

# “Mamis” y “guaguas”<sup>1</sup>: familia, maternidad y la crianza a través de las generaciones en Molinos (Salta, Argentina)

Autores: Carolina Remorini <sup>^\*</sup> <sup>2</sup>

María Gabriela Morgante\*

María Laura Palermo\*

“Había una vez un señor que ha andao’ por acá y dice: ‘ay, las mujeres del campo son múltiples, al mismo tiempo he encontrao’ una mujer que hace cinco cosas: arriaba las ovejas, cargaba la guagua en las espaldas, llevaba leña y cantaba y hilaba... “(NR, Amaicha, abril de 1976)

## Presentación

Gran parte de la literatura etnográfica del siglo XX, ha tendido a aceptar que las mujeres pueden llevar a cabo más o menos el mismo trabajo que los hombres. Sin embargo, son casi universalmente responsables del trabajo doméstico, incluyendo la crianza de los niños y el cuidado de la salud de los miembros del hogar. Los hombres, por el contrario, son los encargados de las relaciones extra domésticas. Consecuencia de ello es la frecuente asociación de las mujeres con la tradición y la reproducción cultural y de los hombres con los cambios y los procesos de modernización<sup>3</sup>, producto de su mayor circulación por espacios extra-comunitarios y acceso a informaciones y “novedades”. En este sentido es frecuente la identificación de la reproducción –biológica y social- con el género femenino en gran parte de las caracterizaciones antropológicas de las denominadas sociedades “tradicionales”, aunque también en algunas sobre sociedades consideradas “modernas” (Héritier, 2007). Incluso, algunos análisis sobre las relaciones de género en grupos indígenas y campesinos van más lejos al afirmar que las mujeres – en especial las ancianas- cumplen el papel de “conservadoras y reproductoras de la tradición tribal” (Bataille y Sands, 1986) y “garantía de la continuidad de la comunidad” (Susnik, 1983; Cadogan, 1997)<sup>4</sup>. Este énfasis en el papel de las mujeres como responsables del mantenimiento de la tradición a través de la reproducción, la crianza de los niños y el cuidado del bienestar de los miembros del grupo doméstico<sup>5</sup>, excluye o

---

<sup>1</sup> Del quechua *wawá*, se utiliza en todo el área andina para designar al niño de pecho.

<sup>2</sup> ^ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. \* Universidad Nacional de La Plata  
Dirección postal: paseo del bosque s/n. CP 1900. La Plata, Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico:  
[cremorini@yahoo.com.ar](mailto:cremorini@yahoo.com.ar); [gamorgante@gmail.com](mailto:gamorgante@gmail.com); [mlaura\\_palermo@yahoo.com.ar](mailto:mlaura_palermo@yahoo.com.ar)

<sup>3</sup> Esta distinción ha sido criticada desde varias posturas teóricas desde los pioneros estudios de Margaret Mead aunque resulta llamativa su persistencia en muchos estudios comparativos de género (Eriksen, 1995).

<sup>4</sup> Siguiendo este ideal de madre-procreadora, en muchas sociedades “tradicionales” la mujer estéril es desvalorizada socialmente, en especial en aquellas donde el estatus de “adulto” se alcanza partir del nacimiento del primer hijo. No obstante, señala Héritier (2007) que esta valoración se halla fuertemente arraigada en las sociedades industriales contemporáneas, donde la esterilidad junto con el rechazo abierto de las mujeres a la maternidad, impiden su consideración como “verdaderas mujeres”.

<sup>5</sup> Por ejemplo Traphagan (2003: 127) señala que es frecuente que en las sociedades indígenas y rurales, a diferencia de lo que sucede en las sociedades industriales, las mujeres ancianas sean consideradas como

minimiza la responsabilidad de los hombres en estos aspectos y los ubica en el de “productores”, el que rara vez es asignado a las mujeres.

Siguiendo a Nerlove (1974), a pesar de que muchos autores plantean que la crianza de los niños es una actividad que entre los grupos indígenas o rurales restringe considerablemente la participación de la mujer en otras actividades –fundamentalmente productivas–, es precisamente en estas sociedades donde las madres pueden compartir las responsabilidades de la crianza con un mayor número de personas. Esta autora propone que las prácticas de crianza y cuidado infantil se acomodan a las actividades de subsistencia desarrolladas por las mujeres, y en consecuencia, si bien hay algunas en las que la madre es irremplazable, se recurre muy frecuentemente a “cuidadores sustitutos” que colaboran en distinto grado en forma temporaria y/o permanente.

En este sentido, se plantea que las sociedades que tienen una organización económica “simple” definen claramente los roles de los hombres, las mujeres y los niños, enfatizando en la cooperación para lograr sobrevivir, en tanto que en las sociedades económicamente “complejas” se destaca la competitividad. Por tal razón entre las primeras se desarrollan un conjunto de redes sociales que favorecen la reciprocidad entre familiares y sujetos próximos que se ofrecen ayuda mutua (Whiting y Whiting, 1975).

Desde las perspectivas que acentúan la asociación mujeres/reproducción, se considera que éstas reproducen generación tras generación pautas y modelos a través de la socialización de los individuos de las generaciones más jóvenes. Así, las niñas y luego las mujeres jóvenes, reciben y reproducirán de igual modo lo aprendido, de maneras aparentemente mecánicas y sin lugar para la creatividad, resignificación y transformación. Frente a estas visiones reproductivistas y estáticas de la sociedad y la socialización, y del papel de las mujeres y hombres en este proceso, en la actualidad hallamos una serie de estudios que abordan el tema de la crianza, la educación, la transmisión cultural y los roles de género en otros términos (Cohn, 2001; Mollo-Bouvier, 2005).

Sin negar aquí la abundante evidencia empírica del rol activo de las mujeres –en comparación con el de los hombres– en la crianza y cuidado de la salud que permite hablar de un patrón general (Price, 1997; Módena, 1990; Daltabuit Godas, 1992; Ryan & Martínez; 1996; Bronfman, 2001; Osorio Carranza, 2003; Scheper Hughes, 1990; Crivos, 2004; Remorini 2009) consideramos que las actividades, conocimientos, preferencias y formas de participación social de las mujeres-madres, así como las interacciones con sus pares masculinos y las generaciones jóvenes (hijos-nietos) debe analizarse en el marco de un nuevo tipo de aproximación. En los actuales escenarios las dicotomías dentro/fuera, doméstico/extradoméstico, reproducción/producción, privado/público resultan insuficientes para comprender las configuraciones sociales más recientes (Ortiz, 2002) e invitan a repensar los abordajes clásicos al respecto.

En este sentido, el trabajo etnográfico sostenido en el tiempo en una misma comunidad combina el análisis procesual con la mirada local. Ello posibilita identificar y caracterizar aquellos aspectos de los roles femeninos y masculinos que se adecuan o se distancian de lo prescripto por los modelos de relaciones de género, de organización familiar y de crianza propuestos para las sociedades “tradicionales” donde “... el concepto de familia, y con relación a éste, el de matrimonio debe comprenderse en un esquema más amplio que incluya otras formas de relaciones o uniones de hombres con

---

proveedoras de cuidado más que como receptoras de cuidado “...particularly, as they enter into middle and old age, woman often become caretakers of the collective well-being of the family...”. Es decir, en ellas recae la responsabilidad del cuidado del bienestar de las generaciones más recientes, en virtud del manejo de conocimientos que no están al alcance de éstas.

mujeres y de éstos con su prole, que no necesariamente tienen como base la misma pareja de cónyuges, casados o no” (Morgante, 2003). Asimismo, permite comprender el significado que adquieren la maternidad y la crianza para las mujeres en un contexto sociocultural particular. En este sentido, la maternidad se construye principalmente a partir de las relaciones con sus hijos y con otros significativos asociados a su experiencia de maternidad. Más allá de las variaciones individuales, estos otros significativos se vinculan con un modelo de organización familiar que no siempre incluye la díada estable de mujer-hombre. Por el contrario, el patrón de organización familiar responde al tipo de “familias múltiples femeninas que, por definición están encabezadas por mujeres ya que se trata de la co residencia de varios núcleos incompletos de mujeres con sus hijos” (Cacopardo y Moreno, 1997: 19)

### **Propósito y metodología**

Este trabajo se propone caracterizar el modo en que se construyen culturalmente las nociones de maternidad y crianza, las experiencias y prácticas asociadas a ellas y algunas transformaciones en los últimos 40 años en familias campesinas de Molinos -un pueblo localizado en los Valles Calchaquies Salteños de Argentina-, a partir del análisis comparativo del testimonio de mujeres residentes en el pueblo y localidades próximas.

Los objetivos particulares que perseguimos incluyen la descripción y comparación de las experiencias de las mujeres vallistas respecto de la concepción, gestación, parto y puerperio; las categorías locales vinculadas a los procesos de embarazo, nacimiento y crianza de los niños; el valor de los vínculos parentales y no parentales en cada una de estas instancias; los roles de género a nivel doméstico; las transformaciones en las expectativas y proyectos de las mujeres y su impacto en la familia vallista contemporánea.

El material aquí empleado es resultado de trabajos de campo etnográficos desarrollados desde el año 1976 por distintos miembros de nuestro equipo de investigación. La información proviene fundamentalmente de la aplicación de técnicas cualitativas propias de la aproximación etnográfica –entrevistas semiestructuradas en profundidad y trayectorias de vida- adecuadas al relevamiento de información discursiva, complementada con observaciones de la vida cotidiana. Las entrevistas fueron registradas mediante cintas de audio, notas de campo y fotografías.

