

“Acá parimos de cuclillas”. Etnografiando los dilemas interculturales de la implementación institucional del parto vertical en un centro de salud de la sierra de La Libertad.

“Here we are giving birth upright”. Ethnographing the intercultural dilemmas of the institutional practices of vertical birthing in a health center in the highlands of La Libertad.

PÁVEL FRANCOISE AGUILAR DUEÑAS¹

NOR - Instituto de Investigación en Ciencias Sociales

pavelaguilard@gmail.com

SHEYLA ERICKA FOLESTER GALLO²

Pontificia Universidad Católica del Perú - PUCP

sheylafoelster@pucp.edu.pe

Recibido: 02 de febrero de 2020

Aceptado: 07 de marzo de 2020

Resumen

Esta investigación estudia a través del trabajo etnográfico los dilemas interculturales de implementación institucional del parto vertical en un centro de salud de la sierra de la región La Libertad. Un proceso problemático signado tanto por momentos dialógicos como por el desplazamiento de ciertas prácticas del saber experto local por parte del enfoque biomédico de la salud institucional. Como resultado, identificamos que la adecuación cultural del parto vertical sin una perspectiva de interculturalidad crítica, que tome en cuenta no solo las brechas socioculturales sino además los problemas estructurales, no es más que una transculturación dirigida ya que incorpora ciertas prácticas del saber tradicional que le resultan funcionales mientras que, al mismo tiempo, descarta otras que considera arcaicas o ajenas al saber experto urbano y occidental. De manera que el acceso primario de salud experimentado por las mujeres campesinas e indígenas permanece hegemonizado por un conjunto de lógicas positivistas y biologicistas de disciplinamiento y uniformización de las mentes y cuerpos.

Palabras clave: parto vertical, biopolítica, interculturalidad crítica, etnicidad, enfoque biomédico.

Abstract

This research relies on ethnographic work to study the intercultural dilemmas in the institutional implementation of vertical birth in a health center in the highlands of the La Libertad Region. A complex process marked both by moments of dialogue and displacement in the relation between local expert knowledges and practices and an institutional biomedical approach. As a result, we identify that the cultural adaptation of upright birthing without a perspective of critical interculturality, which takes into account not only sociocultural gaps but also structural issues, is nothing more than a directed transculturation. It incorporates elements of traditional knowledge practices that they function within a biomedical system while, at the same time, discarding those it considers old fashioned from an urban and western perspective. Thus, the access to primary healthcare access experienced by peasant and indigenous women remains hegemonized by a set of positivist and

1 Magíster en Sociología de la Pontificia Universidad Católica del Perú y Licenciado en Antropología Social de la Universidad Nacional de Trujillo. Actualmente es investigador principal de NOR - Instituto de Investigación en Ciencias Sociales y responsable de investigación del Laboratorio de Vanguardia Pedagógica LAVA-Perú. Sus intereses de investigación se centran en los procesos de acción colectiva contenciosa y pública en el marco de proyectos e intervenciones extractivas, energéticas y de agua y saneamiento.

2 Maestranda en Estudios de Género por la Pontificia Universidad Católica del Perú, Licenciada en Antropología Social de la Universidad Nacional de Trujillo y especialista en Derechos Humanos por la Universidad Antonio Ruiz de Montoya. Se ha desempeñado como consultora de diferentes organizaciones nacionales e internacionales en temas de género, derechos humanos y ayuda humanitaria. Sus intereses de investigación tienen que ver con los vínculos entre el género, los derechos humanos y el desigual acceso a los servicios de atención del Estado.

biologist logics, seeking to discipline and homogenize minds and bodies.

Keywords: vertical birthing, biopolitics, critical interculturality, ethnicity, biomedical

1. Introducción

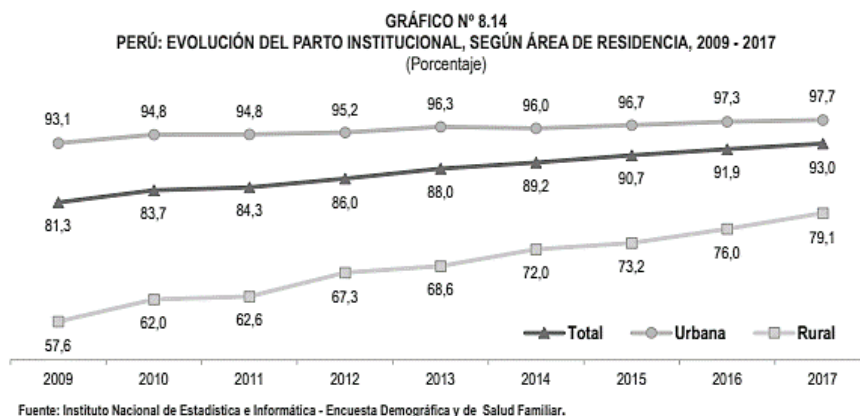
La implementación institucional del parto vertical en el Perú se enmarca dentro de un conjunto de políticas públicas inclusivas de salud destinadas a mejorar los servicios de atención primaria y así reducir el riesgo de muerte perinatal en ámbitos rurales o periurbanos.

Para ello, el Estado peruano a través del Ministerio de Salud³ y sus dependencias de salud intercultural desde hace casi tres décadas vienen diseñando e implementando un conjunto de marcos normativos inspirados en otras experiencias latinoamericanas de salud intercultural, indígena y alternativa. En especial aquellos enmarcados en importantes hitos como la Declaración de Alma-Ata (1978), que subraya la importancia de una adecuada atención primaria de salud, así como el Convenio 169 de la OIT (1989) sobre pueblos indígenas, el cual remarca –entre otros– el derecho a la institucionalización de la salud intercultural en países con importante presencia indígena como el Perú.

Producto de ello, han visto la luz la “Norma Técnica para la Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural” de 2005 y la “Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical en el marco de los Derechos Humanos con pertinencia intercultural” en 2016, ambos producidos y en proceso de institucionalización bajo la responsabilidad del MINSA. Y que en los años de su implementación han contribuido significativamente a mejorar los índices de partos institucionales así como a reducir las métricas de morbilidad y mortalidad perinatal en las regiones con mayores niveles de muerte materno-infantil como Piura, San Martín Lambayeque, Huancavelica, Cajamarca, Puno, Junín, Ayacucho y La Libertad (Nureña, 2009).

No obstante, estos marcos normativos vienen acompañados de otras importantes políticas estatales como el proceso de universalización del Seguro Integral de Salud (SIS), la implementación de programas sociales de apoyo monetario a los sectores de pobreza y pobreza extrema tales como Juntos y otros (Palacio, 2009, p. 150). Todos ellos con efectos directos e indirectos en el acceso a la atención primaria de salud y en la configuración de prácticas familiares y comunitarias de bienestar, cuidado y una mayor institucionalización local del derecho a una salud de calidad (Correa y Roopnaraine, 2014).

Figura n° 1. Evolución del parto institucional, según áreas de residencia en el Perú, 2009-2017.



