecido en la costa y luego volvió de joven. Sí, pues ya cuántas mujeres habría pasado él. Chicas engañadas se habría venido acá. Y cuando estoy acabando mi secundaria, en cuarto año yo me conozco con él. Había una fiesta y él estaba tomando, tomando. Luego, me hacía llamar con una chica. Siempre era mayor de edad, como su edad y yo como era amiguera. Bueno teníamos en frente bastante melocotón, iba y como que intentaba, y me decía hay que estar un rato y tu amiga, y esto y no sé cuánto, y ya pasó. Bonito, pero luego me dijo que yo era una pobre, que me largara de su casa [...]. [Gloria]

No obstante, a pesar de las numerosas responsabilidades que debía asumir, pudo terminar secundaria, pero decidió ya no seguir estudiando en el nivel superior. Así, asumió de tiempo completo las labores de la casa y de la chacra para sostener a

su familia. Todos sus hermanos y hermanas lograron terminar la escuela, estudiar posteriormente y valerse por sí mismos.

[Cuando pudo decidir no continuar con el padre de su hija a los pocos meses de saber que estaba embarazada] dije ya no ya, empecé ayudar a mis hermanos, estaban para acá y para allá. Faltaba una cosa y otra cosa, y yo dije, ya no quiero que mis hermanos sean como yo. Quiero que sean otra gente. Yo le decía, papá tenemos que trabajar, y mi papá me decía pucha, pero no hay nada, no hay plata, no hay abono, que vamos a hacer, como vamos a hacer. Yo me cargaba bombas, también señorita, y todo eso me ha hecho mal. [Gloria]

Gloria, al no contar con recursos económicos ni siquiera para alimentarse de manera adecuada, debía trabajar arduamente. Así, la situación de pobreza o de pobreza extrema en la que viven muchas mujeres las obliga a seguir realizando trabajos que de mucha exigencia física que las puede afectar de diversas maneras. Tal como sostiene Anderson (1999), en zonas rurales, a pesar de que las personas posean bienes o capital, como tierras o casa, la economía familiar suele ser precaria debido a potenciales riesgos y a la poca seguridad. Evidentemente, la situación resulta más grave cuando las personas no cuentan con bienes ni capital (Anderson, 1999:181). Gloria desarrolló su embarazo en un contexto muy difícil de violencia y de desamparo. No solo no contaba con el apoyo de su familia, sino que era violentada física y psicológicamente de manera constante por su pareja, incluso luego de que se separaran.

Eso pase los dos meses [...] Yo me antojaba uva, naranja, yo palpaba nomás porque no tenía mucha plata. Y el hombre cuando me decía, un favor, Gloria, llévate mis rudas. Yo regresaba del mercado y me decía "dónde está mis cinco soles", y yo le decía me he comprado esto para que la bebe. Me tiraba cachetadas, y como tragaba yo sangre y sangre. [Gloria]

Los procesos de embarazo, parto y posparto suelen ser analizados desde una perspectiva bastante restringida como sucede con la biomedicina. Si bien, desde esa perspectiva, es necesario que se cumpla una serie de condiciones para que estos procesos se desarrollen de manera adecuada y segura, no sucede lo mismo

con el reconocimiento de los aspectos culturales, ni del ámbito emocional y afectivo de las mujeres. Cuando Gloria tenía 21 años, nació su primera hija. El desarrollo del trabajo de parto y del parto se dio dentro el mismo contexto de tensión y de sentimientos de desamparo que ya venía manifestando Gloria.

Mis tíos de Cajabamba se enteraron y ellos me llevaron. Porque su papá de mi hija mira sabiendo. Porque el parto me provocó desde las cinco de la madrugada. Y le mandé a que le avisen y él llega a las siete de la noche. A él no le importó nada, no le importaba que muera, que me hace falta ni nada. Mi hija o hijo primeros, nada le importó. Al final mis tíos le gritaron, tomaron un taxi y me llevaron a Huaraz. Pero yo decía córtense, mátenme, porque ese dolor no puedes aguantar. [Gloria]

La necesidad de realizarle una cesárea de emergencia a una mujer gestante así como la necesidad de que la recién nacida, en este caso, deba recibir cuidados en el establecimiento de salud dentro de una incubadora son situaciones no que ninguna mujer espera. Es un contexto que se complica más si se tiene en cuenta que el camino que han transitado las mujeres hasta ese punto ya ha sido bastante difícil y doloroso.

[Con mi primera hija] yo he estado inconsciente porque primero en el parto, sangre nomás ha sido. Fue de emergencia. Porque primero intentaron a que yo de en Carhuaz mismo, pero como mi parto era difícil, complicado, parto seco, y todo así no nace la bebita. Último yo llegué de emergencia a Huaraz, y todavía en una camilla me hacen subir. Luego ahí de nuevo me ponen anestesia, y como para dilatar y seguir pujando todo así, pero nada señorita. Y luego alguien por ahí, mis tías me cuentan que con el dolor había perdido la razón. Y dijeron eso va a pasar por emergencia, porque en Carhuaz cantidad de sangre ha perdido. ¡Dios mío bájenla de la camilla! Y el médico, dijo 'no' esto ya no es parto normal. Le dijeron los guantes del doctor está por desinfectar, no importa tráiganlo así, si salva se salvará sino, no. Yo me acuerdo de que empezaron a ponerse las capuchas y todo, y de ahí ya no me acuerdo nada, porque después de dos días resucité así flaquita. Con sed. Puro suero me pusieron. [Gloria]

Por otra parte, la falta de producción de leche que señala Gloria es también un tema que merece ser analizado con mayor profundidad y cuidado en siguientes trabajos. No obstante, se puede señalar a modo de idea para reflexionar que la aparente imposibilidad de poder dar alimento a su hija de la manera como ella esperaba no solo puede ser motivo de mucha frustración, desesperación y tristeza para la madre, sino que, además, económicamente implica un gasto que no necesariamente puede ser cubierto.

En mi embarazo, es que yo no me alimenté mucho, mi hijita nació con peso de un kilo setecientos gramos, y me hicieron cesárea con la bebe, bien chiquita, flaquita. Ha estado veinte días o treinta días en la incubadora. Ya no tenía dinero, yo lloraba en el hospital. [Luego], vengo aquí y después de dar a luz a ella, empecé criando porque yo no tenía leche para darle. No lactaba, pero era un gasto terrible. A mí me costó mis dos hijas. Yo no he tenido leche tampoco. Seguro de niña no me he alimentado muy bien, y después de dar parto también no me alimentaba. Pero desde cuando yo me empiezo así a alimentar bien, a comer, a alimentarla a las niñas. [Gloria]

Finalmente, la violencia de la que es objeto una mujer que ha enfrentado las condiciones descritas no termina con el parto, sino muchas veces incluso esta situación se agrava a partir de la exacerbación del machismo y la misoginia.

Ahí en Huaraz. Yo salí debiendo mil cincuenta que ahorita es lo normal. Una decepción grande. Yo salí como una mujer que algo hasta ahí nomás. Y el hombre también dijo esta mujer me hace gastar, yo no quiero esa clase de mujer, quiero una mujer que pare así normal. Esta es una mujer delicada. Levántate, qué haces, y me daba cachetadas. Un día así saliendo del hospital empecé a reconciliarme con él. "Mi cuñada apenas pare, al día siguiente ya estaba tostando pan, haciendo machica, ya está lavando su pollera y tú una delicada, toma, toma, y yo me caía nomás con desmayos, así". Le contestaba, le decía acaso me has dado un buen caldo. Cuando he estado embarazada, también tú me has ocasionado problemas. Me has dicho que esto es así, esto es asa. Inclusive a veces me decías bótalo a ese niño, no te quiero, no es mu culpa y llorábamos. [Gloria]

El riesgo potencial de muerte materna que afecta directamente a las mujeres en el Perú y a sus familias es una situación que requiere ser analizada para poder comprender qué mecanismos no funcionan para que se llegue a este momento de crisis durante el parto. De acuerdo con Anderson (1999:18), la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto, o el puerperio es considerada

indebida por cuanto alude a situaciones inusuales, problemáticas y fallidas.
(Anderson, 1999:18)

Anderson (1999) plantea que las probabilidades de muerte materna aumentan cuando se produce una serie de condiciones, que se detallan a continuación

A nivel de la comunidad de residencia de la mujer:

- *dificultades de acceso (falta de caminos, río navegable)*
- *escasez de recursos pertinentes (dinero, información, conocimientos)*
- *escaso desarrollo de instituciones y proyectos*
- *escasa interconexión entre las instituciones existentes, con lo cual cualquier establecimiento o programa de salud del lugar no se vinculará a un tejido institucional que lo refuerce y lo respalde*

A nivel de la organización social local:

- *diferencias notables de situación social y económica que interfieren con los mecanismos de ayuda mutua*
- *familia de la mujer perteneciente al sector más pobre y menos considerado de la comunidad*
- *familia de la mujer carente de vínculos con individuos o familias con poder de decisión y recursos*
- *familia de la mujer pequeña (varios de sus miembros han migrado a otros lugares, ella es de otro pueblo)*

A nivel de la familia y la unidad doméstica de la mujer:

- *mujer poco valorada por el marido, por los parientes políticos, por su propia familia y/o por los otros miembros del hogar*
- *mujer con carga laboral muy fuerte en la economía familiar, mujer que cuenta con poca ayuda para las tareas domésticas* (Anderson, 1999:27)

En el caso de Gloria, se observa que las situaciones corresponden a los tres niveles señalados. En síntesis, los factores se relacionan con la disponibilidad de recursos en el entorno y con la capacidad que tiene el grupo de apoyo de la mujer para organizarse y actuar para salvarle la vida a ella y a su hija o hijo. Es importante resaltar, tal como lo sostiene Anderson (1999:27), que los factores sociales y culturales señalados combinados con los factores de riesgo biomédico pueden desencadenar o contribuir a las situaciones de riesgo y de muerte, que en el caso de Gloria no se produjo por la reacción inmediata y capacidad de respuesta de los tíos de Gloria, quienes la llevaron con mucha rapidez al hospital.

La información brindada por la obstetra sobre una mujer N.N. (20 años aprox.)

