

Luz Estrada Alarcón

Voces de mujeres quechucas y aymaras de Puno

Género y Salud Reproductiva



Luz Estrada Alarcón

*Voces de mujeres quechua y
aymaras de Puno
Género y Salud Reproductiva*



Movimiento Manuela Ramos
Av. Juan Pablo Fernandini 1550
Lima 21, Perú
Teléfono: 423 8840
Fax: 332 1280
E-mail: postmast@manuela.org.pe
<http://www.manuela.org.pe>

Corrección de estilo: Mariella Sala
Cuidado de edición: Amelia Villanueva
Foto de carátula: Movimiento Manuela Ramos - Banco de Fotos
Fotos de interiores: Movimiento Manuela Ramos - Oficina Regional de Puno
Impresión: Línea & Punto S.A.C.
Depósito legal Nº 1501362004-0486
ISBN Nº 9972-763-27-7
Primera edición: diciembre de 2003

Esta publicación fue realizada con el apoyo técnico y financiero del Proyecto Repro-Salud, Salud Reproductiva en la Comunidad, bajo los términos del Convenio Cooperativo Nº 527-A-00-95-00372-00, entre el Movimiento Manuela Ramos y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID-Perú. Las opiniones expresadas en este documento son de la autora y no necesariamente reflejan el punto de vista de USAID.

Este documento ha sido preparado en base al informe: "Sistematización de autodiagnósticos y otros estudios complementarios realizados por ReproSalud en las zonas quechua y aymara de Puno", elaborado por la antropóloga Patricia J. Hammer (2001), el que se encuentra disponible en versión electrónica y puede solicitarse en las oficinas del Movimiento Manuela Ramos.

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	7
CARACTERÍSTICAS DE LAS COMUNIDADES Y LAS MUJERES PARTICIPANTES	9
METODOLOGÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN	9
RESULTADOS DE LOS AUTODIAGNÓSTICOS	10
1. Relaciones de género	10
Recomendaciones para el MINSA	15
2. Concepciones de bienestar, salud y enfermedad	16
Recomendaciones para el MINSA	18
3. Principales problemas de salud reproductiva	19
3.1. “Muchos hijos”	19
Recomendaciones para el MINSA	29
3.2. “Sufrimiento en el parto”	30
Recomendaciones para el MINSA	39
3.3. “Regla blanca” (descensos vaginales)	40
Recomendaciones para el MINSA	46
4. Relación con los servicios de salud	47
4.1. ¿Por qué acuden a los servicios de salud?	47
4.2. ¿Qué obstaculiza que las mujeres acudan a los servicios de salud?	48
Recomendaciones para el MINSA	52
LOS APORTES DE REPROSALUD EN PUNO	53
1. Bases e hitos de nuestra experiencia de trabajo en salud reproductiva	53
2. Indicadores de resultados del trabajo de ReproSalud en Puno	59
Referencias bibliográficas	73

INTRODUCCIÓN

El presente documento recoge los resultados de 69 autodiagnósticos en salud reproductiva realizados en comunidades rurales y periurbanas de las zonas quechua y aymara del departamento de Puno.

El Proyecto ReproSalud utilizó la metodología participativa del autodiagnóstico para recuperar las concepciones y conocimientos de las mujeres, la cual tiene la riqueza de mostrar hechos o situaciones de salud que podrían permanecer invisibles ante la mirada de un profesional. El autodiagnóstico permite llegar a las causas más profundas que originarían los problemas de salud reproductiva identificados y priorizados por las mujeres. Un momento muy importante dentro del proceso del autodiagnóstico es cuando las mujeres ilustran las rutas y/o servicios que utilizan para resolver los problemas que se les presentan.

Los autodiagnósticos reflejan los principales problemas de salud reproductiva identificados por mujeres quechuas y aymaras desde sus propias percepciones (cómo viven estos problemas, cómo los enfrentan y cómo los solucionan). Asimismo, incluye las reflexiones del equipo regional de Puno sobre los hallazgos, y las recomendaciones que se desprenden de ellos. Está dirigido, principalmente, a los encargados de la toma de decisiones, proveedores del MINSA y personas en general, que estén dispuestas a profundizar y enfrentar las causas de los problemas de salud sexual y reproductiva de nuestra población. En el último acápite se hace un resumen de los principales logros del proyecto de ReproSalud en la región.

Consideramos que los resultados de los autodiagnósticos nos aproximan a la perspectiva de las mujeres quechuas y aymaras de Puno con respecto a sus problemas de salud reproductiva, sus relaciones de género y las que establecen con los servicios de salud. Los conocimientos y prácticas de salud que posee la población deben ser conocidos por los proveedores de salud para incorporarlos,

Luz Estrada Alarcón

de ser positivos o inocuos para su salud, a los sistemas oficiales de salud; y en el caso que fuesen perjudiciales, poder iniciar procesos de cambio participativos, efectivos y duraderos.

Dado que en los temas abordados en el autodiagnóstico no hallamos diferencias significativas entre las mujeres quechuas y aymaras, sino más bien muchas coincidencias, los resultados de los autodiagnósticos de ambas zonas son presentados de manera conjunta, especificando las particularidades cuando ello así lo amerita.

Este texto se basa, entre otros insumos, en la sistematización de los autodiagnósticos que elaboró la antropóloga Patricia Hammer por encargo de ReproSalud.

Luz Estrada Alarcón

*Coordinadora del Equipo Regional de Puno
Movimiento Manuela Ramos-ReproSalud*

CARACTERÍSTICAS DE LAS COMUNIDADES Y LAS MUJERES PARTICIPANTES

La Región de Puno tiene una población de aproximadamente 1'264,000 habitantes, de la cual 59% habita en zonas rurales y 41% en zonas urbanas¹. Según el último censo de 1993, el 43.5% de la población a nivel departamental tiene como lengua materna el quechua; el 33%, el aymara; y, el 23.5%, el castellano. Un sector importante de mujeres que habla quechua o aymara ha aprendido el castellano como segunda lengua. Se trata de una población que sigue siendo mayormente rural y bilingüe.

Los resultados presentados en este trabajo provienen de 7 provincias de las zonas quechua y aymara de la región Puno:

- Zona quechua: Azángaro, Melgar y Lampa.
- Zona aymara: El Collao, Chucuito, Yunguyo y Huancané.

El 75% de las participantes habita mayoritariamente en poblados de no más de 500 viviendas, ubicados en zonas rurales consideradas de pobreza y extrema pobreza.

METODOLOGÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Este documento se basa en la interpretación y discusión de testimonios obtenidos a través de los autodiagnósticos. Estos últimos son procesos de investigación participativa en los que grupos de 20 a 25 mujeres reflexionan sobre su vida y su salud reproductiva, formulando ellas mismas sus problemas, expectativas y conocimientos, así como las propias concepciones que comparten con otros miembros de su comunidad y cultura local. Para ello se vale de diversas técnicas cualitativas y proyectivas.

¹ CUANTO, 2002.

En el capítulo final se incluyen los resultados de la encuesta de evaluación de impacto del proyecto. Esta encuesta se ha aplicado a mujeres entre 15 y 49 años de edad y varones entre 15 y 59 años de edad.

Ficha Técnica

Número de participantes del autodiagnóstico (quechua y aymaras)	1500
Edades	Grupos de edad 14-20 9 % 21-30 32 % 31-40 26 % 41-50 18 % 51 a más 15 %
Grado educativo	Analfabetas 17 % Algún grado de primaria 57 % Algún grado de secundaria 24 % Superior 2 %
Lengua	Solo quechua 19 % Solo aymara 20 % Castellano y quechua 34 % Castellano y aymara 26 % Solo castellano 1 %
Número de hijos por mujer.	Más de 6 hijos 14 % 5 - 6 hijos 20 % 3 - 4 hijos 27 % 1 - 2 hijos 27 % Sin hijos 12 %
Uso de algún método anticonceptivo	47% de mujeres en unión conyugal usa algún método anticonceptivo.

RESULTADOS DE LOS AUTODIAGNÓSTICOS

1. RELACIONES DE GÉNERO

En todos los grupos humanos existen diversas formas de relación culturalmente establecidas entre sus miembros; sin embargo, una característica compartida por muchas culturas es que hombres y mujeres estructuran sus espacios y roles de acuerdo al poder que ejercen los varones sobre las mujeres.

En Puno, como en otras sociedades, las relaciones de género se construyen en base a los roles que la sociedad les asigna a hombres y mujeres; estas relaciones son inequitativas porque los roles y espacios asignados a los varones tienen mayor reconocimiento en la sociedad, lo que, como veremos a lo largo del documento, incide de manera significativa en la forma cómo las mujeres experimentan su salud reproductiva.

Roles y responsabilidades de mujeres y varones

Contrariamente a lo que sucede en el caso de las mujeres, los roles asignados a los varones son más valorados. Mientras tanto, los roles de las mujeres aún permanecen invisibles, y son poco valorados por la sociedad. El imaginario sobre el trabajo y lo que significa ser productivo, está directamente relacionado con la generación de ingresos económicos, por lo que las labores domésticas no son consideradas trabajo.

Las mujeres campesinas, en la región de Puno, desde muy temprana edad se socializan para ser cuidadoras del bienestar familiar, dedicándose a las labores domésticas, como es el cuidado de los hijos, lavar, cocinar, entre otras tareas; también realizan actividades pecuarias (pastoreo del ganado) y agrícolas (siembra, recojo, selección de semillas y la transformación de estos productos). Las mujeres sienten que este trabajo que realizan cotidianamente no es valorado, se piensa en una relación "trabajo – dinero", por lo que muchas veces la respuesta a la pregunta: ¿en qué trabajas? tiene como respuesta: "en nada". Ellas también realizan actividades de comercio como la venta de animales menores, o la venta y trueque de sus productos en las ferias locales, cuyo nombre original es *k'atos*. El ingreso generado en estas actividades es para el consumo familiar.

La expectativa de la mayoría de las mujeres es tener un capital para poner un negocio propio, vender los productos fuera de su región y poder brindar a sus hijos una mejor educación y con ello mejorar la situación de la familia.

Especialmente en el caso de las mujeres jóvenes, tanto en la zona quechua como en la aymara, el deseo de superación las

lleva a migrar a zonas donde pueden encontrar las posibilidades que en sus comunidades no tienen (colegio, instituto tecnológico, posibilidades de trabajo remunerado), algunas empiezan realizando labores como empleadas de hogar y otras como pequeñas comerciantes, aprovechando las características de la zona fronteriza.

El rol de los varones es principalmente el de proveedor económico de la familia. En las zonas de estudio, su ámbito de trabajo se da en la esfera pública. Dentro de las actividades principales que realizan, están la agricultura y el pastoreo. En épocas de poca actividad en el campo, migran a las grandes ciudades como Puno, Juliaca, Ilave y Tacna, donde ofertan su mano de obra, quedando las mujeres en las comunidades, haciéndose cargo de las actividades agropecuarias y de la casa. Los que han alcanzado niveles de educación superior, se desempeñan mayormente como profesores. Otros, son músicos integrantes de bandas folclóricas, entre las varias ocupaciones.

En la mayoría de las familias existe una complementariedad en el trabajo que realizan varones y mujeres en las comunidades; sin embargo, ésta, muchas veces, no es equitativa; las mujeres asumen la mayor parte de las actividades entre las labores de la casa, el cuidado de los hijos menores, la chacra, el ganado y el comercio, mientras que los varones lo hacen en menor medida.

Relaciones de pareja

Las mujeres en las comunidades quechua y aymara no conciben la idea de quedarse sin pareja y sin ser madres; lo cual consideran que es lo más importante en la vida de las mujeres.

Las mujeres asocian su felicidad y la de sus hijos con una buena relación con el esposo, que se expresa en el diálogo, en las decisiones tomadas en común, en el respeto y en la comprensión; también consideran que la independencia económica es un factor que ayuda para tener una relación positiva.

“Entre los dos debe haber comprensión y bien se ponen de acuerdo para cualquier cosa los dos y bien alegre nomás están caminando los dos, no discuten; uno en su corazón se siente al hombre, el otro se siente con su corazón a la mujer y por eso alegres nomás caminan pues. (Sector Pampa Yarecoa, Huancané, Puno-zona aymara) ”

“Cuando ambos tenemos la oportunidad de trabajar, entonces nos desenvolvemos de manera muy feliz, porque hay veces en que él trabaja y hace llegar lo que ha logrado y como nosotras también trabajamos, entonces no nos falta para estudios de nuestros hijos, incluso nos sobra, es ahí cuando estamos contentos. (Pucamocco, Arapa, Puno-zona quechua) ”

Sexualidad

Las mujeres manifiestan no haber recibido información por parte de sus padres, su entorno familiar y el colegio en lo que se refiere al inicio de la menstruación, el embarazo y en general el funcionamiento de su cuerpo, en especial en lo concerniente a sus órganos sexuales y reproductivos.

La iniciación sexual de las mujeres con su pareja, en la mayoría de los casos, se da antes de los 20 años. La etapa del “sirvinacuy” (convivencia) se inicia en un marco de relaciones inequitativas, donde su pareja toma las decisiones en lo que se refiere al número de hijos, el uso de métodos de planificación familiar, así como respecto a cuándo tener relaciones sexuales. Se considera que las relaciones sexuales son un deber por parte de la mujer, las que, en muchos casos, se dan dentro de un marco de violencia familiar. Por todo ello, las participantes manifiestan que: “las mujeres nacen para sufrir”.

Violencia familiar

La violencia doméstica está muy presente en las distintas comunidades donde se efectuaron los autodiagnósticos; es un tema que cruza todos los aspectos de salud reproductiva. La violencia de la pareja es explicitada como una de las causas de los problemas de salud reproductiva o como un factor que los agrava.