Fuente: INEI-ENDES (2017)

3 En adelante MINSA.

En ese sentido, de acuerdo con la norma técnica, la atención del parto vertical institucional en hospitales y puestos de salud debe incorporar elementos y prácticas de adecuación intercultural, integrando saberes y procedimientos tradicionales en el plan de parto, la organización de los recursos, las intervenciones requeridas antes, durante y después del alumbramiento, el manejo de las complicaciones y también en la consejería.

Por ejemplo, el plan de parto debe consignar las preferencias de la gestante en relación con el lugar del alumbramiento y el transporte disponible, la posición elegida para el parto y la persona acompañante.

Asimismo, la adecuación intercultural propiamente dicha en el contexto rural peruano involucra el acondicionamiento del recinto (iluminación, calefacción, privacidad, etc.), la presencia de un acompañante que puede ser la partera o un familiar, el uso regulado de medicina tradicional, así como como la disponibilidad de materiales y equipos (vestimenta, fajas, camillas y cojines). Sumado a ello, el personal especializado de salud debe considerar temas relacionados al pudor de la parturienta que, frecuentemente, tienen que ver con las revisiones físicas, el examen vaginal, los masajes, la relajación y los protocolos de higiene (MINSA, 2016, p. 20-21).

De manera que la gestante debe elegir libremente en qué posición va a alumbrar así como a las parteras tradicionales, familiares o allegados que la acompañarán en este significativo momento⁴.

En el caso de la región La Libertad, el índice de muertes neonatales y fetales en el ámbito rural si bien se encuentra en una tendencia decreciente no deja de tener un promedio relativamente alto respecto de otras regiones con un IDH menor⁵. Florián (2013) señala, por ejemplo, que el Análisis Situacional de Salud en la región La Libertad (ASIS) del año 2009 encuentra que el 38.2% de las defunciones perinatales ocurrieron en el domicilio y el 6% durante el trayecto de traslado de la mujer a un centro de salud; lo cual pudo evitarse con la implementación de protocolos apropiados de prevención de riesgos obstétricos que involucren el proceso mismo de adecuación de los servicios de salud desde una perspectiva intercultural y de acceso comfortable.

Por su parte, la Dirección Regional de Salud de La Libertad en 2011 reportó que el 66.6% de las mujeres que fallecieron durante labores de parto no pudieron llegar a tiempo al establecimiento de salud más cercano. Además, el 67% de éstas muertes se produjeron en las zonas alto andinas y, según la provincia de procedencia, el mayor número de decesos tuvo lugar en las jurisdicciones de Sánchez Carrión y Otuzco, respectivamente (RPP, 2012).

La presente investigación tiene como propósito, precisamente, estudiar el proceso de institucionalización del parto vertical en la región La Libertad a través del caso de un establecimiento de salud de un centro poblado en la provincia andina de Otuzco que, por sus características sociodemográficas y por las importantes iniciativas públicas y privadas de reducción de las tasas de mortalidad perinatal, representa un interesante lugar de análisis de los dilemas interculturales entre el enfoque biomédico⁶ institucional y las prácticas y percepciones locales de salud en torno al parto y sus diferentes dimensiones socioculturales.

Respecto de Otuzco cabe decir que, dadas sus elevadas tasas de mortalidad perinatal⁷, las

4 Entre otras consideraciones, la normatividad técnica consigna además que el personal de salud debe entregar la placenta a la familia para que disponga de ella según las costumbres locales, garantizando en todo momento el respeto de las mismas (MINSA, 2016, p.26).

5 Mientras que La Libertad se encuentra a nivel nacional en el 4° lugar con un IDH de 0.870 y Pasco en la posición 16° con 0.734, ésta última localidad tuvo solo 8 casos de muertes fetales en 2019 frente a los sorprendentes 47 casos de La Libertad (MINSA, 2019).

6 El enfoque biomédico es un sistema de saberes y prácticas de la salud institucionalizada que, en la mirada de Giddens (1991, p. 102), reúne las siguientes características: "a. La enfermedad se considera una avería que se produce en el cuerpo humano y que lo aparta de su 'ser normal'. Esta es la teoría de la enfermedad basada en el germen. b. La mente y el cuerpo pueden tratarse por separado. Los especialistas médicos adoptan una mirada médica, un enfoque distanciado, al observar y tratar al enfermo. c. Los especialistas médicos son los únicos capaces de tratar las enfermedades. Bajo este esquema no hay lugar para sanadores autodidácticos o prácticos."

7 En 2012 La Libertad obtuvo el cuarto lugar a nivel nacional en el índice de muertes perinatales con 32 casos, de manera que la Dirección Regional de Salud promovió actividades como "la semana de la maternidad saludable y segura", con im-

autoridades de la región La Libertad implementaron el proyecto “Salvando la vida de madres y recién nacidos en la Red de Salud de Otuzco y Julcán de la región La Libertad-2014”, el cual fue dirigido por la Gerencia Regional de Salud con el apoyo técnico de *Pathfinder International*. Por su parte, la ONG CPS-Desarrollo implementó el proyecto “Mejorando el acceso a la atención de salud de las familias andinas en extrema pobreza de los distritos de Sinsicap y Paranday, Provincia de Otuzco”, cuyo foco de atención fue la construcción complementaria y equipamiento del puesto de salud del centro poblado San Ignacio.

Pero quizás lo más resaltante de la intervención de la mencionada ONG fue el énfasis puesto en las actividades de capacitación al personal del puesto de salud de San Ignacio en la implementación de la norma técnica para la atención de parto vertical de 2005. Lo cual generó un conjunto de dinámicas de interacción novedosas entre el personal especializado del puesto de salud de San Ignacio, los actores sociales representativos y la ciudadanía en general ya que el proyecto de desarrollo, en su propósito de mejorar el acceso a los servicios de salud, produjo el diálogo público en torno a un conjunto de saberes, prácticas y percepciones que hasta entonces se habían mantenido en el ámbito de lo estrictamente privado. Es decir, acontecieron a lo largo del proyecto discusiones sobre los derechos reproductivos, la equidad de género, la salud como un derecho universal y el marco intercultural en el que se deberían desarrollar las labores de parto en San Ignacio, dadas sus particularidades socioculturales.

De manera que la motivación para este estudio fue poder analizar cómo se produjeron los encuentros y desencuentros entre el enfoque biomédico practicado por los especialistas de salud, tanto con el paradigma intercultural establecido por las normas técnicas del MINSA –y promocionado por la ONG en cuestión– como con las tradiciones y percepciones de las propias gestantes y púérperas a través de una lectura etnográfica a nivel exploratorio.

Y nuestros objetivos de investigación fueron básicamente: a) identificar las narrativas y prácticas de los actores involucrados en la institucionalización del parto vertical en San Ignacio y b) analizar cómo es que su interacción produjo verdaderos dilemas de salud pública intercultural. Dado que comprometen tópicos de relevancia antropológica como las tensiones entre los saberes expertos y las tradiciones locales, la reproducción de las jerarquías de etnicidad y género así como la discusión del enfoque biomédico como un conjunto de tecnologías de poder desplegadas por el Estado para el dominio territorial (Foucault, 2013).

