



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social



BICENTENARIO DEL PERÚ 2021 - 2024

EVIDENCIA MIDIS

Conocer para incluir

V EDICIÓN CONCURSO DE

INVESTIGACIONES CULMINADAS PARA JÓVENES

2023

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

Mención honrosa



EVIDENCIA MIDIS
Conocer para incluir

CIES
consorcio de investigación económica y social

CISEPA
PUCP

CENTRO DE INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO

IEP
INSTITUTO DE ESTUDIOS PERUANOS

GRADE
Grupo de Estudios para el Desarrollo

On Think Tanks
INDEPENDENT RESEARCH, IDEAS AND ADVICE

Redes
Red de Estudios para el Desarrollo

SENAJU
Secretaría Nacional de la Juventud

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL

Julio Javier Demartini Montes
Ministro

Fanny Esther Montellanos Carbajal
Viceministra de Políticas y Evaluación Social

José Enrique Velásquez Hurtado
Director General de Seguimiento y Evaluación

Elmer Lionel Guerrero Yupanqui
Director de Evaluación

Elaborado por:

Arantxa Madeleine Ramos Rojas (Pontificia Universidad Católica del Perú)

© Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), 2023
Av. Paseo de la República 3101, San Isidro, Lima – Perú
Teléfono: (01) 631-8000 / (01) 631-8030
Página web: www.gob.pe/midis

La versión electrónica de este documento se encuentra disponible en forma gratuita en:
<https://evidencia.midis.gob.pe/concurso-investigaciones-2/>

Reservados algunos derechos:

Este resumen de investigación ha sido elaborado por las investigadoras del estudio. Las opiniones, interpretaciones y conclusiones aquí expresadas no son necesariamente reflejo de la opinión del MIDIS. Nada de lo establecido en este documento constituirá o se considerará una limitación o renuncia a los privilegios del MIDIS, los cuales se reservan específicamente en su totalidad.

Citación:

Ramos Rojas, Arantxa Madeleine. (2023). **Autoatención campesina del embarazo, parto y posparto en la sierra de Piura: experiencias y estrategias de atención familiar en un contexto de transformación rural y pluralismo médico en los andes norteños del Perú. Resumen de la investigación.** Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. <https://evidencia.midis.gob.pe/concurso-investigaciones-2/>

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS)
Av. Paseo de la República 3101, Lima 27 – Perú
Central telefónica: (51-01) 631-8000

www.midis.gob.pe

Anexo 1. Resumen de la investigación

1. Carátula

a) Título:

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

b) Resumen de la investigación: Esta investigación es una aproximación etnográfica al proceso de embarazo, parto y posparto (EPP) de mujeres campesinas de la sierra de Piura. Partimos identificando las estrategias de cuidado y las experiencias corporales, morales y afectivas que las mujeres y sus familias experimentan. Sostenemos que la atención campesina del EPP es configurada por un contexto de pobreza rural y precaria infraestructura estatal que cobra altos costos en el cuerpo, la salud, la economía y las relaciones familiares campesinas. No obstante, también identificamos un profundo conocimiento campesino sobre el cuerpo, las relaciones y las lógicas de intimidad e intercambio, de la mano de una sofisticada experimentación familiar en la atención, generando así lo que denominamos “campesinización de los recursos biomédicos”. Concluimos identificando un protagonismo campesino en la reducción de la muerte materna, confrontando así lecturas estatales desagregantes en torno las poblaciones campesinas andinas y su agencia en la transformación de sus condiciones.

c) Fecha de culminación de la investigación: Abril, 2023

2. Introducción

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

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

A pesar de los aportes que han significado estas aproximaciones, creemos que existen asunciones y énfasis que deben ser superados. En primer lugar, las investigaciones sobre medicina tradicional nos han planteado un válido cuestionamiento a la hegemonía biomédica; sin embargo, las más de las veces parten de un entendimiento dicotómico y esencialista de dos sistemas médicos, los cuales definen como discretos y opuestos entre sí. Esta mirada ha opacado los usos diversos e híbridos que las poblaciones campesinas andinas llevan a cabo en la práctica con los recursos, repertorios y tecnologías médicas a los que tienen acceso, más allá de las delimitaciones simbólicas reconocibles.

Por otro lado, a pesar de sus bienintencionados y necesarios intentos por mejorar los servicios de salud estatales, los estudios desde la salud sexual y reproductiva han reducido la comprensión de las mujeres y sus familias, acotando su foco de análisis solamente a su relación con los sistemas de salud oficial. Ello ha generado una simplificación del entendimiento de sujetos y

unidades de organización social hacia la noción acotada de “usuarias”; por lo que el centro del análisis no ha trascendido el sistema de salud para conocer a las personas que hacen uso de esto, o las dinámicas sociales en torno a la salud y el cuerpo más allá de los límites físicos y procedimentales del sistema estatal.