« Cuando nos pegan mucho nos maltrata y nos daña nuestro cuerpo. Duele la barriga y después nos resentimos porque ya no quedamos como debe ser. Cuando viene la menstruación sangramos mucha sangre y nos quedamos débiles. (Pesquecucho, Asillo, Puno-zona quechua) »

« Él se enoja y así esté enferma, le pega. Ella dice que le tuerce el estómago y cuando se queja, su esposo le dice que se hace la mañosa. (Conduriri, Puno-zona aymara) »

« Por no querer tener relaciones sexuales siempre nos pega. A mí me sabe pegar en mis partes, me sabe dejar todo verde y me sabe decir: ahora vete y hazte mirar para que sepan que tienes un marido. (Collini, Pomata, Puno-zona aymara) »

RECOMENDACIONES PARA EL MINSA

- Las capacitaciones que brinda el MINSA en salud sexual y reproductiva deben ser dirigidas tanto a mujeres como a varones porque la responsabilidad del bienestar familiar la tienen ambos. Si solo se dirigen a las mujeres en tanto cuidadoras y en su papel de reproductoras, se estaría considerando la salud reproductiva como un problema exclusivamente de mujeres. Es necesario que se promuevan reuniones con varones para incrementar actitudes positivas relacionadas a la salud reproductiva para que los derechos sexuales y reproductivos sean respetados y compartidos con la pareja.
- En este mismo sentido, los temas de violencia familiar deben ser trabajados mediante capacitaciones dirigidas tanto a mujeres como a varones, para sensibilizarlos y entender que el maltrato lesiona a las mujeres y les niega a ellos la posibilidad de una vida afectiva saludable.
- Que el MINSA promueva capacitaciones sobre sexualidad dirigidas a su personal. Estas deben tomar en cuenta una perspectiva de género, de tal manera que el personal que está permanentemente en relación con las usuarias y usuarios evite transmitir concepciones y prejuicios sobre la sexualidad femenina y masculina.
- En las sesiones educativas que realiza el MINSA u otras instituciones con las mujeres, debe fortalecerse su autoestima y sus habilidades para lograr cambios en las relaciones de género, lo que permitirá que puedan mejorar sus niveles de negociación.

2. CONCEPCIONES DE BIENESTAR, SALUD Y ENFERMEDAD

Adquirir nuevos conocimientos implica un proceso dinámico que está relacionado con las experiencias concretas de las personas y su contexto cultural, es a partir de ellas que se van recreando sus conocimientos. Lo mismo ocurre en el ámbito de la salud reproductiva.

En la cosmovisión holística del poblador del Altiplano, la salud forma parte de un todo. Desde este punto de vista, la armonía y el equilibrio con el entorno determinan el estado de salud de la persona. Así, por ejemplo, algunos problemas de salud son atribuidos a la tierra y por eso se dice: "nos agarró la tierra". La curación de estos males pasan por el "pago a la tierra", que tiene que ser efectuado por un conoedor de este ritual. Cuando hay un desequilibrio en el cuerpo tanto de mucho frío o excesivo calor, se busca la causa para poder equilibrarlo; por ello se toman hierbas frescas o cálidas que vuelvan a equilibrar el cuerpo.

En el análisis que realiza Hammer (2001) sobre los resultados de los autodiagnósticos, destacan las categorías de débil y fuerte en las explicaciones de las mujeres puneñas sobre el cuerpo y la salud:

"En las discusiones y experiencias de la salud y los procesos reproductivos de la mujer puneña, la noción débil/fuerte es el marco dentro del cual se evalúa y analiza el bienestar y la salud de la mujer. En primer lugar, se percibe que las personas nacen débiles o fuertes, como aspecto inherente de su ser. Se piensa que la mujer con compleción débil es más vulnerable a las enfermedades. La mujer fuerte, en cambio, tiene una natural resistencia a las enfermedades. En lo que se refiere a los procesos reproductivos de la mujer, la constitución débil está relacionada con una menarquia temprana, a embarazarse con frecuencia, a tener partos y abortos fácilmente, y al riesgo de enfermedades en el posparto.

Dado que la menstruación y el parto son considerados como formas de "enfermarse", se sigue una lógica en la que la mujer débil vive más tempranamente o con mayor facilidad, estos procesos.

Las puneñas consideran la debilidad como una característica de la sangre. También relacionan la debilidad con la procedencia étnica, específicamente con el color de la piel. Se menciona que la gente morena es más fuerte, mientras la gente blanca es más débil. Ser fuerte tiene un valor positivo. Además de considerarlas características inherentes a las personas desde que nacen, las mujeres también emplean las categorías de débil/fuerte como cualidades adquiridas debido a la clase de alimentación que tengan, al número de partos que hayan tenido, y a los efectos de los mismos en su salud. Se entiende que cuando uno no se alimenta, se pone débil y por eso es susceptible de sufrir un parto difícil. "El llegar a estar débil, como resultado de muchos partos, se basa en la pérdida de sangre". (Hammer, 2001, p.18-19).

Lo descrito líneas arriba se expresa en los siguientes testimonios:

Así es. Hay dos clases de mujeres, otras fuertes otras débiles, por eso los débiles se cuidan bien: no manejan agua, no hacen nada. Y las fuertes no se cuidan, se ponen ropa interior y un trapito nomás se ponen y trabajan normal. Hacen lo que les da la gana, no sienten de su cuerpo. A las fuertes les baja tres, cuatro, cinco días baja. (Machacmarca, Yunguyo, Puno-zona aymara)



Existen dos tipos de parto: los fáciles y los partos feos. Las mujeres débiles tiene partos fáciles; en cambio las mujeres fuertes, tienen partos feos, ya que demoran más tiempo, porque su cuerpo es más fuerte, no se rompe, demoran más días. (Chihuiñuso, Juli, Puno-zona aymara)

Mujeres dibujando sus órganos reproductivos. Grupo intermedias. Club de madres Unión Quishuará, Macarí, Melgar (zona quechua).

RECOMENDACIONES PARA EL MINSA

- Es importante que los proveedores tengan en cuenta la concepción de las mujeres andinas respecto a la salud, y cómo la perciben y experimentan, ya que ello permite comprender su lógica para buscar soluciones a sus problemas de salud reproductiva. Es preciso que no solo las mujeres y varones de las comunidades conozcan y se apropien de los conocimientos biomédicos, sino también que exista un esfuerzo de parte de los proveedores para conocer las concepciones andinas que influyen en el cuidado de la salud y, en particular, de la salud reproductiva. Para ello, tanto este documento como diversas investigaciones² realizadas en los últimos años, constituyen una importante fuente de consulta.
- Como parte de este proceso, es necesario que los proveedores de salud adopten los conocimientos y prácticas de las mujeres y hombres de las comunidades quechua y aymara de Puno que son favorables e inocuas para la salud reproductiva y las incorporen en las actividades de promoción y atención de la salud reproductiva que realizan. De igual modo, es importante que se reflexione sobre las prácticas nocivas con las mujeres y hombres de la comunidad para, de esta manera, poder efectuar cambios que favorezcan su salud.
- Tener en cuenta la visión integral de salud que tiene la población quechua y aymara –en la que interviene su estado emocional, entorno social y medio ambiente– en el diseño de programas y políticas de salud sexual y reproductiva. Ésta es una perspectiva que se está retomando también en la medicina occidental, y que resulta esencial, no solo para comprender, sino también para hacer frente de manera efectiva a los problemas de salud sexual y reproductiva.

² Ver: Movimiento Manuela Ramos, 1996-2000: Autodiagnósticos en salud reproductiva (inédito); Gárate et. al., 1998: *Hombres como socios en la salud*, Population Council; Dierna et. al., 1999 (inédito): *El parto de la vida en los andes y la amazonía*. Ministerio de Salud-Proyecto 2000; Anderson, 1999: *Mujeres de negro: la muerte materna en zonas rurales del Perú*, Ministerio de Salud-Proyecto 2000; Diez, 1998: *Salvarse o no salvarse, embarazo, parto y puerperio y complicaciones asociadas*, ReproSalud-Movimiento Manuela Ramos (inédito); Yon, 2000: *Preferencias Reproductivas y Anticoncepción: hablan las mujeres andinas*, ReproSalud-Movimiento Manuela Ramos, y Hammer, 2001: *Sistematización de los autodiagnósticos y otros estudios complementarios*, ReproSalud-Movimiento Manuela Ramos (inédito).

3. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

Los problemas de salud reproductiva que las participantes de los autodiagnósticos seleccionaron como los más importantes, nos revelan que las mujeres, tanto de las comunidades aymaras como quechucas, comparten un rango de malestares y preocupaciones. A continuación se listan los problemas seleccionados como los más importantes, de acuerdo al número de comunidades que así lo hizo en la zona quechua y aymara.

PROBLEMAS	ZONA AYMARA	ZONA QUECHUA
1. Muchos hijos	19	18
2. Sufrimiento en el parto	7	5
3. Regla blanca (descensos)	6	9
4. Caída de la madre o útero (prolapso)	-	1
5. Recaída (complicación después del parto)	1	-
6. Cáncer de la matriz (útero)	3	-

3.1. "Muchos hijos"

Descripción

En el mundo andino tener varios hijos tiene una valoración positiva, significa principalmente más fuerza de trabajo. Para algunos varones, la principal función de la mujer es tener hijos. A pesar de tener estas ideas, tener muchos hijos se plantea también como un problema que afecta a la mayoría de las familias y generalmente es definido a partir de sus consecuencias. En los autodiagnósticos, tanto en la zona quechua como la zona aymara, el problema de muchos hijos fue el que más destacó. Las mujeres señalan que teniendo un número grande de hijos, muchos aspectos de la vida familiar se desequilibran, principalmente el económico, lo que no les permitirá tener la posibilidad de que los hijos vayan a la escuela y terminen sus estudios. De otra parte, no alcanzará la tierra para heredarles. También se asocia tener

muchos hijos con algunas enfermedades como la regla blanca y la caída de la madre (útero), las que provocarán el deterioro de la salud de la mujer y mucho sufrimiento, pudiendo incluso llevarlas hasta la muerte.

¿Cuántos son muchos hijos?, para una mayoría de las participantes tener más de cuatro o cinco hijos, ya se consideran muchos; mientras que para una minoría, principalmente para las mujeres adultas mayores, ocho o nueve es el límite a partir del cual consideran que se trata de muchos hijos.

*“Muchos hijos se considera a cinco hijos a más.
(Barrio San Martín, Ilave, Puno-zona aymara)”*

“Muchos hijos es cuando tenemos más de cuatro hijos. Cuando son dos o tres se puede mantener el hogar con el trabajo de mi esposo, pero cuando son cuatro o cinco ya es más difícil. Siempre falta comida (Kunurana Alto, Santa Rosa, Puno-zona quechua)”

Causas

1. Falta de conocimiento de métodos anticonceptivos

Las mujeres que son relativamente mayores relatan que al principio de sus vidas reproductivas no tuvieron conocimiento de los métodos anticonceptivos y, posteriormente, el acceso a ellos fue muy difícil porque estaba prohibido hablar de temas relacionados a la sexualidad y la planificación familiar. Una minoría de participantes en edad reproductiva mencionó –durante el proceso de los autodiagnósticos– que quería controlar su fecundidad, pero que no sabía cómo hacerlo.

“Yo tuve catorce embarazos y partos, de los cuales ocho de mis hijos viven. Nunca me cuidé,

tampoco tomé hierbas. Antes, en mis tiempos, no había pastillas como ahora para cuidarse. (...) las jóvenes deben ir al hospital a hacerse curar para no tener hijos. (Barrio Arcopata, Juli, Puno-zona aymara)

“Yo tengo muchas wawitas. Bien seguido, todavía son chiquitos. Mi esposo no sabe nada de cuidarse. Él no quiere saber nada de eso. Yo quiero cuidarme pero no sé cómo. (Kunurana Alto, Santa Rosa, Puno-zona quechua)”

2. Temor a los efectos de los métodos anticonceptivos en su salud

Es relativamente conocida la existencia de métodos anticonceptivos en las comunidades quechuas y aymaras, pero uno de los principales problemas para acceder a ellos es el temor a los efectos de éstos en su salud. Este temor está asociado al desconocimiento de cómo funcionan los métodos anticonceptivos en su cuerpo y a las experiencias que ellas, u otras mujeres de su entorno, han tenido con respecto a malestares de salud que asocian al uso de métodos anticonceptivos.

“Como no conocemos bien nuestro cuerpo por adentro, tenemos miedo cómo funcionan esos métodos en ahí adentro. Que pasará no sé. Por eso tengo miedo de usar un método, si yo no sé cómo funciona mi cuerpo por adentro. (Santa Rosa, Santa Rosa, Puno-zona quechua)”

3. Oposición del esposo al uso de métodos anticonceptivos

Las participantes manifiestan, tanto en las comunidades quechuas como en las aymaras, que muchos hombres consideran que el método natural es el único que pueden

utilizar para evitar tener muchos hijos, pero que éste no es efectivo puesto que, muchas veces, la pareja no tiene un real conocimiento de los días fértiles o porque los hombres les exigen a las mujeres tener relaciones sexuales en este período.

El rechazo de los esposos a los métodos anticonceptivos "modernos" se debería a dos razones: el temor a la infidelidad, ya que piensan que las mujeres desean evitar el embarazo por ser "mañosas" e infieles; y el temor a que generen daño en el cuerpo de las mujeres, limitándolas en la realización de las labores domésticas y de la chacra. Ambos temores se encuentran reforzados, además, por la idea que el principal rol de la mujer es ser madre.

“Tiene hartos hijos. No hay cómo cuidarse porque su esposo no le comprende. Cada vez que dice “nos cuidaremos” le pega de borracho. (Inca Pucará, Juli, Puno-zona aymara)

“Mi esposo nunca ha querido que use alguna forma para no tener hijos, él me dice que la mujer es para dar hijos y por eso cada vez tenía mis hijos seguidos. (Segundo Chimpa Jilahuata, Azángaro, Puno-zona quechua)

“Así siempre es. No hay cómo controlarse. Qué se puede hacer, cada dos o tres años se tiene. Podemos controlarnos hasta cuatro años, después ya se tiene otro hijo. Con el esposo siempre se tiene hijos ¿Dónde nos podemos escapar del esposo? (Inca Pucará, Juli, Puno-zona aymara)

4. Embarazos a edad temprana

Las mujeres indican que cuando tienen su primer hijo a una edad menor, pueden tener muchos hijos, porque cuando son jóvenes son más fecundas, embarazarse es fácil; por

ello, el intervalo de hijo a hijo es corto. En esto también influye la constitución física de la mujer, si es "débil" o "fuer-te", embarazándose con más frecuencia las débiles, por lo ya señalado líneas arriba.

“Cuando se juntan siendo mayores, menos hijos se tiene. (Inca Pucará, Juli, Puno-zona aymara)

“Cuando joven 14, 15 años, nos embarazamos seguido y rápido tenemos nuestros hijos. Y cuando es mayor, hartas wawas tenemos. (Pesquecucho Asillo, Puno-zona quechua) ”

Consecuencias

1. Muchos hijos son difíciles de mantener económicamente

Las mujeres señalan que el problema económico es una de las más importantes consecuencias de tener muchos hijos. Se limitan los recursos de la familia haciendo que no se pueda atender las necesidades de los hijos de manera adecuada, privilegiando a los mayores y varones, lo que genera conflictos.

El problema se agrava cuando la mujer no cuenta con el aporte económico del esposo, quien es el proveedor principal de recursos monetarios en la familia.