2. Metodología

2.1 Planteamiento

La investigación tuvo como origen la intersección entre las trayectorias profesionales de los autores, quienes en momentos diferentes, aunque próximos, realizaron inmersiones de campo en el centro poblado de San Ignacio y especialmente en el centro poblado menor de Cuchanga⁸. Lugar en donde residen el total de nuestras entrevistadas y que se caracteriza por un persistente tradicionalismo reflejado en las jerarquías de género, en la escasa participación femenina en la esfera pública y en las restricciones que encuentran las mujeres en diferentes dimensiones de su propia agencia individual (Foelster, 2014).

De manera que la pregunta que originalmente nos planteamos responder fue: ¿Qué factores socioculturales intervienen en el proceso de implementación institucional del parto vertical en el centro de salud de San Ignacio, Otuzco? No obstante, si bien prefiguramos que las desigualdades de género y los desencuentros socioculturales entre el personal especializado urbano y las usuarias andinas tuvieron una significativa importancia, fue nuestro propósito exploratorio el que nos previno de cualquier juicio anticipado.

portantes resultados tanto en la provincia de Otuzco como en otras localidades andinas de La Libertad.

8 El trabajo de campo tuvo lugar entre julio de 2013 a setiembre de 2015.

Y, a modo de hipótesis principal, tuvimos a bien considerar que los dilemas interculturales aquí explorados se expresaron, en primer lugar, en las percepciones de la mujeres campesinas atendidas por el personal especializado de salud durante las labores de parto vertical. Y estos tuvieron que ver, principalmente, con las barreras culturales para el dialogo que habrían debilitado sostenidamente los vínculos de confianza entre las usuarios y los prestadores del servicio. Sin embargo, más allá de suponer una ruptura total de la interacción entre el puesto de salud y la comunidad usuaria, lo previsible fue identificar un tenso proceso de renuencia y asimilación, con importantes efectos en el mundo público y privado local.

A su vez, tuvimos en cuenta dos hipótesis secundarias. Una relativa al vínculo incidente de las jerarquías de género de las parejas de Cuchanga en el proceso mismo de acceso y atención de las gestantes. Y otra más centrada en la relación entre los discursos y prácticas de los especialistas de salud en la conformación de las percepciones de las gestantes y puerperas, ya que durante la primera fase de la investigación identificamos algunos indicios de violencia obstétrica.

Las técnicas empleadas fueron la observación participante y no participante, la conducción de entrevistas a profundidad con un diseño semi-estructurado, así como la recopilación de historias de vida. Todas ellas registradas en libretas de campo y en ocasiones en una grabadora digital, no sin antes mediar el consentimiento informado de las informantes.

Y nuestras unidades de observación fueron 7 de las 20 mujeres en edad fértil provenientes del centro poblado menor de Cuchanga que acudieron al puesto de salud de San Ignacio durante el tiempo de inmersión en campo. También entrevistamos a las dos parteras de la mencionada comunidad, así como a 4 especialistas del centro de salud de San Ignacio.

Finalmente consideramos algunos criterios de inclusión y exclusión para la realización de entrevistas en profundidad. Sobre los primeros tuvimos en cuenta: (i) residir permanentemente en Cuchanga y (ii) haber participado reciente y exclusivamente en labores de implementación del parto vertical en el referido puesto de salud (controles, pre-parto, parto y puerperio). Y sobre los segundos, fueron excluidas quienes: (i) no vivían regularmente en Cuchanga y/o (ii) no participaron en labores de parto exclusivas en el puesto de salud de San Ignacio.

2.2 Ámbito de investigación

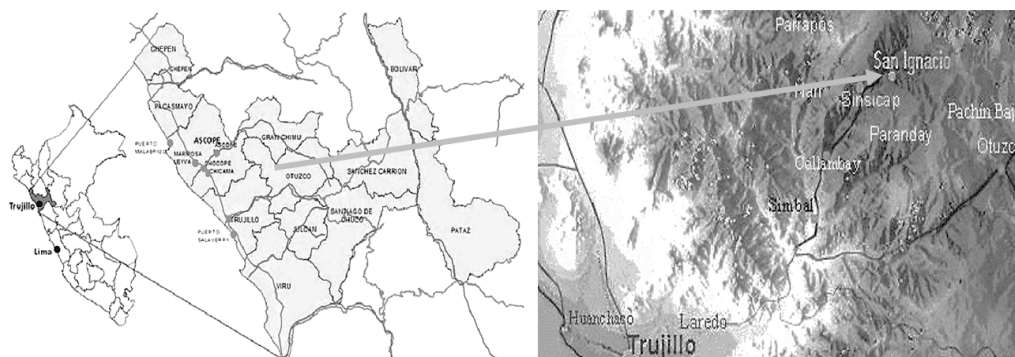
El centro poblado de San Ignacio, locación del centro de salud objeto de análisis, se encuentra a una altura de 3,399 m.s.n.m., se sitúa en los andes occidentales de la región La Libertad en el norte del Perú y pertenece al distrito de Sinsicap, provincia de Otuzco. En la actualidad cuenta con una población próxima a los 2,000 habitantes y solo 65 km. lo separan de la ciudad de Trujillo, desde donde se arriba luego de 2 ½ horas de viaje por carretera⁹.

Por su parte, el centro poblado de Cuchanga, ubicado a una altura de 3570 m.s.n.m., es el lugar de procedencia de las madres y gestantes entrevistadas y fue hasta 2014 uno de los caseríos conformantes de San Ignacio. En la actualidad tiene cerca de 250 habitantes (INEI, 2017) y la única vía de acceso es mediante una trocha carrozable que durante la mayor parte del año permanece inutilizable debido a las precipitaciones. De manera que el recorrido desde San Ignacio se realiza a pie y demora aproximadamente 1 hora.

Cabe añadir que tanto San Ignacio como Cuchanga comparten algunos importantes rasgos histórico-culturales como sus orígenes en comunidades altoandinas en el ámbito del régimen de hacienda que posteriormente fuera suprimido por efectos de la reforma agraria de 1969. De manera que en la actualidad son las comunidades campesinas quienes cumplen las principales funciones de organización, movilización y cohesión social a nivel local.

9 Para una mejor apreciación de San Ignacio véase: <https://www.youtube.com/watch?v=ihAx18xKFxw>

Figura n° 2. Ubicación del centro poblado San Ignacio en la región La Libertad.



3. Encuentros y desencuentros entre el enfoque biomédico y las prácticas tradicionales en la implementación institucional del parto vertical

En el caso aquí analizado fueron identificadas diferentes prácticas en las que se hicieron evidentes tanto puntos de encuentro como tensiones entre el personal especializado del centro de salud de San Ignacio y las gestantes del centro poblado de Cuchanga. Y estas dinámicas involucraron diferentes dimensiones socioafectivas, simbólicas y, en un sentido más comprehensivo, de poder; ya que desde una perspectiva biopolítica, redefinieron un conjunto de prácticas disciplinarias y de regulación en torno al cuerpo y lo saberes (Foucault, 2013).

