

XXXIX Concurso Anual de Investigación CIES 2024



CIES
consorcio de investigación
económica y social

Construyendo conocimiento para mejores políticas



PUCP

Resumen de Tesis - Febrero 2025

Autoatención campesina del embarazo, parto y posparto en los andes norteños del Perú.

Experiencias y estrategias de atención familiar en un contexto de transformación rural y pluralismo médico en la sierra piurana

| Arantxa Ramos

Pontificia Universidad Católica del Perú

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

© 2025, Consorcio de Investigación Económica y Social, CIES
Calle Luis Mannarelli 1100, Orrantia del Mar - Magdalena, Perú
Teléfono: (51 1) 329 9805
www.cies.org.pe

Resumen de tesis – Febrero 2025

El resumen de tesis fue ganador del XXIX Concurso Anual de Investigación CIES 2024, desarrollado con recursos propios del CIES, el auspicio de la Fundación Manuel J. Bustamante de la Fuente, y el financiamiento de la Unión Europea y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)

Autora:

Arantxa Madeleine Ramos Rojas

Asistencia, seguimiento y supervisión técnica del estudio:

Claudia Zarzosa, Johana Inga y Rodrigo Castillo

El Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), la Fundación Manuel J. Bustamante de la Fuente, la Unión Europea y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) no comparten necesariamente las opiniones que se presentan en esta publicación, que son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Se autoriza la reproducción total o parcial de esta publicación, bajo la condición de que se cite y referencie la fuente:

A. Ramos (2025). *Autoatención campesina del embarazo, parto y posparto en los andes norteños del Perú. Experiencias y estrategias de atención familiar en un contexto de transformación rural y pluralismo médico en la sierra piurana*. Pontificia Universidad Católica del Perú y Consorcio de Investigación Económica y Social. <https://cies.org.pe/investigacion/autoatencion-campesina-del-embarazo-parto-y-posparto-en-los-andes-nortenos-del-peru/>

Índice

1.	Motivación.....	4
2.	Estado de la cuestión.....	5
3.	Marco teórico.....	5
4.	Metodología.....	7
5.	Principales hallazgos y aporte al campo de estudio.....	7
6.	Referencias bibliográficas.....	11
7.	Anexo.....	13

1. Motivación

Esta investigación es una aproximación etnográfica a las experiencias y estrategias de autoatención del embarazo, parto y posparto (en adelante EPP) en los andes norteños del Perú. La aproximación teórica y metodológica enfatiza especialmente en conocer las experiencias corporales, morales y afectivas, así como en las estrategias prácticas de atención en un contexto andino contemporáneo de transformación rural y pluralismo médico.

La sierra de Piura es un territorio donde la presencia de parteras, enfermeras, yerberas, brujos y doctores, así como de nociones curativas católicas, evangélicas, curanderiles y biomédicas, forman parte del cotidiano de atención de los embarazos, partos y pospartos en la zona. Así también, este territorio está inserto en procesos de transformación rural donde la migración, feminización del campo, precaria infraestructura estatal y pobreza rural marca la vida de las mujeres y los procesos de atención de sus EPP.

Los hallazgos de esta investigación nos muestran una “campesinización de los repertorios y recursos biomédicos” en función de las necesidades familiares. Al mismo tiempo, encontramos cómo las familias se agencian la calidad de atención a través de la “generación de lazos de familiaridad” con el personal de salud de turno. Estas son también estrategias políticas para procurar una mejora en la atención de la salud materna en sus propios códigos. Sin embargo, esta agencia activa también se ve limitada por la ausencia de otras alternativas que no impliquen su propio esfuerzo. En ese sentido, la autonomía campesina en la atención implica no sólo un mayor rango de acción, sino también altos costos en el cuerpo, la salud, la economía y las relaciones familiares.

Esta investigación se vincula y responde a la agenda temática del CIES “Derechos ciudadanos e igualdad”, específicamente al subtema “Reforma del sistema sanitario y de salud”. Cabe resaltar que este texto significó un esfuerzo por poner a las mujeres campesinas en el centro, teniendo un análisis de género transversal. Ello, entendiendo que sus experiencias vitales y sus cuerpos no sólo influyen, sino que sostienen la vida campesina y sus transformaciones. Así también, esta tesis nos demuestra que los EPP no son solo un tema que compete a las mujeres, sino que nos permite comprender la agencia campesina de forma amplia, donde la intimidad de las familias se nos presenta también como un espacio de lucha política.