“Los que tienen bastantes hijos andan bastante tristes, unos andan con ojotas y otros están sin ojotas y sus chompas todo traposo, sin camisa, no hay dinero para comprar camisa ahí esta su-cio. Así sufren las que tienen muchos hijos en la comunidad. (Barrio San Martín, Ilave, Puno-zona aymara) ”

“La plata no alcanza. Ni siquiera podemos com-prarle buena ropa a nuestros hijos. Y todavía mi

esposo no trabaja. Solo trabaja en la chacra y a veces le cae la helada y no sacamos producción. (Kunurana Alto, Santa Rosa, Puno-zona quechua)

2. Muchos hijos limitan el tiempo de la madre

Las mujeres, cuando tienen muchos hijos, tienen una sobrecarga de tareas domésticas, disminuyendo su tiempo para realizar actividades paralelas que les puedan generar algún ingreso económico. Esta situación lleva a las mujeres a un estado de depresión, mal humor y tensión, al que ellas se refieren como “estar aburridas”.

“Nos preocupa demasiado, porque no tenemos plata y nosotras no podemos trabajar como antes. (Pesquecucho, Asillo, Puno-zona quechua)

3. Muchos hijos generan tensión en la mujer y conflictos en la pareja

Las participantes refieren que los conflictos en la pareja son más frecuentes en las familias con muchos hijos. Como las mujeres son las responsables de la crianza de los niños, son por consecuencia también responsables de lo que hacen los hijos; se las culpa de todo lo que sucede en el hogar, por esto los esposos las riñen y hasta pueden llegar a los golpes. La mujer está en todo momento tensa, tratando que todo esté bien para cuando llegue su pareja.

“Los hijos de cualquier manera siempre nos hacen pelear. (Pucamocco, Arapa, Puno-zona quechua)

“El esposo con hartos hijos anda renegando. (Barrio San Martín, Ilave, Puno-zona aymara)

4. Muchos hijos tiene como consecuencia enfermedades en la mujer

Se asocia el hecho de tener muchos hijos y/o muy seguidos, con distintas enfermedades. Entre las que se mencionan están: el sobreparto, la regla blanca, la caída de la matriz o prolapsio, la infección al seno, el cáncer, entre otras. Estos problemas de salud se producirían porque el cuerpo se debilita en los sucesivos partos debido a que el interior del cuerpo se maltrata y se pierde sangre.

“Como la semilla de la papa se gasta la matriz, porque cuando echamos la semilla de papa en la siembra ésta pare hartas papitas. La semilla madre se vuelve débil y hueco, sólo cáscara queda. Igualito nuestro útero se queda. (Barrio San Martín, Ilave, Puno-zona aymara)”

“Yo pienso de que nuestro cuerpo está muy maltratado interiormente. Ya está muy maltratado nuestra matriz por la cantidad de hijos. (Barrio Puno, Ayaviri, Puno-zona quechua)”

“Cuando se tiene muchos hijos nos debilitamos. En cada hijo vamos perdiendo fuerzas, porque nos sale mucha sangre. (Totorani, Ayaviri, Puno-zona quechua)”

“La mujer cuando tiene muchos hijos se siente débil, no tiene fuerzas, tiene malestar en el cuerpo, siente frío, cada vez más se enferma con cada hijo. (Punta Sahuacasi, Azángaro, Puno-zona quechua)”

Rutas y recursos

En los diferentes grupos que trabajaron las rutas de salud en el problema de muchos hijos, no hay una sola que vaya directamen-

te de la casa de la familia hacia el establecimiento de salud, sino que previamente se presentan una serie de opciones como consultar a la vecina que tiene pocos hijos, a la madre o la suegra, quienes le aconsejan tomar infusiones de algunas hierbas. Si no logran resolver su problema acuden a los curanderos, los hierberos o los adivinos que leen la coca, quienes les aconsejan cómo cuidarse para no tener muchos hijos. Cuando no resuelven su problema en estos niveles, recién acuden al establecimiento de salud.

“Para no tener más hijos está yendo donde su vecina a preguntar, y su vecina no le da ningún dato. La vecina no sabe acerca de eso, luego va al centro de salud a consultar. (Ancoamaya, Ilave, Puno-zona aymara) ”

“Esta mujer va a ir donde su mamá a consultar para no tener muchos hijos, pero no le ha dado ninguna respuesta porque no sabe acerca de los remedios para eso. Después se dirige donde su vecina, tampoco su vecina no sabe, y aun sabiendo no sería capaz de avisarle (...) En vista de que no ha encontrado información, esa mujer va hasta el hospital, en ahí va a hacer su consulta. (Ayaviri, Melgar, Puno-zona quechua) ”

Si bien existen personas de la comunidad expertas en el uso de las plantas con fines medicinales, el conocimiento sobre su uso con fines anticonceptivos es extendido. Las participantes mencionan que las infusiones de hierbas, en proporciones adecuadas, pueden evitar tener muchos hijos, manifiestan que si el cuerpo es caliente, hay que tomar mates de hierbas clasificadas como frías, y si el cuerpo es frío, hay que tomar mates calientes. Las hierbas que utilizan también están clasificadas como hierbas de las pampas de los cerros y de la selva, que las compran en las ferias regionales donde encuentran esta variedad.

De otro lado, en las comunidades existen promotores de salud que han sido capacitados por el personal profesional de salud,

ellos conocen los diferentes métodos de planificación familiar, incluyendo el método del ritmo. Las mujeres acuden a estos promotores para que les aconsejen cómo utilizar el método del ritmo y los otros métodos. También cuando acuden al control de sus hijos en el establecimiento de salud reciben información y consejería por parte del personal profesional, quienes les aconsejan utilizar un método para no tener más hijos.

“Siempre le preguntamos a las mujeres que tienen pocas wawas: “¿tú por qué no tienes hartas wawas?”, ya ella puede avisarnos con lo que se cuida para no tener más hijos, puede decírnos con qué métodos, con qué inyecciones se cuida o dirá con qué hierba me cuido, ella puede avisarnos. (Vilcallami, Juli, Puno-zona aymara) ”

“Un promotor de salud ya estará capacitado, ya debe saber bien cómo es para cuidarse con los métodos naturales, eso le puede explicar a la señora, le puede decir hay pastillas, píldoras, T de cobre, con eso hay que cuidarse le puede aconsejar. (Yarecoa, Huancané, Puno-zona aymara) ”

En los autodiagnósticos realizados durante la implementación de campañas de AQV (1996 y 1997) y en los años posteriores a ellas (1998, y en menor medida, 1999), después que éstas ya habían cesado, las mujeres refieren que una de las razones por las que no han asistido a los servicios de salud por planificación familiar u otros servicios de salud reproductiva, es que conocen casos de mujeres de su comunidad a las que les han impuesto el uso de métodos en estos establecimientos, mencionando específicamente casos de mujeres que fueron ligadas sin su consentimiento o sufrieron de consecuencias importantes en su salud³. El siguiente testimonio corresponde a 1997.

³ Como se sabe, entre 1996 y 1997, se implementaron campañas de anticoncepción quirúrgica, dando lugar a serios cuestionamientos, quejas por irregularidades en la ejecución del

A la fuerza quieren curar, quieren poner con esos métodos así nos muestra y con que método de sean curarse nos dicen, tenemos miedo, ya no queremos ir a la posta, hay veces nos dice traigan las wawas y nos riñen. (Chicanihuma, Yunguyo, Puno-zona aymara)



Ruta para enfrentar el problema de "muchos hijos". Grupo de jóvenes.
Club de madres Trenza de oro. Sector Chihuiñuso, Juli, Chucuito (zona aymara).

Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar del Ministerio de Salud y denuncias por violaciones de derechos humanos, las cuales han sido ampliamente documentadas por la Defensoría del Pueblo (1998, 1999) y CLADEM (1999). En 1998 el Ministerio de Salud hizo cambios en el programa de planificación familiar y comunicó oficialmente al Defensor del Pueblo su decisión de adoptar la mayor parte de las recomendaciones formuladas. Dentro de éstas, se incluyeron la prohibición de realizar campañas referidas exclusivamente a la anticoncepción quirúrgica y la modificación del objetivo de que el 100% de las pacientes con atención institucional del parto o aborto egresen habiendo iniciado algún método anticonceptivo con menor tasa de falla.

RECOMENDACIONES PARA EL MINSA

- Los proveedores de salud deberían de impartir conocimientos sobre los métodos anticonceptivos tomando en cuenta los conocimientos que tienen las mujeres y los varones de la población, para partir de sus propias concepciones y temores y así poder brindarles una información completa, comprensible y de acuerdo a sus expectativas y necesidades.
- Para que estos conocimientos sobre los métodos sean comprendidos, es necesario incluir en el proceso educativo nociones básicas sobre anatomía y fisiología, principalmente sobre del aparato reproductor, como es el proceso de ovulación y el ciclo menstrual. Este conocimiento debe de ser construido con las mujeres y hombres de manera reflexiva y participativa, de modo tal que les permita recordar y relacionar los nuevos conocimientos con los suyos propios y otros aspectos de su vida cotidiana.
- Estos conocimientos deberían incluir información básica sobre los mecanismos de acción de los métodos anticonceptivos y sus posibles efectos en la salud de las mujeres u hombres, a fin de que puedan explicarse mejor sus efectos y tengan la posibilidad de elegir con mayor criterio el método que consideren más adecuado y seguro.
- Promover actividades de información, educación y capacitación con los varones, sensibilizándolos sobre los derechos reproductivos, especialmente de las mujeres, sobre la responsabilidad compartida de hombres y mujeres respecto a la planificación familiar, así como de los problemas de salud reproductiva que pueden sufrir las mujeres debido a tener muchos hijos.

3.2. "Sufrimiento en el parto"

Descripción

Las mujeres consideran que hay sufrimiento en el parto cuando sufren con los dolores un tiempo prolongado y este sufrimiento es muy intenso, pudiendo llegar a tener complicaciones graves que ponen en riesgo su vida. Se considera que el primer parto siempre implica mayor sufrimiento. Consideran que el sufrimiento es mucho mayor en el caso de las mujeres que tienen a la *wawa* cruzada, cuando el cordón umbilical está envuelto en el cuello de la criatura o está muerta dentro del vientre de la madre, o también cuando hay retención de la placenta.

Manifiestan que el evento de dar a luz es más peligroso cuando empiezan los dolores y están solas sin la compañía del esposo, incluso pueden llegar a morir, porque no hay nadie que vaya a dar aviso a los familiares y vecinos o quién vaya a buscar a la partera.

En las comunidades campesinas consideran que el esposo es quien debe estar presente y debe atender a la mujer durante y después del parto y quien debe hacerse cargo de los hijos, del ganado, y de la chacra, mientras la esposa está en esta etapa.

“La mujer sufre mucho cuando no se hace ver su barriga con la partera antes porque siempre hay que hacer ver si la wawa está normal en su sitio para salir en el parto. (Punta Sahuacasi, Azangaro, Puno-zona quechua)

“Las mujeres dijeron también que cuando sienten dolor van donde el partero para que acomode a la wawa. (Resumen del equipo regional, Pesquecacho, Asillo, Puno-zona quechua) ”

Causas

Las mujeres consideran que las causas de las complicaciones del sufrimiento en el parto están relacionadas con diversos factores, los que mencionaremos a continuación.

1. La edad de las mujeres embarazadas

Se considera que, tanto las mujeres muy jóvenes como las muy mayores, tienen más posibilidades de tener sufrimiento en sus partos. Señalan que el cuerpo de las mujeres jóvenes no está preparado para tener un parto sin sufrimiento y que, en el caso de las mujeres mayores, el cuerpo ya no tiene la fuerza suficiente.

“Parto difícil es porque una mujer a los 18 años tiene su hijo y su cuerpo todavía no está preparado a cuando la mujer es de mayor edad, más de 35 años su atención debe ser en el hospital. En mi primera wawa yo he sufrido hartas horas porque era joven de 18 años no podía nacer la wawa. (Segundo Chimpa Jilahuata, Azangaro, Puno-zona quechua)”

2. Esfuerzo físico en el embarazo

Las mujeres expresan que hacer demasiado esfuerzo físico puede generar complicaciones en sus partos. Por ello, piensan que es algo que se debe evitar, pero al no tener el apoyo suficiente de su pareja en las labores de la chacra y del cuidado del ganado, ellas realizan estos trabajos pesados.

“En la chacra normal trabajamos, por la tarde sentimos dolor en la espalda... al día siguiente normal nos vamos a trabajar otra vez... a quién vamos a mirar, si nuestros hijos están en la escuela y tenemos que hacer, hay que atender a los hijos, a la chacra también. (Segundo Chimpa Jilahuata, Azangaro, Puno-zona quechua)”

3. Maltrato del esposo

El maltrato del esposo, tanto físico como psicológico, es considerado una causa de sufrimiento en sus partos. Señalan que los golpes del esposo pueden ocasionarles abortos o hacer que den a luz antes de tiempo. Los insultos y malos tratos, la falta de consideración del esposo a su estado de gestantes, afectarían la tranquilidad que consideran que necesitan tener para que su embarazo y parto se desarrolle sin contratiempos.

4. No estar bien alimentadas

Dado que se considera que tener fuerza es importante para dar a luz, no estar bien alimentada durante el embarazo se asocia a tener partos difíciles. Además, esto favorecería a la salud del futuro niño.

“Cuando uno no se alimenta bien hay parto difícil porque la mujer está débil. (Segundo Chimpá Jilahuata, Azangaro, Puno-zona quechua)”

“En la pareja a lo menos, siempre exige que uno debe alimentarse bastante. Comer bastante fruta. No debe faltarle carne, todo eso. Para que también el feto también nazca bien alimentado. (Barrio Puno, Ayaviri, Puno-zona quechua)”

5. Otros factores asociados, por analogía, a dificultades en el parto

Las mujeres identifican, por analogía, otras causas de sufrimiento en el parto, las cuales asocian a complicaciones frecuentes que tienen en el momento de dar a luz. Así, por ejemplo, se asocia la retención de placenta con el estar expuesta al calor o dejar que se peguen los alimentos en las ollas, ya que del mismo modo como se pegan los alimentos en las ollas, producto del calor, se pegaría la placenta en su interior.

“Es que nosotras estamos mucho tiempo sentadas y expuestas al sol o es que estamos mucho tiempo andando en pleno sol, es por eso que no sale rápidamente la placenta. (Pucamocco, Arapa, Puno-zona quechua)

“Dicen que no hay que poner ollas vacías sobre el fogón. A veces se nos secan las ollas, principalmente cuando sancochamos papas se acaba el agua y se quema o cuando sancochamos el chuño se seca el agua y se queda pegado. Por eso dicen que se nos queda pegada la placenta. (Totorani, Ayaviri, Puno-zona quechua)

Tejer durante el embarazo o estar sentada mucho tiempo, se asocia con la posibilidad de que el cordón umbilical se enrede en el cuello o los pies del bebé, lo que también influiría en la posición de éste.