A continuación se analizarán algunas de estas prácticas, privilegiando aquellas que puedan echar más luz sobre los dilemas interculturales en torno a la implementación institucional del parto vertical.

3.1 El acompañamiento familiar durante el parto

En el centro de salud analizado antes del proceso de institucionalización del parto vertical, y de las capacitaciones brindadas por la Dirección Regional de Salud y la ONG CPS Desarrollo, no había un protocolo en cuanto al acompañamiento de las gestantes y púerperas. De modo que su ocurrencia o no dependía completamente del médico o de la obstetra a cargo.

Resultando que en ocasiones podían asistir uno, varios o ninguno de los miembros de la familia a las labores de parto y post parto, lo cual producía diferentes reacciones de incomodidad entre las familias y autoridades de los centros poblados y caseríos del ámbito de atención del centro de salud de San Ignacio.

Fue a partir de un conjunto de reclamos dirigidos al personal de salud por parte de las comunidades campesinas –por intermedio de las rondas– que fue estableciéndose un régimen de visitas y acompañamiento de las gestantes y púerperas.

Siendo especialmente significativo que, en ocasiones, de la mano de la implementación de la norma técnica de adecuación del parto vertical, se permita el acompañamiento y asistencia de la familia en el proceso mismo de alumbramiento.

La obstetra 1, refiere la singular importancia de este hecho para las gestantes y sus familias:

Desde hace poco con la aplicación de la norma dejamos que sus familiares y el esposo [de las gestantes] las acompañen, porque entendemos que esto es importante para ellas, que quieren estar acompañadas por la gente de su familia, nosotros no ponemos ningún impedimento más bien apoyamos esto, nos parece lo correcto siempre y cuando respeten el

recinto [...]

No obstante, la participación de los familiares en los espacios de trabajo de parto no fue recibida con mucha simpatía en un inicio, dado que algunas de las intervenciones de éstos eran frecuentemente rechazadas y consideradas ajenas a la labor institucional de parto y, más específicamente, al enfoque biomédico.

“Rebeca” de 33 años y madre de dos niños así lo comenta:

Cuando me toco ir por mi segundo hijo me acompañó mi tía, que es quien me ayudó con el primero [...] la dejaron entrar pero no dejaron que me haga el *manteo* o que me prepare nada que no fuera lo que daba la posta [...] ella se molestó y le grito de todo a la enfermera [...] Ahora ya dejan que vayan nomás sus mamás y abuelas, porque si no la gente reclama a la comunidad [...]

Resulta importante destacar la práctica del acompañamiento constante que realizan los familiares (en especial las mujeres), pues no solo significa “acompañar” a las gestantes, sino además conectarse con ellas, con su ritmo, con sus respiraciones, alentándolas permanentemente; ayudándolas a encontrar la determinación que les permita traer a su hijo/a al mundo. La labor de los acompañantes y en especial de las madres y abuelas es también ayudar a que las gestantes puedan vencer sus temores y sobre todo a encontrar el punto de confortabilidad en la posición y el ritmo que concluirá finalmente en un alumbramiento satisfactorio (Cordero, Luna y Vatuone, 2010).

Este acompañamiento familiar cobra especial relevancia, además, si consideramos las peculiaridades técnicas del parto vertical, dado que como parte de su praxis, específicamente durante la dilatación, la parturienta puede caminar, sentarse ponerse de rodillas o acucillarse de modo que la gravedad y el movimiento aeróbico contribuyan a que el feto se posicione y encuentre el camino al exterior. Además, el colgarse ya sea de una sogá o del cuello del acompañante estira la columna vertebral y aplanan la curvatura del promontorio¹⁰, logrando aliviar el dolor en la espalda para el correcto descenso de la cabeza del neonato por el canal de parto.

Siendo lo anterior también válido para el expulsivo durante el alumbramiento pues la posición vertical permite que las vísceras presionen sobre el útero, ayudando al desprendimiento y expulsión de la placenta y posteriormente de los *loquios*¹¹.

No obstante, el personal del centro de salud de San Ignacio es en ocasiones renuente a permitir el apoyo de los familiares para estas útiles labores de asistencia dado que si bien la posición vertical del parto favorece a las mujeres, ésta demanda del personal especialista posiciones de trabajo “incomodas” y para las que, en ocasiones, no se encuentran preparados ni dispuestos.

“Elizabeth” nos explica sus percepciones respecto de la importancia del parto vertical y de contar con acompañantes familiares en el centro poblado Cuchanga:

Acá parimos de cucillitas todas, esa es la costumbre desde antes y así es como se da a luz, es más fácil solito baja el bebé [...] En lo otro da miedo, echada parece que me voy ahogar, más rápido me voy a morir, echada no se puede hacer fuerza, me da miedo, no puedo ver mis piernas y no me puedo apoyar en nadie [...] por eso tiene que estar mi hermana para que me ayude, ella ya sabe, ella tiene conocimiento y me ha ayudado a parir antes [...]

Llama la atención que la entrevistada identifique tan estrechamente el parto vertical con lo

10 Nombre dado en obstetricia a la prominencia del ángulo sacro vertebral sobre la pelvis.

11 Los loquios son secreciones vaginales que duran entre 6 y 8 semanas tras haber dado a luz, durante el puerperio. Los loquios están formados por flujo que contiene sangre, moco cervical y tejido placentario.

que ella considera es la costumbre comunitaria pretérita y presente, lo cual, sumado al hecho de encontrarse muy constante el temor a la muerte, nos permite aproximarnos al rol físico y simbólico asignado al acompañante.

Habría que agregar que antes del proceso de implementación institucional del parto vertical las gestantes de Cuchanga y de otros centros poblados tenían que sobrellevar no solo las dificultades de alumbrar en posición vertical –práctica ajena a sus costumbres– sino además lidiar con la posibilidad de no contar con un acompañante con el cual enfrentarse al miedo y la incertidumbre concomitantes al parto.

3.2 La presencia del esposo o pareja

En Cuchanga los esposos o parejas masculinas tienen diferentes formas de participar en el proceso de gestación. En ocasiones su participación es activa y su acompañamiento es tan importante como el de la madre o hermanas de la gestante. También encontramos casos en los que éstos se muestran más bien poco entusiasmados con el próximo alumbramiento.

Y no podemos dejar de mencionar los no pocos casos en los que el esposo o pareja abandona a la gestante en los primeros meses, de manera que el acompañamiento recae exclusivamente en los familiares más cercanos.

Sobre los esposos o parejas participativos cabe anotar que empiezan a familiarizarse con el centro de salud y sus espacios de trabajo durante todo el proceso de gestación en las frecuentes citas de monitoreo del feto. En ocasiones son ellos los que realizan las preguntas, preparan las condiciones previas para las labores de parto y se encuentran presentes durante el alumbramiento.