A partir de las conversaciones con la obstetra de la posta de Maya sobre diversos temas, abordamos con mucho cuidado el de la muerte materna. Señalo "con mucho cuidado", porque es un tema bastante sensible, cuya sola mención suele despertar alertas y cierta incomodidad. El personal de salud cambia el tono de voz, muestra preocupación y toma un poco de distancia, a tal punto de que su primer comentario en todos los casos fue que "hace tiempo no sucede". Se puede percibir que hay reparos frente al tema y es comprensible, en tanto es una de las situaciones más graves que puede atravesar un establecimiento de salud de acuerdo con su normativa y de acuerdo con las políticas de estado. Incluso, suelen decir ante la pregunta: "¡No! Toco madera".

Sin embargo, en el transcurso de la conversación, frente a mi pregunta de si se había producido algún caso de muerte materna en estos años, la obstetra me comentó que sí, pero que no era "reciente". Compartió conmigo un caso que había ocurrido pocos años antes.

Hemos tenido una en el 2018 si no me equivoco, un embarazo oculto en XXXX [distrito]. Una señora, bueno, muchacha, de veintitantos años de edad, estaba embarazada pero no ha dicho a nadie, ni a su familia, a nadie, a nadie. Se sentía mal, no quiso ir al hospital, se negó su mamá le dijo vamos, vamos, y a última hora qué será dijo se animaría. Subió al taxi, sería por la tarde, nohecita, ya atardecido el médico la evalúa, tenía útero

grande, útero globuloso, y dijo parece embarazo, le preguntan a la mamá: "¿Señora, su hija está embarazada?" "No, no." Le preguntan a la chica, ¿estás embarazada? Ella lo niega, cuando al último traen el ecógrafo y encuentran partes fetales, pero no escuchan latidos. Tendría 7 meses de embarazo más o menos calculando, y ahí al poco rato empieza a hacer paro respiratorio, así es que le ponen su vía todo, refieren y en el camino fallece. [Obstetra]

Por una parte, es motivo de análisis la denominación que se le asigna a un embarazo que no ha sido registrado ni supervisado por el sistema de salud oficial: "embarazo oculto". Si bien se maneja el diagnóstico de embarazo oculto o embarazo críptico para señalar el estado de gestación de una mujer que es desconocido por ella y por su entorno hasta que se encuentra en un estado muy avanzado o hasta el que el parto es inminente, en este caso, no se podría considerar como tal dada la explicación que realiza la obstetra. Esta situación muestra un prejuicio y desconfianza por parte de la obstetra hacia la mujer, en tanto asume que no dice la verdad o que miente. Existe incoherencia evidente entre el diagnóstico dado y la narración de la obstetra, ya que la definición de 'embarazo oculto' es contradictoria con el hecho de que la mujer "no ha dicho a nadie, ni a su familia, a nadie, a nadie".

Asimismo, esta frase implicaría intencionalidad de no querer mostrar o revelar un estado, situación que para el personal de salud podría estar justificada en la negación de la gestación de la mujer, tanto por parte de ella como por parte de su familia. Sin embargo, es preciso señalar que puede haber diversas razones, que, por un lado, conduzcan a negar un embarazo ante el sistema de salud oficial como temor a represalias –lo que no significa que sea "oculto"– y, por otro, no necesariamente implica que haya conocimiento por parte de una mujer de un proceso de gestación en curso. Estas ideas cuestionan el trasfondo de causalidad o de adecuación a un perfil que implica el uso del término oculto en esta situación.

Por otra parte, la narración de este caso se basa en una serie de supuestos, hechos de los que no hay certeza absoluta, pero que permiten completar la cadena de sucesos para darle sentido y coherencia a esta historia. Es comprensible el intento de reconstruir lo sucedido en una situación que implica tanta gravedad como esta.

Sin embargo, es motivo de reflexión la reacción por parte de quien representa al sistema de salud en la zona.

Le hicieron su necropsia y todo, pero no han arrojado y se quedó en duda, o sea muerte directa no ha sido. Por eso, le dijeron muerte indirecta, porque no han encontrado de qué falleció en sí la chiquita, qué problema tuvo, eso fue. Y a raíz de eso más se subió a XXXX [distrito] a sensibilizar a las autoridades, a elaborar más actas, porque las familias son más aguerridas como quien dice. Pero gracias a Dios desde ahí como que eso ha hecho que las personas de cierta manera cambien su perspectiva y estén más atentos en sus hijas, ¿no? [Obstetra]

Surge una serie de interrogantes que inevitablemente llevan a seguir reflexionando sobre una realidad que afecta a las mujeres y a sus familias desde hace décadas en el Perú: ¿cómo se puede llegar a un desenlace tan grave como la muerte materna? A pesar de que no se conocen los datos sobre la vida de la mujer que falleció, resulta inevitable preguntarse sobre su entorno, o sobre cuánto de aceptación, de expectativa, de resistencia, de temor o de rechazo hubo alrededor de su embarazo. No obstante, el discurso de la obstetra mostraba sobre todo molestia. A lo largo de la narración, hubo un cambio en su entonación conforme contaba los hechos. Hablaba con mucha severidad. Señaló que habían subido a la comunidad a “sensibilizar” a las autoridades. El término usado denota —a diferencia de su significado— un sentido distinto en su discurso, que aparentemente es el de convencer o presionar a quien escucha para que haga lo que se le indica. La obstetra narra, señala responsables y muestra sus sentimientos desde el lugar que ocupa en un sistema, que le exige pensar y actuar en el ámbito de la salud bajo los términos administrativos o burocráticos que les generan tanta presión, sobre todo si uno de sus roles fundamentales que deben cumplir a través de su presencia en la zona es precisamente evitar la muerte materna.

Por otra parte, la medida tomada para poder evitar que se produzcan más casos como este se centró en la elaboración de “más actas” con las autoridades de la comunidad. Si bien las normas exigen una investigación y un informe sobre lo sucedido, pareciera que la preocupación y los esfuerzos se centran en ejercer presión para que se apliquen sanciones y no necesariamente para comprender las

razones de fondo de esta problemática. Se puede notar en el discurso una reacción que juzga y sanciona, sobre todo cuando se trata de poblaciones "aguerridas", que no parecen querer alinearse con el sistema de salud. No obstante, cabe la pregunta de si esta reacción estaría respondiendo también al temor del personal de salud de ser sancionado o despedido.

Nuevamente, aparece la idea que asume que un documento formal como un acta puede generar cambios de manera automática sin importar el tipo de problemática que se busca enfrentar. Evidentemente, la población puede acatar ciertas normas obligatorias acordadas y establecidas, pero eso no significa necesariamente que "cambie su perspectiva" y, por lo tanto, tenga mayor conciencia del problema. A eso se suma una medida que no reconoce la equidad de género ni la igualdad de derechos de mujeres y hombres, que propone como solución un mayor cuidado a las mujeres (hijas), ya sea a través de protección o probablemente restricciones a estas en lugar de proponer educación desde una perspectiva de género tanto para hombres como para mujeres.

Además, como parte de la reflexión sobre este caso, si bien no es el tema de fondo, considero que el trato, la atención que se brinda, y la forma cómo se sitúan en el contexto las personas y cómo establecen las jerarquías y las relaciones de poder son elementos importantes para que el sistema de salud oficial logre responder de la mejor manera a las necesidades de la población. La obstetra usó el término "chiquita" para referirse a la mujer fallecida, una mujer adulta de más de 20 años de edad. No es posible concluir que haya tenido la intención de infantilizar o minimizar a cierto sector de la población, pero es claro que la mujer que falleció no era una niña. Esto no hace menos grave la situación, pero llama la atención el uso del diminutivo que, si bien podría ser interpretado como compasivo o cariñoso en algún contexto, en realidad parece considerar inferior a la persona o quitarle peso al hecho.

El término "chiquita" no tiene un uso extendido para referirse a una mujer adulta en un avanzado estado de gestación que haya encontrado en las entrevistas que he revisado y, sobre todo, en las que he realizado en esta zona como en otras. Por el contrario, fuera de la edad de la mujer, que sea niña o adolescente, se suele referirse a ella como 'señora'. En su discurso, la obstetra utiliza una secuencia de

términos para referirse a la mujer que falleció: "señora", "muchacha" y "chiquita", al final de la narración del caso. Una posible inferencia de la secuencia de términos utilizada es que la representante del sistema de salud público esté buscando desligarse de cualquier tipo de responsabilidad del hecho: en un país donde las infancias no son una prioridad, la minimización e infantilización de una mujer adulta, así como la nula información sobre su vida, construye a partir del discurso una situación poco relevante que le quita la gravedad que implica.

Como he mencionado, no sería riguroso llegar a una conclusión a partir de este caso; sin embargo, no deja de llamar la atención y sería interesante profundizar en estos usos y en las explicaciones de estos eventos por parte del personal de salud en futuras investigaciones. La enorme relevancia de las 'autopsias verbales', trabajadas por Anderson et al. (1999), en casos de muerte infantil y muerte materna para reconstruir las causas de muerte de mujeres, me sugiere la posibilidad de darle espacio a la narración de un evento tan grave y doloroso como una muerte materna por parte del personal de salud. Si bien, por un lado, un miembro del sistema de salud no conoce necesariamente ni es probablemente cercano a una mujer que fallece en esa situación y, por otro, se asume que las narraciones que pueda dar sobre una muerte materna están dentro de un contexto biomédico, donde los parámetros, el lenguaje y los resultados se ciñen a una lógica clínica que no necesariamente incluye o integra aspectos de otra índole, considero que la reconstrucción de los hechos que llevan a ese desenlace y los supuestos en los que se puede sostener el relato tienen la capacidad de dar cuenta de aquellas deficiencias o distractores que no permiten observar y analizar la problemática. Por ello, me parece pertinente, así como relevante contrastar y complementar las vivencias y perspectivas desde dos lugares, sino opuestos, distintos.