“Los bebés nacen con su cordón envueltos en su cuello cuando nosotras tejemos embarazadas frazadas, encuñas, llicllas. También es por hilar cayto. Ahí se malogra nuestra wawa. (Chaupi Compuyo, Asillo, Puno-zona quechua)

“En el parto sufrimos cuando la wawa está atravesada, cuando tejemos lo envolvemos lana en el embarazo la wawa se envuelve con su cordón a su pies y a su cuello, por eso no podemos enfermarnos (dar a luz) rápido. (Punta Sahuacasi, Azangaro, Puno-zona quechua)

Cuidados en el embarazo para evitar problemas en el parto

Las mujeres se preocupan por evitar cualquiera de los factores que asocian a tener complicaciones en sus partos y toman precauciones en la medida de sus posibilidades pero, muchas veces,

esto se halla fuera de su propio control como, por ejemplo, no hacer mucho esfuerzo, ya que no cuentan con apoyos para cumplir con sus labores cotidianas, que a su vez son necesarias para la marcha de la economía familiar; o evitar el maltrato del esposo, al que muchas veces no pueden enfrentar.

Consideran que una medida importante antes de dar a luz es acudir donde la partera o partero para cerciorarse de que la wawa está en buena posición y que de ser así, la puedan "colocar en su sitio" a través de masajes o tendiéndola sobre una frazada que es "sacudida" mediante movimientos suaves.

“La mujer sufre mucho cuando no se hace ver su barriga con la partera antes porque siempre hay que hacer ver si la wawa está normal en su sitio para salir en el parto. (Punta Sahuacasi, Azángaro, Puno-zona quechua)

“Cuando la wawa está en mala posición o atravesada, el partero lo endereza sacudiendo con una frazada entre dos a tres personas, también le frota la espalda con aceite hervido y manzanilla, beben alcohol hervido y café cargado. El partero ayuda a la parturienta amarrando la cintura con chalina para que pueda salir la wawa. (Chaupi Compuyo, Asillo, Puno-zona quechua)

Cabe señalar que las mujeres también acuden a controles prenatales en los establecimientos de salud. Las razones por las que acuden son diversas, aunque no excluyentes: conocer la fecha más cercana del parto o tener una segunda opinión sobre la posición del bebé, por las visitas y consejos del personal de salud para controlar la salud y normal desarrollo del bebé; o porque, de ese modo, serán exoneradas del pago del certificado de nacimiento del niño.

“Para saber si está aumentando de peso o está bajando, la wawa cómo está adentro, eso leerán,

para eso va a hacerse controlar, las señoritas siempre exigen. Las jóvenes que por primera vez tenemos wawa no sabemos y en el hospital nos enseña. Esto es así, esto va ser así diciendo por eso van, porque en el hospital explican las señoritas. (Chicanihuma, Yunguyo, Puno-zona aymara)

“No vas a manejar cosas pesantes, te vas a cuidar, vas alimentarte bien para que la wawa se alimente, los alimentos son huevos, queso, leche, con eso vas a alimentar a la wawa, así sabe recomendar. Si no tomamos leche no nos puede salir leche para la wawa. (Lizandro Luna, Azángaro, Puno-zona quechua)

Consecuencias

1. La muerte de la madre y el niño

La muerte de la madre y del niño, cuando no reciben atención oportuna durante y después del parto, es la consecuencia más grave del sufrimiento en el parto según identifican las mujeres. Ellas manifiestan que la muerte de la madre ocurre principalmente por hemorragia y por retención de la placenta, y después del parto, debido al sobreparto. Este último se describe con síntomas similares a la infección puerperal, indicándose además la presencia de hemorragias y descensos vaginales.

2. Las mujeres quedan enfermas

Otro efecto grave para las mujeres son las consecuencias para su salud reproductiva, siendo enfermedades como el sobreparto, la regla blanca (asociada al cáncer) y el prolапso o caída de la madre, las más mencionadas. Estas enfermedades dificultan que las mujeres puedan desarrollar sus actividades cotidianas de manera normal, tanto por los malestares físicos, como por la preocupación de estar

enfermas y los conflictos que se generan con su pareja debido a que no puede cumplir con los roles de género establecidos socialmente.

Rutas y recursos

La ruta que siguen las mujeres para enfrentar el sufrimiento en el parto tiene usualmente, como punto de partida, pedir apoyo al esposo, quien se encarga de la atención del parto. Si él se encuentra en casa, es la primera persona en enterarse que la mujer ha iniciado su trabajo de parto, y por tanto, se considera que él es quien debe atenderla. Los hijos u otras personas que viven en la casa van en busca de la partera y de la ayuda de los vecinos y familiares, quienes acuden llevándole mates. La presencia de los familiares y vecinas, generalmente se considera importante porque éstos pueden colaborar para evitar o superar dificultades. La partera o partero leerá en la coca si le corresponde atender el parto o no, en caso de que así fuere, atenderá a la parturienta; en caso contrario, se tendrá que buscar a otro partero(a) o decidirá atenderla teniendo como ayuda a algún familiar con experiencia. La partera o el partero no cobran dinero, la familia puede invitarle alimentos o alguna otra cosa, o darle un poco de dinero, según sus posibilidades, pero no se asume como un pago, sino como una retribución a la ayuda prestada.

«Cuando yo era chiquita veía a mi papá y a mis abuelitos que le atendían bien a mi mamá cuando nacía un hermanito, yo pensaba cuando tenga mi hijo ojalá que mi esposo me atienda así, ahora mi esposo es bueno y mucho me atiende, no me deja estar solita en el cuarto y mis papás también me han atendido bien igual que mi mamá y así yo voy a atenderle a mi hija cuando tenga su wawa. (Punta Sahuacasi, Azángaro-zona quechua)»

«Se han dado cuenta, seguro ya me estaba apurando, poco a poco han venido mi suegra, mi esposo y los vecinos. Me han ayudado las vecinas

que tienen experiencia, me han dicho tómate este remedio, esto puede ser bueno, así estaban diciéndome. Con mucha gente he dado a luz y tenía miedo enfermarme sola, pensaba de repente me puedo morir... las demás personas rápido me han acudido y me han aconsejado porque en la primera wawa es difícil. (Segundo Chimpa Jilahuata, Azangaro, Puno-zona quechua)

“ El parto es más fácil cuando se da de rodillas porque la wawa sale más rápido, nuestro esposo lo recibe a la wawa por la parte de atrás. (Kunurana Alto, Ayaviri, Puno-zona quechua) ”

En el siguiente cuadro, elaborado por Hammer (2001) a partir de los autodiagnósticos, se establece una comparación entre las prácticas de atención del parto que las mujeres encuentran saludables y culturalmente adecuadas para ellas, frente a las que han experimentado ellas u otras mujeres de su comunidad en los establecimientos de salud.

Comparación de prácticas culturalmente diferentes en el parto

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	HOGARES
<p>Trato: dejan a la parturienta sola por mucho tiempo.</p> <p>Ambiente: frío, entra aire y luz, falta un espacio privado; no tiene poder de controlar quién entra o le revisa; el personal impide la presencia de familiares.</p> <p>Tratamientos: aplicados sin necesariamente pedir permiso de la parturienta; uso de instrumentos de metal que permiten que el frío entre al cuerpo; uso de medicinas fuertes que puede tener efectos posteriores dañinos; no ofrecen mates calientes.</p> <p>Alimentación: no ofrecen nada, o sirven platos culturalmente inapropiados para momentos del parto (con sal, alimentos “frescos”).</p>	<p>Trato: calidez familiar, las atienden con cariño. Nunca dejan a la mujer sola, siempre está acompañada.</p> <p>Ambiente: caliente, protegido de la luz; espacio privado; entra solo gente invitada o llamada (familiares, partera).</p> <p>Tratamientos: los que atienden preparan mates calientes para facilitar el parto; la partera acomoda al bebé cuando es necesario; otras prácticas caseras.</p> <p>Alimentación: el marido, suegro, hija u otros preparan la comida que da fuerza a la parturienta.</p>

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	HOGARES
<p>Apoyo posparto: aplican prácticas dañinas, por ejemplo: después del parto lavan con agua fría que expone a la mujer al malestar de sangre coagulada.</p> <p>No mencionan ninguna forma de apoyo posparto que suelen dar en los servicios (como consejos en el cuidado del recién nacido; citas para control en el posparto).</p>	<p>Apoyo posparto: la partera se queda y cuida a la mujer en el tiempo del puerperio. A veces ella, o sino un familiar, la baña en agua de hierbas después de unos días. El marido y/o suegra prepara el caldo de cordero para fortalecer a la mujer. El marido y otros familiares atienden a la mujer y los hijos pequeños para asegurar que la madre descance suficientemente. El marido, madre de la mujer e hijos mayores, asumen el trabajo de la mujer mientras ella se recupera.</p>

Tomado de: Hammer (2001), pág. 69.

Cuando se complica la situación de la mujer y no pueden solucionarla, recién acuden al servicio de salud en busca del apoyo profesional. En principio, se busca que los profesionales de salud atiendan el caso en el domicilio de la mujer, debido a las dificultades y riesgos de trasladarlas, pero también a la desconfianza y temor de ser atendida en el establecimiento de salud, donde tanto la mujer como la familia pierden todo control de la situación. De ser muy grave el caso, buscan trasladar a la mujer al establecimiento de salud.

Solo en algunos casos, como cuando las mujeres son primerizas o han anticipado que su parto va a ser complicado y tienen mayor confianza en los servicios (ella y al menos parte de su entorno social), la ruta es acudir directamente a los servicios de salud.

RECOMENDACIONES PARA EL MINSA

- Incluir en las actividades de IEC el tema de la planificación del parto y las rutas de evacuación en caso de presentarse emergencias, sobre todo si la mujer vive en una zona lejana. En lo que respecta a la planificación u organización del parto, es necesario tomar en cuenta: el lugar dónde se va a dar a luz, las personas que deben estar, a quiénes y dónde recurrir en caso de emergencia, con qué recursos económicos y medios de transporte contar en caso de una emergencia. Es importante insistir en la idea de que se debe planificar la estadía de la mujer cerca de un establecimiento que sea capaz de resolver el problema en caso de presentarse; ya sea en la casa de un familiar o en una casa comunal.
- Promover capacitaciones a hombres y mujeres sobre los signos de peligro durante el embarazo y el parto, así como en el posparto. Es necesario involucrar y sensibilizar a los varones sobre la importancia de acudir a un establecimiento de salud en caso que su pareja presente cualquier signo de alarma debido al rol preponderante que tienen los hombres en el momento de ocurrir alguna complicación en el parto.
- Incorporar los conocimientos y prácticas favorables e inocuas para la salud de las mujeres que son compartidas por las comunidades andinas respecto al parto, creando espacios como son las “salas de parto tradicional” y estableciendo relaciones horizontales y de escucha, con mujeres y hombres de la comunidad respecto a sus preferencias. De esta manera, se favorecerá que ellas(os) se sientan más seguros y confiados de la atención que se les brindará durante y después del parto. Esto implica incorporar en los servicios de salud el uso de prácticas tradicionales como, por ejemplo, la posición vertical para dar a luz (de cuclillas, de rodillas), el consumo de mates calientes, la presencia del esposo, la partera u otros familiares de confianza durante y después del parto, entre otros aspectos. Asimismo, es necesario contar con un ambiente abrigado.

3.3. "Regla blanca" (descensos vaginales)

Descripción

La regla blanca es identificada como una enfermedad que expresa un proceso de deterioro del útero o matriz, el cual tendría una herida y se iría malogrando progresivamente, pudiendo llegar a un estado de putrefacción que asocian al cáncer. Dentro de las características con las que las mujeres describen a la regla blanca se encuentran: flujos vaginales constantes y muchas veces de olor desagradable; picazón en la vagina; y ardor y punzadas vaginales, acompañadas algunas veces de una sensación de calor abdominal.

Tanto en la zona quechua como aymara, las mujeres clasifican la regla blanca según el color y olor, los cuales están asociados a su grado de gravedad. Señalan que inicialmente se trata de un descenso de color blanco, parecido a la leche. Conforme va avanzando la enfermedad adquiere color amarillo, parecido a la pus o al moco y empiezan a sentir un olor desagradable a pescado malogrado o carne podrida. En una tercera etapa, aparece un descenso verdoso; cuando la enfermedad ya está muy avanzada, es de color vino sangre y sería una señal de que la matriz está podrida y la mujer puede morir.

Las mujeres mencionan que la duración de la regla blanca varía y su evolución va a depender del tipo de tratamiento que utilicen y la etapa en la que decidan curarse.

“Es como moco, nos sale apestando, es de color blanco, amarillo, a veces sale con sangre, ensucia la ropa interior, a veces, se forma herida seca en la vagina, nos baja todos los días, toda la vida estamos con regla blanca. (Juli, Puno-zona aymara) ”

Causas

Las mujeres identifican diversas causas de la regla blanca, las que se encuentran asociadas al maltrato del útero, especialmente en

momentos considerados de mayor vulnerabilidad, como son la menstruación y el parto (sea por tener muchos hijos, el maltrato del útero en el momento de dar a luz, el excesivo esfuerzo físico, la exposición excesiva al frío o calor o el consumo de ciertos alimentos irritantes), al contagio sexual y a la falta de higiene de los genitales. Así, las causas más recurrentemente mencionadas por las mujeres son:

1. Por tener muchos hijos

Para las mujeres tener muchos hijos es ya un aviso de que con el tiempo aparecerá la regla blanca, pues en cada embarazo la matriz (útero) se estira y se maltrata. Esto será peor si ha tenido varios embarazos de niños varones, ya que se piensa que al igual que cuando crecen en el vientre de su madre también son más inquietos que las niñas.

“Las mujeres tenemos la madre (útero) débil cuando estamos embarazadas y el bebé patea y cuando damos a luz queda herida. Y las mujeres que no tienen hijos también la madre la tienen débil por el frío, porque viajan y no se cuidan, comen cosas frescas y por el calor y de eso les da la regla blanca. (Sihiri, Puno-zona aymara)”

2. Por el tipo de asistencia médica que recibe la mujer durante el parto

Las participantes asocian el uso de cierto instrumental como los espéculos y los procedimientos usados por los prestadores de salud para enfrentar complicaciones en sus partos, a las causas de la regla blanca, en la medida que “maltratan la matriz” y que en el momento del parto su cuerpo se encuentra “abierto” y es más vulnerable a adquirir una infección.