Para este trabajo seleccionamos entrevistas realizadas a mujeres adultas de diferentes edades durante los años 1976, 1992 y 2009-2010, tomadas como *casos* a los fines de este trabajo, por considerarlas representativas de diversas formas de organización familiar. Si bien algunos de estos testimonios fueron recogidos en el contexto de estudios centrados en la caracterización del sistema médico tradicional, la relectura de las mismas en función de nuevos objetivos ofrece información relevante para caracterizar aspectos vinculados a la maternidad, tema que hasta el momento no había recibido un tratamiento central en la producción del equipo de investigación del que formamos parte.

De las entrevistas correspondientes al año 1976, seleccionamos las realizadas a dos mujeres mayores de 50 años, escogidas en aquel momento en función de sus conocimientos terapéuticos y su experiencia como parteras<sup>6</sup>. Para el año 1992, consideramos los relatos de cinco mujeres de edades entre 40 y 70 años, entre las que encontramos especialistas y no especialistas en el dominio terapéutico<sup>7</sup>. Por último,

---

<sup>6</sup> Entrevistadas por Marta Crivos en 1976 y años siguientes como parte de una investigación sobre medicina tradicional de la región.

<sup>7</sup> Entrevistadas por María Rosa Martínez en 1992 como parte de un estudio acerca del conocimiento etnobotánico en relación con el tratamiento de enfermedades vinculadas al ciclo sexual y reproductivo.

para el año 2009-2010, los casos seleccionados corresponden a tres entrevistas realizadas a mujeres de 25 y 45 años, elegidas como informantes por ser madres de niños menores de 3 años<sup>8</sup>. A los fines de llevar adelante el ejercicio comparativo consideraremos a las informantes como representantes de tres generaciones distintas y sucesivas, aunque no necesariamente se comprueben relaciones parentales entre ellas. Dado que se trata de una población a pequeña escala y relativamente homogénea desde el punto de vista sociocultural, este artificio nos permitirá reconstruir el escenario en el que las mujeres adultas se inician como madres.

La información presentada en este trabajo, analizada desde una perspectiva diacrónica y a la luz de otros estudios etnográficos y de nuevos aportes teóricos, nos permitirá discutir algunos planteos en torno la visión dicotómica y esencialista del lugar que ocupan las mujeres en la familia en las sociedades llamadas “tradicionales”. Por último, este trabajo pretende aportar conocimiento etnográfico a los estudios transculturales e interdisciplinarios acerca de la familia, la maternidad y la crianza.

### **Molinos y los Valles Calchaquíes**

Molinos es una localidad ubicada a 2020 m s.n.m. en los Valles Calchaquíes Septentrionales del Noroeste argentino. Su fundación data de mediados del siglo XVII, y en la actualidad cuenta con una población aproximada de 1000 habitantes. La misma mantiene, en general, una estructura semi-urbana, caracterizada por poblados asociados a campos cultivables, y familias extensas en fincas agrarias (Figura 1: Mapa).

Los Valles Calchaquíes registran un poblamiento humano continuo a lo largo de, al menos, dos mil quinientos años. Sobre el área habitada por población indígena denominada “diaguita” o “calchaquí” de lengua “kakan” se asentaron en el siglo XV grupos de habla quechua, producto de la expansión incaica, dando como resultado cierta homogeneidad en las pautas y prácticas culturales, comunes a toda la región andina. La conquista española se inicia en el siglo XVI, y se establece plenamente hacia la segunda mitad del siglo XVII. En este sentido, la población actual es producto del mestizaje que combina elementos indígenas e hispánicos (Crivos, 2004).

En relación a la economía vallista actual, se caracteriza por la actividad agrícola ganadera, siendo de mayor desarrollo la primera a través de los cultivos de alfalfa, pimiento, cereales y hortalizas. Si bien mujeres y hombres adultos continúan realizando estas actividades, la dedicación a ello de los jóvenes es menor, por la incorporación de otras tareas como el comercio, el trabajo asalariado dentro y fuera de Molinos, o los empleos administrativos: y, en menor proporción, de la práctica profesional y/o técnica en el hospital o la docencia escolar.

La movilidad generada por las actividades económicas fuera del pueblo resulta en una conformación de unidades domésticas de generaciones alternas “... donde las mujeres adultas o ancianas asumen en un alto porcentaje la jefatura de la familia teniendo bajo su responsabilidad el cuidado de sus nietos, debido a que sus madres y/o padres se desplazan a zonas urbanas” (Martínez y Pochettino, 2004: 166).

Los viñedos y la actividad vitivinícola se destacan por su calidad, la cual es apreciada tanto a nivel nacional como internacional. Es así que en la actualidad un número considerable de fincas con bodegas de tradición artesanal han sido adquiridas por industriales extranjeros y argentinos los que han dado a estas propiedades un perfil diferente, en el que se conjugan la industria del vino con la hotelería de primer nivel. Asimismo el textil, de carácter artesanal y de larga data continúa como una de las

---

<sup>8</sup> Entrevistadas por Carolina Remorini en 2009-2010 en el marco de un estudio acerca de las representaciones y prácticas en torno a la crianza de niños entre 0 y 3 años.

actividades económicas complementarias desarrolladas por algunos pobladores en sus unidades domésticas (Martínez y Crivos, 2010; e.p).

La mayoría de los pobladores de Molinos de autodefinen como católicos, siendo la iglesia una institución altamente significativa para la vida comunitaria. La Iglesia, cuya fundación data del siglo XVII, cuenta con un albergue para adolescentes, un jardín de infantes con comedor y una huerta comunitaria, a cargo de una congregación de religiosas.

Desde el punto de vista educativo, existen escuelas de nivel inicial, primario y secundario. A través del tiempo se registra un aumento y composición diferente del alumnado -particularmente un mayor número de mujeres-, adolescentes y jóvenes que hoy buscan completar sus estudios. No obstante aun hoy existen personas analfabetas (Martínez y Crivos, 2010; e.p).

Respecto de los servicios de salud, El Hospital “Dr. José Abraham Fernández” depende del Ministerio de Salud de la provincia de Salta, es la única institución de la biomedicina para los habitantes del lugar. Es de destacar que la mayor parte de la población (4187 personas) no tiene cobertura de obra social o planes de medicina privada, recayendo la atención de la salud sobre las instituciones públicas (Martínez y Crivos, 2010; e.p).

El Hospital cuenta actualmente con una planta de profesionales integrada por médicos, odontólogo, bioquímico y personal paramédico. En el hospital se atienden patologías de primer nivel de complejidad y partos, y cuenta con sala de internación. Se recibe pacientes provenientes de los puestos sanitarios de otras localidades del Departamento y se deriva las patologías más severas a centros de mayor complejidad. Si bien en la actualidad se registra una elevada concurrencia al hospital, algunos padecimientos continúan siendo atendidos en el ámbito doméstico o bien mediante la consulta a los “médicos campesinos”, debido a que son desconocidos por la medicina oficial<sup>9</sup>. Las estrategias de atención primaria constituyen hoy en día el eje de las intervenciones de los profesionales de la salud en Molinos. El objetivo es ampliar la cobertura a toda la población del Departamento mediante visitas semanales a los hogares del pueblo y a los puestos sanitarios de los cerros. Estas tareas implican acciones de prevención, promoción y atención de la salud mediante un contacto directo entre los agentes de salud y las familias, basado en la necesidad de detección oportuna de problemáticas de salud y en la captación temprana de las embarazadas. Además, se realiza un control sistemático del estado nutricional y patologías de riesgo de las embarazadas y niños pequeños. Como resultado, las mujeres en edad fértil que habitan actualmente Molinos reciben atención médica sistemática desde los comienzos de su embarazo en una alta proporción, realizando la mayoría de los controles pre natales y los partos institucionalizados constituyen la regla.

En cuanto a los medios de comunicación masiva y telefonía se han ido incorporando a partir de la década del 90 -telefonía de línea (pública y particular) celular, televisión, internet- lo cual es considerado por los pobladores una mejora en la calidad de vida. Además sigue vigente el sistema de comunicación por radio que en las décadas del 70-80 del pasado siglo estaba restringido a algunos organismos públicos- hospital, destacamento policial, municipalidad- y a las fincas (Martínez y Crivos, 2010;e.p).

(Figura 2: Pueblo de Molinos, desde la ruta © Carolina Remorini)

(Figura 3: Pueblo de Molinos, desde el Cerro Overo © Carolina Remorini)

---

<sup>9</sup> A estos expertos se recurre principalmente frente a dolencias de origen mecánico tales como “falseado”, “quebrado” así como frente a casos de “susto”, “aicado”, “agarrado de la tierra” y otros “síndromes culturales” (Crivos et al, 2008; Remorini et al. 2009)

## Los testimonios

### **Mujeres de 1976 : “... pero entonces había médicas”<sup>10</sup>**

Los relatos de las mujeres entrevistadas en este momento reflejan numerosos aspectos de lo que ha sido denominado la “medicina tradicional” en los valles (Crivos y Eguía, 1981; Palma, 1973). Motivadas por preguntas que buscaban identificar los dominios de acción de aquellos llamados localmente “*médicos/as campesinos/as*”<sup>11</sup> o también “*mediquitos/as*”, los testimonios detallan creencias, conocimientos y prácticas relacionadas con el embarazo y el parto, desde la propia vivencia, la de sus pares o transmitidas por las ancianas de la familia.