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

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

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

3. Marco teórico o conceptual

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

Cuando nos aproximamos a la categoría de “estrategia” la estamos tomando prestada de los debates sobre los medios de supervivencia (o estrategias de vida), enfoque que Conway y Chambers (1991) sistematizan como aquellas capacidades, valores y actividades que las familias campesinas tienen para proveerse sus medios de vida (Conway y Chambers en Diez, 2014, p. 46). Esta categoría nos permite una entrada más procesual de los modos de afrontamiento de la vida en las sociedades campesinas contemporáneas, recogemos algunas críticas a esta propuesta que nos permita considerar sus limitaciones: 1) Gran parte de las observaciones que se le hacen a esta propuesta teórica están señalando el excesivo énfasis en los factores económicos, dejando de lado aspectos históricos y sociales (Scoones, 2009; Diez, 2014). Sumado a ello, 2) Anderson (2011) comenta cómo desde los estudios relacionados al desarrollo rural, parece faltar incorporar una mirada a las formas de organizar la vida doméstica y la

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

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

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

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

La “intermedicalidad”, por otro lado, nos abre paso a reflexiones nacidas en la etnografía amazónica y sus aproximaciones críticas a la salud (Greene, 1998; Foller, 2004; Langdon y Garnelo, 2004). Tanto Greene (1998) como Foller (2004), hacen un esfuerzo por entender la

economía política en los procesos de salud/ atención a partir del concepto de “intermedicalidad” en la etnografía amazónica. Parte de las intuiciones que nos deja esta categoría es la crítica a aquellas tendencias teóricas que asumen que con la llegada de la biomedicina se “pierden costumbres ancestrales”, las cuales implican una mirada esencialista, estática y sin una real comprensión de cómo las relaciones coloniales han existido y se han tejido históricamente con el territorio amazónico. Además, este concepto nos aporta al entender que la hibridez de los recursos, repertorios y tecnologías implican superposiciones, articulaciones y competencias, así como un activo dinamismo en su construcción. Así también, la categoría de “intermedicalidad” nos sirve especialmente para nuestro caso al dar luces sobre la reapropiación de las tecnologías y cuestionar el poder biomédico con un énfasis en la capacidad del agente de reelaborar. Por último, consideramos un aporte bastante interesante cómo esta agencia también se ve traducida en una “chamanización” (Greene, 1998) y/o “indigenización” (Foller, 2004) de los recursos biomédicos.

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

4. Metodología

La pregunta de investigación que guía la investigación busca entender las particularidades e implicancias tienen las atenciones del embarazo, partos y posparto, en la vida reproductiva de las mujeres en los andes norteños, considerando su particular contexto andino de transformación rural y pluralismo médico. Esta pregunta busca entender las manifestaciones particularidades y las implicancias económico-políticas y territoriales que tienen las atenciones familiares del embarazo, parto y posparto en los andes norteños.

Abordamos las diversas dimensiones de este fenómeno a partir de tres preguntas secundarias. La primera de esta se pregunta cuáles son las actividades cotidianas y cómo han sido las trayectorias de vida reproductiva de las mujeres en Huarmaca-Piura. Esta busca describir y conocer qué hacen las mujeres durante su día a día y cómo ha sido la configuración de su vida reproductiva: desde el inicio de sus relaciones y durante todo el itinerario de cada embarazo de inicio a fin. Esta primera parte nos ayuda a comprender diversos matices de la vida cotidiana de estas mujeres en relación a la particular trayectoria de vida reproductiva, la cual nos abre la puerta a conocer sus experiencias de EPP y la propia dinámica de configuración y organización de su unidad doméstica.

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

Por último, la tercera se pregunta por cómo las estrategias de autoatención de los EPP dialogan con su contexto político-económico territorial. En esta pregunta buscamos conocer las nociones locales del cuerpo y las representaciones familiares y campesinas de salud/enfermedad. Así también nos interesa analizar la intermedicalidad de las atenciones y los diálogos médicos que estos implican. En esa línea, para responder a estas preguntas de investigación, nos aproximamos desde un enfoque cualitativo, específicamente un estudio de caso con enfoque etnográfico. La selección de la muestra para este estudio se basó en un muestreo no probabilístico por bola de nieve y por informantes clave, la muestra exigió conocer diversas dimensiones contextuales del distrito, de la comunidad y del hogar.

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

- Muestra Succhirca (Comunidad): En la segunda etapa, nos aproximamos a la comunidad Cabeza-Succhirca, específicamente al caserío de Succhirca, por ser este un escenario medianamente interconectado entre las dinámicas urbanas y rurales. En este nos aproximamos a las instituciones de salud estatal, a los terapeutas locales, al mismo tiempo que fuimos presentándonos a la comunidad y a las familias en sus dinámicas cotidianas.