“Cuando nos wawachamos (damos a luz), la matriz está abierta, y en otras mujeres dicen que les cortan y también dicen que después les cosen, de ahí

dice que puede levantar la infección. (Chicanihuma, Puno-zona aymara)

3. Por realizar mucho esfuerzo físico

El trabajo que realiza la mujer en el campo implica mucho esfuerzo físico, especialmente en las labores de cultivo de la tierra, además cargan grandes cantidades de peso en la espalda y realizan largas caminatas. Señalan que todo ello maltrata la matriz y que también ésta se ve afectada por la transpiración, ya que "el sudor caliente entra en la matriz". Se considera particularmente peligroso cargar mucho peso en los días de la menstruación porque su cuerpo está más vulnerable y es más propenso a que le dé regla blanca.

Dicen que en la menstruación hay que cuidarse, no hay que hacer nada y nosotras no podemos cuidarnos, por eso vienen los descensos. (Flor Inca Pucara, Juli, Puno-zona aymara)

4. Por exponerse al frío o al calor

Sostienen que exponerse al frío o al calor, particularmente después del parto o durante la menstruación, puede causar regla blanca.

La exposición al frío cuando la mujer está menstruando podría generar que la mala sangre que tiene que salir se congele y se quede dentro del cuerpo, lo que se pudriría generando la regla blanca. En la etapa posterior al parto el cuerpo está abierto y el exceso de frío podría generar una herida o que "la sangre se enfrie" y se vuelva regla blanca.

Como nuestro cuerpo está débil como gelatina, nuestra madre también está herida por la wawa que está ahí dentro, porque esa parte está como con herida, el frío, el calor todo choca ahí a la madre. (Sihiri, Puno-zona aymara)

Igualmente, se considera que la matriz se puede inflamar por exponerse demasiado al sol o estar muy cerca del fuego.

“La matriz se inflama, se cocina, se quema, especialmente después del parto, ya que se encuentra lastimada, exponerse al sol, sentarse en lugares calientes, es como cocinar unas papas que se revientan de tanto cocerse. (Sihiri, Puno-zona aymara)

5. Por consumo de ciertos alimentos

Se considera que el consumo de ciertos alimentos después del parto pueden lastimar la matriz, que por el hecho del parto se encuentra vulnerable. Entre estos alimentos se encuentran la sal, el ají y la cebolla.

6. Por contagio

El contagio sexual es también una causa reconocida de la regla blanca, atribuida al hecho de que tanto hombres como mujeres tengan relaciones sexuales con varias parejas sexuales. En tanto se considera que es más frecuente que los hombres sean infieles a sus esposas, que las mujeres a sus esposos, se señala que son los hombres los principales responsables del contagio por haber tenido relaciones sexuales con mujeres enfermas.

“Yo puedo decir que las parejas con otra mujer caminan, y después a sus esposas les puede contagiar la regla blanca. (Chicanihuma, Puno-zona aymara)

También se considera posible el contagio de una mujer a otra por lavar la ropa interior junta, usar la ropa interior de otra mujer u orinar en un lugar infectado por una mujer que tiene la enfermedad.

7. Por falta de aseo personal

Otra causa, frecuentemente mencionada, es la falta de higiene de los órganos genitales, que se asocia a las siguientes

prácticas: no cambiarse frecuentemente la ropa interior; no lavarse la vagina después de tener relaciones sexuales durante la menstruación y después del parto; y no lavarse el pene después de tener relaciones sexuales.

“Debe ser porque tendrá microbios, a veces las señoras no se cambian su ropa interior, con la misma ropa están, eso puede comenzar de la sucedad. (Chicanihuma, Puno-zona aymara)

Consecuencias

Se identifican graves consecuencias tanto físicas como psicológicas para la mujer, así como para las relaciones con su pareja y otras personas de su comunidad.

Dentro de las consecuencias físicas se menciona un debilitamiento general del cuerpo de la mujer, lo que la vuelve propensa a adquirir diferentes enfermedades, especialmente relativas al tracto reproductivo. Se teme que la regla blanca avance y pueda dar lugar al cáncer de matriz, que tiene como consecuencia inevitable que la mujer muera.

La regla blanca tiene también serias consecuencias en su autoestima, ya que las mujeres se sienten avergonzadas del mal olor de los descensos y de no poder desempeñarse normalmente, como las otras mujeres, en sus tareas cotidianas, lo cual es motivo de reclamos de su esposo y crítica de otras mujeres. Además, tener regla blanca les genera grandes angustias y preocupaciones porque está muy presente la posibilidad de agravarse y morir.

“Le dolía la cintura, perdía fuerzas y se caía de sueño, se veía toda decaída, le daba mucho sueño, no quería comer nada, y la regla blanca no más le bajaba. (Chicanihuma, Yunguyo, Puno-zona aymara)

Otra consecuencia temida por las mujeres y fuente de muchos temores, es que su esposo se despreocupe y las abandone debido a los gastos que genera la enfermedad y a su dificultad para trabajar.

“ Si estaríamos andando bien con el esposo, le avisaríamos y rápido podemos curarnos con las hierbas, pero otros les pegan y por eso dicen: si así me está pegando mejor me muero, por eso se enferman mas empeorándose más. (Sihiri, Puno-zona aymara) ”

Rutas y recursos

Se indica que usualmente la mujer empieza a buscar apoyo cuando el problema ya ha avanzado y las molestias son muchas. Algunas participantes refieren haberlo comentado en primer lugar con su esposo y no haber encontrado apoyo, sino más bien indiferencia. Las mujeres de la familia y las amigas son usualmente las primeras en ser consultadas. Cuando persiste el problema consultan con el curandero, que generalmente receta un tratamiento en base a hierbas. Se trata de diferentes hierbas, que tendrían propiedades desinflamatorias, como el llantén, el pinco pinco y la kalawala. Sólo cuando consideran que su situación es grave, las mujeres acuden a los establecimientos de salud, muchas veces alentadas por sus vecinas.

RECOMENDACIONES PARA EL MINSA

- Desarrollar procesos educativos con mujeres y hombres que les permitan conocer las causas y consecuencias de la regla blanca, así como su tratamiento, enfatizando en que éste es un problema que involucra a mujeres y varones.
- En los procesos educativos también se deben impartir y reforzar conocimientos sobre los flujos normales que ocurren durante el ciclo menstrual y las diferencias entre éstos y los procesos patológicos, permitiendo a las mujeres reconocer las características de los flujos normales y anormales.
- Incentivar la discusión de temas como la autoestima y el respeto de los derechos sexuales, particularmente de los derechos sexuales de las mujeres.
- Realizar campañas de sensibilización dirigidas a las mujeres, y principalmente a los varones, para incentivar el uso del condón, no solo como método de planificación, sino también como forma de prevención de las infecciones de transmisión sexual.
- Asegurar que la entrega de resultados del papanicolaou se realice en los tiempos previstos y ofrecidos a las mujeres, evitando así incertidumbre y desconfianza.

4. RELACIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD

4.1. ¿Por qué acuden a los servicios de salud?

Como ya hemos visto en los acápite anteriores, las mujeres reconocen una serie de razones y circunstancias en las cuales es necesario acudir a los servicios de salud: para tener controles prenatales (aunque no necesariamente las razones por las que lo hacen o el número de ellos coincide con lo recomendado por el personal de salud), cuando son primerizas o tienen complicaciones en el embarazo, parto o puerperio, o cuando tienen molestias persistentes debido a las infecciones del tracto reproductivo que no han podido resolver mediante el sistema tradicional de salud. Asimismo, algunas de ellas señalan asistir por razones de planificación familiar.

Es importante resaltar que algunas mujeres, aunque son una minoría entre las participante de los autodiagnósticos, expresaron las ventajas que tiene asistir a los controles prenatales y explicaron por qué se debe acudir a dar a luz a los servicios de salud cuando consideran que su parto es más riesgoso.

“Cuando nos ponen con la máquina, con eso nos hace saber, si estamos normal o débil, si nos falta alimento, a mí me sabe decir, no has comido bien, tienes que comer bien, sino tu wawa va a salir desnutrido, me sabe decir, te va a dar pastillas, pero tampoco sé pedir. (Sicuyani, Zepita, Puno-zona aymara)

“Porque en el primer parto siempre había tenido que irse al hospital, porque cuando nos damos a luz no está un poco abierto (el cuerpo de la mujer primeriza), no está preparado la wawa para que salga. (Rivera Coylata, Lampa, Puno-zona quechua)

“Nosotras vamos por los hijos, como tenemos hijos, tenemos que hacernos curar por los hijos, quiénes los cuidarían si nos pasa algo, las wawas

llorarían si nos morimos. Nosotras primero nos hacemos ver en orines y por eso después vamos al hospital. (Chicanihuma, Yunguyo, Puno-zona aymara)

Además de considerar que los servicios de salud son importantes en estas circunstancias, hay mujeres que tienen opiniones favorables respecto a la atención recibida allí y a determinados(as) proveedores(as) de salud que recuerdan y recomiendan. Recuerdan especialmente los casos en que, acudiendo en situaciones de emergencia, han solucionado sus problemas de salud o en los cuales han recibido un buen trato.

4.2. ¿Qué obstaculiza que las mujeres acudan a los servicios de salud?

La asistencia de las mujeres a los establecimientos de salud está condicionada por un conjunto de factores que les generan desconfianza y dificultan su acceso a ellos. A continuación, mencionaremos los más importantes:

- a) Desconfianza en la capacidad resolutiva y competencia técnica

Algunas mujeres indicaron que no confían en los servicios de salud porque conocen experiencias de diagnósticos errados (por ejemplo, sobre fechas aproximadas de parto, embarazo gemelar, etc.) y porque cuando han acudido a servicios de salud cercanos, el personal les ha dicho que no pueden atenderlas, salvo en las ciudades o en los hospitales grandes.

También perciben que los practicantes las usan para aprender y que no están suficientemente preparados como sí lo están los médicos más experimentados.

- b) Inaccesibilidad económica y ausencia de insumos

La falta de recursos económicos es uno de los factores por los que la población no acude a la posta de salud, fundamentalmente

porque los servicios no tienen medicinas en *stock* que les puedan proveer gratuitamente y tienen que comprarlas. Esto último resulta prácticamente imposible debido a la escasa capacidad adquisitiva que hay en las zonas rurales. Por eso, las mujeres mencionan que muchas veces ir a los establecimientos de salud más cercanos, que son los más accesibles geográficamente, no representa ninguna solución.

“Donde el doctor de la posta en vano iríamos, si nos va a dar recetas para pastillas, para inyección, si ni siquiera para comer hay a veces.
(Collini, Pomata, Puno-zona aymara)

c) Inaccesibilidad geográfica

Las distancias entre las viviendas en las zonas rurales y los establecimientos de salud son de varios kilómetros, siendo para muchas mujeres la feria local el único momento para poder visitarlos. Cuando tienen una emergencia obstétrica esta situación se vuelve dramática.

d) Distancias culturales y diferencias idiomáticas

Como ya se ha descrito en los puntos anteriores, muchas de las prácticas y procedimientos del sistema de salud oficial son considerados no saludables y extraños por mujeres y varones de la comunidad, generando temores y desconfianzas. De otra parte, las mujeres no encuentran en los servicios de salud la posibilidad de poner en práctica aquello que, según su cultura y entorno social, es beneficioso y saludable en el momento de dar a luz. Como ya se ha mencionado, varias de las prácticas culturales de las mujeres en el parto son consideradas beneficiosas para la salud de la mujer por investigaciones desarrolladas en el ámbito internacional o nacional, como es el caso de la posición horizontal en el momento de dar a luz (Balaskas y Gordon, 1993, citado por el Ministerio de Salud-Proyecto 2000, 1999) o la existencia de una red social de apoyo y la presencia del esposo durante el parto (Ministerio de Salud-Proyecto 2000, 1999).

El desconocimiento del quechua o el aymara por parte de los proveedores de salud es otra seria dificultad que impide un necesario diálogo entre las mujeres quechuas y aymaras y los proveedores de salud.

“ Hermana, no son como tú, las señoritas del puesto de salud no hablan en aymara. Todas ellas hablan el castellano y cuando nosotras le hablamos en aymara nos dicen: “¿qué dicen?, ¿qué dicen?”. (Sicuyani, Zepita, Puno-zona aymara)

“ Si en el Centro de Salud nos atendieran con nuestras costumbres, nosotras iríamos, porque ninguna mujer quiere morir en el parto, en el centro, la señorita obstetra nos puede mirar como estamos y nos puede ayudar cuando hay problemas para que salga la wawa o la placenta. (Huancho, Huancané, Puno-zona aymara)

e) Maltrato del personal de salud

Muchas mujeres denuncian una actitud de maltrato por parte del personal de salud. Indican que hay impaciencia e incomprendión entre éstos y las mujeres de su comunidad, lo que favorecería prejuicios y desconfianzas de ambos lados y se refuerza por las diferencias idiomáticas y las distancias sociales.

“ Cuando hemos ido al hospital de Ilave nos gritan, no nos tratan bien, por ese miedo no vamos, además para que nos riñan vamos a ir, por eso no vamos. (Ancoamaya, Ilave, Puno-zona aymara)

“ A veces, cuando vas al hospital a preguntar cualquier cosa te gritan nomás, y no te explican lo que túquieres. (Segundo Chimpa Jilahuata, Azángaro, Puno-zona quechua)

“ Cuando vamos al centro de salud, quisiéramos que nos atiendan bien, desearíamos que nos trataran bien, pero, sin embargo, a nosotras no nos tratan bien, nos arrojan como al perro a un lado, y nos atienden cuando a ellos les entra el gusto de atender. (Pucamocco, Arapa, Puno-zona quechua) ”

f) Temor al personal de sexo masculino

Las mujeres no tienen confianza de ser atendidas por varones en los centros de salud, pues consideran que ellos no comprenden lo que las mujeres sienten en sus cuerpos debido a que no experimentan los mismos procesos que ellas.

Cabe señalar que si bien las mujeres rechazan, en general, la necesidad de desnudarse (por temor a que el frío les haga daño y por vergüenza de que vean su cuerpo) y sienten vergüenza de que vean sus genitales, este temor se acentúa mucho más cuando el proveedor de salud es hombre.