Los relatos encierran un conjunto de expresiones y prácticas referidas a los procesos de gestación, parto y puerperio, característicos del saber fundado en la medicina tradicional. Así, al embarazo se alude como “*enfermarse*” o “*ponerse gruesa*”; cuando el niño está en posición para nacer se dice “*está coronando*”; el acto de ayudar a la madre a parir se lo denomina “*levantar la criatura*” o “*echar la criatura/la guagua*”; al recién nacido se lo denomina “*guagua*”<sup>12</sup> o “*criatura*”.

Ambas entrevistadas remarcan que las mujeres vallistas “*tienen muchos hijos*” y “*empiezan a tener hijos desde jóvenes*”. Afirman no conocer casos de infertilidad, así como tampoco la existencia de algún tratamiento vinculado al mismo. En cambio, hacen alusión a “*medicas/os*” (campesinas/os) que intervienen prescribiendo remedios para interrumpir el embarazo, las cuales no gozan de aprobación moral por parte de ciertos sectores de la población.

La asociación entre embarazo y “*enfermedad*” es bastante frecuente en la región. Se considera que el cuerpo de la mujer queda débil y vulnerable frente a ciertos padecimientos que pueden afectar su salud o la del feto. Consecuentemente, deben respetarse un conjunto de prescripciones y tabúes para evitar daños, tales como la *aikadura* del niño<sup>13</sup>.

La idea de “*enfermedad*”, junto a la interrupción del flujo menstrual, constituye por definición el indicador del estado de embarazo, e incluye un conjunto de padecimientos vinculados a trastornos digestivos (“*no le admite el estómago*”), emocionales y a la imposibilidad de continuar con tareas que requieren esfuerzo físico excesivo (levantar peso, “*hacer mala fuerza*”). Además, se deben evitar los alimentos considerados

---

<sup>10</sup> LRM, nació en Molinos y tenía 76 años al momento de la entrevista. No fue a la escuela y trabajó cuando era joven en actividades relacionadas con la cría de ganado. Es viuda y sus hijos viven y trabajan en Salta (capital de la provincia) Ella trabaja hilando y tejiendo ponchos que hace por encargo y vende en el pueblo y en otras localidades. NRG tenía al momento de la entrevista 59 años de edad, nació en Tacuil y reside en Amaicha desde se juventud (dos localidades del Departamento de Molinos). De niña trabajaba ayudando a su abuela en las labores del campo (cría de animales). Permaneció durante un breve período de tiempo de su vida en la ciudad de Salta, trabajando como criada. NRG no completó sus estudios, aunque fue a la escuela en la ciudad de Salta. Tiene 5 hijos varones que viven en el pueblo de Molinos.

<sup>11</sup> Para referir a personas reconocidas como “...entendidos en conocimientos y prácticas referidas a enfermedad, transmitidos y modificados en la población de generación en generación.” (Crivos y Eguía, 1982).

<sup>12</sup> La expresión “*guagua*” es usado por los informantes para referir indistintamente a niños y al feto

<sup>13</sup> El *aique*, (término del kechua aykkey = huir, disparar, escapar) es una enfermedad padecida por los niños y se origina en el curso del embarazo y debido a la exposición de las mujeres a situaciones o espacios relacionados con la muerte o el contacto con personas fallecidas. El transitar cementerios o “antigales”, asistir a velatorios o estar cerca de un muerto hace pasible a las mujeres de exponer a su hijo al “susto”. Ello resulta en la pérdida del espíritu del niño que nacerá “aicado”, ocasionando trastornos nutricionales y retraso en el crecimiento (Crivos et al 2008; Palma et al, 2009).

“pesados” en estas circunstancias, y se prescriben aquellos definidos como “livianos” y “frescos” a fin de facilitar que la mujer pueda parir (“ *echar la criatura*”) sin dificultad. Durante el embarazo “ *el cuerpo se pone caliente*” y son las/los “ *mediquitas/os*” y las “ *parteras*” quienes deben procurar mantener o corregir este desbalance<sup>14</sup>, administrando “ *remedios*” (fundamentalmente preparaciones en base a plantas medicinales) para “ *refrescar*” el cuerpo de la embarazada o parturienta.

En este contexto “ *tener mal parto*” refiere a perder el embarazo debido a “ *desarreglos*” realizados por las mujeres que pueden derivar en hemorragias, siempre vinculadas a la realización de actividades desaconsejadas. Otra posible consecuencia es que el feto no se encuentre en la posición ideal al momento del parto (“ *viene de nalgas*”) debido a que se ha “ *volcado la criatura*” dentro del vientre materno.

“... cuando una mujer estaba enferma no podía comer casi, no llenarse mucho, no comer como comíamos antes. Es el peor parto después, no pueden echar la criatura porque están muy pesadas” (LR, Molinos)

“después que había tenido mal parto me ha caído eso, pero me han dicho que era porque había alzado’ no se que, pesado era; una cosa, ese trajinar y...eso me ha hecho mal. Y ahí perdí (el feto)”. (NRG, Amaicha)

“(MC-¿Cómo se daba cuenta que estaba enfermita?) LRM-cuando una está enferma, ya no está bien, no es como cuando está sin nada digamo’; claro ya se nota algo... sabe porque ya no puede comer. A usted ya no le admite el estomago (...) no me sentía muy mal pero más o menos ya no tenía la tranquilidad digamo’ ¿no? Entonces el padre (sacerdote) lo que recetaba era la enema... se ponían pasando un tiempo, una o dos enemas de malva (planta medicinal) (...) Y me han sentao’ lo más bien porque a veces uno come cosas calientes y la enema lo refresca pues. Había sido fresca, purifica la sangre a uno, da ánimos. Y ya no me sentía nada, ya livianita me ponía por más que este gruesa...” (LR, Molinos)

Tanto durante el embarazo, como en el parto y puerperio, la cercanía a las ancianas de la familia y parteras calificadas como “ *baqueanas*” (experimentadas) garantizan el acceso a un conjunto de cuidados imprescindibles para la madre y la “ *guagua*”. Son estas personas -generalmente mujeres- las que realizan operaciones que requieren experiencia tales como los masajes (o “ *sobado*”) y el “ *manteado*”<sup>15</sup> cuando “ *la criatura se ha criado en mala parte*” para que “ *quede en su sitio*”. En el parto, son quienes administran “ *remedios*” para facilitar o disminuir el dolor, saben “ *echar la placenta*” y cortar el cordón umbilical, bañan al niño y ayudan a la madre a amamantarlo por primera vez. Durante el puerperio prescriben los alimentos para la madre y la  *guagua*,

---

<sup>14</sup> Teniendo en cuenta que las nociones tradicionales de salud/enfermedad se relacionan con las nociones de equilibrio/desequilibrio, la referencia de las informantes a que durante el  *embarazo “ el cuerpo se pone caliente ”* alude al desbalance frío/calor, idea ampliamente extendida en la medicina tradicional de Latinoamérica para explicar la etiología y terapia de numerosas patologías.

<sup>15</sup> El  *sobado*  consiste en masajear, con ambas manos, el vientre de la parturienta repetidas veces desde la zona de la cadera hasta el ombligo (Palma et al, 2009). La  *Manteada o poncheada*  consiste en colocar a la mujer con dificultades de parto en decúbito supino sobre una manta o poncho apoyada en el suelo, que dos personas, tomando cada una dos de sus extremos, levantan alternativamente, para producir en la mujer tratada movimientos de semirrodillo, hacia uno y otro lado (Massaccesi y Massaccesi, 2008). Ambos procedimientos se emplean para conseguir una acomodación favorable o normal del feto en el canal de parto y, de esta manera, evitar complicaciones durante el alumbramiento.

vigilan que la mujer guarde el reposo necesario y “*envuelven las caderas*”, es decir, fajan el cuerpo de la madre para que no quede “*abierto*” y se enferme a consecuencia de ello.

Además de los “*médicos*” y las “*parteras*”, se destaca el papel de los padres – fundamentalmente la madre- y abuelos en el apoyo, consejo y sostén emocional de la mujer. Por ejemplo, NRG fue dejada por su madre al cuidado de su abuela paterna, quien la crió y de quien luego aprendió todo lo referente a las prácticas terapéuticas. LRM resalta en cambio, la compañía y apoyo constante de su madre en estas circunstancias.

“... cuando vivía mi mamá ella no me abandonaba, me mandaba sirvientas, me decía no hagas esto (...). En fin... el marido no nos va a hacer nada, nada...él como pida la comida y se sienta a comer...de piernas cruzadas, no le interesa (risas). No va a decir nada bueno, nada...No me hace faltar nada” (LR, Molinos)

“... Ya mi abuela me daba idea y además que me habían criado ellos a mí. Me criaron mis abuelos. .. Mi abuelita me ha dao’ mucha idea, mi mamita propia ya no. Ella no me ha dao’ ninguna idea digo, nada porque ella dice cuando era chica la regalao’ a los patrones pa’ Buenos Aires... yo de ella siempre todo le averiguaba, como sabía hacer, como tejían, como hilaban, como sabían... todo.” (NRG, Amaicha)

Las referencias a la participación de la pareja o esposo en circunstancias del embarazo y parto son mínimas y se relacionan fundamentalmente con el sostén económico. En este sentido, son valorizadas la propia autonomía y responsabilidad en la toma de decisiones y enfrentamiento de diversos problemas relacionados con la crianza de los hijos. A ello refieren con expresiones tales como “*tener coraje*”, “*ser fuerte*” (tener fortaleza anímica) y ser “*curtida*”<sup>16</sup> y “*sufrida*”.