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

De tal forma, los casos seleccionados fueron 5 mujeres de la comunidad de Succhirca entre los 24 y 40 años que, al momento en que se realizó el trabajo de campo, contaban con más de una

experiencia de embarazo, parto y posparto. En estos casos hemos encontrado diversos puntos de variabilidad y convergencia descritos y analizados en los capítulos 4 y 5 relacionados a 1) la experiencia migratoria previa al compromiso, 2) el inicio de su vida conyugal y reproductiva, 3) la relación con sus redes cercanas.

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

5. Fuente de información

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

Sobre el primero punto, se priorizó el uso de técnicas como la observación participante y las conversaciones informales, sobre todo en las dinámicas intrafamiliares y en el acompañamiento de mujeres campesinas. Así también, se necesitó de entrevistas abiertas sobre todo con agentes extrafamiliares: funcionarios institucionales y terapeutas locales de diversos repertorios de la oferta local. Por último, se necesitó la revisión de archivo en el Centro de Salud y una constante revisión bibliográfica. Sobre el segundo punto, fue necesario el registro en un cuaderno de trabajo campo y la tematización de estos en un cuaderno de campo ampliado. Sobre el cuaderno de campo: Este se desarrolló durante el trabajo de campo y sirvió para ir registrando diversos datos, entre los que se priorizaron las descripciones densas de eventos, diálogos e interacciones personales y cotidianas. A esos se agregaron las dudas que me surgían y memos analíticos con conexiones con la bibliografía revisada. Sobre el cuaderno de campo ampliado: Este proceso significó ampliar el cuaderno de campo a partir de incorporar más datos registrados (audios, entrevistas, fotos, llamadas telefónicas, interacciones que cobraron sentido después). Sobre el proceso de análisis: este implicó tematizar en grandes temas/métodos el cuaderno de campo. Luego, considerando las variadas fuentes de datos y los casos particulares, el análisis se enfocó en construir rangos de situaciones entre quienes disponían más o menos recursos (experiencia migratoria, redes, atenciones, economía familiar, relaciones estables, diálogos médicos con terapeutas etc.).

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

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

- **“Dilemas de la vida cotidiana”: Rutinas y relaciones cotidianas:** Otra dimensión del método implicó una escucha activa y observación permanente a los temas que las mujeres plantearan

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

- “Historias de vida reproductiva”: Autobiografías e itinerarios de atención del EPP. El último método utilizado implicó la reconstrucción de las “historias de vida reproductiva” de cada caso. Le llamamos “historia de vida”, ya que recoge elementos de las historias de vida autobiográficas donde se prioriza las narrativas de las mismas mujeres sobre eventos importantes de sus vidas. A esta denominación le agregamos la de “reproductiva” para hacer énfasis en dos puntos: 1)El proceso de configuración, organización y mantenimiento de sus nuevas unidades domésticas y 2)Toda la trayectoria de sus procesos de embarazo, parto y posparto.

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

6. Principales hallazgos o resultados (máximo 2 pág.)

Encontramos que la atención de los partos tiene un protagonismo activo de las familias, las cuales prefieren que este se atienda en las casas salvo que las mujeres se encuentren en ciudades (donde escogen ir a hospitales) o en caso de complicaciones (donde se buscan diversas salidas, entre ellas acudir a un centro de salud de mayor rango que el que disponen en el caserío). Cuando el parto está por darse, son las redes cercanas las que velan por atender y salvaguardar la vida de las mujeres evaluando constantemente cómo organizarse, qué recurso utilizar, a qué especialista llamar o a dónde ir. Así, es la familia la que se organiza para asegurar la presencia de la mamá, del esposo o de alguna de sus redes cercanas, al mismo tiempo que convoca a parteras, yerberos, obstetras, médicos, enfermeros, etc. De tal forma, encontramos un escenario donde atender los partos se configura como un asunto familiar que involucra la participación de diversos terapeutas locales y biomédicos. También encontramos que la atención durante el parto se nos presenta como una práctica ecléctica y fluida de repertorios terapéuticos híbridos guiados por las decisiones del grupo doméstico. Así, esta hibridez es generada a partir de los propios referentes de conocimientos familiares, desde una evaluación activa sobre sus posibilidades materiales y a partir de un uso contextual de los recursos, repertorios y tecnologías terapéuticas de los agentes de salud (de diversos modelos de atención).