“ En nuestro parto los hombres no nos atienden rápido, no nos atienden bien, es otra clase... las mujeres sí nos comprenden, saben y no le tenemos miedo hay más confianza nos atiende bien. (Segundo Chimpa Jilahuata, Azangaro, Puno-zona quechua) ”

“ En un centro de salud nos gusta que nos atienda una mujer profesional, que sea mujer como nosotras. Al doctor le tenemos miedo, no nos gusta que nos revise un varón. (Inca Pucara, Juli, Puno-zona aymara) ”

RECOMENDACIONES PARA EL MINSA

- Mejorar la capacidad resolutiva de los servicios de salud, así como el sistema de referencia y contrareferencia a nivel de las redes de salud. A la vez, asegurar que la población tenga claridad respecto a los niveles de resolución en cada nivel. De ese modo, las mujeres tendrán indicadores más claros de lo que pueden esperar en cada nivel de atención y por tanto, de que el sistema de salud está funcionando y preocupándose por la salud de la población.
- Promover un trato horizontal y una actitud de escucha hacia las usuarias, principalmente de las zonas rurales, donde las quejas de las usuarias por el mal trato del personal (les riñen, les gritan, les reclaman) son continuas. Las mujeres comparten estas quejas y percepciones sobre el trato del personal entre sus redes sociales, haciendo una clasificación muy clara entre quienes consideran "buenos(as)" o "malos(as)" proveedores(as), siendo un disuasivo efectivo el saber que quien atiende es un proveedor(a) "malo(a)".
- Tomar en cuenta el manejo del quechua o el aymara como un requisito fundamental en la contratación del personal de salud que labora en zonas rurales. Dado que muchas usuarias son bilingües, se asume que todas ya hablan el castellano; sin embargo, en el momento de la relación interpersonal entre usuaria y proveedor, las mujeres quisieran expresar su malestar con mayor detalle en su idioma, como también recibir las indicaciones en el idioma nativo. Esto favorecería que los proveedores de salud puedan hacer un mejor diagnóstico de la salud de las mujeres, que las mujeres puedan expresar con mayor facilidad sus dudas y temores, y que en general, disminuya la desconfianza entre proveedores y mujeres de la comunidad.
- Establecer un diálogo intercultural con las mujeres, incorporando en los servicios, las prácticas que son parte de sus costumbres y formas de entender la salud en tanto éstas sean inocuas o beneficiosas para su salud, especialmente las que ya se detallaron para la atención del parto.
- Ser particularmente cuidadosos(as) en el respeto de la privacidad de las usuarias, principalmente en el momento de las consultas cuando se tienen que desvestir y entran otros(as) proveedores(as) al consultorio.
- Incorporar a los agentes comunitarios, mujeres y varones capacitados en la temática de salud reproductiva, para facilitar el acercamiento de la población a los servicios de salud, como ya se viene haciendo en algunas comunidades con las promotoras comunitarias de salud sexual y reproductiva, capacitadas por el Movimiento Manuela Ramos-ReProSalud.

LOS APORTES DE REPROSALUD EN PUNO

1. BASES E HITOS DE NUESTRA EXPERIENCIA DE TRABAJO EN SALUD REPRODUCTIVA

A partir de los hallazgos de los autodiagnósticos, se diseñó la estrategia de intervención de ReproSalud, la que tiene un importante acento en una educación reflexiva y democrática. A continuación reseñamos algunos de los hitos importantes de nuestra experiencia de trabajo:

Fortalecer la capacidad de decisión

Un reto en el proyecto ha sido desarrollar un proceso educativo que ponga énfasis en la capacidad y el derecho de las propias mujeres para tomar decisiones. La actitud de los equipos técnicos fue conocer y entender la perspectiva y conocimientos de las mujeres para, a partir de ellos, plantear y transmitir otros conocimientos que integrados a los propios, les permitan tomar decisiones respecto a su salud reproductiva. Esto ha facilitado que las mujeres puedan asumir de manera efectiva prácticas saludables en su vida sexual y reproductiva, ya que ha sido parte de su propia reflexión y decisión.

Las actividades que se han realizado en esta perspectiva de reconocer y fortalecer la capacidad de tomar decisiones de las mujeres han sido las siguientes:

- Se han realizado 69 autodiagnósticos con 1,500 mujeres quechus y aymaras, proceso que les ha permitido iniciar la reflexión acerca de su propia vida, salud, enfermedad, el funcionamiento de su cuerpo, y las relaciones tanto al interior de la familia, como en la comunidad y con los servicios de salud. En ese marco, las mujeres asumieron el reto de dialogar, seleccionar el problema de salud reproductiva más importante, analizar sus causas, consecuencias y las rutas que siguen para enfrentarlo.

- Se facilitó que las mujeres elaboraran, condujeran y evaluaran proyectos comunitarios dirigidos a incidir en las causas de los problemas identificados.
- Para el manejo adecuado de sus proyectos se desarrollaron habilidades técnicas y administrativas, principalmente con aquellas que se responsabilizan de la ejecución de las actividades y el manejo del presupuesto de las mismas (ellas conforman un denominado “núcleo responsable”).
- Se desarrollaron 115 subproyectos educativos (57 en la zona aymara de Puno y 58 en la zona quechua de este mismo departamento) por intermedio de los cuales se llegaron a 25,787 mujeres en la zona aymara y a 21,966 mujeres en la zona quechua, las cuales pertenecen a un total de 976 organizaciones de mujeres de 29 distritos de Puno.

Educar en un marco de equidad y de reconocimiento del saber de las mujeres

El proceso educativo parte del análisis de los roles que tienen varones y mujeres, reflexionando sobre las posibilidades de crítica, aprendizaje y mejora. Tanto para varones como para mujeres, se termina con la frase: “si quiero y me enseñan, puedo hacer cualquier cosa”.

Seguidamente, se retoma el análisis de los autodiagnósticos y se trabaja sobre el cuerpo, los órganos reproductivos y su funcionamiento. Se toman en cuenta sus interpretaciones sobre los procesos reproductivos para profundizar en el análisis de la fisiología, y a la vez proporcionarle nuevos elementos que le permitan entender el funcionamiento de su cuerpo. Un ejemplo: algunas de ellas interpretan que la sangre de la menstruación es mala y que por eso el cuerpo la elimina, otras señalan que la sangre es buena porque ayuda a formar y alimentar al hijo o hija.

En la capacitación se analiza con ellas lo que ocurre durante el ciclo menstrual y se trata de entender ambas lógicas. Se señala, por ejemplo, que la sangre menstrual es buena y es útil porque

prepara al útero para recibir al óvulo fecundado, y para el crecimiento del feto. Las mujeres enriquecen este conocimiento al hacer la comparación con las aves que preparan su nido, ellas dicen: "así nuestro organismo se va preparando, y con la sangre forma un nido"; luego de la ovulación, cuando no ha habido fertilización, ese "nido" ya no es útil y por eso el cuerpo lo elimina, ésta es la sangre que ya no se usa.

Este proceso de ampliar sus conocimientos, incorporando la información que ellas ya tienen, permite establecer un diálogo intercultural con las promotoras, construir sobre bases sólidas nuevos conocimientos y contribuye, además, al proceso de afirmación de la autoestima de las mujeres. Todo ello habilita a las mujeres para ejercer sus derechos y tomar decisiones con autonomía. Así, por ejemplo, en la medida en que las mujeres pueden explicar los cambios que hay en su organismo, pueden entender mejor el efecto que tienen los métodos anticonceptivos en sus cuerpos, y manejar mejor el uso del método de la abstinencia periódica. Cuando las mujeres aprenden que su cuerpo produce sustancias químicas como las hormonas, entienden mucho mejor lo que ocurre con su cuerpo cuando usan cualquier método hormonal. De esa forma, ellas están preparadas para enfrentar rumores e informaciones parciales o distorsionadas.

En varios centros de salud con los que coordinamos nuestro trabajo educativo y de promoción de la salud, se ha reconocido a las promotoras comunitarias que capacitamos como agentes comunitarios de salud y, en algunos casos, han sido inscritas en el Sistema Integral de Salud como una retribución por el trabajo que vienen realizando en sus comunidades.

Estas promotoras, con las presidentas de las organizaciones de mujeres, constituyen dos instancias de organización: una Red de Promotoras y un Comité de Defensoras por cada establecimiento de salud del distrito al que pertenecen. Hasta la fecha, se han constituido 39 Comités de Defensoras y 39 Redes de Promotoras que, de manera conjunta, negocian un plan de trabajo con el establecimiento del distrito que tiene como objetivo solucionar un problema de salud reproductiva que afecta a las mujeres, y que

es, también, de preocupación del establecimiento de salud. En este plan se colocan actividades que realizarán las promotoras en sus comunidades y también actividades que realizará el establecimiento de salud. Quien vigila el cumplimiento de estas actividades es el Comité de Defensoras. En el último acápite de este documento, se mencionarán algunos de los principales resultados del trabajo de estas organizaciones.

Incorporar y comprometer a los varones

Para enfrentar otra de las causas que dificulta que las mujeres puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, ellas han propuesto incorporar a los varones a las actividades educativas. En este esfuerzo, se ha capacitado a 11,628 varones de la zona aymara y 15,250 varones de la zona quechua.

El trabajo con varones estuvo dirigido a:

- Propiciar la reflexión y sensibilizarlos acerca de las diferencias y desigualdades de género que la socialización establece entre hombres y mujeres.
- Sensibilizarlos respecto a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de la violencia familiar.
- Hacer que reflexionen sobre su responsabilidad en la salud sexual y reproductiva y se sientan comprometidos con el desarrollo de prácticas saludables, tanto para su propio bienestar como para el de las mujeres y el conjunto de su familia.
- Lograr que tengan mayores conocimientos sobre la anatomía y fisiología masculina y femenina, así como sobre los problemas de salud sexual y reproductiva más importantes para las mujeres, a fin de que estén mejor preparados para prevenirlos y enfrentarlos.

Generar capacidades comunitarias para educar

La estrategia educativa del proyecto se basa en la formación de promotores y promotoras comunitarios que son elegidos por la comunidad y seleccionados después de un proceso de capacitación

y de reconocimiento de sus habilidades para trabajar con grupos, compartir conocimientos, y estimular la participación. Hasta junio de 2003, se capacitaron a 951 promotoras comunitarias en la zona quechua y a 976 de la zona aymara. Hasta diciembre de 2002, se habían capacitado a 573 hombres como promotores comunitarios de la zona aymara, y a 523, de la zona quechua. Esto ha significado que las mujeres sientan no solo que se les reconoce su capacidad para enseñar a otras, sino también de construir y crear nuevos conceptos incorporando su saber y el de otras mujeres de la comunidad. Promotoras y promotores se han convertido en protagonistas de un proceso de democratización de conocimientos.

Construir la ciudadanía y fortalecer la organización de base

ReproSalud promueve el desarrollo de capacidades para demandar, individual y colectivamente, el respeto a los derechos sexuales y reproductivos. Las mujeres han reflexionado sobre estos derechos en los talleres educativos, contando, así, con más herramientas para hacer que éstos se respeten tanto a nivel de su pareja como en la relación con los servicios de salud. De otra parte, ReproSalud está contribuyendo también al fortalecimiento de sus líderes y organizaciones de base. Todo ello está favoreciendo su participación en los espacios públicos, pues se sienten más preparadas para tomar decisiones en el ámbito local y consolidar las acciones de defensa de sus derechos a través de sus organizaciones.

Con la finalidad de fortalecer la acción conjunta de las mujeres, tanto en sus relaciones con las mujeres y hombres de sus comunidades, como con los servicios de salud, se crearon 39 redes de promotoras comunitarias y 39 comités de defensoras para la promoción y defensa de sus derechos sexuales y reproductivos. Para ello, se han realizado talleres dirigidos a ampliar sus conocimientos sobre calidad de atención y sobre el funcionamiento del MINSA, así como a desarrollar sus capacidades de negociación y de interlocución, y para realizar labores de vigilancia ciudadana.

Coordinar con el Ministerio de Salud y otras instituciones en el ámbito distrital y regional

Durante nuestro trabajo nos hemos acercado a instituciones puneñas que tuvieran objetivos similares a los nuestros, con el propósito de hacer una intervención conjunta que nos posibilitara un mayor impacto y la defensa de los derechos e intereses de las mujeres.

La relación de las mujeres y sus organizaciones con los establecimientos de salud, se fortalece cuando ellas les informan periódicamente sobre las conclusiones de los autodiagnósticos y las acciones de los proyectos comunitarios que se desarrollan en la comunidad. Estos actos tienen como finalidad establecer relaciones de confianza y respeto mutuo con el personal de los servicios de salud y han facilitado la programación de actividades conjuntas. Para apoyar estos procesos, Manuela Ramos ha suscrito convenios con las Direcciones Regionales de Salud, lo que ha permitido sensibilizar a los proveedores de salud en los temas de género, violencia (como problema de salud pública) y calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres.

Se ha firmado un convenio de cooperación mutua entre el Movimiento Manuela Ramos-ReproSalud y la Dirección Regional de Salud de Puno. Se ha acordado intercambiar la información recabada por ambas instituciones y fortalecer la cooperación entre los establecimientos de salud y las promotoras comunitarias de salud reproductiva capacitadas por ReproSalud.

A iniciativa de la Oficina de Manuela Ramos en Puno se constituyó el Comité de Coordinación Regional, en el que participaron instituciones como CARE, PLANFAMI, Proyecto 2000, ESSALUD, representantes de la Región de Salud y del Hospital de Juliaca, la Red de Promoción de la Mujer, la Asociación de Mujeres Campesinas, la Central de Organizaciones de Mujeres de los Barrios de Puno y La Cruz Roja.

Durante el tiempo en que funcionó el Comité de Coordinación Regional, desde 1996 hasta 2001, se organizaron campañas a

nivel regional, provincial y distrital por el Día Internacional de la Mujer (8 de marzo), el Día de Acción por la Salud de la Mujer (28 de mayo) y el Día de la No Violencia contra la Mujer (25 de noviembre), con ejes específicos que reivindican los derechos de las mujeres, buscando llegar al conjunto de la población y también a las autoridades.

Actualmente la Oficina de Manuela Ramos en Puno es integrante de la Mesa de Lucha contra la Violencia ejercida en contra de las Mujeres, en la que participan representantes de las diferentes instituciones públicas y privadas que están implementando los mandatos de la Ley de Violencia Familiar y haciendo vigilancia ciudadana para que esta ley se cumpla. También integra la Mesa Interinstitucional de Prevención de la Mortalidad Materna en la Red de Salud Melgar.

Además, participa en el Foro Salud de Puno, asumiendo la Coordinación del Comité Impulsor. El Foro Salud es un conjunto de personas e instituciones que buscan construir diálogo, desarrollar consensos, y promover la vigilancia ciudadana, potenciando las iniciativas y la participación de la sociedad en las políticas públicas a favor de la salud. En Puno, se han desarrollado diagnósticos participativos sobre seis temas, dentro de los que se incluyen los de salud reproductiva, salud del adolescente, medio ambiente y descentralización.