“... Pero yo no he sido de esas, yo siempre he sido fuerte, será que no sé dejar de hacerlo también; todo se tiene que hacer; se trabaja lo mismo. Y así-como decía el cura (sacerdote)- sería tan fuerte “*mujer curtida*” me decía el cura, yo soy sola padre, qué voy a hacer” (LRM, Molinos)

El acceso a la atención médica en la zona aparece en ambos relatos como algo problemático, dada la ausencia de profesionales en forma estable, las distancias, la falta de medios de transporte y la ausencia de infraestructura sanitaria. Las referencias a estas dificultades en la atención sanitaria aparecen asociadas fundamentalmente con endemias que causaron elevada morbilidad y mortalidad en la región en el pasado, así como a patologías de mayor complejidad que no podían atenderse en centros de salud (Crivos y Martínez, 1996).

“Siempre yo me acuerdo un año ha entrao’ la tos (...) Entonces se ha muerto una chiquita mía de do’ años(...) Y en una casa se han muerto dos, en otra casa se han muerto tres, con esa tos; No había médicos, que vamo’ a hacer! Había en Molinos un hospitalcito pero había un guarda que le decían, parece que no había ni remedios, nada, así que ir a Molinos era lo mismo que no ir... Así era. Yo estaba, tenía m’hijo que ahora tiene 24 años; salía del cuidado del chico ese y m’hijita va y le agarra una fiebre una noche, dos noches, y ya ha

---

<sup>16</sup> Esta expresión se vincula a la experiencia y madurez de la persona adquirida como resultado de la experiencia, el esfuerzo y la dedicación, especialmente si para ello se han sufrido penalidades o privaciones.



muerto. Yo tengo dos hijas muertas y mis varones no han muerto ninguno de ellos, son cinco, ellos viven todos son grandes; ellos van a trabajar en el tabacal” (NRG, Amaicha)

"muchos (me) buscan. Yo decía, cuando haya el Puesto de Salud, nadie (me) buscará. Pero (me buscan) más todavía"(NRG, Amaicha)

En ambos testimonios se destaca más de un episodio de muerte de sus propios hijos corta edad. Frente a estas situaciones muchas veces se recurre a los “*médicos campesinos*” aunque ellos no sean capaces de tratar estos problemas de salud. La atención por parte de estos expertos locales si bien se vincula a la ausencia o dificultad de acceder a médicos y parteras profesionales también se relaciona con cierta empatía en términos culturales con los pacientes. Tal circunstancia se ve reforzada por un discurso que revalida el hecho de continuar eligiendo a estos expertos, a pesar de la mayor disponibilidad de atención biomédica. Por otra parte, la aparición de los representantes de la medicina oficial en esta época genera recelo entre aquellos que compiten con distintas trayectorias por la atención de la salud de los pobladores locales.

### **Mujeres de 1992: “... en el parto entonces no sabia haber doctor”<sup>17</sup>.**

De las entrevistas seleccionadas para este período, se resalta los procesos de salud-enfermedad-atención que caracterizan los diferentes eventos del ciclo sexual y reproductivo, y su vinculación con aspectos tales como las relaciones de pareja, la organización doméstica y las actividades laborales.

Las mujeres dejan de ser niñas entre los 12 y los 15 años, directamente asociado a la aparición de la menarca. Este episodio marca una inflexión en la trayectoria vital, expone a la mujer a circunstancias que aumentan su vulnerabilidad, traducida en una condición de debilidad frente al género masculino (“*La mujer es mas delicada que el hombre*”). En este sentido, las informantes remarcan que la vida de las mujeres en los valles está marcada por el padecimiento de numerosas dolencias asociadas al ciclo reproductivo así como a las actividades laborales agricolo-ganaderas.

“(...) dicen que la mujer es mas delicada que el hombre, no podemos trabajar tanto, como trabaja un varón, piqueada, palada, hachada, deshierbar (MR-¿por qué no somos igual que los hombres?) LCh-dicen que porque nosotros todos los meses estamos menstruando y usted no se cura de eso, la humedad del agua, tampoco debemos trajinar (trabajar) así con la horneada (...) el agua es lo mas peor porque te enfrías el cuerpo en vez de menstruar bien, dura mas días y (se forman) cuajos, se enfría la sangre (...)” (LCh, Molinos)

Por otra parte, desde su perspectiva, esta condición especial coloca a las mujeres en mejores condiciones que los hombres para el cuidado de la salud de la familia –en especial de las otras mujeres- debido a una mayor empatía frente al sufrimiento femenino así como en una situación privilegiada respecto del ejercicio de la medicina tradicional, frente a lo cual demuestran mayor interés e inclinación “natural”.

Debido a que los días en que menstrúa se considera que la mujer está débil, ésta debe respetar una serie de prescripciones que la protejan de la exposición a factores climáticos y actividades diversas que supongan el contacto con el agua y la humedad ya

---

<sup>17</sup> De las 5 mujeres entrevistadas, tres de ellas eran hiladoras y tejedoras de ponchos cuando eran jóvenes. Dos de ellas, además, se dedicaban a la cría de animales. En la actualidad, dos de ellas curan y/o venden “remedios”, una de ellas prepara y vende comida (empanadas y quesadillas) y dos son amas de casa.

“que enfría el cuerpo y la sangre”, razón por la cual el sangrado se prolonga y “se hacen coágulos”, lo que es visto como peligroso. Por tal motivo, mientras menstrúa la mujer consumirá medicamentos para atenuar los síntomas, que son provistos por los médicos campesinos, y que se conocen como “reguladores”. Asimismo, deberá evitar la exposición al sol y al calor proveniente de los hornos de barro, donde se cocinan los alimentos, ya que dan lugar a dolores de cabeza intensos, afecta la vista y el estado anímico general.

Esta consideración de la fragilidad de la mujer se extiende a todos los momentos del ciclo reproductivo, donde deben observarse cuidados similares. De lo contrario, un conjunto de dolencias afectarán a la mujer, de quien se dice que ha incurrido en “desarreglos” (Martínez y Pochettino, 2004).

Durante el embarazo deben evitarse las tareas que exijan esfuerzo y que puedan derivar en “matriz”, aunque esta dolencia no es exclusiva del embarazo. La “matriz”<sup>18</sup> alude a la inflamación de los órganos de la zona abdominal, que de agravarse puede llegar a “reventar”. La sintomatología incluye pérdida del apetito, decaimiento y vómitos.

(MR-¿de que se enferman las mujeres?) LC-será que se enferman de desmando después de los partos, muchas veces salen de la maternidad y andan con el agua o con el fuego, (...) y son testarudas, tienen el chico y se van a plantar, tarde o temprano te cae esa enfermedad (desmando), y en el hospital no te curan, no saben (...) por eso después del parto te tenés que hacer curar por los médicos campesinos, dicen que tienen esa habilidad de curar por la bendición, no por el estudio como los médicos (del hospital)” (LCh, Molinos)

(MR-¿qué es la enfermedad de la matriz?) LC-dicen que se infla y que revienta, que es como un globo y se revienta (...) es que se infla la matriz (MR-¿y el pulso que es?) LC-eso del varón, le dicen el pulso (...) también es como un globito, esta en el ombligo igual que en la matriz de la mujer, palpita ahí en el ombligo, y no tiene ganas de hacer nada, ni de comer, nada (...) y eso los médicos (del hospital) no saben (curarlo), saben los médicos campesinos (LCh, Molinos)

Asimismo, se mencionan restricciones en la dieta, entre las que se destaca la evitación de las comidas “pesadas”, debido a que “después se inflama, se engorda mucho el chico y (las mujeres) no pueden echarlo”. Por último, el contacto con los muertos está igualmente vedado a la madre embarazada, especialmente la asistencia a velorios que provoca en el niño el “aique” (aikadura).

Al igual que en los testimonios de 1976, se refiere a que el compromiso de los hombres con la mujer en estas instancias es mínimo o nulo, lo que se extiende también a las decisiones sobre anticoncepción que recaen únicamente en la mujer quien es considerada “más responsable”. Al ser consultadas sobre la posibilidad de ser infértiles, las mujeres responden que para ese problema “no se conoce cura”.

---

<sup>18</sup> La “matriz” o “enfermedad de la matriz” es una patología cuyos síntomas incluyen dolores, palpitations e hinchazón de la región abdominal, inapetencia, vómitos, dolores corporales y decaimiento general, producto de “una mala fuerza o de desarreglos que hace la mujer cuando esta menstruando. En las mujeres embarazadas afectadas, puede suceder que el feto no se encuentre en una posición adecuada al momento del parto, y se deba recurrir al “manteo” o al “sobado” para remediar esta situación. En los hombres esta patología se denomina “pulso”, “padrón” o “pagrón” y sus síntomas se asocian a lo que es percibido como un “corrimiento” o “descenramiento” de un órgano (que también recibe el nombre de pulso o pagrón) localizado en la región abdominal, provocando dolores persistentes (Crivos y Eguía, 1981; Martínez y Pochettino, 2004; Palma et al, 2009).