Por último, esta investigación nos ha mostrado que las complejas dinámicas de atención de los EPP en los andes no pueden ser pensadas sólo de arriba hacia abajo. Por lo mismo, las soluciones no solo dependen de capacitar e incorporar terapeutas y terapéuticas locales al sistema biomédico, sino de comprender cómo operan las prácticas de atención campesina: importancia de la presencia familiar y de la atención en casa, necesidad de recursos a disposición, urgencia de facilidades en casos de emergencia, entre otras. Esta tesis nos muestra cómo el sistema de salud es entendido como un recurso más para las familias campesinas, donde las valoraciones recaen en que debe ser un recurso que demuestre —y no asuma— que puede ser un recurso que resuelve de modo atento y eficaz. Hecho que invita al sector salud a generar esfuerzos activos para acoplarse a la atención local desde sus propias lógicas y no al revés.

2. Estado de la cuestión

El estudio de los embarazos, partos y pospartos (EPP) en los Andes peruanos es un fenómeno que se ha investigado amplia y activamente desde dos grandes campos: los estudios de medicina tradicional andina y la salud sexual y reproductiva.

En el primer campo, se ha abordado el vínculo entre las prácticas tradicionales andinas (Diera, 1999) y el sistema médico quechua (Zuluaga, 2009), lecturas desde las cuales se identifican modos de atención particulares como la intervención de parteras (Garrafa, 2009; Velarde, 2007), y el entendimiento del parto como un proceso ritual (Burgos, 1995).

En el segundo campo, el foco ha estado en problemáticas urgentes como la muerte materna (Anderson, 1990), la calidad de atención y los programas de planificación familiar (Ewig, 2012), teniendo como punto de partida los debates globales sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos (Ingar, 2009; Yon, 2013) de las mujeres planteados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, organizada por la Naciones Unidas en El Cairo en 1994. Ambas aproximaciones han generado importantes aportes; sin embargo, existen asunciones y énfasis que se deben problematizar.

En primer lugar, las investigaciones sobre medicina tradicional en los andes nos han planteado un importante cuestionamiento a la hegemonía biomédica, pero frecuentemente parten de un preocupante entendimiento dicotómico y esencialista de dos sistemas médicos: el sistema biomédico y el sistema tradicional andino, 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 y su capacidad agencial.

En segundo lugar, aunque desde los estudios de salud sexual y salud reproductiva existen compromisos políticos con las mujeres, estos también pueden caer en una comprensión limitada de las mismas y sus familias, al reducir el foco solo a su relación con los sistemas de salud oficial. Si bien es cierto que existen excepciones como el estudio de Anderson (2001), otras aproximaciones tienden a la simplificación de las mujeres y sus unidades domésticas, reduciéndolas a "usuarias" y/o a "vulnerables". Esta mirada denuncia una realidad concreta, pero puede tornarse revictimizante y reduccionista respecto a la complejidad de la salud de las mujeres, que va más allá de los límites físicos y procedimentales del sistema estatal.

Finalmente, esta tesis busca incorporar elementos de estas dos aproximaciones, articulando también las críticas aquí expuestas. Es decir, sin dejar de tomar en cuenta la capacidad agencial de las mujeres campesinas y de sus familias en la atención de los EPP, y su adaptación creativa a las limitaciones estructurales.

3. Marco teórico

La tesis plantea la categoría de "estrategias de autoatención" para integrar tres propuestas teóricas de tradiciones académicas diferentes: 1) los debates sobre los medios de vida del campesinado contemporáneo a través de la noción de estrategias familiares campesinas (Zoomers, 1998; Diez, 2014); 2) la antropología médica crítica latinoamericana; y 3) las producciones relacionadas al pluralismo médico en los Andes (Koss-Chioino et al., 2003; Crandon-Malamud, 1986) y los estudios amazónicos sobre la salud, a través del concepto de intermedicalidad (Greene, 1998; Follér, 2004).