Este evento refleja, a su vez, la falta de conexión o identificación que tiene el personal de salud con la población, con las mujeres gestantes y con sus familias. Tal como señala Anderson (1999), el personal de salud mantiene una actitud de distancia y se separa claramente de la población. No es capaz de integrarse como parte de la comunidad. No tienen mayor conciencia sobre las ideas y prácticas de la población en torno de la muerte ni de los ritos que le corresponden. Probablemente, esto se debe a que "culturalmente suele haber actitudes de menosprecio, incredulidad e ignorancia sobre las creencias de la población"

(Anderson, 1999:183), que se suma a ver a la mujer básicamente como parte de un caso grave, de un error o de un porcentaje que se debe eliminar.

Como lo he señalado (Robledo, 2020:63), esta historia refleja la preponderancia de la perspectiva biomédica en la atención de los procesos de embarazo, parto y posparto. El sistema de salud biomédico, de acuerdo con sus protocolos, debe implementar las medidas biomédicas para que la atención sea segura. No obstante, no se consideran cuestiones culturales, ni el aspecto emocional y afectivo de las mujeres. (Robledo, 2020:63). Dada esta desconexión, bajo la que se atiende a las mujeres parturientas, las probabilidades de que surjan dificultades en la interacción entre el personal de salud y la parturienta son muy altas, lo que además repercutirá en el desarrollo del parto. Se debe tener en cuenta que —como si fuera una costumbre o un discurso aprendido e interiorizado— se responsabilizará de cualquier situación negativa que se produzca.

Finalmente, los hechos que responsabilizan directa y automáticamente a una mujer gestante cuestionan el no haber cumplido con las normas establecidas: si no realizó los controles prenatales periódicamente en un establecimiento de salud, si recibió atención de una partera, si no se alimentó bien, si no pone de su parte, si no avisó a tiempo al servicio de salud, etcétera. No obstante, debe considerarse que los problemas que puede presentar una mujer durante el embarazo o el parto, y que tienen consecuencias en ella o en el feto, corresponden a un origen más de tipo estructural y no es una responsabilidad unilateral, sino en la que tiene gran injerencia el Estado (Robledo, 2020:64).

Estos problemas se deben a su desinterés histórico por corregir las causas de esta situación, que afecta a todas las mujeres, pero, sobre todo, a aquellas que el discurso siempre ha identificado como parte de la población que requiere atención prioritaria a través de políticas públicas, atención que, en la realidad, no solo no beneficia a las mujeres, sino que muchas veces las afecta y violenta. Uno de estos problemas que se mantiene a lo largo de las décadas son los altos niveles de violencia de género, así como de las condiciones materiales con las que cuentan y que las ubican dentro de los niveles de pobreza o pobreza extrema. (Robledo, 2020:64)

6.2.3 La pertinencia de parto con enfoque intercultural

La atención del embarazo y del parto en el Perú se ha implementado bajo el proceso de medicalización que ha avanzado de manera muy rápida en las últimas décadas. La medicalización tiene su base en la ciencia médica y en la investigación que se produce desde sus parámetros. Asimismo, se apoya en la industria farmacéutica, así como en los medios de comunicación (Márquez y Meneu, 2007:77). Este escenario se completa a través del rol que cumplen los y las profesionales de la salud, quienes dentro de su formación adquieren e incorporan en su práctica los principios de la medicalización que los prepara y entrena para actuar ante la patología. (Robledo, 2020:13)

En este contexto de medicalización del parto, se produce la llamada violencia obstétrica, un tipo de violencia institucional —invisibilizado socialmente— que se expresa en

un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales (Robledo, 2020:76),

que implica la existencia de un acto de violencia ejercido por personal de salud en relación con los procesos reproductivos y que tiene un grave impacto en la calidad de vida de las mujeres. La violencia obstétrica es consecuencia de la implementación de prácticas que responden a la presencia de ciertos factores:

a un sistema patriarcal fuertemente arraigado en nuestras sociedades y evidentemente en las instituciones tanto estatales como privadas —que consienten la falta de reconocimiento de los derechos de las mujeres—; a grandes intereses económicos; y a la preponderancia del uso de la ciencia y de la tecnología. (Robledo, 2020:76)

La violencia obstétrica se debe a i) una dinámica del poder y abuso de la doctrina de la necesidad médica, que subordina a las mujeres ante el personal de salud; ii) condiciones y limitaciones de los sistemas de salud, que evidencian una inadecuada formación del personal de salud, así como un deficiente equipamiento, infraestructura y recursos humanos; iii) leyes y prácticas discriminatorias y nocivos estereotipos de género relacionados con la sexualidad y los procesos reproductivos, así como la discriminación

motivada por factores socioeconómicos y étnico-raciales, el temor y rechazo de las mujeres, sobre todo en zonas rurales, al sistema de salud; además de la falta de implementación de un programa de educación sexual integral basado en un enfoque de derechos a nivel nacional. (Defensoría del Pueblo, 2020:71-73)

Si bien es cierto que en el transcurso de las últimas décadas se ha ido construyendo una definición de violencia obstétrica, no existe consenso sobre esta. Incluso, se debe asumir que la definición puede variar dependiendo de quién y desde dónde se enuncia: si son usuarias del sistema de salud, si es personal de salud, etc. A esto se suma que, a lo largo de los siglos, se ha construido una suerte de pugna histórica entre los diversos actores del sistema de salud, basada en la competencia gremial. Esta situación evidencia una lucha de poder, en la que se produce una disputa por los cuerpos gestantes que se asume deben ser controlados de acuerdo con la lógica de la medicalización del parto. Así, la rigidez del sistema médico oficial se sostiene, entre otros aspectos, en el respeto irrestricto a los protocolos de atención que refuerzan los principios bajo los cuales han sido formados los y las profesionales de la salud. Se trata de la aplicación de un protocolo “por sobre todas las cosas”. De esta manera, la estructura del sistema de salud oficial en el Perú deja ver las grietas que han ido dejando situaciones de orden político, científico y académico.

La necesidad de la implementación de la atención del parto con enfoque intercultural responde a una realidad cotidiana que afecta de manera sistémica y sistemática a las mujeres en su diversidad y de distintos grupos etarios, con mayor énfasis en poblaciones vulnerables. Sin embargo, en este contexto, la interculturalidad se presenta y se asume únicamente como “enfoque” discursivo, que no encuentra espacio ni voluntad para ser implementado. Además, otro de los enfoques fundamentales para abordar esta crisis, el enfoque de género, tampoco ha tenido una real transversalización. De esta manera, los saberes de las generaciones de mujeres que nos han precedido parecen haberse congelado ante el temor y la consecuente pérdida de poder que ha implicado para las mujeres la medicalización del parto, en primera instancia, y la sistematicidad de la violencia obstétrica, en segunda instancia.

El concepto ‘interculturalidad’, contrariamente a ser un concepto difundido y compartido por la población en general, se mantiene controlado por los actores políticos y profesionales médicos, de modo que revela incoherencia entre la teoría y la práctica. De acuerdo con Oliart (2008), el enfoque intercultural no solo es retórico sino reducido. Los y

las profesionales de salud brindarán a las usuarias un trato bajo el enfoque intercultural si es que estas se someten al sistema y su la autoridad (Guerra-Reyes, 2019:84-85). El personal de salud suele presentar una actitud basada en superioridad moral y cultural, que deriva en la existencia de discriminación étnica y racial en los centros de salud, en el lenguaje abusivo y en el desconocimiento de los derechos de las usuarias (2019:137).

Hemos tenido un parto en enero de este año, aquí en la posta. La señora baja a su control, y paradita, calladita normal, pero la veo chaposita, así que me acerco y le digo, señora, ¿se siente bien? Y, es quechua hablante. Yo soy de la posta, una que otra palabrita te sabré hablar, pero yo la vi mal, y me dice, "Pachamama". No se quería dejar examinar, pero me dijo, ya estoy en mi hora, ya va a nacer. Y era la más lejana, la que no quería bajar a ningún familiar, había venido a su control, se ha echado en la camilla, y ahí nace. Así de rápido. Lloró el bebé, yo dije a buena hora se echó. En ese momento corrimos, se dieron las claves, que están separadas, la clave rosada que es para atención del parto, pero el bebé ya estaba fuera, a colocarse los guantes, todo fue rápido. [Obstetra]

En este caso, se busca reflexionar sobre la pertinencia de la atención del parto con enfoque intercultural como una estrategia o mecanismo para prevenir los posibles riesgos que puede implicar un parto inminente dentro de un establecimiento de salud. Esta situación no es anormal o excepcional dentro de la práctica cotidiana de la obstétrica en los establecimientos de salud, de ahí la relevancia de que se expuesta y discutida.

Este es el caso de una mujer con experiencia y conocimiento sobre sus procesos, en este caso de parto. Desde la biomedicina es catalogada como multigesta. La idea de haber tenido ocho hijos no es considerada una ventaja frente a una mujer primigesta. Si se hubiera tenido en cuenta eso, probablemente no se le hubiera tenido que decir que se eche en la camilla. No obstante, esta situación no genera ninguna reflexión como parte de un balance de la atención de este parto en el personal de salud que no se relacione directamente con el cumplimiento del protocolo de atención de parto y de las "dificultades" que enfrentan para que este se cumpla. Por ello, coordinaron inmediatamente con Carhuaz y contrataron un taxi para derivarla inmediatamente al hospital de Carhuaz para que la mujer y el recién nacido sean hospitalizados.