Los testimonios de esta época indican que los partos pueden ocurrir tanto en el hogar como en el hospital. En general, los partos domiciliarios son más comunes en el caso de los primeros hijos de las mujeres de esta generación. La posibilidad de dar a luz en el hospital depende del acceso a medios de transporte y la anticipación con la que se advierten los síntomas previos al alumbramiento. En contraste con momentos posteriores de sus propias vidas en las que el acceso a atención médica profesional es mayor, las mujeres refieren a un pasado en el que *“en el parto no sabía haber doctor”*. Durante los partos domiciliarios, la asistencia generalmente es brindada por otras mujeres con experiencia en el proceso, aunque pueden secundarlas los padres y/o maridos de las parturientas. Nuevamente en esta instancia se refiere la necesidad de recurrir a una serie de medicamentos naturales y de prácticas para mitigar y/o prevenir dolores y complicaciones. Entre las últimas se menciona la *“manteada”* para acomodar al niño y el *“sahumado”* que ayuda a la mujer a recuperar la *“fuerza”* luego de parir. Asimismo, algunas mujeres refieren a experiencias de alumbramiento en los cuales dieron a luz en soledad, destacando el *“coraje”* de las mujeres *“de antes”*:

“yo solita, soy corajuda porque el Dios es grande, yo estaba sola con Dios” (CL, Molinos)

Las complicaciones más frecuentes en la salud de la mujer durante el puerperio se engloban dentro de la categoría de *“desmando”* o *“decaída”* asociada a la inmediata incorporación de la madre a las actividades domésticas. Ello genera dolores de cabeza y de espalda, pérdida de apetito y fiebre. Los riesgos de las complicaciones postparto merecen una distinción acorde al sexo del recién nacido. Si se trata de un varón, la exposición de la reciente parturienta se prolonga por treinta a cuarenta días, período durante el cual se manifiesta que la mujer es más vulnerable, llegando a correr riesgo de muerte, lo que se expresa como *“tiene la sepultura abierta”*.

Al igual que en los testimonios del '76, se expresa que las mujeres suelen tener elevada cantidad de hijos, aunque no todos sobreviven al parto o a los primeros años de vida. Asimismo, que la crianza, por distintas circunstancias, puede recaer en la abuela biológica del niño, razón por la cual muchas de ellas denominan *“hijos”* a sus nietos, mientras que éstos las denominan *“mamis”*.

### **Mujeres de 2009-2010: *“...ahora vamos a hospital, pero la mami me ha ayudado, siempre la mami es muy importante”*<sup>19</sup>**

Para este momento tomamos los relatos de tres mujeres cuyas experiencias nos permiten marcar algunas continuidades y diferencias respecto de las generaciones anteriores.

---

<sup>19</sup> NR tiene 25 años, nació y vive en el pueblo. Está sin pareja actualmente y tiene tres hijas (6 años; 1 año y 6 meses y 1 mes la menor). El padre de sus hijas vive en Salta (capital provincial) y mantiene con ella comunicación frecuente. Fue a la escuela, terminó la primaria y actualmente trabaja como empleada doméstica por las tardes en dos casas de familias del pueblo. MT tiene 39 años, nació y vive en el pueblo. Está casada y tiene dos hijos varones *“propios”* y una hija *“criada”*. MT y su esposo terminaron el nivel secundario. MT elabora panes y empanadas para vender en el pueblo, mientras que su esposo está empleado en la construcción.

DF nació en enero de 1964 en la finca de Amaicha, *“en el campo”*, aunque desde hace años que vive en el pueblo de Molinos, junto a su esposo y sus 11 hijos, en un barrio ubicado en las *“orillas”*, es decir, en las afueras del pueblo, a diferencia de MT y NR. El mayor tiene 27 años y la menor 9 meses. Es abuela, ya que dos de sus hijas tienen sus propios niños. Una de ellas vive junto a DF, ya que es *“madre soltera”*. No trabaja fuera de su casa y su esposo hace *“changas”* en la construcción y agricultura.

La oferta y posibilidades de educación y trabajo dentro y fuera de la comunidad para las mujeres vallistas han aumentado considerablemente respecto del tiempo “de las abuelas” lo que conduce a estas mujeres a tener nuevas experiencias, expectativas y proyectos. No obstante ello, la maternidad y la crianza de los hijos continúan definiendo los roles y estatus de las mujeres en la comunidad, lo que retrasa o a veces imposibilita la realización de otras actividades, sobre todo si no se cuenta con el apoyo social necesario. La ausencia de compañero en un caso y la experiencia de “abandono” materno en otro, son las razones por las cuales MT y NR no han continuado o empezado estudios superiores o no han podido aún aceptar otras ofertas laborales fuera de Molinos. En el caso de MT, ella vive con Doña DT, anciana de 90 años, su abuela biológica pero a la vez su “mami”, ya que ha sido ella quien la ha “criado” desde pequeña. El abandono de su madre por razones laborales cuando era niña es una experiencia que no desea trasladar a sus propios hijos.

“... tengo el secundario completo... después nació P (su hijo mayor) y no me he ido a estudiar más (CR-¿te hubiera gustado seguir estudiando?) MT- si, y si... pero como me dice P ‘me hubieras dejado’ (al cuidado de su abuela), pero yo tenía que dejar y no quería que fuera como yo, que a mí me han dejado y es feo, porque yo a mi mamá le quiero así como hermana, es el cariño, pero no de madre...yo como madre le tengo a la mami y al papi que ha fallecido que me criaron (se refiere a sus abuelos biológicos)”(MT, Molinos)

“... me gustaría volverme a Salta, pero yo pienso por mis chicos, que crezcan un poco...(CR-¿y te gustaría volver a trabajar de lo mismo u otro trabajo?) NR-sí, de eso me gustaría, pero bueno, ya voy a ver con el tiempo que pasa (...) yo estuve estudiando de secretaria administrativa y dejé también porque ya estaba embarazada de J (su hija mayor), en Salta vivía...y bueno, quede embarazada, me faltaban dos meses y ya terminaba...” (NR, Molinos)

Si bien MT y NR nacieron ambas en sus casas, con la ayuda de “*mediquitas*” y enfermeros del antiguo puesto de salud, todos sus hijos nacieron en hospitales.

“... ahí vino una enfermera que se llamaba A.B. era cuando el hospital recién comenzaba a funcionar pero solo con enfermero digamos... ella esta jubilada ahora, es una viejita (ella te hizo nacer?) MT: si, así dice la mamá ... que la llamabas y ella te ayudaba... no había hospital para internarse...” (MT, Molinos)

A diferencia de las mujeres de las generaciones previas, sus experiencias en relación con la maternidad y el cuidado de la salud han estado marcadas por la influencia de los servicios biomédicos. En este sentido, tanto en el lenguaje utilizado hasta en el acceso a tecnología no disponible décadas atrás, se evidencia el impacto de la biomedicina. Por ejemplo, ambas refieren haberse realizado varias ecografías durante los embarazos y haber asistido a todos los controles pre natales obligatorios.

DF, en cambio, nació en la casa, al igual que 6 de sus 11 hijos, 2 de los cuales nacieron además mientras ella era trasladada a centros de salud de localidades cercanas (Cachi, Seclantás). La última niña (9 meses) nació en el Hospital de la ciudad de Salta, adonde fue derivada por ser considerada “paciente de riesgo”, al tener más de 45 y ser múltipara. En las oportunidades en que dio a luz en su casa, recibió ayuda de otras mujeres de su familia y vecinas, ya que su esposo no se encontraba presente por motivos laborales:

“(CR: ¿naciste en Hospital o naciste en tu casa?) en el campo! ... dice que mi mamá iba así, como vivía en el...en el puesto digamos, donde ella trabajaba y

iba al puesto... así nació directamente en el campo, en el campo... sintió dolor y le tuvo ahí nomá', sin ayuda de nadie, después dic' que mi hermana... mayor que tengo, dic' q' ella vino, dic' que m' había metió en la bolsa de lana de oveja, dic' q' ahí toda envuelta... y su hijo el mayor fue a avisar a una tía... y esa tía la ha ido a atender a mi mamá (CR: ¿y cuándo empezó a haber gente que ya viniera del hospital para la zona de Amaicha?) más bien cuando nosotros teníamos un hijo ya... pues ya tiene veintisiete años... mucho más antes debía ser creo... hará como treinta años (...)" (DF, Molinos)

En el caso de MT, su último embarazo ocurre 20 años después del primero, lo que resulta en diferencias significativas entre ambas vivencias, no sólo en cuanto al acceso a los servicios de salud, sino también en lo que concierne a su madurez para asumir la maternidad ("yo era tan chica, tan inocente, uno va al parto inocentemente y ni sabe lo que es!"). En concordancia con este argumento, muchas mujeres actualmente expresan preocupación por los embarazos durante la adolescencia, señalándolo –al igual que el personal de salud de la zona- como uno de los "problemas" del presente. Al respecto, una situación que era habitual y naturalizada hasta hace algunos años –el hecho de que las mujeres comiencen a tener hijos a temprana edad- hoy es evaluada por las mujeres adultas desde otra perspectiva que combina por un lado, la consideración del embarazo adolescente como un problema de salud pública desde los organismos sanitarios, y por otro, una valoración diferente de las capacidades y actitudes de las adolescentes en relación con la maternidad. En este sentido, los cambios en el estilo de vida, las diversas experiencias y expectativas de las jóvenes, las oportunidades de educación, diversión y trabajo, conducen a transformaciones en las representaciones acerca del ciclo de vida, la adultez, la maternidad y también la paternidad.