Vale la aclaración que al referirnos a la atención de los partos en casa estamos presentando una estrategia de autoatención dinámica y funcional a las necesidades de las familias campesinas y no a la categorización estatal de “parto domiciliario”. Esta categoría estatal tiene como error importante asumir que los partos que se dan en las casas necesariamente involucran la presencia de una partera, una resistencia por parte de las familias a la intervención biomédica y/o la nula intervención del personal del centro de salud. Como nuestros casos han demostrado, tanto esta asociación entre las familias campesinas y un sistema médico tradicional discreto o desde un énfasis en la relación conflictiva con los centros de salud, oculta la compleja relación que se crea entre las familias y los terapeutas locales, de un lado, y los servidores médicos, del otro. De hecho, hemos podido constatar que las familias campesinas buscan que las atenciones durante el parto puedan darse de manera cómoda, lo cual implica tener buenas relaciones con los servidores médicos (tener una partera conocida a quien acudir, estar con sus madres durante el parto, que sus maridos las atiendan, etc.), así como no exponerse a situaciones de riesgo (priorizan no caminar por el terreno abrupto y resbaloso de esta zona durante el momento de parto). Este tipo de prioridades en la atención no descarta la presencia biomédica ni la rechaza;

más bien, la incorpora como un recurso más dentro de sus posibilidades de atención. Además, oculta la complejidad de las atenciones híbridas y eclécticas que se crean entre los terapeutas locales, los servidores médicos y sus recursos, repertorios y tecnologías. De esta forma, como parte de dicha hibridez y uso familiar pragmático, encontramos que puede darse el caso donde ambos terapeutas comparten y legitiman un recurso; en el que usen, validen o deseen las tecnologías que el otro terapeuta utiliza, o casos en los que reconozcan que los recursos que brindan son limitados.

Dentro de la atención de los partos en las casas por parte de los servidores médicos, encontramos que las exigencias institucionales tales como atender en una camilla, con las mujeres echadas y en centros de salud especializados se diluyen. En estos casos, el personal médico incorpora en su práctica la atención de las mujeres desde posiciones que sean cómodas para ellas. Práctica que se asume, más bien, por una evaluación pragmática de la situación: muchas veces las mujeres ya están instaladas con mantas debajo de ellas y una soga en la viga de la casa, y están con personajes familiares femeninos cercanos como madres o cuñadas y, en algunos casos, con la presencia de una partera. Así, los especialistas médicos y sus tecnologías biomédicas presentes en la atención se limitaban a sus conocimientos biomédicos y a un pequeño bolso de atención de la gestante, donde se lleva lo mínimo necesario, haciendo aún más precaria la oferta estatal biomédica en la zona. En varios de los casos, cuando el personal de salud llegaba y las parteras estaban presentes, las atenciones se iban repartiendo a partir de la legitimidad de los conocimientos de cada especialista y del contexto. De tal forma, hubo casos donde las familias criticaron la limpieza en las técnicas de las parteras y priorizaron el apoyo biomédico en sus casas, y otros en los que la misma familia criticaba la brusca técnica de extracción de la placenta por parte del personal biomédico, prefiriendo la ayuda de una partera. Así, la legitimidad del conocimiento biomédico suele tener cierta importancia en la medida en que las tecnologías que utiliza y los repertorios terapéuticos funcionen y, más bien, cuando estas demuestran sus limitaciones, la preferencia puede cambiar. De esta forma, la valorización de la práctica médica local o institucional es dinámica y flexible a los intereses del grupo doméstico. De esta forma, encontramos que esta práctica de atención familiar del parto no solo nos muestra la existencia de una presencia e intervención variadas de especialistas médicos y de repertorios sobre la salud, sino también una práctica donde los especialistas médicos se presentan como un recurso más y donde sus tecnologías biomédicas son apreciadas y utilizadas, al mismo tiempo que son consideradas un bien limitado.

Por ello, la atención familiar de los partos en casa es una manera activa y creativa en la que se da la adaptación de las familias campesinas en un entorno precario y con posibilidades estructurales escasas. Este hallazgo dista de cierta literatura sobre el parto en los andes, donde se argumenta la existencia de un ritual y una práctica tradicional con procesos bastante delimitados (Burgos, 1995), o de lecturas preservacionistas que plantean cómo las parteras están siendo menos valoradas (Valverde, 2007). Desde el caso trabajado, creemos que atender los partos en casa se presenta más como una estrategia campesina dinámica y de repertorios híbridos, y menos como una “tradicón que busca perpetuar”. Nuestro caso, en cambio, nos invita a leer la agencia de las familias campesinas andinas norteñas en clave de la “intermedicalidad”. Como podemos recordar, tanto Greene (1998) como Foller (2004), desde la etnografía amazónica, proponen a la “intermedicalidad” como una categoría crítica a aquellas tendencias teóricas que asumen que con la llegada de la biomedicina se “pierden costumbres ancestrales”, cuestionando cierta mirada esencialista y ahistórica que no parece considerar que las relaciones coloniales han existido y se han tejido históricamente con el territorio amazónico. Además, proponen que la hibridez de los recursos, repertorios y tecnologías implica superposiciones, articulaciones y competencias, así como un activo dinamismo en su construcción.