No obstante, a veces su presencia, preocupaciones y reclamos son percibidos por los especialistas del establecimiento como inapropiados o invasivos, dado que, como refieren la mayoría de entrevistadas, sus esposos o parejas no toleran que haya alguna clase de maltrato o desconsideración hacia las gestantes.

“Gloria”, quien tuvo a sus 4 hijos en el puesto de salud, es explícita en su testimonio:

Quando tuve a mi primer cholito me dio una neumonía que casi me voy [...] es que solo me dieron una sábana para cubrirme y hacía un frío fuerte y desperté toda mal que me dolía todo y no podía respirar [...] La enfermera era mala, no me dijo una sola frazada teniendo varias en su almacén y al día siguiente que vino mi esposo me vio y tuvo que hacer problema [...] con todo y la ronda se apareció para quejarse porque antes era así, así te trataban [...] ahora ya ha cambiado pero siempre hay quejas de las enfermeras porque mal te tratan o te gritan si no les haces caso [...]

Del mismo modo, aunque en referencia a circunstancias recientes, “Karen” refiere que si bien hoy el establecimiento de salud es un espacio más confortable no dejan de ocurrir situaciones de tensión entre los padres o parejas y los responsables de la atención de salud primaria:

En mi último hijo sufrí bastante porque me demoraba varias horas y nada [...] ya iban a cortarme para cesárea pero felizmente nació [...] si dejaron que esté mi esposo, aunque se puso a discutir con el médico porque no le quería dejar quedarse en la noche, pero se quedó así con todo [...] sino me hubieran hecho cesárea.

Hay esposos celosos que no quieren que pases control o que vengas para que te revisen, se oponen y te prohíben, de esos hay todavía en la parte alta y las chicas tienen que parir ahí nomás [...]

Como se aprecia, ambos testimonios reflejan el proceso mismo de involucramiento de los

cónyuges y parejas en la labores de parto en el centro de salud en cuestión. En un primer momento como respuesta a un presunto caso de violencia obstétrica en el que el esposo tuvo que recurrir a la ronda campesina local para expresar su malestar. Y un segundo momento donde hay una mayor aceptación de la presencia y participación del esposo o pareja, llegándose incluso a valorar su presencia en las labores de parto tal y como refiere la enfermera técnica 1, natural del mismo San Ignacio.

Mas es preciso referir que, en el segundo testimonio, la entrevistada hace referencia al conservadurismo y machismo de algunos padres y futuros padres de Cuchanga y San Ignacio. Un factor de suma importancia que, desde una perspectiva de género, nos ayuda a identificar las serias limitaciones de acceso de algunas gestantes a los servicios de atención primaria de salud. Lo cual las coloca en una grave situación de riesgo obstétrico y restricción de sus derechos humanos (Oliart, 1996).

3.3 El acompañamiento de la partera

Las denominadas parteras participan con frecuencia –y en calidad de acompañantes– en las labores del parto en el puesto de salud de San Ignacio y en la actualidad son dos: “Mercedes” y “Florinda”.

Sus actividades no son para nada desconocidas por las obstetras del puesto y, en ocasiones, tal y como constatamos durante el periodo de observación y conducción de entrevistas, son recurrentemente convocadas por las gestantes e incluso por el propio personal especializado, quienes las consideran “aliadas” en casos de riesgo que puedan comprometer la vida de la parturienta.

Además, pudimos constatar que es la partera quien da aviso al personal médico de las mujeres que están listas para iniciar labor de parto, son también ellas quienes –en la mayoría de los casos– llegan primero al hogar de la parturienta y con recurrencia acompañan a las gestantes en la sala de parto.

Resulta importante anotar, además, que las parteras tienen la capacidad de identificar posibles complicaciones de las gestantes y por lo tanto su labor puede resultar de vital importancia en orden de prevenir riesgos de parto, tales como nacimiento prematuro y peligro de aborto.

Asimismo, el rol de las parteras en la sala de parto involucra actividades de soporte psicológico para las parturientas, quienes se sienten cómodas por la presencia de un agente cultural que les es conocido y respetado (Polia, 1996).

“Ruth” de 45 años y madre en cinco oportunidades lo expresa así:

Las parteras también entran en la sala, ellas ayudan en lo que pueden y ven a las enfermeras, ellas te van diciendo las cosas que tienes que hacer y conversándote [...] si tienes que sentarte o hacer fuerza o caminar, ellas ayudan bastante y te tratan bien por eso aquí les decimos tías [...]

Las enfermeras si las dejan entrar y por celular se llaman cuando hay fiebre o hay mucha demora [...]

Y en la mayoría de testimonios de las mujeres entrevistadas es patente un profundo respeto hacia estas dos parteras, ya que no solo son diestras en las labores de parto sino además poseen amplios conocimientos de las yerbas, técnicas y saberes que preservan la salud y alejan los males del cuerpo y del espíritu (Platt, 2008).

“María” explica así la importancia de las parteras:

Yo me atendí en la posta, pero antes de dar a luz me iba a todos mis controles y además

me veía con la partera. Me hacía ver de ella para que me acomode y me vea al bebe si estaba bien puesto. Después del parto, cuando regresé de la posta ella me seguía viendo, me daba bebidas calientes me decía lo que tenía que hacer y como acomodar la barriga [...]

Encontramos pertinente resaltar que la interacción de las parteras en el establecimiento de salud convierte a este lugar en un espacio de permanente negociación, es decir genera una tensión constante entre las prácticas tradicionales y el enfoque biomédico que se traduce en el sincretismo de los procedimientos, que en ocasiones, beneficia a las gestantes. Y es que sin el apoyo de las parteras difícilmente podría lograrse un acercamiento de la atención primaria de salud a toda la población gestante de San Ignacio y, en especial, a las localidades distantes y predominantemente tradicionales como Cuchanga.

Debido a estas razones, el trabajo de estas agentes tradicionales de salud¹², lejos de significar una praxis y un saber propio de poblaciones andinas “tradicionales” o “atrasadas”¹³, representa hoy en día un complemento eficiente a la atención médica institucional.

3.4 Las bebidas e infusiones

En el ámbito andino el papel que cumplen las bebidas e infusiones antes y durante el parto es vital para las mujeres. Las propiedades atribuidas a estos brebajes se sustentan en los saberes populares propios de la tradición oral y tienen como propósito central proveer y preservar el calor en el cuerpo de la parturienta (Polia, 1996).

Las yerbas medicinales ingeridas tales como infusiones y mates calientes también ayudarían en el relajamiento y mejor respiración de las gestantes disminuyendo con ello el dolor¹⁴. No obstante, algunos especialistas del puesto de salud expresaron una parcial reticencia respecto a estas prácticas. La enfermera técnica 1 así lo manifiesta:

Nosotras las dejamos tomar sus mates, sus bebidas, sobre todo, después del parto, eso ayuda mucho a la mujer, ya que el parto las deshidrata, pierden mucha sangre y hay debilidad. Una que otra enfermera hace problema cuando las parturientas toman horas antes del parto sus bebidas, porque dicen que eso le adelanta el parto. Yo tengo miedo que pase una intoxicación por eso no recomiendo tomar yerbas antes del parto [...]

