

MUJERES DE NEGRO
LA MUERTE MATERNA EN ZONAS RURALES DEL PERU

—
PRODUCTO 4

Estudio de Casos de Muerte Materna
Subcontrato con Pathfinder International para el Proyecto 2000
Convenio entre Ministerio de Salud y USAID

Autores

Jeanne Anderson, coordinadora
Alejandro Diez
Diego Dourojeanni
Blanca Figueroa
Oscar Jimenez
Elsy Mini
Sandra Vallenias

Universidad Catolica del Peru

Abril 1998

Bibliographic Elements

#7

TITLE

Mujeres de Negro la Muerte Materna en Zonas Rurales del Peru

AUTHOR

Jeanine Anderson, Alejandro Diez, Diego Courojeanni, Blanca Figueroa, Oscar Jimenez, Elsy Mini, Sandra Vallenias

PROJECT NUMBER

527-0366 - Proyecto 2000

CONTRACT NUMBER

SPONSORING USAID OFFICE

Health, Population and Nutrition

CONTRACTOR NAME

Universidad Catolica del Peru

DATE OF PUBLICATION

Abril 1998

STRATEGIC OBJECTIVE

Improved Health, including Family Planning of High-Risk Populations

PROPOSITO

El presente proyecto tiene el proposito de contribuir a la reduccion de la mortalidad materna en el Peru a traves de un estudio cualitativo del fenomeno en las zonas rurales. En tal sentido, pretende ampliar, matizar, contextualizar e integrar en nuevos marcos explicativos, la informacion disponible en el ambito de la estadistica y los casos reportados y no reportados de muerte materna. La investigacion se fundamenta en la alta prevalencia de la muerte materna en el campo y la necesidad de equipar el sistema de salud con mejores herramientas para responder frente a las situaciones de emergencia que se presentan así como frente a las expectativas y posibilidades de la poblacion. El estudio implica la recoleccion de datos en cuatro grandes zonas del pais, prioritarias para el Proyecto 2000. La informacion a obtenerse abarca autopsias verbales de casos de muerte materna y estudios en profundidad de algunas localidades. Aplicando un conjunto de tecnicas de analisis cualitativo y de redes, se obtendra un informe con los hallazgos de la investigacion así como las recomendaciones a que estos conduzcan.

menores de tres años y mujeres en edad fértil. El propósito del Proyecto es incrementar el uso de intervenciones de salud materna infantil.

La principal contribución del Proyecto 2000 al Ministerio de Salud, y consecuentemente a la atención de salud en el país, está referida a la construcción y/o fortalecimiento de los diversos sistemas institucionales para proveer un acceso sostenido de la población, especialmente la más pobre, a servicios de óptima calidad en la promoción, protección y recuperación de la salud materna, perinatal e infantil. A través de acciones comunitarias, el Proyecto también busca reducir la necesidad de atenciones curativas, contribuyendo así a una mayor eficiencia de los servicios prestados en los establecimientos de salud. Para alcanzar niveles elevados de uso apropiado y sostenido de los servicios, es necesario que estos sean físicamente accesibles y culturalmente aceptables.

Aunque se espera que el Proyecto 2000 tenga impacto sobre el conjunto del país, su implementación está concentrada en cuatro regiones (La Libertad, Chavín, San Martín y Ucayali) y ocho subregiones (Lima Este, Ayacucho, Huancavelica, Chanka - Andahuaylas, Ica, Puno, Moquegua y Tacna).

En el diseño del Proyecto 2000 se ha considerado la necesidad de conducir estudios formativos cualitativos sobre las creencias y prácticas de mujeres, personal de salud y agentes comunitarios de salud en los temas de salud materna y perinatal. Para ello se consideró importante identificar los estudios ya realizados y mejorarlos o llenar los vacíos de información relevante con nuevos estudios.

De tal modo, durante 1995 y 1996, el Proyecto 2000 encargó a dos consultores la identificación de los principales vacíos de conocimiento en los temas de salud reproductiva, materna, perinatal e infantil. Entre los resultados destacan las siguientes comprobaciones:

- Hay una ausencia de estudios sistemáticos alrededor de los factores comunitarios y de servicios de salud que condicionan la mortalidad materna y perinatal.
- Existe la necesidad de identificar los factores que regulan la baja cobertura de atención de partos, principalmente en las zonas rurales, y su relación con las prácticas de control prenatal.
- Es necesario identificar las percepciones, actitudes y prácticas de proveedores y usuarios de servicios de salud en relación a la morbilidad materno-perinatal.
- Es necesario identificar los elementos de medicina tradicional que podrían ser incorporados en la atención materno-perinatal.