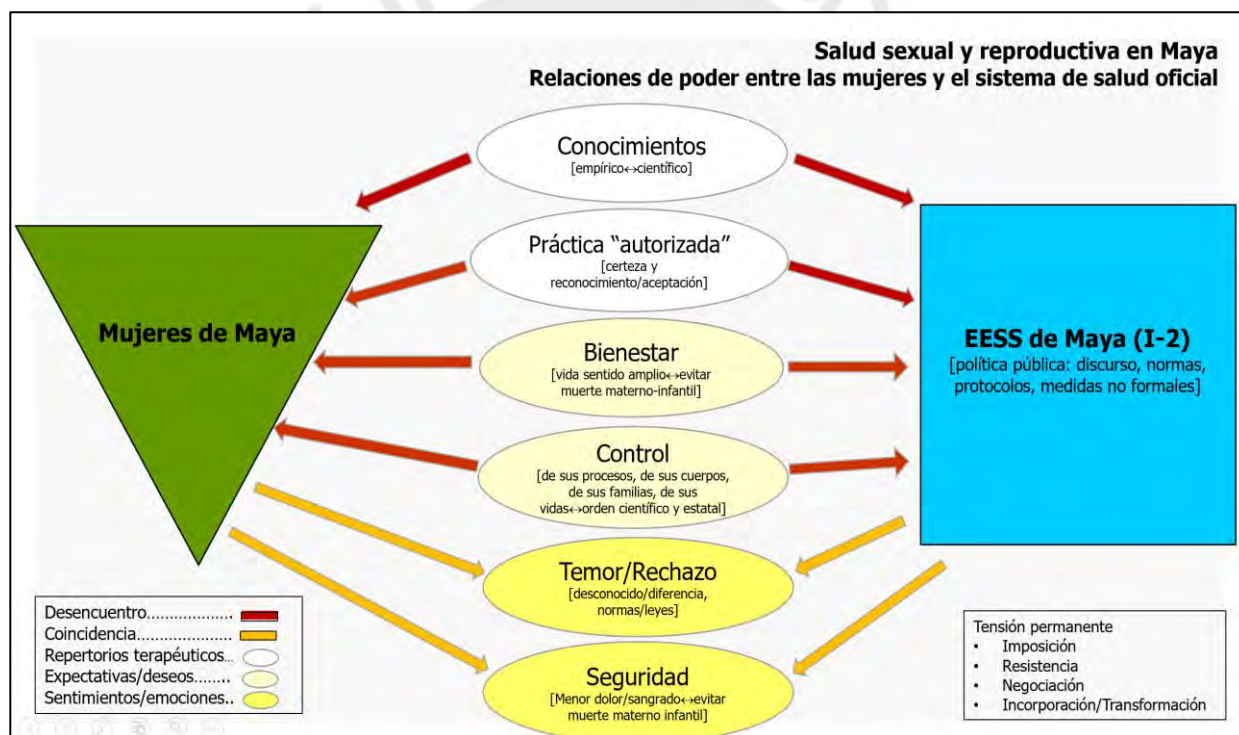
Porque hay que evaluar, de todas maneras, al menos 24 horas. Acá se quedó, la atención acá se demora al menos 2 horas para ver si es que hay un sangrado, alguna complicación, pero de todas maneras, además, no me lavé las manos, no hubo las medidas higiénicas adecuadas como debería. Un parto normal qué hacen en el hospital asepsia en las partes para recibir al niño en un estado adecuado. Por eso para prevenir cualquier infección hay que mandarlo. Sí o sí tiene que estar hospitalizada. Todo establecimiento de salud que llega una gestante completa, es atención de parto, solamente en ese caso, pero si llega con dilatación 7 u 8 puede llegar al hospital, porque la criatura 1 cm dilata cada hora, y al hospital estamos pues, exagerando, por ahí, media hora. Estamos cerca. [Obstetra]

Como se ha señalado, el impulso de las normas técnicas implementadas habría tenido como objetivo lograr el incremento del parto institucional. Del mismo modo, la propuesta del parto con enfoque intercultural estaría buscando introducir “la idea de derechos culturales y reproductivos bajo una perspectiva civilizadora que convierte a las preferencias culturales indígenas vigentes en un asunto temporal que será superado”, de modo que se reafirma que el poder recae en el sistema de salud público” (Guerra-Reyes, 2019:137-138).

Contradictoriamente, luego de la implementación de las políticas de parto con enfoque intercultural, las actitudes de los proveedores de salud no mostraron un gran cambio. ¿En qué radica la falla? Al parecer, la implementación de la política a través de la coerción y de la sanción estaría generando la anulación de los aspectos positivos para los miembros de la comunidad (Guerra-Reyes, 2019:184-185). Las experiencias negativas, sin duda, constituyen una amenaza para la implementación de políticas y, en el peor escenario, quiebran el compromiso del personal de salud con la comunidad. A la situación planteada, se suma una serie de factores que ya constituyen grandes barreras para crear las condiciones laborales adecuadas: falta de equipos, materiales e insumos; así como falta de capacitación y apoyo en un contexto de responsabilidad elevada y de estatus disminuido (2019:209-210).

6.3 Las relaciones de poder

Como reflexión final de este capítulo, propongo un acercamiento a las relaciones de poder que se ejercen entre el personal de salud del sistema oficial y las mujeres de Maya en relación con la salud sexual y reproductiva de estas últimas. Si bien dentro de cada grupo cada quien mantiene sus particularidades y su individualidad, se puede señalar que la interacción entre ambos grupos refleja una tensión permanente —que está dada por la imposición, resistencia, negociación, incorporación y transformación—, que afecta, sobre todo, a las mujeres. Tales relaciones se producen dentro de un complejo entramado de expectativas y sentimientos que generan fundamentalmente desencuentros.



Fuente: Elaboración propia

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva en Maya, se manifiesta una serie de relaciones de poder entre las mujeres y el personal del sistema de salud oficial. Las relaciones de poder se reflejan tanto en las oposiciones como en las coincidencias que hay entre ambos grupos. En relación con las oposiciones, hay cuatro aspectos importantes que se organizan en dos grupos: repertorios terapéuticos y expectativas/deseos.

Sobre los repertorios, hay una oposición entre el conocimiento que tiene cada una de las partes: mientras que el de las mujeres mayores de Maya es considerado empírico, el conocimiento científico es atribuido al sistema de salud oficial basado en la biomedicina. Asimismo, se presenta un choque cultural respecto de lo que se considera una práctica autorizada, ya que en ambos casos tienen certeza, así como reconocimiento y aceptación del ejercicio de sus conocimientos y habilidades desarrolladas ya sea en el ámbito de la partería (en el caso de las mujeres de Maya) o en el campo de la obstetricia (en el caso de servicio de salud). En general, tanto las oposiciones como las coincidencias representan desencuentros entre las mujeres de Maya y el personal de salud, lo que dificulta que las mujeres puedan recibir una atención adecuada en el momento necesario. En el caso de las mujeres jóvenes, la posibilidad de la atención en el sistema de salud oficial no revela resistencia, como en el caso de sus madres. Ellas usan ambos sistemas y no cuestionan, por ejemplo, el parto medicalizado, sino lo asumen como la única forma de parir posible, a pesar de que todo su linaje materno tuvo sus partos en casa y, en el caso particular de algunas de ellas, también nacieron en sus casas.

Respecto de las expectativas o deseos, se da una evidente oposición entre el sentido que tiene para las mujeres de Maya su bienestar y la necesidad de control sobre sus propios procesos —sobre sus cuerpos, sus familias, sus vidas—, y lo que significa 'bienestar' y 'control' para el sistema de salud oficial desde su propia perspectiva que no valora ni legitima muchas veces las necesidades de las mujeres. En el caso de sistema de salud oficial, se trata de mantener el protocolo basado en la biomedicina que, a su vez, está sustentado en políticas públicas en salud.

Finalmente, en relación con los sentimientos y emociones, se produce un choque por el temor/rechazo que generan de manera recíproca las diferencias culturales y las normas o leyes establecidas, que no reconocen ni benefician, desde la perspectiva de las mujeres de Maya, sus necesidades e intereses. Sobre la sensación de seguridad, si bien hay una coincidencia respecto de que las mujeres de Maya acepten la atención del parto en el establecimiento de salud, las razones que están detrás se centran en disminuir el riesgo de sangrado, evitar el dolor y, de alguna manera, la muerte, mientras que para el personal de salud es básicamente evitar el riesgo de muerte materna.

CONCLUSIONES

CAMBIOS Y CONTINUIDADES EN EL ACCESO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE DOS GENERACIONES DE MUJERES DE MAYA

El vínculo entre mujeres de distintas generaciones suele construirse, entre otros aspectos, sobre la base de expectativas compartidas, o de la satisfacción o insatisfacción que producen los roles de género que nos han sido asignados tradicionalmente a las mujeres y que tienen evidentes impactos en nuestros proyectos de vida. Las actitudes de las mujeres —dentro del entorno familiar, de la escuela, de la comunidad en general o frente a instituciones gubernamentales— muestran la aceptación o el rechazo hacia determinadas ideas o prácticas legitimadas de una generación a otra. En este contexto, el encuentro entre dos generaciones de mujeres abre la posibilidad de contrastar sus experiencias y sus deseos, que están influidos en cierta medida por las políticas públicas también.

Con notoriedad hace aproximadamente tres décadas, las políticas públicas en educación y en salud implementadas por el estado vienen trazando una serie de cambios en los caminos de las mujeres, sobre todo de aquellas que habitan zonas rurales. Estos cambios abren la posibilidad de desarrollar proyectos de vida deseados por la generación más joven, así como por las generaciones que la precedieron. Del mismo modo, impulsan prácticas que empiezan a establecer grandes diferencias respecto de sus madres y de sus abuelas. No obstante, las continuidades se observan también.

Los cambios en el acceso a educación y a trabajos fuera del ámbito local, y en la capacidad de movilidad de la población joven han generado un nuevo contexto en el que las mujeres de Maya de la segunda generación deciden su trayectoria de vida sobre la base de expectativas distintas a las de sus madres y sus abuelas. Sin embargo, es necesario resaltar que aún existen muchas limitaciones respecto de la capacidad de acción y decisión que tienen las mujeres de la segunda generación. Si bien se han producido cambios respecto del acceso a educación y cambios en las dinámicas económicas en la zona que han generado muchas alternativas o posibilidades de que las mujeres puedan desarrollar sus proyectos de vida de acuerdo con sus propias expectativas, hay aspectos estructurales que

se mantienen, sobre todo en relación con los roles que socialmente deben asumir tanto a nivel familiar como laboral, así como aspectos de orden económico que aún no permiten que las brechas puedan ser superadas.