2. INDICADORES DE RESULTADOS DEL TRABAJO DE REPROSALUD EN PUNO

Logros educativos al término de los Talleres de Capacitación

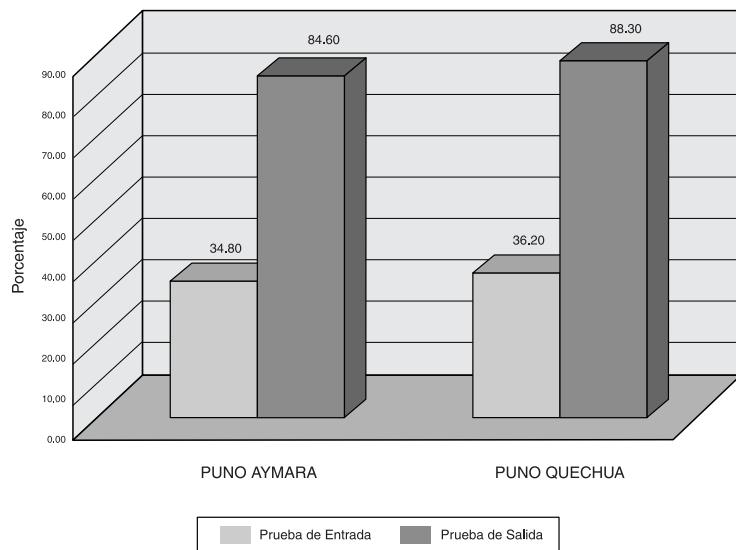
Los resultados educativos logrados en los talleres de capacitación de mujeres y de varones son significativos. En los gráficos siguientes podemos observar el nivel de conocimientos alcanzados al término de los talleres educativos, así como apreciar los significativos incrementos experimentados respecto al punto de partida.

Los gráficos dan cuenta del puntaje obtenido en las pruebas de entrada y salida que se tomaron al inicio y término de cada módulo de capacitación, siendo el máximo puntaje equivalente al 100%.

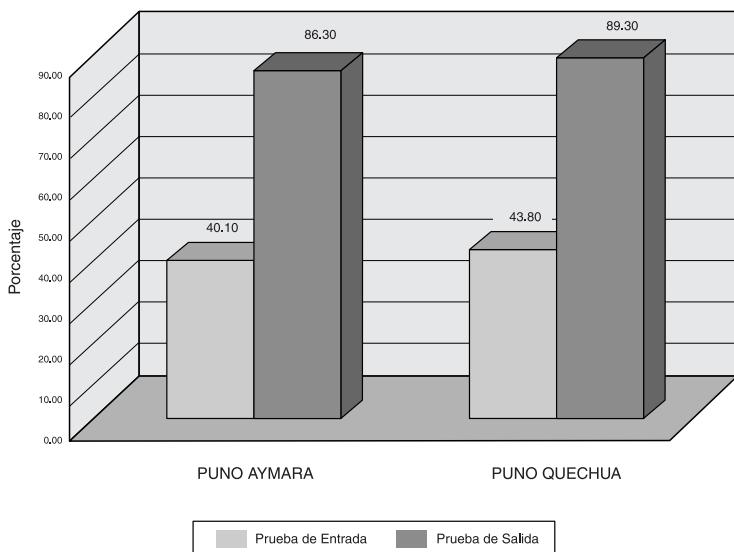
El módulo básico tiene como contenidos: roles y relaciones de género; derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; anatomía y cuidado de los órganos sexuales y fisiología del aparato reproductivo de la mujer y el hombre. En la prueba de salida aplicada al final de la capacitación en estos temas, tanto las mujeres como los hombres, alcanzaron más del doble del puntaje que inicialmente habían obtenido. El puntaje final de los hombres fue ligeramente mayor que el de las mujeres, pero sus puntos de partida también fueron levemente más altos.

Los módulos relacionados con los tres tipos de problemas seleccionados por la mayoría de mujeres de Huancavelica: "sufrimiento en el parto", "muchos hijos" y "regla blanca", contienen información sobre causas, síntomas o manifestaciones, así como consecuencias de estos problemas. Todos terminan con compromisos voluntariamente asumidos por las o los participantes, los que incluyen conversar con otras personas sobre lo aprendido, prácticas de autocuidado y acudir a los servicios de salud en caso de ser necesario. En todos los casos, el puntaje obtenido en la prueba de salida expresa un incremento de 100% o más, respecto a la prueba de entrada. Los puntajes más altos obtenidos en la prueba de salida se han alcanzado en el módulo "Embarazo y Parto Saludable", superando el 90%, tanto en el caso de las mujeres como de los hombres. En el caso del módulo "Enfermedades de los Órganos Sexuales" y "Cómo cuidarnos para tener los hijos que queramos", el incremento ha sido cercano al 90%, pero los puntos de partida son ligeramente menores que en el caso del módulo "Embarazo y Parto Saludable", siendo mayor el nivel de incremento logrado.

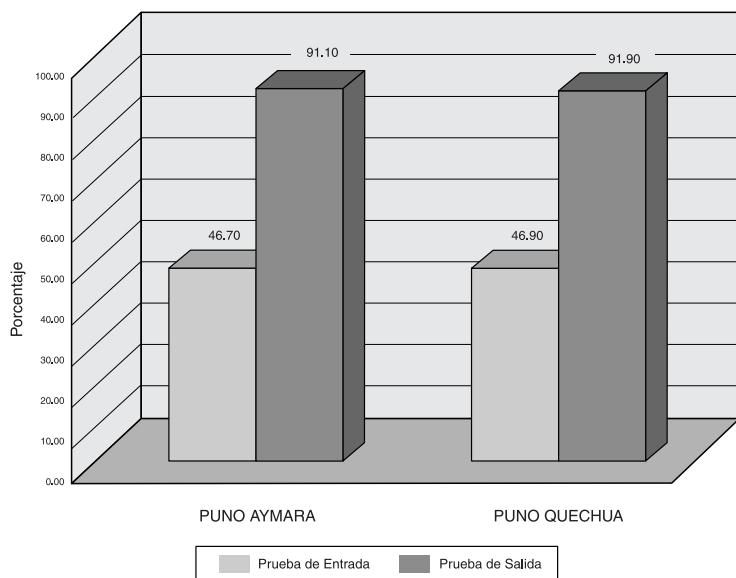
Resultados Educativos de Mujeres - Módulo Básico



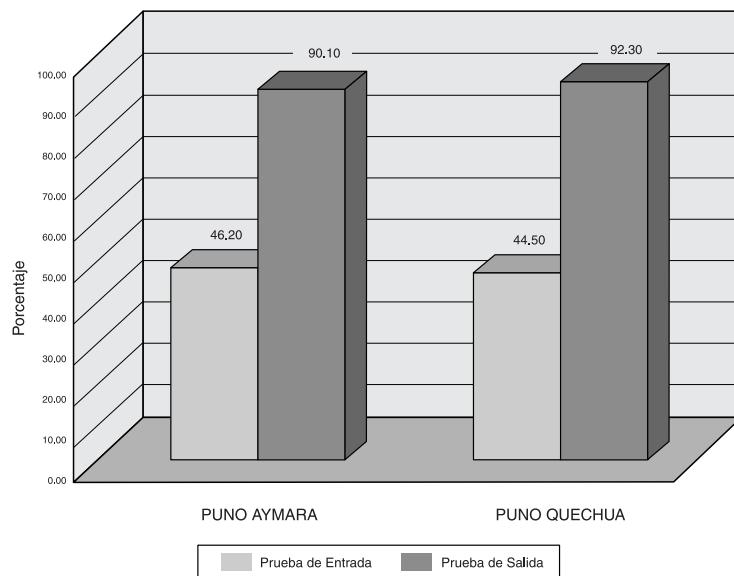
Resultados Educativos de Varones - Módulo Básico



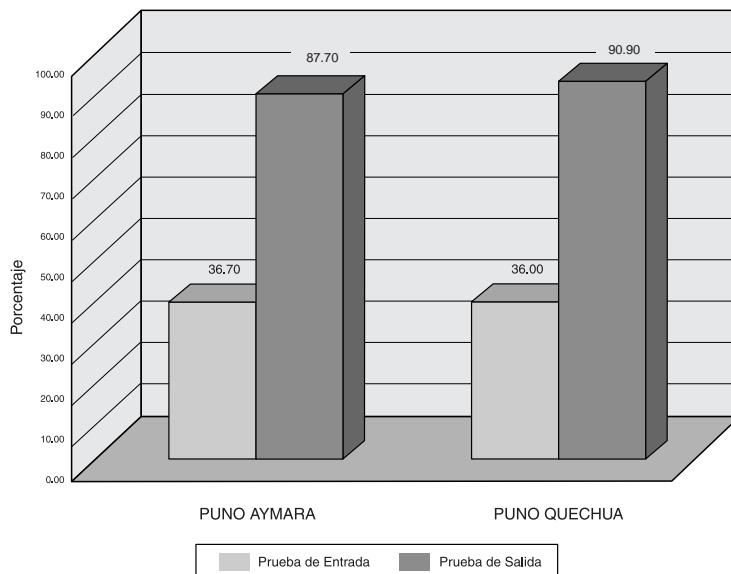
Resultados Educativos de Mujeres - Módulo Embarazo y Parto Saludables



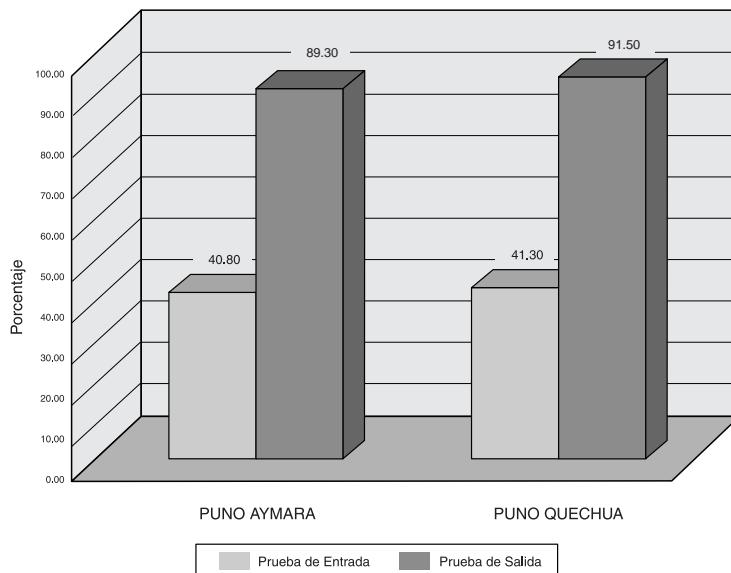
Resultados Educativos de Varones - Módulo Embarazo y Parto Saludables



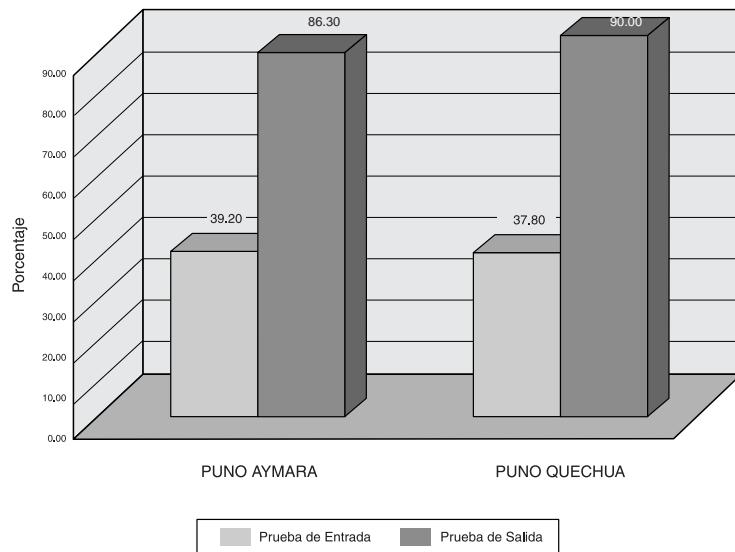
Resultados Educativos de Mujeres - Módulo Enfermedades de los órganos sexuales



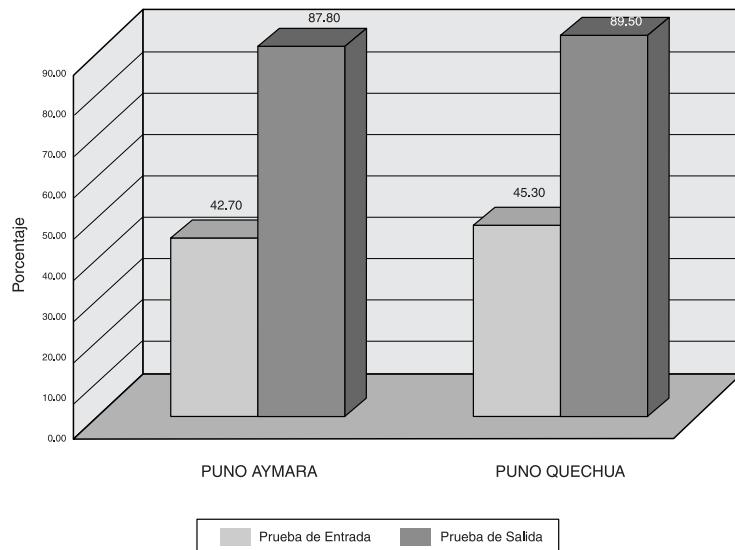
Resultados Educativos de Varones - Módulo Enfermedades de los órganos sexuales



Resultados Educativos de Mujeres - Módulo Cómo cuidarnos para tener los hijos que queramos



Resultados Educativos de Varones - Módulo Cómo cuidarnos para tener los hijos que queramos



Cambios en las prácticas y en los conocimientos⁴

Comparando los resultados de la línea de base realizada en 1997-1998 y la evaluación intermedia llevada a cabo en 2000-2001, se observan cambios estadísticamente significativos⁵ respecto a los resultados que se propuso alcanzar, tanto en el ámbito de salud reproductiva como en el de las relaciones de género. A continuación, revisaremos algunos de los indicadores que registran mayores incrementos.

Salud Reproductiva

Como se puede observar, el porcentaje de mujeres que atendieron su último parto con personal de salud, se ha duplicado en la zona quechua y se ha incrementado en más de 80% en la zona aymara. El incremento en el número de mujeres que tuvieron al menos cuatro controles prenatales fue mayor al 100% tanto en la zona quechua como en la aymara.

Los conocimientos de las mujeres sobre salud reproductiva también han experimentado mejoras significativas, habiéndose incrementado hasta en más de dos (zona quechua) y tres veces (zona aymara) el porcentaje de mujeres que conocen, al menos, el funcionamiento de un método anticonceptivo, siendo de 62% en la evaluación intermedia. El porcentaje de mujeres que pueden reconocer los signos de alarma en el embarazo y posparto que indican presencia de riesgos, se duplicó en el caso de la zona aymara, y se incrementó en cerca del 80% en la zona quechua, alcanzando a alrededor de la mitad de las mujeres. Partiendo de niveles muy bajos, el porcentaje de mujeres que conocen cómo se contagian los descensos vaginales, alcanzó puntajes cercanos a los 20 (zona quechua) y 30 puntos (zona aymara).