La categoría de "estrategia" nos remite a los debates y enfoques sobre los medios de supervivencia o estrategias de vida (Conway y Chambers, 1991), que pueden ser entendidos como las capacidades, valores y actividades que las familias campesinas tienen para proveerse de sus medios de vida (citado por Diez, 2014, p. 46). Así, esta categoría nos permite una mirada más procesal de los modos de afrontar la vida en las sociedades campesinas contemporáneas. Sin embargo, también es cierto que gran parte de las observaciones que se le hacen a esta propuesta teórica señalan el excesivo énfasis en los factores económicos, dejando de lado aspectos históricos y sociales (Diez, 2014) y de género (Anderson, 2011).

Anderson (2011) comenta que en algunas aproximaciones al desarrollo rural hace falta incorporar miradas a las formas de organizar la vida doméstica y la economía de los cuidados; por lo que, señala la autora, 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). Esta investigación tiene como objetivo incorporar estas críticas en el análisis de las estrategias de autoatención, superando enfoques estrictamente económicos. Por lo mismo, se comprende la producción en un sentido amplio, donde los cuidados, la intimidad y la experiencia moral y afectiva de la unidad doméstica son formas de producir personas y relaciones sociales.

Siguiendo esa línea, consideramos que hablar de estrategias de autoatención no solo ayuda a integrar estas críticas a los estudios de ruralidad y estrategias familiares campesinas, sino que también permite vincular las problemáticas campesinas con los debates de antropología médica crítica en la región y su interés por comprender la experiencia de los sujetos subalternizados y su relación con la economía política de procesos relacionados a la salud.

Por lo mismo, articulamos la noción de "estrategia" con la de "autoatención", categoría propuesta por Eduardo Menéndez (2018, 2003, 1994, 1985) que hace referencia a "las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención" (2003, p. 198). Así, las estrategias de autoatención se refieren a un proceso activo de adaptación creativa de las familias campesinas y su articulación con procesos económico-políticos cambiantes y a un escenario médico plural.

Estas estrategias de autoatención campesina se articulan con una tercera discusión: la de los diálogos médicos (Crandon-Malamud, 1986; 1991) y la intermedicalidad (Greene, 1998; Follér, 2004). "Diálogos médicos" es una categoría que plantea que la salud no se reduce a la eficacia médica, sino también a preocupaciones políticas de los sujetos donde la afiliación étnica y la configuración de las clases entran en juego (Crandon, 1986). Es decir, nos permite ver las disputas en la construcción del significado de los procesos de salud, de enfermedad y de atención.

Por otro lado, la "intermedicalidad" (Greene, 1998; Follér, 2004; Langdon y Garnelo, 2004) nos da luces sobre la reapropiación y la capacidad del agente de reelaborar. Este concepto nos permite ver cómo los recursos, repertorios y tecnologías utilizadas se superponen y se articulan desde un activo dinamismo. De esa forma, la categoría también presenta una crítica a aquellas tendencias teóricas que asumen que con la llegada de la biomedicina se "pierden costumbres ancestrales" —lo que resulta una mirada esencialista, estática y sin una real

comprensión de cómo las poblaciones tienen una adaptación agencial—. Las estrategias de autoatención nos permiten ver las disputas, negociaciones y apropiaciones implicadas en la búsqueda activa de atención de las familias campesinas piuranas.

4. Metodología

Esta tesis apostó por comprender los procesos de atención del embarazo, parto y posparto (EPP) en un contexto de pluralismo médico y de transformación del campesinado rural. Ello teniendo como foco a las mujeres, sus dilemas, afectos y motivaciones, matizando las miradas economicistas de los estudios de campesinado que se centran en los cambios productivos, de urbanización y movilización tomando poco en cuenta la vida campesina cotidiana y doméstica.

La investigación fue diseñada, ejecutada y redactada desde un enfoque de género que comprende la necesidad de poner en el centro a las mujeres, sus experiencias, sus valoraciones y sus relacionamientos, entendiendo que estos factores influyen en los cambios de la vida campesina. Además, es un intento por poner el embarazo, parto y posparto como un tema que no solo involucra a las mujeres, sino a las complejas dinámicas de las familias campesinas, las instituciones presentes, las políticas globales de salud y las transformaciones del campesinado rural.