Dentro del ámbito de la salud sexual y reproductiva oficial que se implementa en el Perú, se ha desarrollado con especial énfasis la difusión de la atención de los procesos reproductivos de las mujeres basada en la medicalización del parto. De esta manera, el desarrollo de un embarazo y el consecuente evento del parto han sido definidos, desde la biomedicina, como una enfermedad. En ese sentido, se asume que una mujer es una paciente que atraviesa una emergencia y que debe ser atendida bajo protocolos que se basan en la 'salvaguardia' —en tanto es un equipo pequeño o amplio que busca custodiar un bien preciado— de la vida de la mujer y del feto. Muchas veces, esta aproximación es la que coloca a las mujeres en una situación de vulnerabilidad y, de alguna manera, de cosificación. Es una perspectiva que no suele incorporar las necesidades ni los deseos de las mujeres, las cuales evidentemente no se limitan a cuestiones fisiológicas.

A partir del análisis de los cambios intergeneracionales entre las mujeres de Maya respecto de las concepciones y prácticas vinculadas con salud sexual y reproductiva, y de las relaciones de género, planteo las conclusiones de la presente investigación.

I. Los giros en el ejercicio de la sexualidad y en los proyectos de vida de las mujeres de Maya de la segunda generación

Como se ha señalado, las transformaciones más relevantes que se han dado de una generación a otra tienen su origen en los cambios ocurridos en el ámbito educacional: se ha producido mayor cobertura de los servicios educativos, incremento del tiempo de permanencia en la escuela (años de escolaridad promedio) y reducción de las tasas de analfabetismo; no obstante, persiste la exclusión en perjuicio de las mujeres (Montero, 2006; Benavides, 2006; Agüero y Barreto, 2012; Ames, 2013). Asimismo, a pesar de los cambios sociales y económicos favorables para la población en general a partir de la movilidad entre lo rural y lo urbano, no se ha superado la exclusión, en particular para las mujeres (Boyd, 2013; Ames, 2013; Diez, 2014). En este contexto, se manifiesta una serie de actitudes y expectativas que establece diferencias entre dos generaciones de mujeres de Maya.

De esta manera, el feminismo, desde hace ya varias décadas, ha venido cuestionando la asociación hombres-cultura y mujeres-naturaleza, que implica una clara connotación negativa o de devaluación frente a lo cultural por ser “una percepción absolutamente esencialista y biologicista del cuerpo humano”, en particular de ciertos cuerpos que constituyen diversos colectivos —como las mujeres— que genera marginación social por razones biológicas y la anulación de cualquier posibilidad de generar cambios (Esteban, 2006:11). De esta manera, la segunda generación de mujeres de Maya, a diferencia de la primera, presenta más posibilidades de ser y mayores certezas sobre lo que no se quiere en relación con los roles de género asignados a través de los procesos de socialización. Para la primera generación, existía un mandato y, en algún sentido, una condición de vida que debían asumir por ser mujeres. No obstante, es importante resaltar que sus deseos y su capacidad de agencia les permitió sentar las bases para que sus hijas pudieran tener la opción de elegir un camino distinto. La paciencia y la perseverancia de las mujeres han sostenido el esfuerzo que ha implicado asumir los cambios.

La historia de vida de algunas mujeres de la primera generación da cuenta del esfuerzo realizado junto con sus parejas y del trabajo en función de lograr la educación formal de sus hijas. Asimismo, las mujeres de la primera generación, a partir de sus experiencias de vida y de su sabiduría, han tenido la opción de replantearse su proyecto de vida, y modificar o integrar ciertas prácticas, como por ejemplo el uso de métodos de planificación familiar. La decisión y convicción de las mujeres de la primera generación de asumir la crianza de sus hijas —desde una perspectiva distinta a la que muchas de ellas tuvieron— les ha permitido acompañar y cuidar a sus hijas. En consecuencia, no solo han logrado abrir nuevos caminos para sus hijas, sino que a través de este acompañamiento parecen querer reparar a lo largo de este proceso alguna experiencia no positiva que hayan atravesado o un daño que hayan sufrido.

Sin embargo, en función de la situación de la familia y de las expectativas que esta tiene sobre el futuro de las mujeres de la segunda generación, se observan dos actitudes distintas. Por un lado, se encuentran las mujeres que están focalizadas en sus metas académicas y laborales, que consideran prioritarias y que no piensan abandonar ni dejar que interfiera la formación de una familia, por ejemplo. Por otro lado, se encuentran aquellas que, por ejemplo, al no tener ni la motivación propia ni el impulso

de sus familias para continuar estudios superiores, ni haber decidido tener pareja e hijos, no encuentran un proyecto claro en un contexto en el que, a pesar de la evidente heterogeneidad, no se presenta una diversidad de formas de vida.

La salud sexual y reproductiva, por ejemplo, tiene para la generación de mujeres jóvenes de Maya mucha relevancia dentro de sus proyectos de vida. La posibilidad de decidir sobre el deseo de tener hijos o no, así como sobre la cantidad, resulta un cambio significativo que, paradójica o lógicamente, ha sido impulsado en alguna medida por la experiencia de vida y los consejos de las madres de estas mujeres jóvenes. En ese sentido, en la nueva generación de mujeres, hay muchas que no ven como una imposición la búsqueda de pareja para formar una familia, por un lado, ni el uso de algún método de planificación familiar en caso de tener una vida sexual activa. Estos casos se han observado, sobre todo, en familias donde la presencia y el cuidado de la madre es evidente y donde acogen a sus hijas; sin embargo, hay casos en los que, a pesar de la diferencia de contextos, se repiten las dinámicas de la generación anterior con la diferencia de la capacidad de movilidad con la cuentan algunas de las mujeres jóvenes.

II. El (des)encuentro entre saberes y las posibilidades de los itinerarios para la atención de los procesos de embarazo y de parto

En la presente investigación, el análisis de los itinerarios que han tomado las mujeres de Maya para la atención de los procesos de embarazo y parto se ha realizado desde la perspectiva de la antropología médica, que aborda el estudio de los problemas de salud de los seres humanos y los sistemas de curación dentro de su contexto social y cultural (Gómez, 2013:24). Como ha sido señalado, los PSEA, constituidos sobre la base de valores y normas que influyen de manera directa en la salud de las personas positiva o negativamente, se desarrollan en la interacción de los actores sociales, y construyen de manera individual y colectiva las representaciones, significados y explicaciones. En este caso, es pertinente precisar que, si bien durante el desarrollo de los procesos de embarazo y parto se producen manifestaciones que pueden ser analizadas desde los PSEA, se trata de procesos fisiológicos que pueden seguir su propio curso sin necesidad de intervención desde la biomedicina, de modo que se puede interpretar desde la noción de 'procesos procreativos', que son considerados problemas de salud, pero

pueden requerir de intervención de sistemas médicos y de atención especializada, y no especializada en el caso del embarazo, el parto y el postparto (Casado, 2016).

En ese sentido, de acuerdo con lo observado y conversado, en el discurso de las mujeres entrevistadas de Maya, se percibe una oposición constante entre el conocimiento que tienen sobre sus procesos reproductivos frente al conocimiento de los 'otros', en este caso del sistema de salud oficial. Aquellas mujeres de Maya, que parecen haber interiorizado las prácticas y el conocimiento de la biomedicina en relación con el embarazo y el parto, sostienen que sus prácticas son las 'normales' frente a aquellas consideradas locales o comunitarias que señalan ya no se practican. En general, en el discurso de las mujeres adultas, se reconoce la existencia de las prácticas comunitarias, pero no se puede determinar con claridad dónde ni cómo se desarrollan, a pesar de que muchas de ellas han nacido por parto domiciliario y la totalidad de sus madres también.

De esta manera, el análisis de las relaciones entre salud y género requiere —para abordar la salud sexual y reproductiva de manera más coherente— que se reformule una serie de supuestos como

la definición médica de la enfermedad como desviación de una norma biológica; la doctrina sobre la existencia de una etiología específica de las enfermedades; la noción de que las enfermedades son universales; la idea de que la medicina es neutral; o la dicotomía mente/cuerpo. (Esteban, 2006:12)

Por ejemplo, en relación con el embarazo, hay dos aspectos que se manifiestan en la cotidianidad de las mujeres de Maya y que expresan la coexistencia de dos formas de conocimiento y prácticas médicas: el CPN y el CRED, por un lado, y los signos de la naturaleza que les anticipan consecuencias concretas para la salud del feto y para su salud, por otro. Estos últimos son saberes que mantienen las mujeres de la segunda generación como una clara herencia de sus madres. La coexistencia entre los saberes de la biomedicina y del sistema médico comunitario da cuenta también de la continuidad de prácticas locales en ambas generaciones, pese a la imposición del CPN y del CRED —además de la asistencia regular de sus hijos e hijas a la escuela—.

En primer lugar, se encuentra el CPN y el CRED, previsto e implementado por el sistema de salud oficial. Como ha sido desarrollado a lo largo de este trabajo, el CPN es parte de la normativa y de los protocolos establecidos por el Minsa para la atención de la salud materna, mientras que el CRED lo es para la primera infancia. En ese sentido, se trata de un mecanismo de control impuesto por el sistema oficial de salud a través del personal de Maya para cumplir con el protocolo, caso contrario no se les reconoce la ayuda gubernamental del programa JUNTOS. En consecuencia, se produce una situación de constante tensión entre las mujeres de Maya y el personal de salud, debido a que, además de ser una práctica obligatoria, no responde ni a la tradición ni a la forma de ver el proceso de gestación que tienen las mujeres de Maya de ambas generaciones.

En segundo lugar, en la vida diaria, se expresan los signos de la naturaleza. De acuerdo con la cosmovisión de las mujeres de Maya, existe una serie de manifestaciones de la naturaleza que no solo tienen un significado dentro de sus procesos de embarazo, sino que traen consecuencias concretas para la salud del feto y para su salud. Sobre este asunto, se han apuntado manifestaciones relacionadas con el rayo o con algunos animales, como la serpiente o el ciempiés, elementos habituales en el entorno rural. Otra de las manifestaciones de la naturaleza en el embarazo es el sobreparto, relacionado con elementos como el calor o el frío. Este es considerado un mal o una enfermedad que ataca a las mujeres en la etapa del puerperio, como consecuencia de haber entrado en contacto con elementos de la naturaleza juzgados como no apropiados para esta; por ejemplo, están el agua muy fría, o el sol del mediodía o el fuego.