De esta forma, la categoría de “intermedicalidad” nos sirve especialmente, ya que las atenciones familiares del parto no son una puesta en práctica de “tradiciones” campesinas ahistóricas y discretas; más bien, forman parte de una estrategia de autoatención activa y dinámica de las

familias campesinas quienes articulan diversos recursos y repertorios disponibles en su práctica de atención. Así, atender el parto en casa tiene más que ver con la disposición familiar para hacerle frente a las amenazas a la vida de las mujeres desde un dinamismo en constante construcción, que con prácticas de atención delimitadas y estrictamente calculadas.

Sumado a esto, consideramos preciso leer la agencia familiar campesina que nuestro caso nos presenta en la misma lógica de Greene (1998) y Foller (2004) cuando hablan de “chamanización” o “indigenización” de los recursos, respectivamente. Donde Greene (1998) analiza la “chamanización” de las tecnologías biomédicas en la práctica chamánica, en la cual encuentra que incorporar estas tecnologías dotaban de mayor poder y prestigio los propios rituales chamánicos (Greene, 1998), o desde la forma en la que Foller (2004) analiza la “indigenización” de los recursos como un “nuevo conocimiento y práctica que sobrevive y sufre continuas transformaciones. Es un proyecto de negociación y renegociación, resistencia cultural e ilustración de la formación de una identidad indígena como estado dinámico y transitorio” (Foller, 2004, p. 117, traducción y énfasis propios). De esta forma, ambas entradas nos presentan sujetos dinámicos que valoran el conocimiento biomédico, al mismo tiempo que “resisten” al poder y la ideología de la biomedicina (Foller, 2004, p. 2017). De la misma manera, nombramos como “campesinización de los repertorios biomédicos” aquella acción agente de apropiación que las familias “del campo” generan de manera activa con los limitados recursos biomédicos presentes en la atención de los partos en sus casas. De esta forma, los partos en casa responden a una estrategia de autoatención en la que el grupo familiar asume la responsabilidad real ante una complicación; además, es quien genera un espacio más cómodo y menos riesgoso para las propias mujeres y pone en marcha todos sus recursos haciendo un uso ingenioso de las limitadas posibilidades al alcance y de todos los repertorios disponibles. En ese sentido, la campesinización de los recursos biomédicos es una manifestación agencial de la conciencia familiar campesina de la situación política interétnica/inter clase e intermédica en la que se encuentran.

7. Principales conclusiones / recomendaciones (máximo 2 pág.)

Desde este estudio evidenciamos la importancia de entender la dimensión doméstica dentro de la ecuación de los estudios de la economía rural y el campesinado ya que, 1) Entendemos que desde los estudios sobre el campesinado no se ha priorizado entender la importancia de las mujeres en la economía campesina, más allá de verlas como productoras de la tierra, propietarias y discursos de acceso igualitario (Deere, 2000), siempre leídas en función de lo público y su acceso a las actividades masculinas. 2) La feminización del campo no sólo significa que estas mujeres son las que se encargan de la producción de la tierra, mientras que los hombres se enfocan en otros tipos de trabajos remunerados dentro y fuera de la comunidad (como base de la pluriactividad rural contemporánea). Significa también que esa misma feminización configura cuerpos femeninos desgastados, con poca “fuerza”: cuerpos más propensos a enfermar o decaer más rápido luego de un embarazo. Por último, 3) Son las mujeres las que están sosteniendo las transformaciones rurales. Por lo mismo, es urgente replantear los métodos y enfoques que privilegian lo público y rechazan lo doméstico, creando una dicotomía injusta con las vidas de las familias campesinas y los fenómenos sociales que atraviesan.

Otro hallazgo importante es la problematización de las responsabilidades de la muerte materna, una de las preocupaciones principales de las políticas públicas estatales de salud materna los últimos 30 años (Del Carpio, 2013), cuya reducción ha sido promovida y financiada por organismos internacionales. Con este contexto de fondo, las cifras de muerte materna se redujeron considerablemente. Desde el Estado y la salud pública se estima que el incremento de los “partos institucionales” ha sido el gran responsable de estas cifras.

Una premisa del sistema de salud pública asume que con el “parto institucional” “existe mayor seguridad o menor riesgo de salud tanto para la madre como para el recién nacido, puesto que,

el parto sucede en un establecimiento de salud y es atendido por personal de salud calificado: médico, obstetra o enfermera” (ENDES, 2020b). Sin embargo, esta descripción dista de la realidad que observamos y analizamos. Primero, desde las mismas restricciones estatales, el único centro de salud que estaría autorizado para atender a las mujeres durante un EPP es el que se encuentra en Huarmaca (zona urbana). Mientras tanto, los puestos de salud presentes en los caseríos como el de Succhirca, no tienen ni equipos, ni personal calificado, ni autorización para atender a las parturientas en sus postas. No obstante, sí tienen metas que cumplir respecto al “parto institucional”, el cual parece generar un sobre-registro. No sorprende entonces que las altas cifras de incorporación del parto institucional estén sobredimensionadas.