Para responder a los objetivos de la tesis, realizamos un estudio de caso al cual nos aproximamos desde un enfoque cualitativo de corte etnográfico. La selección de la muestra para este estudio se basó en un muestreo no probabilístico por bola de nieve y por informantes clave. Así también, la muestra exigió conocer diversas dimensiones contextuales del distrito, de la comunidad y del hogar. Para ello, se trabajó con cinco unidades domésticas, con líderes y lideresas comunales, así como con el personal médico de turno y curadores locales.

Los cinco casos que se seleccionaron fueron mujeres que pertenecen a una comunidad campesina del distrito de Huarmaca, en Piura, y tenían entre 24 y 40 años al momento de realizarse el trabajo de campo (de marzo a mayo del 2019). Se buscó que contaran con más de una experiencia de embarazo, parto y posparto (EPP) y se reconstruyó el itinerario terapéutico de cada una. En total, se reconstruyeron 17 casos de experiencias de EPP de las cinco mujeres.

Las principales fuentes de datos fueron las entrevistas abiertas a profundidad y la observación participante de cinco unidades domésticas. Se priorizó, además, la convivencia cotidiana con ellas, las conversaciones informales, y el acompañamiento a las actividades y diversos espacios (postas, escuelas, hogares, chacras) donde se relacionaban con otros actores (familiares, profesores, terapeutas locales, personal médico).

5. Principales hallazgos y aporte al campo de estudio

Esta tesis aporta a conocer dos dimensiones importantes de la problemática del embarazo, parto y posparto en zonas andinas rurales. En primer lugar, muestra de cerca las complejas nociones sobre el cuerpo, las relaciones y las condiciones materiales en los Andes no

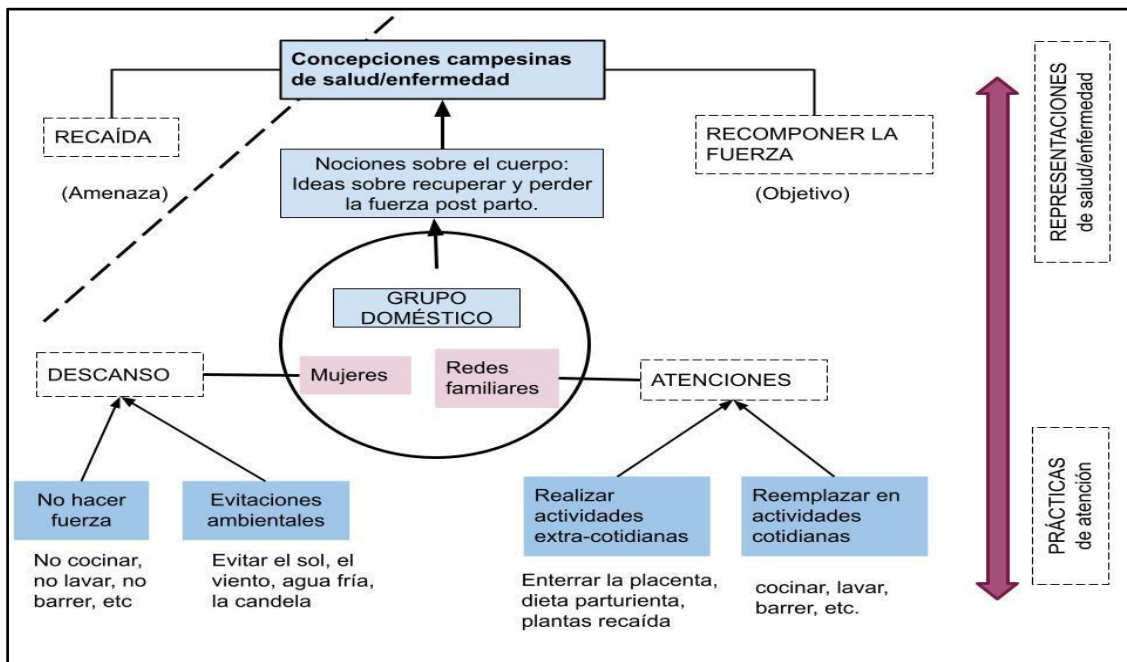
quechuas a través de la centralidad de la noción de “fuerza” durante el proceso de EPP. En segundo lugar, da cuenta de las estrategias de autoatención campesina y la importancia de las redes familiares, sobre todo en un contexto rural de movilidad constante, donde son las mujeres quienes asumen las responsabilidades domésticas y políticas de un campo feminizado. Por último, también nos muestra la peligrosa invisibilización institucional de los esfuerzos campesinos por evitar las muertes maternas.