Con respecto a la atención del embarazo y parto, en la actualidad se registran un conjunto de cambios. Una de las diferencias que aparecen respecto de las generaciones previas es la posibilidad de elegir entre diferentes opciones de atención médica, aunque ello implique salir del pueblo, y la posibilidad de contar con obra social y otros tipos de cobertura social. Estas nuevas oportunidades se relacionan con el mejoramiento de caminos y la mayor disponibilidad de transporte, el mayor nivel de instrucción alcanzado por las mujeres, la ampliación de oferta sanitaria, el mejoramiento de la infraestructura y la proliferación de programas y planes materno-infantiles en la última década. En la actualidad en el hospital se permite la compañía de la pareja, de un familiar o quien elija la mujer en la sala de partos, en concordancia con iniciativas nacionales e internacionales que promueven esta práctica valorada por las mujeres vallistas.

No obstante las mejoras en los servicios biomédicos, aún continúa siendo problemática la resolución de complicaciones durante el parto, lo que obliga a traslados de emergencia a hospitales de mayor complejidad de la región. En el caso de MT, ella prefiere tener su segundo hijo en la capital de la provincia donde existe atención de alta complejidad, que ofrece mayor "seguridad". Sin embargo, en su relato destaca que el trato impersonal en los hospitales de la ciudad comparado con la relación afectiva entablada con el profesional local le genera desconcierto y preocupación, a lo que se suma la soledad experimentada en la ciudad, a diferencia de lo que ocurre en el pueblo, donde cuenta con la ayuda y compañía de personas del entorno familiar.

Donde emergen numerosas diferencias respecto de las generaciones anteriores es en lo que concierne a los cuidados durante el embarazo y puerperio. En primer lugar, estas mujeres no utilizan expresiones tales como "desarreglos", "matriz" o "decaída/recaída" u otras frecuentes en el discurso local sobre la salud-enfermedad de las mujeres en el pasado. Del mismo modo, tampoco refieren a prácticas tales como la

“*manteada*”, el “*sobado*” y los “*sahumados*” las que han perdido vigencia en virtud del nuevo escenario y actores intervinientes en el parto y atención de la salud materno-infantil. Sin embargo, DF da testimonio de la importancia de algunas de estas prácticas para evitar “*recaídas*”, frecuentes cuando ella tuvo a sus primeros hijos,

“... después ya me quedaba... si ahí nos tenía más o menos quince días sin bañarnos... la mami no quería que nosotros salgamos, nada... teníamos que estar encerrados quince días, de agua fría, nos cuidábamos de eso... en la pieza, y no levantarse... nos daban comida no pesada... le hace una dieta digamos, y ahora no... ahora ya al otro día ya te dan las salsas, te dan todo, distinto de antes es ahora todo... antes era el mes, y a bañarse y recién hacer otras cosas... después del mes recién te arrimabas al fuego... (CR: ¿por qué?) porque dicen que es de recaído... ya venía, te dolía los pechos... ya la cabeza... y esa recaída siempre la cura un médico campesino, no saben curarla médicos...” (DF, Molinos)

“y si el bebé estaba mal acomodado nos mantillaban... con el poncho, nosotros en el piso, digamos en la pieza hacen una parte así, así socavan y sobre de ese poncho y... y tiene que ser un baqueano, que le llaman...” (DF, Molinos)

No obstante, las informantes señalan algunas coincidencias entre las indicaciones biomédicas y los cuidados prescritos por sus abuelas, entre los que se destacan la evitación de trabajos pesados y el consumo de medicamentos. Al respecto, un aspecto que resulta interesante en el discurso de MT es su referencia a que uno de los médicos del lugar, conocedor de la tradición local, le recomienda “*no hornear*”, permanecer lejos del “calor” y no hacer “*mala fuerza*”. Ello pone de manifiesto el interés del profesional por adecuar el vocabulario y el contenido de las prescripciones a las tradiciones médicas locales, sabiendo que las mujeres suelen apelar en forma simultánea a la biomedicina y a la medicina doméstica a través de los consejos de las abuelas.

“... estaba embarazada y lo perdía... hace dos años atrás, no sé... me dio un dolor de repente muy fuerte, y ... será que acá uno a veces hace fuerza, trae leña, que antes se traía siempre, pero cuando estaba embarazada de Pancho yo alzaba leña, todo hacia, íbamos al cerro con la mamá y traíamos leña, bajábamos bolsas de chañar y no me pasó nada a mí... no ha sido un embarazo digamos normal ... me decía el doctor “hacé más reposo, dejá de hornear” `tonc` a los tres meses (DE EMBARAZO) ya he dejado de hornear yo... como hay que hacer fuerza para levantar las latas en el horno, traer la leña, entonces el doctor me decía “por precaución dejá, no hagas mala fuerza”, entonces ahí he dejado...” (MT, Molinos).

“... Antes te cuidaban mucho (las mami), después de parto, ahora vos te tenes levantar a la tarde o al otro día a más tardar (cuando el parto ocurre en el hospital) ... en ese tiempo (primer parto) me acuerdo que la mami me tenía en cama, que no entre en una recaída, esas cosas decía ... según sus creencias, de antes, no? (decía) que si vos te levantás te da el aire y te puede dar dolor de cabeza, o algo... a eso llaman ellos la recaída. (CR: y cómo te sentís cuando te agarra recaída?) no sé, yo nunca tuve eso...” (MT, Molinos)

En lo que concierne al sostén y apoyo durante estos momentos, las tres informantes experimentaron alguno de sus embarazos sin la compañía de sus parejas, sea por abandono, trabajo fuera de la zona o desconocimiento de la paternidad del niño. En ambos casos, atribuyen estas actitudes a la “juventud” e “inexperiencia” de los hombres. Frente a ello, se valora la ayuda y compañía de las mujeres de la familia especialmente

“*la mamá tiene que estar... Y más la mamá es la que me ha ayudado*”) aunque también de los padres y abuelos.

(CR-¿y que hacías en Salta?)NR-yo trabajaba en un hotel antes, trabajé ahí mientras estaba embarazada y me vine acá con mi mamá (CR-¿y donde te quedabas? ¿dónde vivías?)NR-alquilaba un departamentito, vivía ahí con el papá de J y A (sus hijas) después bueno, ya me quede sola y me vine para acá (Molinos), pero nosotros con él (con el padre de sus hijas) sí hablamos... (CR-¿y él te ayuda si tenés que comprarles algo a las nenas o alguna cosa que necesites?)NR-sí, yo le llamo y me manda (NR, Molinos)

“ antes, como vivía mi mamá ... me atendió la mamá...siempre yo estuve sola, mi marido en ninguno (parto) me acompañó, solo éste, cuando nació la Viki” (DF, Molinos)

En los discursos de las informantes se valora la mayor accesibilidad a conocimientos y recursos de la medicina científica, al tiempo que se reconoce la pertinencia y eficacia de ciertos conocimientos y prácticas transmitidas por sus abuelos y padres. No obstante, recurrentemente en los relatos se utilizan expresiones tales como “*dicen los más viejos/las mamis*” o “*según sus creencias*” lo que les permite tomar cierta distancia y no identificarse directamente con esas creencias. Ello pone de relieve la intención de reproducir el discurso de otras personas, sin necesariamente asumirlo como propio (Crivos, 2004).

“... el doctor (biomédico) ya me ha dicho que le comience a dar papilla, porque ya cumplió los 6 meses y hay que comenzar a dar papilla, zapallo, papa, y después come la banana pisadita con juguito de naranja, la manzana ... esas cosas, no carne todavía (CR: y a tu primer hijo también le diste de comer a los 6 meses papillitas?) No, antes, de mas chiquito le dimos, porque según ellos (se refiere a su abuela y la gente de su edad) era su creencia que ni bien pudieran ya había que meterles algo en la boca... mientras que el chiquito ya pueda recibir algo, ellas (las abuelas) ya le ponían sopitas, zapallito, siempre, de más chiquito le han puesto a él... o el mate cocido, el pan mojadito en el mate cocido, así ha sido antes (CR: y vos no pensas así ahora?) No, bueno, pero por precaución yo hago lo que el médico te dice, él dice que el chico no está preparado por dentro para recibir alimentos (cuando son) tan chiquitos, por eso a los seis meses recién, yo me guío por eso... no te voy a decir que nunca le he hecho probar, le he hecho probar así poquito pero nada más” (MT, Molinos)

En lo que concierne a la crianza de sus hijos, estas mujeres reciben colaboración y apoyo de otras mujeres de la familia más frecuentemente, luego de sus hijos mayores (en el caso de DF) y de sus esposos en último término (MT y DF), ya que éstos trabajan fuera del hogar y muchas veces se trasladan a localidades cercanas por varios días. Si bien las tres informantes integran familias extensas (en sentido vertical), cada una presenta particularidades en lo que concierne a su composición, a las responsabilidades asumidas por mujeres y hombres y a la colaboración que reciben de parientes y no parientes en las labores domésticas, incluida la crianza y cuidado de los niños.