Dichas manifestaciones de la naturaleza que afectan negativamente a las mujeres de Maya no son comprendidas ni tomadas en cuenta por el sistema de salud oficial, cuyos miembros interpretan la situación de la salud de las mujeres desde una perspectiva de la biomedicina, que ostenta un "conocimiento autorizado o legitimado" (Jordan, 1997), facultad que le otorga poder absoluto a médicos u otros actores del sistema médico científico que les permite regular la vida de los seres humanos desde el momento del nacimiento. En lugar de que los elementos o situaciones señalados propicien el diálogo y el acercamiento por parte del personal de salud con las mujeres de Maya, genera mayores problemas en la comunicación al rechazarlos, ya sea porque no los comprenden o porque no es conveniente de acuerdo con su normativa. Por lo tanto,

las posibilidades de que reciban una atención adecuada durante los procesos del embarazo, parto y puerperio se reducen.

En ese contexto, la noción de 'itinerario terapéutico' resulta fundamental en tanto "cadena de eventos sucesivos que forman una trayectoria elaborada por el individuo y su familia en el proceso salud-enfermedad, en la búsqueda por alcanzar un patrón de normalidad aceptado culturalmente" (Reinaldo y Saeki, 2004 citado en Palermo, 2018:6), que dan lugar al estudio de "las relaciones entre lo corporal y lo social y corresponden a un estado de la sociedad en el que los signos distintivos de la identidad y de la relación ya no son evidentes" (Augé, 1996:113 citado en Perdiguero, 2006:41).

De esta manera, una mujer de Maya de la segunda generación, durante el proceso de embarazo —que a diferencia del parto puede considerarse un espacio de mayor posibilidad de ejercicio de su libertad— decide recurrir a formas de tratamiento o ayuda que se encuentran fuera del circuito oficial y que —desde la perspectiva de su cultura— no son consideradas de inminente peligro o 'de vida o muerte', sino preventivas como cuando se hacen arreglar, mientras que para la atención del parto decidirá acudir al sistema de salud oficial de manera voluntaria pero también en respuesta, por un lado, a la posición que tienen dentro de la jerarquía del sistema en el que está obligada a atenderse, y, por otro, al temor instaurado discursivamente y en la práctica por el riesgo que implicaría un parto.

III. Las limitaciones de la implementación de la política del parto institucional

El ejercicio de la sexualidad y la maternidad en un contexto de cambios para las mujeres de ambas generaciones supone un reto ante la trascendencia que pueden tener sus decisiones. En ese sentido, cabe preguntarse si únicamente la 'presencia', y el trabajo persuasivo o sancionador del sistema de salud es lo que ha generado cambios aparentemente radicales en las concepciones y prácticas de las mujeres de Maya a tal punto que no perciben que existe diferencia entre una mujer de Maya y una mujer de Carhuaz o de Huaraz respecto de la salud sexual y reproductiva.

Respecto del proceso del parto, sí se ha observado que hay una diferencia radical entre la primera generación de mujeres y la segunda. Debido a la normativa vigente y a los

protocolos establecidos en relación con la salud materna, el porcentaje de partos domiciliarios no solamente ha disminuido, sino que el sistema de salud oficial tiene como meta lograr un 100 % de partos institucionales. Para ello, se pone especial atención en las áreas rurales, porque es el contexto en el que aún se presentan casos de partos domiciliarios.

En el caso de las mujeres de Maya, la cobertura de parto institucional en la última década ha llegado a ser casi del 100 %, lo que reflejaría el éxito de la política pública. Al respecto, es importante señalar que las mujeres de Maya de la segunda generación acceden al servicio de salud para, por ejemplo, llevar los CPN. Sin embargo, también consideran como la mejor —y única opción— el parto institucional, a diferencia de la generación anterior. Esta diferencia es muy importante, en tanto no solamente marca un antes y un después en relación con la política pública. Además, de acuerdo con las conversaciones sostenidas con las mujeres de la segunda generación, se accede a parir en el sistema de salud oficial por temas de comodidad y seguridad, pero también por existencia de una norma de cumplimiento obligatorio.

Asimismo, a pesar de que muchas mujeres de la primera generación nacieron en sus casas y de que algunos de sus partos fueron también domiciliarios, hoy en día existe coincidencia entre esa generación y la segunda respecto de la necesidad de ser atendidas en el establecimiento de salud. Esta situación permite reflexionar sobre la construcción de los procesos de embarazo, parto y puerperio, así como de la noción de maternidad (y cuál es la relación con su entorno más cercano como la familia nuclear, el esposo, y con la comunidad) y de su potencial para ser transmitida generacionalmente.

La implementación del parto institucional ha generado una serie de cambios a varios niveles y una relación tensa entre la población, específicamente las mujeres, y el personal médico del sistema de salud. Cabe recordar que la atención en salud materna en el sistema de salud oficial ha expuesto a muchas mujeres a situaciones de coerción y violencia en perjuicio de sus derechos sexuales y reproductivos (Dierna, 1999; Anderson, 1999, 2001; Yon, 2000; Velarde, 2007; Calisaya, 2004; Guerra-Reyes, 2019), prácticas normalizadas que no logran ser modificadas a pesar de las normas y protocolos que elabora el Estado.

No obstante, las dos generaciones de mujeres de Maya han desarrollado formas de resistencia o de negociación, tanto hacia el sistema de salud como hacia ciertas formas de opresión que son parte del discurso hegemónico, que se ponen en práctica y que están directamente relacionadas con la forma de definir la maternidad, el rol que se le asigna a las mujeres y cómo se transmite hacia las hijas e hijos.

IV. Delineando la convergencia entre la partería y la obstetricia: ideas para continuar reflexionando

A modo de cierre, luego de plantear las conclusiones, propongo algunos temas que se desprenden del presente estudio y que considero requieren una reflexión y análisis más profundos. En ese sentido, presento cuatro ideas que han sido elaboradas como posibles líneas de investigación en posteriores estudios.

La posesión de saberes y el conocimiento de prácticas de partería como elemento identitario que distingue a las mujeres rurales de aquellas 'más' rurales

Considero pertinente repensar la manifestación de ciertas prácticas vinculadas con los cuidados prenatales y con el parto —distintas a las de la biomedicina— que se han producido de manera continua sobre todo en el área rural, en este caso en una zona andina. Las prácticas relacionadas con la partería dan cuenta de aspectos culturales e identitarios relevantes. Estas, a su vez, reflejan la configuración del sistema de relaciones que da lugar a la organización social de la comunidad.

Asimismo, los saberes y las prácticas sobre salud sexual y reproductiva que desarrollan las mujeres que habitan los Andes revelan una postura frente a la vida y a su entorno. Las mujeres de Maya asumen el embarazo y el parto como procesos naturales de una mujer que requieren acompañamiento, una concepción que difiere y está alejada de la idea de enfermedad que se le atribuye a dichos procesos desde la biomedicina.

Esta propuesta surge de las reflexiones de mujeres de Maya frente a prácticas llamadas “tradicionales”. En un primer momento, ante la pregunta sobre estas prácticas, suelen señalar que no las conocen; sin embargo, si responden que sí las conocen, dirán que efectivamente se producen, pero “más arriba” en referencia a comunidades más alejadas

y más altas con las que no se ha construido una relación. Siempre hablan en términos de que a alguien más le ha pasado, a otra mujer, pero no a ellas.

¿Qué implica, entonces, que las personas, en este caso las mujeres, señalen que “a alguien le pasó, pero no a mí”? ¿Qué implica la negación o el rechazo, por ejemplo, al parto domiciliario? ¿Es solo temor a la autoridad, a la amenaza de una multa o a la idea de que no es bien visto por un grupo que es percibido con mayor poder? ¿Acaso la construcción de la idea de maternidad y el cómo debería ser ‘una madre’ responde a una nueva forma de entender uno de los roles asignados a la mujer y a la maternidad en ese espacio (distinta a una generación anterior) o hay un discurso que ha sido impuesto y que, por el contrario, no es asumido ni como propio ni como bueno?

La disputa del poder a través del conocimiento, que confronta a las mujeres de Maya con el personal de salud del sistema biomédico

Es necesario reflexionar si las apreciaciones de las mujeres de Maya respecto de las prácticas de mujeres que viven en comunidades alejadas constituyen una crítica o, en el fondo, tiene una carga de valoración positiva y reconocimiento de coherencia desde una perspectiva de responsabilidades frente a lo que consideran correcto. Lanzando una idea análoga, cabría preguntarnos si sucede una situación similar con el personal de salud que actúa dentro de los parámetros del sistema de salud oficial. Es decir, los y las profesionales de la salud probablemente perciben también una oposición constante entre el conocimiento que poseen y que las define frente al conocimiento de los ‘otros’, en este caso el de las mujeres de Maya.

Si bien es posible que el personal de salud se acerque al conocimiento y comprenda los saberes y prácticas de las mujeres de Maya, la aparente invisibilización podría deberse precisamente a la pugna por el poder que se replica y se actualiza en un contexto similar al espacio donde se formaron y donde ejercen su rol. Desde esa perspectiva, las particularidades culturales se presentan como un territorio en disputa en el que se gestionan y reformulan los conocimientos en medio una contante tensión. No obstante, cabe repensar las particularidades de uno y de otro lado —como muchos y muchas profesionales de la salud reconocen— como posibilidades de reconocimiento, de entablar el diálogo y de propiciar el intercambio que se proponen de base en un enfoque intercultural.

La injerencia del parto institucional como política pública en la planificación familiar y en el uso de métodos anticonceptivos

Resulta relevante revisar el discurso predominante de la obligatoriedad —más que una necesidad— de que el parto debe ser atendido en un establecimiento de salud oficial. Si bien —a diferencia de las generaciones anteriores— la generación más joven asume que la atención del parto debe ser institucional, ¿cuál es el efecto que produce la obligatoriedad de un evento de tanta relevancia a distintos niveles como un parto y que difiere de la forma en que lo llevaban a cabo las mujeres de una o dos generaciones anteriores? ¿Acaso tal obligatoriedad influye en otras situaciones como los cuidados durante el embarazo y aspectos vinculados con la planificación familiar?