Nociones de salud-enfermedad campesina relacionadas a la fuerza

“Romperse”, “despegarse los huesos”, “desarmarse”, “perder fuerza” eran las imágenes que las mujeres utilizaban para describir qué sucedía con sus cuerpos después del parto. Hacían referencia a la importancia de “recomponerse”, es decir, que vuelva a ponerse todo en su sitio: “arreglar lo roto”, “pegar lo despegado”, “armar lo desarmado”. En resumen, volver a recuperar la fuerza vital de uno de los cuerpos vitales para el engranaje de estas familias campesinas: las mujeres.

Así, encontramos que las atenciones familiares campesinas en la sierra de Piura se caracterizan por un campo feminizado, donde los esposos han emigrado por trabajo y las mujeres son las encargadas de asumir las responsabilidades emocionales, políticas y económicas de sus unidades domésticas, lo que exige su presencia emocional y física. En este contexto, las nociones que emergen nos presentan un cuerpo campesino irreductible, moldeado por el territorio, por el trabajo y por la escasez de recursos e infraestructura, que durante el embarazo exige la activación de las relaciones de parentesco a través de la alimentación y el cuidado, donde la “fuerza” de los cuerpos y, especialmente, la fuerza de las mujeres y su recuperación es fundamental.

Imagen 1. Concepciones campesinas de salud-enfermedad relacionadas a la fuerza



Fuente: Ramos (2023)

Las estrategias de autoatención

En un contexto campesino y rural, las estrategias de autoatención son fundamentales, al mismo tiempo que significan retos y negociaciones importantes. En esa línea, encontramos dos formas en las que se manifiestan. Por un lado, a través de la "campesinización de los recursos biomédicos y atenciones híbridas" y, por otro, a través de la "generación de lazos de familiaridad y relacionamiento".

Sobre la campesinización de los recursos biomédicos, vemos cómo los diagnósticos, las charlas, los controles, así como el mismo proceso de parto, son parte de las atenciones cotidianas de las mujeres, pero no las únicas. Las evaluaciones médicas son escuchadas y ponderadas de acuerdo a las propias experiencias y evaluaciones familiares. De hecho, es bastante común que el personal de salud se queje de que "la gente hace lo que quiere". Este tipo de afirmaciones, más allá de la queja de una "desobediencia a la institución" son también evidencia de la "agencia" de estas familias para decidir qué hacer, cuándo y cómo.

Esta tesis considera que no es casual la tensión entre desobediencia y agencia. Y que, más bien, resulta evidencia de que los discursos, repertorios y tecnologías biomédicas están en función de lo que las familias evalúan y deciden, y no al revés. Un ejemplo claro de ello se observa durante el proceso de parto. En la comunidad donde se realizó el trabajo de campo, era común que las mujeres se contactaran con el personal de salud vía celular para avisarles que los dolores de parto habían iniciado, o que los familiares fueran al centro de salud a buscar al personal para llevarlos a sus casas.

Durante los dos meses de investigación, y durante el año que estuvo la obstetra del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (Serums), no se presencié ningún parto desarrollado en la posta y era el personal el que iba a las casas. Esta era una queja constante por parte de ellos, porque implicaba riesgos, sobre todo en temporada de lluvia donde el barro no dejaba pasar las motos. Por lo mismo, era común que muchas veces llegaran cuando el bebé ya había nacido.

Las mujeres, por su parte, comentaban que cuando sentían los dolores llamaban tanto al personal de salud como a una partera y que más que tener preferencia por alguno, les importaba quién llegara antes. Así también, otros casos habían tenido experiencias complicadas con las parteras y preferían llamar solo al médico, o viceversa.