A diferencia del pasado, hoy las mujeres cuentan además con la posibilidad de recurrir a numerosas instituciones locales en la búsqueda de consejo, apoyo y sostén económico para la crianza de los hijos: jardines de infantes, comedores infantiles, hospital, congregaciones religiosas. En estas instituciones las mujeres se relacionan con diferentes personas que sostienen y legitiman diferentes conocimientos, valores y

prácticas en torno al cuidado de la salud y la crianza de los hijos, algunos de los cuales entran en conflicto con aquellos sostenidos por las “*mamis*” y abuelas. Asimismo, no debemos olvidar el mayor acceso, por referencia a décadas pasadas, a los discursos que circulan por los medios de comunicación (programas y publicidades de televisión y radio fundamentalmente aunque también Internet). Un aspecto en el que esto se refleja claramente es en la alimentación durante el embarazo y la alimentación del niño, en especial, los momentos considerados “oportunos” para destetar al niño, para introducir alimentos sólidos y los tipos de alimentos recomendables para los niños pequeños.

“(CR-¿te acordás cuando le empezaste a dar comida o mamadera?) A los seis meses (CR-¿y quien te recomendó, te aconsejó eso?) el doctor, que después de los seis meses ya le puedo dar mamadera y alimentos variados, pero principalmente comienza con la papilla primero, A (su hija mayor) ya después de los siete meses empezó a comer...” (NR, Molinos)

### **Consideraciones finales**

En este trabajo nos hemos propuesto caracterizar las experiencias y prácticas asociadas a la maternidad y crianza de los hijos, así como identificar continuidades y cambios ocurridos entre tres generaciones de mujeres vallistas. Del análisis de tales aspectos resultan una serie de consideraciones que se presentan a continuación.

Las actividades, responsabilidades y oportunidades de las mujeres a lo largo de toda su etapa reproductiva dependen íntimamente de la consideración local de sus roles según un modelo de familia en la que los hombres están temporal o permanentemente ausentes, lo que resulta en una composición doméstica con características particulares (Morgante, 2003). Por esta razón, las mujeres asumen frecuentemente –en diverso grado y con distinta duración- las funciones productivas junto con las reproductivas, a diferencia de ciertas imágenes presentes en textos etnográficos sobre las familias rurales de la zona y de otras regiones latinoamericanas<sup>20</sup>, donde la presencia masculina es fuerte y las esferas productivas y reproductivas están –aparentemente- genéricamente compartimentadas. Esta condición de las mujeres, sorprende a los “de afuera” quienes las califican como “mujeres múltiples”, tal como expresa el testimonio citado al comienzo de este trabajo.

La asunción de tareas productivas, por otra parte, hace que la presencia materna estable en el hogar y a cargo de los hijos no siempre esté garantizada, compartiendo esas responsabilidades con otras mujeres de la familia, generalmente mayores. De ello resulta la unidad doméstica matrifocal –madres y abuelas- que se sostiene en el tiempo más allá de la presencia masculina. Esta configuración se halla en los tres momentos considerados (1976; 1992; 2009-2010).

La estrecha relación que se da en el ámbito doméstico entre las dos generaciones alternas (abuelos-nietos) podría ser una de las razones por las que los ancianos y ancianas son respetados y sus juicios y consejos considerados al momento de tomar decisiones, ya que son ellos quienes brindan cariño y contención en ausencia de los padres (Crivos y Martínez, 2006). En este contexto se comprende el sentido que adquieren denominaciones tales como “*mami*”, cuyo alcance semántico se extiende a estas abuelas que asumen o comparten la crianza de sus nietos. Tal situación, si bien se plantea como habitual y esperable, aparece en algunos de los testimonios recogidos como una experiencia impugnada (“*ella me abandonó*”; “*me ha dejado*”) y un

---

<sup>20</sup> En relación a otras posturas sobre los papeles productivos y reproductivos en los Valles Calchaquíes, por ejemplo, ver Torres (2004)



cuestionamiento hacia la madre biológica, quien sigue siendo considerada la responsable “natural” de la crianza.

La ausencia y/o escasa colaboración de los hombres, conjuntamente con la organización matrifocal, se traduce en que los principios de autoridad siguen un patrón matriarcal en cuanto a la búsqueda de asistencia y respaldo en las mujeres mayores dentro o fuera de la misma familia. Este modelo, pese a las modificaciones observadas en las tres generaciones, parece sostenerse en el tiempo y nos permite interrogarnos acerca de la multiplicidad de situaciones posibles ante la clásica consideración del patrón de hogar fundado en la díada hombre-mujer que mencionáramos al comienzo de este trabajo.

La íntima conexión abuelas-nietas favorece la continuidad de la transmisión de conocimientos, valores y prácticas vinculadas a la maternidad y a la crianza de los niños que -a pesar del acceso a información diversa y a servicios de salud biomédicos-, continúan siendo recuperadas por algunas mujeres en sus discursos. Los consejos de estas mujeres mayores se hallan avalados por sus conocimientos sobre la medicina tradicional, así como por sus particulares experiencias de embarazo y crianza, lo cual otorga autoridad a sus discursos y funda el respeto de sus hijas/nietas.

A pesar de la multiplicación de fuentes de información y de las nuevas tecnologías de cuidado de la salud, el recurso al saber y experiencia de las “*mamis*” continúa siendo un “punto de anclaje” necesario. Ello se hace más evidente cuando se padecen dolencias que no son identificadas ni tratadas por la biomedicina, lo que convierte el saber de los médicos campesinos en el único recurso válido. En este sentido, analizar los comportamientos y decisiones actuales frente a las enfermedades y a los procesos reproductivos en términos de una dicotomía tradicional/biomédico constituiría una simplificación excesiva (Remorini, 2009). Por tanto, las diversas expresiones acerca de la maternidad y la crianza deberán considerarse como resultado de una amalgama compuesta de concepciones tradicionales y otras nuevas resultantes del contacto interétnico que caracterizan la identidad del grupo en un momento histórico determinado (Morgante, 2004).

La importante participación femenina en tareas productivas y reproductivas a través de su trayectoria vital en los tres momentos considerados, puede analizarse además desde un juego entre las nociones de fragilidad y fortaleza que plantean en sus discursos. En este sentido, las mujeres comienzan a transitar, a partir de su pasaje de niñas a adultas, por una serie de circunstancias que las exponen a la “enfermedad”, como menstruaciones, embarazos, partos y diversas dolencias, las que se explican fundamentalmente en términos de “peligros” y “tabúes” (Douglas, 1990). Al respecto, se observa un interjuego entre las nociones de riesgo (ligado a factores ambientales y actividades domésticas) y de contaminación (en especial el contacto con los muertos) y la ruptura de tabúes, que originan dolencias diversas en las mujeres y en sus hijos por nacer. En los testimonios más recientes, la adhesión a prescripciones biomédicas no resta importancia al respeto de algunos de estos tabúes transmitidos por las abuelas.

Asimismo, a partir de sus testimonios podemos advertir el impacto que tienen algunos procesos mórbidos -asociados a los procesos reproductivos pero también a sus labores productivas- desde la perspectiva de las mujeres, condicionándolas a un estado casi permanente de vulnerabilidad a la enfermedad y de “*sufrimiento*”. Sin embargo, ante estas amenazas a su integridad psicofísica, las mujeres destacan discursivamente la fortaleza emocional (propia o de sus pares) para enfrentar dichas situaciones. De este modo, es recurrente la alusión a la fragilidad y sufrimiento de la mujer durante su ciclo reproductivo -en especial las mujeres “de antes”-, pero al mismo tiempo se plantea que estas situaciones tienen como contrapartida la fortaleza anímica y la autosuficiencia, es decir, ser “*corajudas*”, “*baqueanas*” y “*curtidas*”.

En relación con ello, la mayoría de las entrevistadas crecieron en un ambiente rural y en contextos familiares en los que las enfermedades y la muerte de adultos y niños eran hechos frecuentes de la vida cotidiana. En especial, las mujeres entrevistadas en 1976 y 1992, refieren a hijos pequeños que fallecieron o bien por falta de acceso a atención médica adecuada o bien por los efectos de endemias de alto impacto sanitario en la región. Asimismo, refieren a familiares o vecinas que murieron por complicaciones durante el parto, evitables en la actualidad. Estas mujeres crecieron sin que sus familiares tuvieran acceso efectivo a servicios de atención médica básica, y observaron que su madre, abuela o incluso ellas mismas debieron involucrarse en la atención de diversos de miembros de la familia y de la comunidad, haciéndose cargo al mismo tiempo de las obligaciones domésticas, contribuyendo al sostenimiento económico de la familia, criando a las “*guaguas*” propias o a sus hermanos, y cumpliendo a la vez papeles de “*curadoras*” o “*parteras*”.

En todos los casos se alude a un “*antes*” en que la ausencia de recursos institucionales para la atención de la salud justificaban la utilización de recursos a escala doméstica o apelando a quienes poseían un saber médico ancestral (Crivos y Martínez, 2006). Hoy en cambio, la mortalidad infantil en el departamento de Molinos ha decrecido notablemente, más del 90% de la población recibe visitas domiciliarias periódicas de los agentes de salud, todas las embarazadas y niños se hallan bajo vigilancia nutricional y no existen niños menores de 1 año con déficit nutricional. (Gonza, 2009; Hernández, 2010)

Asimismo, en la actualidad las mujeres refieren al uso generalizado de anticonceptivos orales obtenidos en forma gratuita en el centro de salud, algo que en las entrevistas anteriores no aparece como posible o deseable en muchos casos. Algunas mujeres (1992) plantean el uso de anticonceptivos y también abortivos “*naturales*” y destacan que la anticoncepción es una decisión y responsabilidad femenina. En las entrevistas de 1976 la anticoncepción y el aborto aparecen como hechos sancionados moralmente desde un discurso instalado por la religión católica en combinación con las expectativas culturales respecto de una mujer adulta en este contexto.