Durante la primera etapa del trabajo de campo realizado, de todas las mujeres con las que conversé, solo una de ellas había optado por un método anticonceptivo definitivo: la ligadura de trompas practicada luego del parto. Ninguna de ellas utilizaba algún método de planificación familiar que ofrecía el puesto de salud, debido a los efectos colaterales y a otras consecuencias que señalaban que producían daño a su salud, a que deseaban utilizar otros métodos anticonceptivos naturales, y a problemas conyugales a las que se veían expuestas por el machismo de sus parejas. En ese momento, se asumía que el uso de métodos anticonceptivos era una práctica “más urbana o moderna”. Sin embargo, la opinión sobre el uso de métodos de planificación familiar modernos ha variado: la segunda generación de mujeres ve en esta alternativa una ventaja para el desarrollo de sus proyectos de vida a pesar de la resistencia por parte de muchos hombres, mientras que la primera generación que se encuentra en edad reproductiva aún rechaza su uso constante, pero sí la recomienda a sus hijas. Por último, el uso de métodos anticonceptivos por parte de los hombres es casi nulo.

La obligatoriedad del parto institucional dentro de un sistema de salud colapsado

Finalmente, a partir de la presente investigación, considero una tarea ineludible reflexionar sobre la obligatoriedad del parto institucional teniendo en cuenta los retos que supone aún para el Estado lograr la calidad en la atención en salud sexual y reproductiva y, en particular, si consideramos los problemas estructurales del Estado revelados crudamente por la crisis sanitaria producto de la pandemia del Covid-19. Esta

situación ha mostrado la poca capacidad de respuesta que tiene el sistema de salud público ante una crisis; no obstante, sabemos que su respuesta incluso ante requerimientos básicos viene siendo insuficiente y con bajos estándares de calidad desde hace décadas.

En ese sentido, vuelve a resonar con especial fuerza la labor de los y las parteras, actoras y actores legítimos y reconocidos por diversos grupos sociales, quienes, a pesar de la larga persecución de la que han sido objeto y de los intentos de restringir su acción, han seguido cumpliendo la función que mujeres de muchas partes del Perú requieren y han requerido con mayor urgencia en estos dos últimos años. ¿Acaso este no constituye un fuerte argumento para retomar de manera rigurosa la reflexión y el debate sobre el rol de los y las parteras desde una perspectiva del derecho a la salud con perspectiva de género e intercultural?



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agüero, A. y Barreto, M. (2012). *El nuevo perfil de las mujeres rurales jóvenes en el Perú*. Documento de Trabajo, 177. Serie Programa Nuevas Trenzas, 2. IEP.

Ames, P. (2006). La escritura en la comunidad rural y las prácticas letradas de varones y mujeres. En P. Ames (Ed.), *Las brechas invisibles. Desafíos para una equidad de género en la educación* (pp. 257-284). IEP. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Peru/iep/20170328021558/pdf_170.pdf

Ames, P. (2013). *¿Construyendo nuevas identidades? Género y educación en los proyectos de vida de las jóvenes rurales de Perú*. Documento de Trabajo, 192. Serie Programa Nuevas Trenzas, 16. IEP. <https://repositorio.iep.org.pe/bitstream/IEP/955/2/documentodetrabajo192.pdf>

Anderson, J. (1999). *Mujeres de negro: la muerte materna en zonas rurales del Perú. Estudio de casos*. Minsa-Proyecto 2000.

Anderson, J. (2001). *Tendiendo puentes: calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud*. Movimiento Manuela Ramos.

Anderson, J. (2011). Mortalidad materna y derechos humanos. *Apuntes*, 38 (69), 101-127.

Asensio, R. H. (2012). *Nuevas (y viejas) historias sobre las mujeres rurales jóvenes de América Latina. Resultados preliminares del Programa Nuevas Trenzas*. Documento de Trabajo, 176. Serie Programa Nuevas Trenzas, 1. IEP y Nuevas Trenzas.

Asensio, R. H. y Trivelli, C. (Eds). (2014). *La revolución silenciosa: las mujeres rurales jóvenes de América Latina en la encrucijada*. IEP.

Bagre, E. (2018). *"Si no fuera porque me vine...". Itinerarios terapéuticos y prácticas de cuidado en el marco de las migraciones desarrolladas desde el noroeste y noreste argentino hacia la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para la atención del cáncer infantil: un abordaje antropológico*. UBA. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/82823/CONICET_Digital_Nro.400e8e33-af87-4918-88a1-2e6e4c11a5f7_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Benavides, M. (2006). Las escuelas, las familias y el género. En P. Ames (Ed.) *Las brechas invisibles. Desafíos para una equidad de género en la educación* (pp. 233-256). IEP. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Peru/iep/20170328021558/pdf_170.pdf

Berkes, F. y Turner, N. (2005). Conocimiento, aprendizaje y la flexibilidad de los sistemas socioecológicos. *Gaceta Ecológica*, (77), 5-17. <https://www.redalyc.org/pdf/539/53907701.pdf>

Blázquez, M.I. (2005) Aproximación a la antropología de la reproducción. *Revista de Antropología Iberoamericana* (42), 1-25. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=62304208>

Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Taurus.

Boyd, C. (2013). *La transformación de las mujeres jóvenes rurales en el Perú. Análisis a partir de los censos nacionales (1961-2007)*. Documento de Trabajo, 200. Serie Programa Nuevas Trenzas, 10. IEP. https://repositorio.iep.org.pe/bitstream/IEP/896/5/boyd_latransformacion.pdf

Boyd, C. (2019). Trayectorias de las mujeres jóvenes en el Perú rural. Reflexiones para las políticas públicas y el desarrollo rural a partir de los censos de población (1961-2017). Documento de Trabajo, 254. Estudios sobre el desarrollo, 30. IEP.

Burgos, M. O. (1995). *El ritual del parto en los Andes. Aspectos socioculturales de la concepción, embarazo, parto, puerperio, recién nacido y parteras tradicionales en la zona surandina del Perú*. Katholieke Universiteit Nijmegen.

Calisaya, E. (2004). Voces de mujeres de Áncash: Género y Salud Reproductiva. Lima: Movimiento Manuela Ramos - ReproSalud.

Casado, I. (2016). Itinerarios terapéuticos. Propuesta para la aplicabilidad en la etnografía. *Grafo Working Papers* 5, 1-30. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/grafowp.22>

Concheiro, L. y Grajales, S. (2009). Nueva ruralidad y desarrollo territorial. Una perspectiva desde los sujetos sociales. *Veredas. Revista del Pensamiento Sociológico*, 18, 145-167.

Correa, N. (2011). *Interculturalidad y políticas públicas: una agenda al 2016*. CIES.

Csordas, T.J. (Ed.) (1994). *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge University Press.

Csordas, T.J. y Olivas, O. (2021). Una mirada retrospectiva y nuevas reflexiones sobre los procesos de *embodiment* como paradigma y orientación metodológica para la Antropología. *Encartes*, 4 (7), 337-356. <https://doi.org/10.29340/en.v4n7.233>

Davis-Floyd, R. (1993). The Technocratic Model of Birth. En S. Tower, L. Persing, y M.J. Young (Eds.), *Feminist Theory in the Study of Folcklore*, (pp. 297-326). University of Illinois.

Dierna, R. (1999). *Salvarse con bien. El parto de la vida en los Andes y la Amazonía del Perú. (Técnicas tradicionales de atención del parto y del recién nacido)*. Minsa-Proyecto 2000.

Diez, A. (1998). *Salvarse o no salvarse*. Informe final del proyecto "Embarazo, parto, puerperio y complicaciones asociadas a la sistematización del producto de los autodiagnósticos y estudio complementario". Reprosalud y Movimiento Manuela Ramos.

Diez, A. (2014). Cambios en la ruralidad y en las estrategias de vida en el mundo rural. Una relectura de antiguas y nuevas definiciones. En A. Diez, E. Ruez y R. Fort (Eds.), *Perú: el problema agrario en debate* (Sepia XV, pp. 19-85). Sepia. <https://carec.com.pe/biblioteca/biblio/5/15/6.1.%20Material%20Complementario%20Cambios%20en%20la%20ruralidad%20y%20en%20las%20estrategias%20de%20vida%20en%20el%20mundo%20rural.pdf>

Ehreneich, B. y English, D. (1988). *Brujas, comadronas y hechiceras. Historia de las sanadoras*. La Sal, Ediciones de Les Dones.

Esteban, M.L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva*, 2 (1), 9-20.

Esteban, M.L. (2013). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Bellaterra, S.L.

Esteban, M.L. (2016). Antropología del cuerpo. Itinerarios corporales y relaciones de género. *Perifèria*, 134-147.

Esteban, M.L. (2017). Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología. *Quaderns-e*, 2 (22), 33-48.

Eyssartier, C., Ladio, A. y Lozada, M. (2008). Transmisión de conocimientos tradicionales en dos poblaciones rurales del noroeste patagónico. 1.^{era} Reunión Latinoamericana de Análisis de Redes Sociales, agosto, La Plata, Argentina.

Fassin, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología*, 40, 283-318.

Fassin, D. (2007). The Politics of Life: Beyond the Anthropology of Health. En F. Saillant y S. Genest, (Eds.), *Medical Anthropology. Regional Perspectives and Shared Concerns*, (pp. 252-266). Blackwell.

Fleischer, S. (2006). Pasando por comadrona, *midwife* y médico: el itinerario terapéutico de una embarazada en Guatemala. *Anthropologica*, 24 (24), 51-75. <http://www.scielo.org.pe/pdf/anthro/v24n24/a03v24n24.pdf>

Francke, M. y Reynoso, R. (2007). *Salud y enfermedad en los márgenes. Diagnóstico participativo en comunidades peruanas que sufren pobreza y exclusión*. CIES.

Gaona, C. (2014). Sujetos del dolor, territorio de la dignidad. *Metodos. Revista de Ciencias Sociales*, 2 (2), 227-243.

Gaudin, Y. (2019). *Nuevas narrativas para una transformación rural en América Latina y el Caribe. La nueva ruralidad: conceptos y medición*. Documentos de Proyectos. CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44665/4/S1900508_es.pdf

Gómez, L. (2013). Por una antropología médica crítica hoy. Reflexiones a partir de una investigación sobre los problemas gastrointestinales de los niños que pertenecen a una minoría étnica en Canadá. *Maguaré*, 27 (2), 21-65.