De hecho, una de las entrevistadas señaló que para el nacimiento de su segundo hijo no quiso que la atiende una partera, porque en su primer parto sintió que le metía la uña "en sus partes", y por eso prefirió que la atiende un enfermero la segunda vez. Sin embargo, el enfermero demoró y ella dio a luz sola. Cuando el personal de salud llegó, intentó sacarle la placenta, pero esta no bajaba. Le apretaba muy fuerte y le hacía doler. Por lo mismo, mandaron a llamar a otra partera. Cuando esta llegó, regañó al enfermero, y empezó a sobarle con sebo de cabra en la barriga, hasta que la placenta bajó. Este caso nos muestra cómo los repertorios de salud están en función de un proceso específico, donde muchas veces prima la experiencia previa para decidir qué hacer o cómo actuar.

Por otro lado, sobre la generación de lazos de familiaridad y relacionamiento, es cierto que las familias campesinas procuran tener buenas relaciones con los terapeutas biomédicos. De hecho, era bastante común que las mujeres llevaran al personal de salud "huevoitos criollos",

“plátanos”, “tortillas”, “humitas” o les invitaran gallina cuando tenían. Y no solo eso, sino que también solían pedirles que sean padrinos y madras de sus hijos. No solo para bautizos católicos, sino para ser “padrinos de corte de pelo”, “padrinos de cordón de brigadier”, entre otros.

Estos gestos se traducían en mejores tratos y en mayores consideraciones por parte del personal médico, y se generaba cierta proximidad o amistad entre ellos. Resulta un hecho interesante, pues nos habla de cómo la generación de redes, a partir de regalos y favores, está en los códigos de las familias campesinas y se presenta como una estrategia para poder procurar una atención de mayor calidad. Especialmente en un contexto donde la calidad de atención es arbitraria y el propio sistema de salud no pone en marcha estrategias para su mejora. En ese sentido, encontramos que son las propias familias campesinas las que se agencian la calidad de atención a partir de prácticas de relacionamiento y padrinazgo. Así, estas “estrategias de autoatención” no descartan la presencia biomédica ni la rechazan; más bien, la incorporan como un recurso más dentro de sus posibilidades de atención.

De hecho, nos encontramos un contexto de escaso personal, infraestructura limitada, rotación constante de serumistas, equipamiento obsoleto, precaria cobertura de salud en un territorio difícil y la presencia de normas descontextualizadas, lo cual presenta limitaciones importantes para la atención materna. Es gracias a las estrategias de autoatención campesina que se logra mejorar la experiencia de la precaria oferta estatal brindada: las familias campesinas maximizan y amplían los usos formales de las instituciones estatales desde sus propias lógicas y necesidades. Sin embargo, a pesar de esta agencia y posicionamiento, estas estrategias representan aún pequeñas victorias.

Las estrategias de autoatención son una respuesta forzada por un contexto de pobreza e instituciones precarias. La existencia de estas estrategias implica desventajas, a pesar de la creatividad y agencia. El problema que identificamos es un sistema de salud que, aunque valorado por la población, también presenta limitaciones de oferta que las familias campesinas tienen presente. Ello genera que se muestran escépticas respecto a la capacidad estatal de afrontar una crisis en la salud materna, cuando ni siquiera disponen de recursos como ambulancias o motos para trasladar a las mujeres gestantes.

Asimismo, se identificó que existe una construcción arbitraria de la data sobre los “partos institucionales”, ya que estos son contruidos a partir de metas irreales y descontextualizadas, donde se considera que la sola presencia de personal de salud en las casas después del parto convierte a este en un “parto institucional”. Este hecho es peligroso porque se invisibiliza la escasa o precaria infraestructura en los centros de salud, que resulta en más partos sin acompañamiento del personal. Y sin ser visibles estas limitaciones del sistema de salud, es menos probable que se generen cambios.