A partir de este informe de los consultores, el Proyecto 2000 planteó iniciar actividades de investigación que incluyen el presente estudio de casos de la muerte materna en las zonas de prioridad para el Proyecto.

La organización del informe

d

El informe que aquí se presenta está organizado de la siguiente manera. En primer lugar se indica los antecedentes teóricos y metodológicos del estudio (Capítulo 1). Luego, pasamos a examinar las localidades que fueron estudiadas en profundidad y que fueron el escenario para varios casos de muerte materna (Capítulo 2). Seguidamente, se examina la información tomada de los pobladores rurales sobre su visión de los problemas de salud que viven y el sistema de salud como respuesta, por un lado, y, por el otro, los informes de los proveedores sobre temas similares (Capítulo 3). Luego, pasamos a presentar las autopsias verbales en forma resumida y a relacionar las características de las localidades estudiadas con las formas que toma la muerte materna en cada zona (Capítulo 4). El siguiente capítulo (Capítulo 5) está constituido exclusivamente por los relatos de nueve casos de muerte materna que fueron escogidos por su capacidad para ilustrar situaciones de riesgo social. En el siguiente capítulo (Capítulo 6) se presentan las conclusiones del trabajo, organizadas alrededor de nueve grandes temas. Finalmente, se consignan (Capítulo 7) algunas recomendaciones que surgen del estudio y que pretenden ser concretas y útiles para el sistema de salud. Como anexo, incluimos los instrumentos de recolección de la información así como los instrumentos utilizados para su procesamiento.

Agradecimientos

Una investigación de la envergadura de esta requiere de la concurrencia de muchos individuos e instituciones para que se lleve a cabo exitosamente. En el presente caso hemos contado con la colaboración de numerosos colaboradores. En primer lugar están los miembros del equipo técnico del Proyecto 2000, en particular Flormarina Guardia, que fue nuestro principal enlace y asesora. Luego, debemos agradecer a los directores regionales y subregionales del MINSA en las zonas del estudio así como los directores del Proyecto 2000 en dichas zonas. Dieron importantes facilidades y siguieron con interés la evolución del trabajo. Queremos reconocer, asimismo, el apoyo de la Universidad Católica y muy especialmente el apoyo y aliento de la Jefa del Departamento de Ciencias Sociales, Catalina Romero. Silvia Sachun colaboró con excepcional eficiencia y entusiasmo en los aspectos secretariales y administrativos, coordinando con la oficina de administración de la Universidad para el soporte práctico necesario. Finalmente, varias instituciones locales apoyaron para que el trabajo se realizara fluidamente. Entre ellas, hay que destacar a INDES, en Trujillo, PRODEMU, de Tarapoto, y CIDIAG, en Sihuas, así como SER, en Ayacucho, y Arunakasa, en Puno.

Sobre todo, debemos expresar nuestro profundo agradecimiento a los miembros de los equipos locales y muy especialmente a sus coordinadoras/es.

Puno Coordinadora Vilma Vargas
Edgar Aguilar

Ayacucho Coordinador, Javier Torres
Efraín Palomino
María Izarbe

Trujillo Coordinadora, Marcela Rodriguez
 Jorge Burmeister
 Zoila Perez

Tarapoto Coordinadora, Bety Laurel
 Hipolito Bartra

Pucallpa Carmen Sheen
 Julio Zelada

Ellos saben el esfuerzo que pusieron para que la investigacion cumpliera sus fines. Saben lo que costo, a veces, tocar temas dolorosos con los deudos de una mujer cuya vida fue cortada absurdamente. Con nosotros, comparten la esperanza que el presente informe pueda constituir un recuerdo digno de estas mujeres y un paso hacia la prevencion de otras muertes similares.

	Página	
Capítulo 1	El marco teorico y metodologico	1
	A. Los Objetivos y los insumos	1
	B El modelo teorico	7
	C El marco metodologico	9
Capítulo 2	Los entornos comunitarios	15
	A. Seis localidades en busca de sus muertas	17
	Conima (Puno)	17
	Vischongo (Ayacucho)	22
	Mache (La Libertad)	26
	Sihuas (Ancash)	31
	San Miguel del Rio Mayo (San Martin)	36
	Aguaytia (Ucayali)	41
	B Los recursos relevantes en los entornos locales	47
	C Los "tipos" de lugares rurales	56
Capítulo 3	La poblacion y los proveedores de servicios de salud	58
	A. Los problemas y las condiciones de salud	58
	A2 Las mujeres de la comunidades	65
	A3 Condiciones de salud materna	68
	B La poblacion y los proveedores	72
	B1 La busqueda de atencion	73
	B2 Percepcion y actitudes frente a los sistemas de salud	76
	B3 Practicas del parto institucional rechazadas por las usuarias	80
	B4 Atencion domiciliaria y parteras	82
Capítulo 4	La ubicacion de las situaciones problematicas	
	El aporte de las autopsias verbales	86
	A Las autopsias verbales resumidas	86
	A1 Las mujeres que murieron	88
	A2 La situación antecedente salud y reproduccion	92
	A3 Las redes de apoyo	94
	A4 Las circunstancias de las muertes	97
	A5 Los Procesos de decision	99
	B Las muertes y las condiciones del entorno	100
Capítulo 5	Nueve cronicas de la muerte	109
Capítulo 6	Conclusiones Las causas de la muerte materna	150
Capítulo 7	Recomendaciones	166