Este contexto de escaso personal, infraestructura limitada, rotación de serumistas, equipamiento obsoleto, precaria cobertura de salud en un territorio difícil y la presencia de normas descontextualizadas, nos presenta limitaciones importantes para la atención materna. Por ello, es gracias a las estrategias de autoatención campesina que se logra mejorar la experiencia de la precaria oferta estatal brindada, donde las familias campesinas no sólo maximizan y amplían los usos formales de las instituciones estatales, sino también hacen uso de los mismos desde sus propias lógicas y necesidades. Hemos podido constatar que las familias campesinas buscan que las atenciones durante el parto puedan darse de manera cómoda, lo cual implica tener buenas relaciones con los diversos terapeutas, así como no exponerse a situaciones de riesgo. Este tipo de prioridades en la atención no descarta la presencia biomédica ni la rechaza; más bien, la incorpora como un recurso más dentro de sus posibilidades de atención. No obstante, a pesar de las negociaciones con el sistema de salud oficial, las familias campesinas no solo parecen tener presente las limitaciones de esta oferta, sino también se muestran escépticas de la capacidad estatal de afrontar las crisis en la salud materna.

Es en este contexto donde las familias generan “estrategias de autoatención” que nos plantean familias rurales con agencia. Y no es para menos. Considerando los riesgos que la atención implica, el poder decidir qué tratamiento tener, cómo alimentarlas y atenderlas, poder acompañar el proceso de inicio a fin, o recibir un mejor trato es una gran hazaña. Esta participación activa, así como el saberse bajo condiciones estructurales precarias, están íntimamente ligadas a un posicionamiento consciente de la situación política interétnica/interclase e intermédica en la que se encuentran. Sin embargo, a pesar de esta agencia y posicionamiento, si hacemos un “zoom out” a dichas dinámicas, estas representan tan sólo pequeñas victorias. Así, las estrategias de autoatención son también una respuesta forzada por un contexto de pobreza e instituciones precarias que, aunque puedan significar una importante y creativa manifestación de agencial campesina, representa sobre todo una lucha para sobrevivir. La existencia de estrategias implica desventajas, a pesar de la creatividad y agencia.

Sumado a este difícil punto de partida, tal y como argumentamos en el capítulo anterior, las familias campesinas se ven invisibilizadas por una ideología desagenciante sanitaria o biocomunicabilidad que implica discursos y prácticas biomédicas y estatales. Así, el propio sistema de salud y poder institucional presenta a estas familias campesinas como meros agentes pasivos, culpables de las crisis en su salud y como producto de fenómenos externos. Y no sólo eso, sino que desde esta ideología se silencia que son las familias campesinas y no las instituciones de salud estatal las principales responsables de la reducción de la muerte materna en la zona.

Los costos de la agencia campesina en un contexto de limitaciones estructurales y discursos desagenciantes son altos: el pago implica un desfaldo de la caja chica campesina, un nulo reconocimiento de su protagonismo en la reducción de la muerte materna, así como el alejamiento de la posibilidad de que, siendo visibles estas limitaciones del sistema de salud, se generen cambios. Y no sólo eso, sino que, respondiendo la pregunta inicial, desde esta investigación evidenciamos cómo es que las familias campesinas son las que terminan salvando al sistema de salud estatal del peso político, económico y afectivo de una muerte materna. Ello,

mientras los responsables políticos se llevan el crédito de las cifras y el dinero destinado para esta.

Como vemos, a pesar de estos extremos costos para las familias campesinas, estas no tienen la hegemonía de la acción y los que sí la tienen no parecen mostrar un interés real porque estas condiciones mejoren. En otras palabras: quienes gozan de poder político y económico real para influir en la vida personal de las familias campesinas y pobres son, al mismo tiempo, los principales responsables de que la “pobreza rural”, la “precaria infraestructura estatal de salud” continúen.

Por otro lado, nuestra investigación también nos ha permitido problematizar la data cuantitativa estatal que, lejos de funcionar como una herramienta que coadyuve a mejorar el sistema de salud pública, es funcional a los intereses del sistema biomédico y se construye de forma poco rigurosa y forzada: 1) Encontramos que los indicadores estatales de “parto institucional” se sostienen en la exigencia de cumplimiento de metas más allá de las posibilidades y recursos que se proporcionan, 2) Esta data se construye bajo una amplia variedad de casos que, con costos y recursos asumidos por las familias campesinas, dan crédito al sistema de salud como responsable de salvar las vidas de las mujeres, y 3) la combinación entre la exigencia de metas y escasos recursos estatales pone en riesgo la vida no sólo de las mujeres atendidas, sino también del personal de salud perteneciente a los rangos más precarizados del sistema biomédico. De esta forma, la data estadística estatal termina por legitimar discursos y prácticas biomédicas con una validez cuestionable.