Peor aún, también se invisibiliza a quienes asumen los costos y los riesgos de atender a las mujeres bajo esas condiciones; costos altos que no son sólo monetarios, sino también emocionales y políticos (desfalco de la caja chica campesina, duelos o enfermedades crónicas). Pese a ello, se aprecia un nulo reconocimiento a las familias campesinas 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 plausibles cifras y el dinero destinado para resolver los problemas de la atención materna y de la salud en sí.

6. Referencias bibliográficas

- Anderson, J. (1999). *Mujeres de negro. La muerte materna en zonas rurales del Perú. Estudio de casos*. Lima: Ministerio de Salud.
- Anderson, J. (2001). *Tendiendo puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de salud*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.
- Anderson, J. (2011). Políticas públicas y mujeres rurales en el Perú. *Mujer Rural: Cambios y Persistencias*, p. 37.
- Burgos Lingan, M. O. (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*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, Derde Wereld Centrum, Ontwikkelingsstudies.
- Chambers, R., & Conway, G. R. (1991). *Sustainable Rural Livelihoods: Practical Concepts for the 21st Century. (en línea)*. India, p.33
- Crandon, L. (1986). Medical Dialogue and the Political Economy of Medical Pluralism: A Case from Rural Highland Bolivia. *American Ethnologist*, 13(3), 463-476.
- Crandon-Malamud, L. (2001). *From the fat of our souls: Social change, political process, and medical pluralism in Bolivia*. Univ of California Press.
- Diez, A. (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.
- Diera, R. (1999). *Salvarse con bien. El parto en la vida de los andes y Amazonía de Perú*. Lima: Ministerio de Salud.
- Ewig, C. (2012). *Neoliberalismo de la segunda ola. Género, raza y reforma del sector salud*. Lima: IEP.
- Follér, M. (2004). Intermedicalidade: a zona de contacto criada por povos indígenas e profissionais de saúde. En Langdon, E. J. y Garnelo, L. (Ed.), *Saúde dos povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa* (pp.106-120). Brasília: ABA.
- Sánchez Garrafa, R.(2009). Medicina tradicional andina: planteamientos y aproximaciones. *Cusco: Centro Bartolomé de Las Casas*.
- Greene, S. (1998). The Shaman's needle: development, shamanic agency and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist*, 25(4) , 634-658.
- Ingar, C. (2009). Sistemas de salud y agencia femenina: análisis del proyecto Reposalud en la comunidad de Acopalca, Áncash. Tesis de maestría. Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Koss-Chioino, J., Leatherman, T. L., & Greenway, C. (Eds.). (2003). *Medical pluralism in the Andes* (p. 16). London: Routledge.
- Langdon, E. J. y Garnelo, L. (Ed.) (2004). *Saúde dos povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Brasilia: ABA.
- Menéndez, E. (1985). El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. *Revista Desarrollo Económico*, 24(96), 593-604.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación: ¿qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7):71-83.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1): 185-207.
- Menéndez, E. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, 58, 10-113.
- Ramos, A. (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 (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Velarde, Luz. (2007) "Las parteras sí saben, son importantes, solo que están olvidadas". Situación actual de las parteras en los Andes del sur del Perú (Ayacucho). Tesis de maestría. Pontificia Universidad Católica del Perú
- Yon, C. (2013). Salud y derechos sexuales y reproductivos de mujeres rurales jóvenes: políticas públicas y programas de desarrollo en América Latina.
- Zuluaga, G. (2009). Reflexiones para un diálogo entre los sistemas tradicionales de salud y la medicina occidental. *Medicina tradicional andina: planteamientos y aproximaciones. Cuzco: Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de Las Casas (CBC)*, 255-72

7. Anexo

Tabla 1. Categorización de entrevistados en Huarmaca y temáticas abordadas

Tema	Categoría		N.º
Sobre la organización política	Funcionarios de la Municipalidad		5
	Presidentes de centros poblados		2
	Ronderos		2
	Líderes del Centro comunal de la Comunidad Campesina de Succhirca		3
Sobre el pluralismo médico o repertorios ideológicos sobre la salud	Repertorios biomédicos	Personal del Centro de salud I-4	5
		Personal de Farmacia	2
	Repertorios locales	Sorteadora	1
		Brujo	1
		Partera	2
		Comerciante naturista	2
		Comerciante de comida	3
	Repertorios religiosos	Creyentes católicos	5
		Creyentes evangélicos	2
	Experiencia práctica	Repertorios explicativos	Usuarios de recursos y repertorios de salud variados
TOTAL			44