Acá también hay la creencia que la cerveza negra o el agua caliente con chancaca ayudan a adelantar el parto y a dilatar pero yo les digo que tomen después para recobrar las fuerzas.

Y es que en la medicina tradicional andina las bebidas calientes son infaltables antes y después del proceso del parto, aunque, como queda patente líneas arriba, se han ido incorporando nuevas bebidas como la cerveza negra u otras bebidas alcohólicas que facilitarían los trabajos de parto en términos de tiempo y efectividad.

Resulta, también, interesante subrayar la importancia simbólica que tienen los conceptos de “frío” y “cálido” en los saberes andinos de salud tradicional ya que esta dualidad denota un conjunto de relaciones duales asociadas a la salud y la enfermedad. Y por lo tanto, mantener el equilibrio entre ambos estados sería lo más apropiado para mantener el organismo libre de dolencias y enfermedades (Polia, 1996; 2001).

En el caso específico de las gestantes y puerperas convendría mantener el calor ya que el parto requiere de mucho desgaste de energía y, por lo tanto, de una importante pérdida física de calor. La señora “Aurora” describe bien la búsqueda de este equilibrio:

12 En colaboración con los agentes comunitarios de salud capacitados por el MINSA.

13 Para profundizar en la idea crítica de “la fantasía del atraso” en referencia a la sierra peruana véase Vich (2010).

14 Las principales yerbas empleadas en Cuchanga son el laurel, la yerba buena, la manzanilla y el matico.

Las bebidas calientes nos ayudan a tener calor, eso es bueno para el parto porque ahí te desgastas y te puede entrar el frío. El frío no te deja dar a luz, un cuerpo frío y de miedo no te ayuda, te duele mucho o sino después del parto te enfermas por todo y ya no sanas bien [...] por eso es importante las bebidas, los masajes y tu acompañante.

4. El ocaso de algunas prácticas tradicionales frente a la institucionalización del enfoque biomédico

En este apartado, a diferencia del primero, en el que se explora con más énfasis las transacciones culturales y los procesos dialógicos entre el enfoque biomédico y las prácticas tradicionales en torno al parto vertical, nos hemos de concentrar en discutir en cómo las prácticas discursivas del enfoque biomédico desplazan los saberes locales mediante el despliegue de las tecnologías de poder, propias del saber experto urbano y occidental (Foucault 2008).

Para ello nos ocuparemos de cuatro eventos de especial significado biopolítico desde una perspectiva de interculturalidad crítica (Walsh, 2007).

4.1 El manejo de la placenta

En muchas comunidades andinas y amazónicas del Perú la placenta recibe un trato especial dado que alimenta al neonato durante la gestación y, por lo tanto, su disposición, una vez producido el alumbramiento, encierra un contenido simbólico y ritual de suma importancia para la madre y su familia.

En algunos lugares la placenta es cremada, en otras latitudes se produce un entierro a través de una ceremonia de agradecimiento y pago a la tierra (Platt, 2008). En el centro poblado de Cuchanga lo común es realizar el entierro de la placenta cerca de la cocina o de otro espacio seguro de la casa, procurando que ésta quede cubierta por una bolsa o una tela, de manera que resulte protegida de los animales domésticos.

La creencia local también sostiene que este procedimiento protegerá a la puerpera y al niño de cualquier mal o enfermedad asociada al parto.

Empero, esta costumbre no es aceptada por los especialistas de salud del puesto de San Ignacio ya que en los partos institucionales –tanto en posición vertical como de cúbito dorsal– la placenta no es frecuentemente entregada ni a las madres ni a sus familias. A pesar que la norma técnica para la atención de parto vertical así lo dispone (MINSA, 2005; 2016).

Este hecho produce un sentimiento de malestar tanto en las mujeres como en la comunidad dado que es percibido como una desconsideración y, por decir poco, una falta de respeto a sus costumbres.

[...] no nos devuelven la placenta, se las quedan ellos, que las harán [...] de repente las botan a la basura o las tiran por ahí no más y se las comen los perros, ¡que harán con eso oiga!, deberían enterrarla o devolvernos a nosotras para enterrarla; pero no, se la quedan ellos, a mí me contaron que las queman, pero como va a ser que las quemem, eso es terrible. “Karen”

Otras mujeres entrevistadas también dijeron tener mucho respeto por la placenta y sentirse especialmente molestas por el hecho de no recibir la oportuna devolución de ésta. “Mercedes”, una de las parteras del centro poblado explica así la importancia de enterrar la placenta y el cordón umbilical:

Se debe de enterrar la placenta y el cordón, así los animales no se la comen [...] la placenta sale de una, ha sido parte de una y por eso no se la deben comer los animales, eso es malo, esto

atrae la enfermedad se puede morir el bebé o la mamá.

Tampoco se la puede quemar, uno nunca quema la sangre esto atrae a la enfermedad, cuando una mujer se enferma tiene que lavar con cuidado los trapos, no los puede votar o quemar; así es también con la mujer que ha dado a luz, tienen que cuidar de la placenta y enterrarla dentro de la casa para que esté protegida echándole su sal, su ajo [...]

Cabe acotar que durante el trabajo de campo encontramos casos en los que el personal de salud instó a las familias a desenterrar la placenta en contra de las costumbres locales. Una de las obstetras así lo recuerda:

Hace poco en dos casos encontramos que ya la partera la hizo dar a luz en su casa a la chica y que a la placenta ya la enterraron, así que le pedí que la desentierren para ver si ha salido completa [...] esto lo hacemos por su bien, aunque se molesten, así se enojen tienen que hacerlo. Supongamos que la placenta no ha salido completa y que queden restos en la madre, esa mujer puede morir por una infección generalizada en cuestión de horas.

En testimonio anterior puede notarse claramente el dilema intercultural ya que si bien el desentierro de la placenta transgrede un ámbito del orden simbólico local, la necesidad de examinar la placenta resulta crucial para la reducción de los riesgos mortales en la puérpera.

4.2 El manto y el acomodo

Las parteras locales son diestras en practicar masajes a las gestantes y en casos de gravedad aplican el llamado *manto* para así facilitar la rápida salida del neonato.

Respecto del *manto*, su práctica no es permitida en el centro de salud pues, en opinión de los especialistas, es una práctica tradicional riesgosa ya que perjudica el bienestar de la madre y del feto. La obstetra 2, quien se encontraba realizando su SERUMS¹⁵ acota:

Acá no se permite el manto porque más sufre la madre, no está comprobado que moviéndola así de esa manera el bebé cambie de posición para bien; por lo contrario, puede ser que se voltee más y haya riesgos. [El manto] no ayuda en nada y causa mucho dolor, las mujeres hasta se pueden desmayar por el sufrimiento, aquí lo hemos prohibido [...]