Por último, teniendo en cuenta que todo conocimiento relacionado con el cuerpo, la salud y la enfermedad es culturalmente construido, a medida que nos acercamos a la actualidad observamos de qué modo el discurso de la medicina tradicional y el quehacer de los “*médicos campesinos*” conviven y comienzan a entrar en conflicto y/o complementarse con el discurso y prácticas biomédicas, asociadas a una mayor y estable presencia de médicos en la zona.

El análisis comparativo de los testimonios de estas mujeres vallistas nos permitió reconocer convergencias y cambios en las representaciones y prácticas asociadas a la maternidad y la crianza de los hijos en los últimos cuarenta años. Consideramos que esta aproximación será ampliada en próximas investigaciones, a otras mujeres del valle e integrando la perspectiva masculina sobre estos procesos y las relaciones que hemos ilustrado hasta el momento desde la perspectiva femenina. Ello permitirá ampliar el conocimiento intracultural y maximizar los aportes que el mismo puede ofrecer a la comparación intercultural.

## **Agradecimientos**

Esta investigación ha sido financiada por el CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas).

Deseamos agradecer a las mujeres de Molinos que han compartido sus conocimientos y experiencias con nosotras y está dedicado a la memoria de aquellas que ya no están.

Asimismo, agradecemos especialmente al personal del “Hospital Abraham Fernández” (Molinos) y a su directora, la Dra. Norma Hernández y a Kika y Lisardo Zuleta por facilitar siempre nuestra estadía en el campo. Por último, a Marta Crivos y María Rosa Martínez por abrirnos las puertas del trabajo de campo en Molinos y permitirnos utilizar el valioso material empírico colectado por ellas.

## Bibliografía

- Bataille, G. M. y K. M. Sands 1986. *La Mujer India Americana: Historia, vida, costumbres*. (Barcelona: Editorial Mitre).
- Bronfman, M. 2001 *Como se vive se muere. Familia, redes sociales, y muerte infantil*. (Buenos Aires: Ed. Lugar).
- Cacopardo, M. y J. Moreno 1997 “Cuando los hombres estaban ausentes: la familia del interior de la Argentina decimonónica”. En: Otero, H. Y G. Velásquez, *Poblaciones argentinas*. (Propiap: Tandil)
- Cadogan, L. 1997 *Ayvu Rapyta. Textos Míticos de los Mbyá-Guaraní del Guairá*. Biblioteca Paraguaya de Antropología. (Asunción: Fundación "León Cadogan"). Volumen XVI.
- Cohn, C. 2005 *Antropologia da Criança*. (Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.)
- Crivos, M. 2004 “Contribución al estudio antropológico de la medicina tradicional de los Valles calchaquíes (Provincia de Salta)” Tesis Doctoral. Facultad de Ciencias Naturales y Museo. Universidad Nacional de La Plata. Available in: <http://sedici.unlp.edu.ar?id=arg-unlp-tpg-0000000083>
- Crivos, M y A. Eguía 1981 Dos estudios antropológicos sobre medicina tradicional de los Valles Calchaquíes, Argentina. En: *Folklore Americano*, 31. Publicación del Instituto Panamericano de Geografía e Historia, OEA.
- Crivos, M. y M. R. Martínez 1996 La narrativa oral de los "médicos campesinos" como fuente para el estudio del cambio y continuidad en las concepciones y vivencias acerca de la enfermedad en Molinos (Salta, Argentina). *Actas de la IX International Oral History Conference*. Göteborg, Sweden: Communicating Experience. Pp 764-773.
- Crivos, M. y M. R. Martínez 2006 Vejez e identidad cultural. Reflexiones desde la experiencia etnográfica. *VIII Congreso Argentino de Antropología Social. Simposio 33: Cultura y envejecimiento*. Salta.
- Crivos, M; M. R. Martínez y M. L. Pochettino 2008 “Phytotherapy applied to the treatment of cultural bound syndromes in Calchaqui Valley (Salta, Argentina)” En: Devarajan Thangadurai (Ed.) *Medicinal and Aromatic Plants*. (New Delhi: Regency Publications, India: Bioscience Publications, Jaipur: ABD Publishers). En Prensa.
- Daltabuit Godás, M. 1992 *Mujeres Mayas. Trabajo, nutrición y fecundidad*. (México: Instituto de Investigaciones Antropológicas. UNAM)
- Douglas, M. 1991 *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. (Madrid: Ed. Siglo XXI)
- Eriksen, T. H. 1995 *Small places, large issues. An introduction to Social and Cultural Anthropology*. (London: Pluto Press)
- Gonza, N. 2009 Informe interno. Evaluación Epidemiológica Pre-ronda 61. (Abril-Junio 2009). Hospital “Abraham J. Fernández”. Molinos. MS.
- Héritier, F. 2007 *Masculino/Femenino II. Disolver la jerarquía*. (México: Fondo de Cultura Económica)
- Lopez da Silva, A; A.V, Lopez da Silva Macedo y A. Nunes. (Org.) 2002. *Crianças indígenas. Ensaio antropológicos*. (Sao Paulo: Global Editora)

Martínez, M.R y M.L. Pochettino 2004 Análisis de los recursos terapéuticos utilizados en el Valle Calchaquí. Las mujeres dicen acerca de dolencias y “remedios”. *Relaciones* XXIX: 163-182.

Martínez, M.R y Crivos, C. 2010. El hospital como alternativa médica en una población rural del Valle calchaquí, provincia de Salta, Argentina. Aceptado para su publicación en Revista *Memories*, Universidad de Padua. En prensa.

Massaccesi, H y L. Massaccesi 2008 Ejercicio de la medicina en el NOA, su desafío. *Revista Hospital Italiano Buenos Aires*, 28 (1). Available in: <<http://revista.hospitalitaliano.org.ar>>

Modena, M. E. 1990 *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. (México: Ed. de la Casa Chata)

Mollo-Bouvier, S. 2005 Transformação dos modos de socialização das crianças: uma abordagem sociológica. *Educação e Sociedade*, 91(26): 391-403.

Morgante, M. G. 2003 La familia rural como expresión sincrética. Susques, Jujuy. *Sociedades Rurales, Producción y Medio Ambiente*, 4 (7). México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Morgante, M. G. 2004 “Cosmología, mitología y chamanismo en la Puna de Susques”. Tesis Doctoral. Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata.

Nerlove, S. 1974 Women’s workload and Infant feeding practices: a relationship with demographic implications. *Ethnology*, 13 (2).

Ortiz, R. 2002 *Otro territorio. Ensayos sobre el mundo contemporáneo*. (Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes Ediciones).

Osorio Carranza, R.M. 2001 *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. (México : CONACULTA-INI-CIESAS).

Palma, N. H. 1973 *Estudio antropológico de la medicina popular de la Puna Argentina*. (Buenos Aires: Editorial Cabargon)

Palma, N. H. et al. 2009 *Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Andina: del Noroeste Argentino al Conurbano Bonaerense*. (Salta: Mundo Grafico Salta Editorial)

Price, L. 1997 Ecuadorian Illness Stories. En: Dorothy Holland and Naomi Quinn (Editors).

*Cultural Models in Language and Thought*. (Cambridge University Press)

Remorini, C. 2009 “Aporte a la Caracterización Etnográfica de los Procesos de Salud-Enfermedad en las Primeras Etapas del Ciclo Vital, en Comunidades Mbya-Guaraní de Misiones, República Argentina”. Tesis Doctoral. La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Edulp, Ira ed. Available in: <[http://sedici.unlp.edu.ar/search/request.php?id\\_document=ARG-UNLP-TDG-000000330&request=request](http://sedici.unlp.edu.ar/search/request.php?id_document=ARG-UNLP-TDG-000000330&request=request)>

Remorini, C; M. Crivos; M.R. Martínez; A. Aguilar Contreras 2009 El “susto”: “síndrome culturalmente específico” en contextos pluriculturales. Algunas consideraciones sobre su etiología y terapéutica en México y Argentina. Vth INTERNATIONAL CONGRESS OF ETHNOBOTANY. Sesión 6. Contextos pluriculturales y procesos de cambio en el conocimiento etnobotánico. 21-24 de septiembre de 2009. San Carlos de Bariloche.

Ryan G. W. y H. Martínez 1996 Can We Predict What Mothers Do? Modeling Childhood Diarrhea in Rural Mexico. *Human Organization* 55 (1):47-57.

Scheper-Hughes, N. 1992 *Death without Weeping*. (Berkeley: University of California Press)

- Susnik, B. 1983 *Los Aborígenes del Paraguay. Tomo V: Ciclo vital y estructura social*. (Asunción: Museo Etnográfico “Andrés Barbero”)
- Torres, G. F. 2004 Mujer campesina y trabajo. Su rol en la actividad productiva y reproductiva de los Valles Calchaquíes. *Andes*, 15. (Salta: Universidad Nacional de Salta). Available in:  
<<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/IndArtRev.jsp?iCveNumRev=5545&iCveEntRev=127&institucion=>>
- Traphagan, J. 2003 Older women as caregivers and ancestral protection in rural Japan. *Ethnology*, 42 (2): 127-139.
- Whiting, J. y Whiting B. 1975 (1995) “The Javanese value of children. Strengthening the family”. En: Zeitlin, M. F. et al. *Implications for international development The United Nations University* .