Así, la reducción de la muerte materna, para la cual se destina un importante financiamiento desde la salud pública, se reduce a llenar las tablas de gestantes con un check en “parto institucional”. Y no sólo eso, sino también, como desvela nuestra investigación, son las familias campesinas las que cargan con los costos económicos, físicos y emocionales de una oferta de salud precaria. Sumado a ello, no sólo no existe un reconocimiento de dicha agencia, sino también se deslegitima esta desde los discursos oficiales de salud, a pesar de que sean familias campesinas las principales responsables de que dichas cifras plausibles existan. Finalmente, y, por si fuera poco, por las condiciones en que se exige y construye esta data estadística estatal, estas familias campesinas tampoco gozan de la posibilidad de que se visibilice la precaria oferta estatal y se gestionen cambios en esa línea.

Este hecho nos lleva a cuestionarnos hasta qué punto las preguntas de investigación, argumentos en ciencias sociales, proyectos de desarrollo y políticas públicas se basan en información —y respuestas— hechas con data asumida acríticamente y construida desde nociones rígidas y etnocéntricas. Estos cuestionamientos, sin embargo, no apuntan a deslindar de la producción de datos cuantitativos, sino todo lo contrario: es un llamado de atención sobre la importancia de construir data que ayude a desvelar en lugar de ocultar. Así también, esta construcción minuciosa del “dato”, nos vuelve a poner en agenda la importancia de la producción de estudios etnográficos que nos muestren la realidad desde lecturas más justas con la complejidad de las y los sujetos que encarnan nuestros “fenómenos sociales”.

8. Referencias bibliográficas

- Anderson, Jeanine (1999) *Mujeres de negro. La muerte materna en zonas rurales del Perú. Estudio de casos*. Lima. Ministerio de Salud - Proyecto 2000.
- Anderson, Jeanine (2001) *Tendiendo puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de salud*. Lima. Movimiento Manuela Ramos.
- Anderson, Jeanine (2006) *Invertir en la familia. Estudio sobre factores preventivos y de vulnerabilidad al trabajo infantil doméstico en familias rurales y urbanas de Perú*. Lima: Oficina Regional de la Organización Internacional del Trabajo.
- Anderson, Jeanine. (2005). "Género de cuidados". En: Barrig, Maruja, editora. *Fronteras interiores. Identidad, diferencia y protagonismo de las mujeres*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, pp. 71-93.
- Anderson, Jeanine (2006) *Economías del cuidado colapsadas: ¿a quién le tendría que preocupar? Conferencia internacional: Las migraciones América Latina Europa: Bruselas 6-7 de noviembre*
- Belaunde, Luisa E. (2020) *Sexualidades amazónicas. Género, deseos y alteridades. La siniestra ensayos*. Lima.
- Bernex de Falen N. y Revesz B. (1988) *Atlas regional de Piura*. Lima Cipca- PUCP.
- Bonafon, H. (2019). "Dr. Jesucristo, te puede sanar": Recursos y repertorios terapéuticos campesinos y la presencia evangélica en una comunidad quechua en Churcampa - Huancavelica.
- Burgos, María. (1995) *El ritual del parto en los andes. Aspectos socio- culturales de la concepción, embarazo, parto, puerperio, recién nacido y parteras tradicionales en la zona sur-andina del Perú*
- Chiappe, Mario (1970) *El síndrome cultural de daño y su tratamiento curanderil*. En *Psiquiatría Peruana* (Carlos Seguí, ed.) 330-337, Lima: Amauta.
- Carmona, Aurelio (2009) en *Propuesta de un marco conceptual para el estudio de la medicina tradicional andina*.
- Carsten, J. (2000). Introduction. In *Cultures of relatedness: new approaches to the study of kinship* (ed.) J. Carsten, 1-36. Cambridge: University Press.
- Carsten, J. 2007 [1995] "La sustancia del parentesco y el calor del hogar: alimentación, condición de persona y modos de vinculación (relatedness) entre los Malayos de Pulau Langkawi", en R. Parkin, L. Stone (eds.) *Antropología del parentesco y de la familia*. Madrid: Ed. Universitaria, Ramón Areces, pp. 515- 542.
- Crandon, Libbet (1986). "Medical Dialogue and the Political Economy of Medical Pluralism: A Case from Rural Highland Bolivia". En: *American Ethnologist*, Vol. 13, No. 3. pp. 463-476.
- Camarero, L., de Grammont, H., & Quaranta, G. (2020). *El cambio rural: una lectura desde la desagravación y la desigualdad social*. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 38, 191–211.
- Chávez, Fabiola. (1995) *Iniciación y seguimiento entre las "parteras" de la sierra de Piura (Ayabaca)*.
- De Certeau, Michel (1984) *The Practice of Everyday Life*, Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- De Vault, Marjorie (1991). *Feeding the family*. Chicago. University of Chicago.
- Dias, Raquel (2014) *A cosmopolítica da gesta♦o, parto e pós-parto: práticas de autoaten♦o e processo de medicaliza♦o entre os índios Munduruku*
- Diez, Alejandro (2014). *Cambios en la ruralidad y en las estrategias de vida en el mundo rural. Una relectura de antiguas y nuevas definiciones*. *SEPIA XV: El Problema Agrario En Debate*, 19–85.
- Diez, Alejandro (1999). *Comunidades mestizas. Tierras, elecciones y rituales en la sierra de Pacaipampa (Piura)*. PUCP. CIPCA-Piura.
- Diera, Rosa (1999) *Salvarse con bien. El parto en la vida de los andes y amazonía de Perú*. Proyecto 2000. Ministerio de Salud.