El *manto*, según las madres entrevistadas, se efectúa cuando la posición del bebé es inadecuada (con frecuencia en posición podálica), y colocaría a la criatura en la postura correcta. Esta práctica consiste en echar a la parturienta en mantas, las mismas que han de ser sostenidas en los extremos por sus familiares o acompañantes. De modo que con leves jalones, la presión ejercida en la parturienta hace que feto adopte una posición más adecuada para el alumbramiento, es decir en una posición de preferencia cefálica.

El *manto*, con frecuencia, viene acompañado del *acomodo*. El cual consiste en una serie repetida de masajes y frotaciones sobre el vientre materno mientras la parturienta se encuentra echada. Estos se realizan de manera ascendente desde los costados de la barriga hacia el pubis y con frecuencia se utiliza grasa animal u otro ungüento.

Sobre su pertinencia y práctica en el centro de salud, la obstetra 2 añade:

El *acomodo* tampoco ayuda mucho, más bien malogra la posición del bebé, a veces ellas

15 El servicio rural y urbano marginal en salud (SERUMS) es un periodo laboral de los profesionales de la salud en el Perú que constituye un requisito obligatorio para optar por una segunda especialidad o para trabajar en un centro de salud público del Estado.

van acomodar a un bebé y lo terminan volteando; un montón de veces ha pasado eso, la parturienta está bien, el bebé está listo para salir y viene la partera hace supuestamente el acomodo y lo termina sacando de su sitio [...] Es peligroso y aquí ya no está permitido así se quejen.

Y a pesar que la mayoría de mujeres entrevistadas expresaron haber tenido partos exitosos gracias al *manteo* y el *acomodo*, la ausencia de un estudio casuístico respecto de estas prácticas nos deja sólo frente al reconocimiento del predominio del enfoque biomédico por sobre el saber local.

4.3 El ambiente cálido y familiar

El parto no institucionalizado en el ámbito andino tradicionalmente se producía en el propio hogar, de preferencia en espacios cálidos como la cocina y junto al fuego de la leña. De manera que el alumbramiento tenía lugar en un ambiente íntimo y familiar hasta donde concurría la familia más cercana y la partera (Polia, 2006).

Por el contrario, el parto institucionalizado en el centro de salud de San Ignacio se lleva a cabo en un ambiente poco confortable y frío, desde el punto de vista de las usuarias. No obstante, la norma técnica de adecuación cultural del parto vertical establece que las habitaciones deben ser acondicionadas de acuerdo a los usos y costumbres locales. De manera que la “frialidad” del recinto se transforme en un espacio menos gris y ajeno a las futuras madres.

Donde damos a luz está pintado de todo blanco, hace frío porque está hecho de cemento y de mayólica [...] sí, nos dan frazadas para abrigarnos, pero igual hace frío, no nos tapan ni nos cubren, así nomás damos a luz; antes era peor por que entraban varios ahí donde estábamos nosotras, el doctor nos quería revisar y la gente pasaba y veía y era incómodo. “Elizabeth”

Y es que la sala de parto del puesto de salud está construida tal y como cualquier otro ambiente de atención médica urbana del país. Es decir, no cuentan con ningún elemento culturalmente referencial incorporado a la decoración. A su vez, las paredes son blancas, los pisos están revestidos de mayólicas también blancas, las camas son de metal y se utilizan colchonetas gruesas de plástico. Sumado a ello, las sabanas de color celeste o blanco son complementadas por unas gruesas frazadas de uso generalizado en los andes.

También es necesario destacar en este punto que algunos especialistas del centro de salud se sirven de un lenguaje higienista y poco intercultural para representar a las gestantes locales y sus prácticas de higiene y cuidado del cuerpo.

Por ejemplo, la enfermera 1 representa así “la ausencia de limpieza” de las mujeres del campo que atiende cotidianamente:

Las señoras recién acá en el puesto conocen lo que es limpieza, hay que enseñarles porque ellas a veces están acostumbradas a estar un poco sucias, por eso acá se les pide que se bañen, que laven su ropa, que se limpien los pies antes de entrar que tengan a sus hijos limpios como debe de ser y no como los tienen todos con piojos [...]

Un testimonio, que desde el punto de vista de Walsh (2007), denota una jerarquización a través de la cual los subalternos –en este caso las mujeres campesinas– si bien son reconocidos en su diferencia, terminan siendo étnicamente esencializados, es decir nominados como sujetos demandantes de civilización, educación y/o higiene.

Asimismo, podemos decir junto a Foucault (2013) que, en este caso, el establecimiento de salud se comporta como un sistema integrado de tecnologías de poder sobre cuerpo y la mente

mediante un conjunto de prácticas higienistas y clasificatorias funcionales al dominio del Estado y al control de los agentes de salud institucionales. De manera que el establecimiento físico mismo, por el modo en que está construido y organizado, es la materialización perfecta del enfoque biomédico.

Figura n° 3. Ambiente y equipamiento del centro de salud de San Ignacio.



Fuente: Archivo de los autores

4.4 El descanso después del parto

En las prácticas tradicionales de los pueblos andinos el descanso postparto es crucial pues le asegura a la puérpera un periodo prolongado de recuperación luego de enfrentar el dolor y sufrimiento de haber alumbrado.

El posparto es una época especial para la mujer, pues entraña muchos riesgos de enfermedad y muerte para la madre. Para evitarlo, es necesario observar una serie de cuidados, ubicados dentro de una lógica de purificación y de abstención del contacto con agentes peligrosos. Estos cuidados están destinados a que la mujer pueda retomar adecuadamente su vida cotidiana. (Platt, 1995, p.29)

Las mujeres de Cuchanga descansan usualmente 15 días después del parto, tiempo en el cual no han de realizar labores domésticas, ni tareas que impliquen un elevado desgaste físico. A su vez, durante este periodo no pueden estar en contacto con el agua fría, ni expuestas al viento o aire fríos. Algo similar ocurre con la dieta pues son estrictamente cuidadosas de no ingerir algún tipo de alimento frío o ácido para que no perjudique la producción de leche materna.

La dieta alimenticia que recomiendan está compuesta por caldos y bebidas calientes que se supone puedan ayudar a regenerar el cuerpo de la mujer prodigando calor y confort.

Por otro lado, como parte de los cuidados necesarios para que la mujer vuelva a su vida normal se realiza el *fajado*, cuya práctica es común en la sierra del Perú. Éste consiste en envolver fuertemente el vientre de la madre para evitar que le “dé el aire” y así lograr que el útero y la vulva vuelvan a su posición original.

Según las mujeres de Cuchanga el fajado dura 24 horas y este procedimiento ha de repetirse

dos o tres veces en el lapso de una semana para asegurar una adecuada recuperación del cuerpo femenino.

Sin embargo, el descanso previsto para la puérpera en reiteradas ocasiones es reducido ya que luego de 3 días los especialistas de salud dan de alta a la nueva madre y ésta debe retornar a su hogar. Lo cual no tendría ninguna repercusión negativa si se tratara de una localidad urbana y con vías de acceso apropiadamente implementadas. No obstante, en los centros poblados y caseríos en el ámbito de incidencia del centro de salud de San Ignacio, el acceso es restringido y limitado, dado que las vías de comunicación terrestres son solo trochas carrozables sin un mantenimiento apropiado.