⁴ Este acápite ha sido elaborado teniendo como base el informe: "Una revisión de los resultados del proyecto ReproSalud por departamentos en dos momentos", elaborado por Flor Suárez, por encargo de ReproSalud, Movimiento Manuela Ramos, 2002. Este informe se basa en el análisis comparativo de los resultados de una encuesta aplicada en dos momentos (antes del inicio de la intervención y luego de un mínimo de dos años de iniciada la misma) a 498 mujeres y 378 hombres beneficiarios del proyecto ReproSalud en Puno (se contempló una submuestra para la zona quechua y otra para la zona aymara).

⁵ Se trata de cambios con significación estadística al 0.05 y en algunos casos, al 0.10.

**INDICADORES DE SALUD REPRODUCTIVA
PUNO (ZONAS QUECHUA Y AYMARA)**

Resultados	Indicadores	Línea de Base		Evaluación Intermedia	
		Quechua	Aymara	Quechua	Aymara
Mujeres incrementan la utilización de los servicios de salud reproductiva en embarazo y parto	% de mujeres que atendieron su último parto con personal de salud	12	16	24	29
	% de mujeres que tuvo al menos 4 controles pre-natales con personal de salud	33	31	70	65
Mujeres incrementan sus conocimientos sobre salud reproductiva	% de mujeres unidas que conocen signos de alarma en el embarazo y posparto que indican presencia de riesgos	25	19	44	51
	% de mujeres que saben cómo funciona al menos un método moderno	18	15	62	62
	% de mujeres que conocen cómo se contagian los descensos vaginales	0	7	19	28

Equidad de género y empoderamiento de las mujeres

Dado que los cambios en las relaciones de género implican profundas transformaciones socioculturales, el incremento que expresan los indicadores dirigidos a evaluarlos, es en promedio relativamente menor que en el caso de los de salud reproductiva. No obstante, su importancia es central en el proceso de lograr relaciones de género más equitativas entre hombres y mujeres, y muestran ya importantes avances. A continuación, damos algunos ejemplos. El porcentaje de mujeres unidas, que comparten las tareas de la casa conjuntamente con su pareja, aumentó de 40% a 65% en el caso de la zona quechua de Puno y de 36% a 55% en el caso de la zona aymara, siendo el incremento de alrededor de 63% y 53%, respectivamente. El porcentaje de mujeres que deciden conjuntamente con su pareja sobre sus relaciones sexuales, aumentó de 45% a 62% en el caso de la zona quechua, y de 37% a 54% en el caso de la zona aymara, alcanzando un incremento de alrededor del 40%. De manera similar, se incrementó el porcentaje de mujeres que no tienen relaciones sexuales obligadas, pasando de 42% a 60% en la zona quechua, y de 37% a 50% en la zona aymara.

Las mujeres y varones también incrementaron conocimientos, desarrollaron opiniones y actitudes a favor de una mayor equidad de género en dos áreas críticas como son la violencia doméstica y la violencia sexual. Hubo un notable incremento de 90% en el porcentaje de mujeres de la zona quechua que sabe que deben acudir a pedir ayuda a las autoridades en caso de ser golpeadas. En el caso de la zona aymara éste alcanzó un importante 57%.

En el caso de los varones, el porcentaje de ellos que manifestó creer que a las mujeres no se le puede golpear en ningún caso, se incrementó en 21% en la zona quechua, y en 43% en la zona aymara. Mientras tanto, el porcentaje de varones que cree que el hombre no tiene derecho a exigir relaciones sexuales cuando la mujer no quiere, se incrementó en 16% en la zona quechua, y en 25% en la zona aymara.

**INDICADORES RELATIVOS A LA EQUIDAD DE GÉNERO
PUNO (ZONAS QUECHUA Y AYMARA)**

Resultados	Indicadores	Línea de Base		Evaluación Intermedia	
		Quechua	Aymara	Quechua	Aymara
Mujeres tienen relaciones de género más equitativas con sus parejas	% de mujeres unidas que comparten las tareas del hogar conjuntamente con los hombres.	40	36	65	55
	% de mujeres que deciden con su pareja sobre relaciones sexuales.	45	37	62	54
	% de mujeres unidas que no tienen relaciones sexuales obligadas o convencidas.	42	37	60	50
Mujeres y hombres incrementan conocimientos, desarrollan opiniones y actitudes a favor de la equidad de género (violencia doméstica y violencia sexual)	% de mujeres que saben que deben acudir a pedir ayuda a las autoridades en caso de ser golpeadas.	36	44	68	69
	% de varones que creen que a la mujer no se le puede golpear en ningún caso.	70	54	85	77
	% de varones que creen que el hombre no tiene derecho a exigir relaciones sexuales cuando la mujer no quiere.	76	67	88	84

Logros en Promoción y Defensa

Los Comités de Defensoras y las Redes de Promotoras están realizando negociaciones con los establecimientos de salud (centros de salud u hospitales) para que éstos incorporen la agenda de las mujeres en sus programas de salud sexual y reproductiva. Por su parte, las Redes de Promotoras usualmente asumen el compromiso de incrementar el número de mujeres que reciben capacitación en estos temas y de aquellas que asisten a los servicios de salud para prevenir o enfrentar problemas de salud reproductiva. Los acuerdos de estas negociaciones se implementan mediante planes de acción conjuntos. Hasta agosto de 2003, se han realizado negociaciones que tienen que ver mayormente con el tema del embarazo y el parto, siendo aspectos centrales de la negociación: la adecuación de las salas de parto a las costumbres de las mujeres y el incremento de mujeres que asisten a los controles pre y posnatales, así como del número de partos institucionales.

El Comité de Defensoras tiene como una de sus misiones vigilar que estos compromisos asumidos por los servicios de salud se cumplan. Asimismo, cuando no se logran establecer acuerdos con el establecimiento de salud de referencia o se requieren directivas o negociaciones con instancias de mayor jerarquía que la del centro de salud de referencia, el Comité de Defensoras realiza acciones de abogacía que permitan asegurar el logro de las demandas de las mujeres.

Comités de Defensoras y Redes de Promotoras han logrado directivas para asegurar la atención del parto según necesidades y costumbres de las mujeres. Éste es el caso de las directivas dadas por el Hospital de Apoyo de Juli, el Hospital de Apoyo de Ilave, el CLAS de Siraya, el Centro de Salud de Zepita, el Puesto de Salud Bajo Pavita, el Puesto de Salud Sicuyani, el Centro de Salud de Vilquechico y el Centro de Salud de Aychuyo

También se han logrado directivas para que haya atención nocturna permanente para atender emergencias obstétricas en el Centro de Salud de Macari y de Pucará, el Hospital de Ayaviri, Centro de Salud de Pomata.

Asimismo, se ha logrado el reconocimiento por parte del MINSA de promotoras comunitarias capacitadas en salud reproductiva por ReproSalud en Arapa, Zepita y Siraya. De este modo, debido a su preparación en temas de salud reproductiva y a su compromiso con las mujeres de la comunidad, ellas han pasado a ser parte del grupo de promotores(as) comunitarios(as) acreditados como promotores(as) del MINSA.

En la siguiente tabla presentamos un ejemplo del modo concreto en que se viene realizando un trabajo conjunto entre las promotoras comunitarias y el MINSA para responder a las necesidades de salud reproductiva de las mujeres de Puno. También se muestra en la última columna, los resultados de este trabajo.

Acuerdos y logros de los planes conjuntos: algunos ejemplos

Lo que realiza el servicio de salud a pedido de las mujeres	Lo que hacen las promotoras comunitarias	Algunos logros conseguidos en las negociaciones
Realizar jornadas que refuercen la información que tienen las promotoras sobre las señales de peligro durante el embarazo, el parto y el puerperio.	Replicar las jornadas de información sobre las señales de peligro con las otras mujeres de las organizaciones comunitarias de base, reforzando así lo aprendido en los talleres educativos.	Las mujeres están informadas y conocen las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio.
Sensibilizar al personal de salud para una atención del parto de acuerdo a las costumbres de las mujeres: participación del esposo, posición en el parto de rodillas o de cuclillas, permitir tomar mates calientes, utilizar un ambiente pequeño, caliente y con muy poca luz, permitir que se amarren la cabeza, permitir tomar caldos sin sal.	Sensibilizar y aconsejar a las mujeres gestantes de la comunidad sobre la importancia de dar a luz en el establecimiento de salud. Informar sobre la atención que tendrá en el establecimiento de salud, respetando sus costumbres; así como de los lugares más cercanos donde pueden tener ayuda en caso de complicaciones.	Adecuación del ambiente para el parto vertical. Las mujeres aportaron en la implementación de la sala de parto. Mayor sensibilización del personal de salud para atender el parto de acuerdo a las costumbres de las mujeres. Aumento de la atención del parto institucional.

Lo que realiza el servicio de salud a pedido de las mujeres	Lo que hacen las promotoras comunitarias	Algunos logros conseguidos en las negociaciones
Capacitar a las promotoras comunitarias sobre el manejo de las hojas de referencia para derivar a las gestantes a los establecimientos de salud.	Identificar a las mujeres gestantes e informarlas sobre la importancia de los controles prenatales, aconsejándoles que asistan al servicios de salud para ello.	Incremento en el número de gestantes derivadas por las promotoras. Aumento del número de mujeres que tienen más de 4 controles prenatales. Reconocimiento de las promotoras por parte del personal de salud.
Sensibilizar a todo el personal para que atienda a las mujeres con amabilidad y respeto. Disponer que todo el personal que atiende a las usuarias use un carnet de identificación para que así las mujeres puedan identificar al personal que no está respetando sus derechos como usuarias.	Continuar sensibilizando a las mujeres sobre sus derechos como usuarias. Informar en sus respectivas comunidades sobre el uso de carnet de identificación por parte del personal de salud para que puedan identificar por su nombre al personal que no está respetando sus derechos y puedan colocar la queja en el buzón del establecimiento destinado para ello.	El personal cumple con usar el fotocheck. La atención ha mejorado, pero todavía falta que se sensibilice a todo el personal.
Informar a las promotoras comunitarias sobre el Seguro Integral de Salud (SIS).	Informar a las mujeres de su comunidad sobre las facilidades que ofrece el SIS y el procedimiento para su afiliación.	Las mujeres están informadas sobre el SIS, lo que está facilitando que asistan a los establecimientos de salud.
Realizar seguimiento y evaluación del cumplimiento del Plan Conjunto tanto por parte del personal del establecimiento de salud como de las promotoras comunitarias.	Realizar, conjuntamente con las Defensoras, el seguimiento periódico del Plan Conjunto. Reunirse con los responsables del establecimiento de Salud para ver si se están cumpliendo los acuerdos.	Se cumplen los acuerdos del Plan Conjunto y se revisan constantemente los compromisos de ambas partes.

Uno de los temas que sigue pendiente en la agenda de promotoras y defensoras, es el abastecimiento de métodos anticonceptivos en los servicios de salud del MINSA, ya que su ausencia o restricción en servicios públicos de salud obstaculiza que las mujeres pobres de las zonas rurales y periurbanas puedan ejercer su derecho a la planificación familiar. Para muchas de ellas, el único modo de adquirir un método es a través de la distribución gratuita en los servicios de salud del Estado. En octubre de 2003, se registró un desabastecimiento de inyecciones anticonceptivas, el método de mayor preferencia dentro de los denominados métodos "modernos", en al menos 4 distritos de Puno (Santa Rosa, Macarí, Juli y Huancané) donde viene trabajando ReproSalud; en dos de ellos, además, hubo desabastecimiento de condones. Cabe señalar que esta situación es particularmente grave pues se viene presentando desabastecimiento temporal en diversos establecimientos de salud del MINSA desde diciembre de 2002. Hay desabastecimiento de insumos de planificación familiar en todos los departamentos donde trabaja ReproSalud (Ancash, Ayacucho, Huancavelica, La Libertad, Puno); los proveedores de salud de estas regiones han manifestado que los envíos realizados desde el nivel central del MINSA son insuficientes, por lo que éste es un tema que se encuentra en la agenda de salud de varias zonas del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CUANTO

2002 *Anuario Estadístico Perú en Números 2002*. Agosto 2002.

FONCODES

2000 *Mapa de pobreza 2000. Principales indicadores que definen el nivel de vida*.

Hammer, Patricia J.

2001 *Sistematización de autodiagnósticos y estudios complementarios realizados por ReproSalud en las zonas quechua y aymara de Puno*. Informe realizado por encargo del Movimiento Manuela Ramos-ReproSalud. Inédito.

Ministerio de Salud-Proyecto 2000

1999 *Salvarse con bien: El Parto de la Vida en los Andes y Amazonía del Perú*. Ministerio de Salud, Programa de Salud Materno Perinatal, Proyecto 2000 y USAID.

Movimiento Manuela Ramos- ReproSalud

2002 *Informes Bimestrales del Proyecto ReproSalud, 1996 a 2002*.

Base de Datos de Proyectos comunitarios y Beneficiarias de los mismos.

Suárez, Flor

2002 *Una revisión de los resultados del proyecto Reprosalud por departamentos en dos momentos*. Informe realizado por encargo del Movimiento Manuela Ramos-ReproSalud. Inédito.

Yanaylle, María Emilia

1998 *Avances para la sistematización de autodiagnósticos de Huancavelica, 1996-1998: Percepción de las mujeres sobre los establecimientos de salud y relación con los mismos durante el embarazo, parto y puerperio*. Movimiento Manuela Ramos-ReproSalud. Inédito.

1999 *Susto y temor como causa del estacionamiento en el momento del parto en las comunidades de Huancavelica*. En: De Retamas y Orquídeas, Boletín de ReproSalud Nº 09, marzo.

Flores, María Elizabeth

1999 *Avances para sistematización de autodiagnósticos de Huancavelica, 1996-1999: Regla blanca e inflamación al ovario*. Movimiento Manuela Ramos-ReproSalud. Inédito.

Yon, Carmen

2000 *Hablan las Mujeres Andinas: preferencias reproductivas y anticoncepción*. Movimiento Manuela Ramos-ReproSalud.



Manuela Ramos: Av. Juan Pablo Fernandini 1550 - Pueblo Libre - Lima 21 - Per'

Teléfono 423 8840 Fax: 332 1280

e-mail: postmast@manuela.org.pe

<http://www.manuela.org.pe>