Good, B. J. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. Ediciones Bellaterra.

Grompone, A., Reátegui, L., y Rentería, M. (2018). Acumulación de desventajas: el tránsito de los jóvenes rurales a la educación superior. En R. Fort, M. Varese y C. De los Ríos (Eds.), *El Perú: problema agrario en debate*. (Sepia XVII, pp. 431-465). Sepia.

Guerra-Reyes, L. (2019). *Changing Birth in the Andes: Culture, Policy and Safe Motherhood in Peru*. Vanderbilt University Press.

Hahn, R. y Kleinman, A. (1983). Biomedical Practice and Anthropological Theory. *Annual Review Anthropology* 12, 305-333.

Hernández, G. y Echevarría, P. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del 'paradigma tecnocrático'. *Revista Internacional de Sociología*, 74 (1). <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/index>

Herzfeld, M. (2001). Sufferings and Disciplines (Cap. 10). En *Anthropology: Theoretical Practice in Culture and Society*, 217-239). Unesco y Blackwell Publishers.

Huayhua, M. (2006). *Discriminación y exclusión: políticas públicas de salud y poblaciones indígenas*. Documento de trabajo, 147. IEP.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2001). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*. INEI.
https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0413/Libro.pdf

Jiménez, P. et al. (2015). Los saberes en medicina tradicional y su contribución al desarrollo rural: estudio de caso Región Totonaca, Veracruz. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, Vol.6, Núm.8, 1791-1805.

Jordan, B. (1997). Authoritative Knowledge. En R. Davis-Floyd y C. Sargent (Eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge* (pp. 55-79). University of California Press.

Jorand, B. (2008). Formas de transformación del conocimiento de la medicina tradicional en los pueblos nahuas del Municipio de Hueyapan, sierra norte de Puebla. En *Cuicuilco*, 44, 181-196. <http://www.scielo.org.mx/pdf/cuicui/v15n44/v15n44a9.pdf>

Kazianka, B. (2012). ¿El pluralismo médico como concepto adecuado en el contexto de la biomedicina "global" y la medicina indígena "local"? Un ensayo sobre la realidad médica de los mayas itzáes en San José, Guatemala. *Scripta Ethnologica*, 34, 39-68. <https://www.redalyc.org/pdf/148/14828711003.pdf>

Kleinman, A. (1973). Medicine's Symbolic Reality: On a Central Problem in the Philosophy of Medicine. *Inquiry*, 206-213.

Kleinman, A. (1978). Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. *Social Science & Medicine*, 12 (1), 85-93.

Kleinman, A, Eisenberg, L y Good, B. (1978). Culture, Illness, and Care: Clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.

Kuberska, K. (2016). Sobreparto and the Lonely Childbirth: Postpartum Illness and Embodiment of Emotions among Andean Migrants in Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. *Etnografia. Praktyki, Teorie, Doowiadczenia*, 2, 47-71.

Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. UNAM.

Li, D. (1992). Barreras que afectan el cuidado de la salud reproductiva de las mujeres en las áreas marginales de Perú. En A.C. Defossez (Ed.), *Mujeres de los Andes. Condiciones de vida y salud* (pp.141-168). IFEA.

Lock, M. (1993). Cultivating the Body: Anthropology and Epistemologies of Bodily Practice and Knowledge. *Annual Review of Anthropology*, 22,133-55.

Mannarelli, M.E. (2008). El control de la sexualidad en el área rural del Perú. A propósito de la salud, la educación y el cuerpo de las mujeres. En M.E. Mannarelli, N. Laurie y P. Oliart (Eds.), *Desarrollo rural y sexualidad. Reflexiones comparativas*, (pp. 75-119). UNMSM.

Mannarelli, M.E. (1999). *Limpias y modernas*. Flora Tristán.

Mead, M. (1973). *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*. Laia.

Medina, A. y Mayca, J. (2006). Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas awajun y wampis. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23 (1), 22-32.
<http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/revista/pdf/Revista231.pdf>

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4 (7), 71-83.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1), 185-207.
<https://www.redalyc.org/pdf/630/63042995014.pdf>

Menéndez, E. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (1), 109-118.

Méndez, A.M. y Cervera, M.D. (2002). Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. *Salud Pública de México*, 44 (2), 129-136.
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10644207>

Miranda, V. (2017). *Reproducing Childbirth: Negotiated Maternal Health Practices in Rural Yucatán*. [Tesis de doctorado, University of Kentucky].
http://uknowledge.uky.edu/anthro_etds/25

- Montero, C. (2006). La exclusión educativa de las niñas del campo: ¿pasado o presente? En P. Ames (Ed.), *Las brechas invisibles. Desafíos para una equidad de género en la educación*, (pp. 203-232). IEP. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Peru/iep/20170328021558/pdf_170.pdf
- Morante, F. y Soberón, L. (1996). *Género, sexualidad y población desde la perspectiva de las ciencias sociales*. FOMCIENCIAS.
- Muñoz, R. (2020). Del pluralismo médico al nomadismo terapéutico: una propuesta crítica desde los procesos de estratificación social y las estrategias de vida. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, (85), 88-110.
- Oliart, P. (2005). Género, sexualidad y adolescencia en la provincia de Quispicanchi. En P. Oliart, R.M. Mujica y J. M. García, S. J. (Eds.), *Quispicanchi. Género y sexualidad* (pp. 9-45). Instituto Peruano de Educación en Derechos Humanos y la Paz.
- Oliart, P. (2008). Temas para la investigación y la reflexión en torno a la sexualidad adolescente en el Perú rural. En M.E. Mannarelli, N. Laurie y P. Oliart (Eds.), *Desarrollo rural y sexualidad. Reflexiones comparativas* (pp. 43-71). UNMSM.
- Palermo, M.L. (2018). *Estudio etnográfico de los itinerarios terapéuticos en la atención de la salud materna e infantil en Molinos (Salta, Argentina)*. V Jornadas de Estudios sobre la Infancia, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/5jornadasinfancia/5.pdf>
- Pelcastre, B., Villegas, N., De León, V., Díaz, A., Ortega, D., Santillana, M. y Mejía, J. (2005). Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis de Potosí, México. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade da Sao Paulo*, 39, 375-382. <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/57.pdf>
- Perdiguero-Gil, E. (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. En G. Fernández (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp.33-50). Abya Yala.
- PROMSEX. (2020). *Informe de la situación del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia del Covid-19 en el Perú*. Lima: PROMSEX.
- Reyes, E. (2007). *En nombre del Estado. Servidores públicos en una microrred de salud en la costa rural del Perú*. IEP-UPCH.
- Robledo, P. (2020). *Mamá Betty. Un largo andar por el camino de la obstetricia*. PUCP. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/172201/Mama%cc%>

81%20Betty%20DIGITAL%20FINAL%20Versio%cc%81n%20ligera.pdf?sequence=8&isAllowed=y

Rubin, G. (1996). El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo. En M. Lamas (Comp.), *El género, la construcción cultural de la diferencia sexual*. UNAM. <https://pdfs.semanticscholar.org/6daa/6dbe08c9cbc7bfc97402ecf441b7279fc9ee.pdf>

Sadler, M. (2003). *Así me nacieron a mi hija*. Universidad de Chile.

Santos, M. (2012). Repertorios culturales y estrategias de acción. Reflexiones desde la perspectiva de la "cultura en movimiento". *Debates en Sociología*, (37), 155-168.

Scheper-Hughes, N. (1992). *Death without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*. University of California Press.

Scott, J. (2008). *Género e historia*. FCE.

Tarqui, C. y Barreda, A. (2005). Factores asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria en el Callao, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 22 (2), 109-116.

Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. Ed. Paidós.

Valladares, L. y Olivé, L. (2015). ¿Qué son los conocimientos tradicionales? Apuntes epistemológicos para la interculturalidad. *Cultura y Representaciones Sociales*, 10 (19). <http://www.scielo.org.mx/pdf/crs/v10n19/v10n19a3.pdf>

Velarde, L. (2007). *Las parteras sí saben, son importantes, solo que están olvidadas. Situación actual de las parteras en los Andes del sur del Perú (Ayacucho)*. [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/1170>

Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52, 1-17. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>

Watanabe, T. (2002). *Tendencia, niveles y estructura de la mortalidad materna en el Perú 1992-2000*. INEI. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0565/Libro.pdf

Yon, C. (2000). *Preferencias reproductivas y anticoncepción. Hablan las mujeres*. Movimiento Manuela Ramos.

Yon, C. (2013). *Salud y derechos sexuales y reproductivos de mujeres rurales jóvenes: políticas públicas y programas de desarrollo en América Latina*. IEP y Nuevas Trenzas, Documento de Trabajo, 196. Serie Programa Nuevas Trenzas, 13.

Yon, C. (2015). Teorías de cambio y buenas prácticas en salud sexual y reproductiva de los adolescentes: una relectura. *Apuntes*, 42, (76), 9-36. <http://www.scielo.org.pe/pdf/apuntes/v42n76/a01v42n76.pdf>

Yon, C. (2016). Salud, nutrición, medio ambiente y desarrollo rural: cambios, continuidades y desafíos. En J. Durand, J. Urrutia y C. Yon (Eds.), *El Perú: problema agrario en debate* (Sepia XVI, pp. 485-574). Sepia. <https://sepia.org.pe/wp-content/uploads/2018/07/SEPIA-XVI-Arequipa-2016.pdf>

Yon, C, Salas, R. y Portugal, T. (2017). *Informe final del proyecto: salud indígena, inequidades sociales e interculturalidad: investigación y evaluación crítica de intervenciones implementadas en el Perú*. IEP.

Yon, C. (2018). La interculturalidad realmente existente en salud. *Revista Argumentos*, 11 (3), Año, 36-41. IEP. <http://argumentos-historico.iep.org.pe/wp-content/uploads/2018/01/Yon-2018-La-interculturalidad-realmente-existente-en-salud.pdf>

Yon, C. (2020). *Sexual Stratification and Sexual Agency Among Low-Income Girls in an Andean City*. The Oxford Handbook of the Sociology of Latin America.