Por lo tanto, es frecuente que las puérperas tengan que caminar y pongan en riesgo su proceso de recuperación. “Elizabeth” describe así esta amarga experiencia:

A las que somos de Cuchanga nos llevan en ambulancia, pero solo una parte no más, porque el carro no puede entrar más en la carretera y más ahora que la gente la ha convertido en chacra, ya no puede entrar entonces uno tiene que caminar y mi casa es por allá bien arriba, soy de las ultimas familias [...]

Después del parto me tuvieron ahí tres días, después me dieron de alta y me fui en la ambulancia, tuve que caminar porque el carro ya no podía avanzar [...] Me da mucho miedo caminar después de dar a luz parece que todito se te va a salir, además en la posta no nos fajan, por eso uno se siente débil, cuando la mujer da a luz se abre todito su cuerpo, suenan los huesos cuando se abren para que salga el bebé, por eso no hay que caminar [...]

A esto se suma el hecho que el puesto de salud de San Ignacio no cuente con una casa de reposo o de espera donde la parturienta pueda descansar adecuadamente después del parto según sus costumbres y necesidades.

Figura n° 4. Mujeres de Cuchanga desplazándose hacia San Ignacio



Fuente: Archivo de los autores

5. Conclusiones y apuntes finales

Como resultado de esta investigación encontramos que en el centro de salud de San Ignacio se

ha venido produciendo la implementación institucional del parto vertical de manera progresiva y no sin frecuentes desencuentros de diferente tipo y alcance, lo cual ha marcado una pauta bastante clara entre los procesos interculturales dialógicos –e incluso complementarios– (abordados en el capítulo 3) y aquellos donde el saber biomédico ha desplazado por completo a las prácticas tradicionales (abordados en el capítulo 4). Constituyendo así verdaderos dilemas de salud pública ya que si bien el desplazamiento de ciertas prácticas y saberes tradicionales por parte de la praxis médica respondería a los criterios de la racionalidad científica, no deja de ser evidente que –por ejemplo en el caso del desentierro de la placenta– transgreden un orden de sentidos y experiencias con un profundo significado cultural.

Desde nuestra perspectiva estos hechos pueden ser entendidos a la luz de un análisis de la implementación institucional del parto vertical como un conjunto de tecnologías de poder propios del enfoque biomédico incorporados en las prácticas discursivas higienistas y pragmáticas de los especialistas de salud. Ello nos remite a considerar que la propia implementación del parto vertical en los territorios rurales del Perú, que en su propio diseño e implementación se presenta como “intercultural”, no obedecería a un nuevo enfoque de las ciencias médicas o a una praxis transformativa del Estado en orden de subvertir las acuciantes desigualdades. Por el contrario, el acceso primario de salud experimentado por las mujeres campesinas e indígenas sigue siendo hegemonizado por un conjunto de lógicas positivistas y biologicistas de disciplinamiento y uniformización de las mentes y cuerpos (Foucault 2013).

Es decir, la adecuación cultural del parto vertical sin una perspectiva de interculturalidad crítica, que tome en cuenta no solo las brechas socioculturales sino además los problemas estructurales, no es más que una transculturación dirigida desde el Estado ya que incorpora ciertas prácticas del saber tradicional que le resultan funcionales mientras que, al mismo tiempo, descarta otras que considera arcaicas o ajenas al saber experto urbano y occidental (Walsh 2007).

No obstante, los saberes tradicionales de salud en el centro poblado Cuchanga mantienen una importante vigencia y funcionalidad local ya que participan de las transformaciones y reconfiguraciones del mundo rural andino. Una clara muestra de ello es su capacidad de coexistir y complementar algunas de las prácticas institucionales de los especialistas de salud en el puesto de San Ignacio.

Finalmente, no podemos dejar de notar que el acceso primario de salud de las mujeres de Cuchanga también se encuentra restringido por factores de género y, más específicamente, por la prevalencia de un marcado orden patriarcal expresado en las diferentes facetas de la vida pública del referido centro poblado.

Referencias

- Correa, N y Roopnaraine, T. (2014). *Estudio etnográfico sobre la implementación y los efectos socioculturales del Programa Juntos en seis comunidades andinas y amazónicas del Perú*. Lima: BID, PUCP y International Food Policy Research Institute.
- Cordero, L., Luna, A. y Vattuone, M.A. (2010). *Salud de la mujer indígena: intervenciones para reducir la muerte materna*. Lima: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Florian, H. (2013). *Relación entre mortalidad materna y el tipo de retraso en la atención de una mujer en gestación, parto o puerperio atendida en Centros de Salud de la Región La Libertad* (Tesis de posgrado). Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.
- Foelster, S (2014). *El dolor que se olvida. Percepciones de las mujeres campesinas del centro poblado de Cuchanga sobre la adecuación cultural del parto vertical en el centro de salud de San Ignacio, distrito de Sinsicap, provincia de Otuzco* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.
- Foucault, M. (2013). *Obras esenciales*. Barcelona: Paidós.
- Giddens, A. (1991). *Sociología*. México: Alianza.
- INEI (2017). *Perú. Encuesta Demográfica y de Salud. Nacional y Departamental*. Lima: INEI.
- Mayca, J. (2009). "Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios maternos y la adecuación cultural de los servicios maternos perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco". *Revista Médica Experimental de Salud Pública*, 26(2), 145-160.
- MINSA (2005). *Norma Técnica para la Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural*. Lima: MINSA.
- MINSA (2016). *Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical en el marco de los Derechos Humanos con pertinencia intercultural*. Lima: MINSA.
- MINSA (2019). "Situación de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad fetal y neonatal en el Perú, hasta la SE 14 2019". *Boletín Epidemiológico del Perú*, (29), 348-356.
- Nureña, C. (2009). "Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical". *Revista Panamericana de Salud Pública*, (24), 368-376. doi: dx.doi.org/10.1590/S1020-49892009001000013
- Oliart, P. (1996). *Género en los andes. Material de trabajo*. Lima: Fondo Editorial PUCP.
- Platt, T. (2008). "El feto agresivo: Parto, formación de la persona y mito-historia en los Andes". En Fernandez, G. (Coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina* (pp. 145-169). México: Abya Yala.
- Polia, M. (2001). *La sangre del cóndor: chamanes de los andes*. Lima: Fondo Editorial del Congreso del Perú.
- Polia, M. (1996). *Despierta, remedio y cuenta: adivinos y médicos del ande*. Lima: Fondo Editorial PUCP.
- RPP Noticias (22 de mayo de 2012). *La Libertad: Registran ocho muertes maternas en lo que va del año*. Recuperado de <http://www.rpp.com.pe/>.
- Vich, V. (2010). "El discurso sobre la sierra del Perú: la fantasía del atraso". *Crítica y Emancipación*, 10, 155-158.
- Walsh, K. (2007). "Interculturalidad, colonialidad y educación". *Revista Educación y Pedagogía*, 48(9), 26-35.