- ENDES (2020a). Situación Epidemiológica de la Mortalidad Materna en el Perú <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE042021/03.pdf>
- ENDES (2020b). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2020/ Departamento de Piura. Proyectos INEI. <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/departamentales/Endes20/pdf/Piura.pdf>
- Ewig, Christina (2012) Neoliberalismo de la segunda ola. Género, raza y reforma del sector salud. IEP: Lima
- Follér, May-Lis. (2004). "Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde". In *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. E. Jean Langdon e Luiza Garnelo, orgs.. Rio de Janeiro, Editora ContraCapa/ABA.
- Gabe, J., Bury, M. y Elson M. (2004) Medical Pluralism. En: *Key concepts in Medical Sociology*. Sage Publications
- Glass-Coffin, Bonnie (2004) La perspectiva de género en el curanderismo en el norte del Perú: metáforas, modelos y manifestaciones de la diferencia. En *Entre Dios y el diablo. Magia y poder en la costa norte del Perú*. Lima: IFEA/PUCP.
- Grammont, H. & Luciano, M. (2009). "La Pluriactividad en el campo latinoamericano". Quito: FLACSO.
- Greenee, Shane (1998) "The shaman's leedle: development, shamanic agency and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. In: *American Ethnologist* 25(4).
- Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hammersley, Martín y Paul Atkinson (2001) *Etnografía. Métodos de investigación*. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 7. Registrar y organizar la información.
- Huangal, S. (2019). Elaboración de Mapa Huarmaca-Piura, por encargo. [Mapa inédito]
- Hughes, Christina (2002). "Care", En *Key concepts in feminist theory and research*". University of Warwick, UK. 106-129
- Ingar, Cynthia (2009) *Sistemas de salud y agencia femenina: análisis del proyecto Reprosalud en la comunidad de Acopalca, Ancash*. Tesis PUCP.
- Izquierdo, C. (2005). When "health" is not enough: societal, individual and biomedical assessments of well-being among the Matsigenka of the Peruvian Amazon.
- Langdon, E. J.; Garnelo, L. orgs. (2004). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro, Editora ContraCapa/ABA.
- Langdon, E. J. (2018). Salud indígena en Brasil: Pluralismo Médico y Autoatención. *Desacatos*, 58, 8–15.
- Menéndez, Eduardo(1985) "El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos". p. 593-604. En: *Revista Desarrollo Económico*. Buenos Aires, Argentina. Vol. 24. N° 96. 1985.
- Menéndez, Eduardo(1994) "La enfermedad y la curación ¿qué es la medicina tradicional?" *Alteridades* 4(7) pg. 71-83
- Menéndez, Eduardo (2003) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". En: *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1): 185-207.
- Menéndez, E. L. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, 58, 104–113.
- Overing, J. (1999). Elogio do cotidiano: a confiança e a arte da vida social em uma comunidade amazônica. *Mana*, 1(5), 81–107.
- Overing, Joanna (1986) "¿Men control women? The catch-22 in Gender analysis *International Journal of Moral and Social Studies*, 1(2).
- Oths, Katheryn (1999) "Debilidad: A Biocultural Assessment of an Embodied Andean Illness". *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 13, No. 3 pp. 286-315
- Pedersen, D. y Baruffati, V.(1989). "Healers, Deities, Saints and Doctors: Elements for the analysis of medical systems". pp. 487-96. En: *Soc. Sc. Med*. Vol. 29. N° 4.

Pool, R y Geissler, W. (2005). Medical systems and medical syncretism. En: Medical Anthropology Cap 4. Serie Understanding Public Health. McGraw- Hill

Portocarrero, Julio. (2015) Hacia una epidemiología de los padecimientos invisibles: variaciones en la interpretación y respuesta frente a los síndromes culturales en dos comunidades quechua de la provincia de Churcampa, región Huancavelica. Tesis en maestría en Antropología (Escuela de Graduados). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Escuela de Graduados