Tabla 2. Categorización de entrevistados en Succhirca y temáticas abordadas

Tema	Categoría		N.º
Sobre la organización política, comunal e institucional	Presidente de centro poblado		1
	Presidente de la comunidad		1
	Funcionarios del PNSU		4
	Ronderos		1
	Profesores		5
Sobre el pluralismo médico o repertorios ideológicos sobre la salud	Repertorios biomédicos "Centro de salud I-2"	Médico y obstetra	2
		Técnicos	2
		Enfermeras	2
	Repertorios locales	Sorteadora	1
		Brujo	1
		Partera	2
	Repertorios religiosos	Creyentes católicos	5
		Creyentes evangélicos	2
	Experiencia práctica	Repertorios explicativos	Mujeres en edad reproductiva y familiares
TOTAL			44

Tabla 3. Descripción de unidades domésticas de las entrevistadas

Familia	Miembros	N.º	Descripción
OLIMPIA	Mamá	1	Padres entre 35-40 años. En esta unidad doméstica dos de los hijos vivían en la comunidad y uno de ellos estaba estudiando y trabajando en Lima. Los padres vivían juntos y su participación era activa en la comunidad. El esposo tenía un trabajo asalariado dentro del equipo del PNSU. A parte de ello, ambos trabajaban en la chacra.
	Papá	1	
	Hijos	3	
ALVA	Mamá	1	Padres entre los 27-39 años. Esta unidad doméstica tenía tres hijas mujeres. La primera de siete años, la segunda de cuatro años y la última de once meses. Ambos padres trabajaban en las chacras.
	Papá	1	
	Hijos	3	
ROSARIO	Mamá	1	Padres entre los 24-26 años. Cuando nos conocimos, solo vivía ella con sus tres hijos. Un bebé de cinco meses y dos gemelas de cuatro años. El papá estaba trabajando en Lima. Estaban separados, pero mantenían contacto. Antes de regresar del trabajo de campo, su esposo llegó a la comunidad.
	Hijos	3	
PRISCILA	Mamá	1	Padres entre los 25-32 años. La madre era la mayor, tenía 32 y él 25. Su primer hijo era de un compromiso previo y tenía doce años. Los hijos de su actual compromiso eran un niño de dos años y una bebé de seis meses. Conoció a su actual pareja en Lima. Vivían en la comunidad y trabajaban ambos en la chacra o en algún trabajo asalariado esporádico (de vigilante o jornalero).
	Papá	1	
	Hijos	3	
TELMA	Mamá	1	Padres entre los 35-40 años. Familia con mayor cantidad de partos. Todos sus hijos viven en la comunidad. Los dos mayores están en secundaria. Uno está en primaria. La cuarta estaba en inicial y el último tenía cinco meses. El trabajo en la chacra o la migración temporal como jornaleros era bastante recurrente en esta unidad doméstica.
	Papá	1	
	Hijos	5	

Nota: Los nombres de las entrevistadas fueron modificados para proteger su identidad.

Tabla 4. Itinerarios de embarazos, parto y posparto (EPP)

Madres		N.º	Lugar de parto	Fecha de nacimiento
1	ROSARIO (24)	1	Lima - hospital	abril 2015
		2	Lima - hospital	abril 2015
		3	Chulucanas - hospital	noviembre 2018
2	ALVA (27)	4	Succhirca - posta	2012
		5	Succhirca - casa	junio 2016
		6	Succhirca - casa	enero 2018
3	OLIMPIA (39)	7	Succhirca - casa	2003
		8	Succhirca - casa	2005
		9	Succhirca - casa	2008
4	PRISCILA (33)	10	Tumbes - hospital	2007
		11	Huarmaca - posta	2016
		12	Succhirca - casa	2018
5	TELMA (39)	13	Succhirca - casa	2004
		14	Succhirca - casa	2006
		15	Succhirca - posta	2011
		16	Succhirca - casa	septiembre 2014
		17	Succhirca - casa	septiembre 2018