Anexo Instrumentos

CAPITULO 1

EL MARCO TEORICO Y METODOLOGICO

Con el presente capítulo se inicia el proceso de exposición de los resultados de nuestra investigación sobre la muerte materna en las zonas rurales del Perú. Para que los resultados sean entendibles y las interpretaciones sean comprensibles, debemos comenzar proporcionando una información básica sobre el recorrido intelectual del equipo de investigación y sobre el recorrido práctico del estudio. El recorrido intelectual incluye una secuencia de pasos desde formular un primer modelo teórico tentativo, e integrar los aportes de estudios y reflexiones de otros investigadores, hasta arribar, con el beneficio de la experiencia de la investigación, a un modelo teórico más completo y ajustado a la realidad rural del Perú actual. El recorrido práctico abarca todo lo referido a la operación del estudio: el diseño metodológico y su aplicación.

El capítulo tiene tres secciones. En la primera sección, se exponen los objetivos del estudio y los insumos para su definición. En la segunda sección se presenta el marco teórico, indicando la transformación que sufrió hasta llegar a un nuevo modelo de los factores que contribuyen a la muerte materna en el país. En la tercera sección, se describe la metodología empleada para el recojo de la información y para su análisis e interpretación. En el Anexo I se encuentran los instrumentos utilizados para el trabajo de campo y el procesamiento de los datos.

A LOS OBJETIVOS Y LOS INSUMOS

Los objetivos centrales de la presente investigación, conforme al pedido expresado en los Términos de Referencia del Proyecto 2000, fueron dos:

1. Ampliar nuestro conocimiento sobre las percepciones, actitudes y prácticas de los esposos o parejas, familiares, vecinos/as y amigos/as de las difuntas en relación a la mortalidad materna.
2. Identificar los problemas para la búsqueda efectiva y oportuna de cuidados que contribuirían a la disminución de la mortalidad materna.

Frente a este pedido y señalamiento de los grandes propósitos del estudio, el grupo de investigadores definió una serie de objetivos específicos que corresponden a su lectura de la bibliografía relevante, interpretación de la realidad, y formulación de hipótesis iniciales. El diseño metodológico pretendió garantizar el cumplimiento del conjunto de los objetivos:

3. Sopesar la importancia relativa de diversos **factores contextuales** (económicos, sociales, culturales) que podrían estar aumentando los riesgos de la muerte materna en zonas rurales del país. Dichos factores pertenecen a diferentes ámbitos que incluyen, por ejemplo, el entorno comunal junto con un determinado nivel de pobreza y aislamiento, la presencia de redes interinstitucionales locales, la organización social

- local, y el ambito familiar Asi, similar al conocido modelo de Bongaarts de las causas de fondo, intermedias y proximas que influyen en la aceptacion de metodos de planificacion familiar, se puede hablar de factores de fondo, intermedios y proximos que influyen sobre ("determinan" en algun grado) la muerte materna
- 4 Desde el punto de vista de los riesgos asociados al embarazo, parto y puerperio, analizar las implicancias del **valor que se asigna a las mujeres** en distintas regiones, entornos socioeconomicos, tradiciones culturales y sistemas familiares en el Peru Asimismo, analizar la manera como se expresa la valoracion de la mujer y de lo femenino en los cuidados que reciben las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio
 - 5 Identificar, a nivel de las **redes sociales que se tejen alrededor de las mujeres rurales**, los factores que podrian ayudar a prevenir la muerte materna Ubicar en las areas asi identificadas las oportunidades para intervenciones para la prevencion de la muerte materna
 - 6 Especificar el papel de los **establecimientos de salud como parte de una red interinstitucional** de entidades y organizaciones que, potencialmente, jugarian un rol de apoyo y ayuda a las mujeres y sus familias en el trance del embarazo, parto y puerperio ~~Esta red podria abarcar no solo otros establecimientos, servicios y especialistas de salud (por ejemplo, parteras/os), sino una serie de instituciones diversas cuyas contribuciones serian de muy distinta naturaleza~~ Es asi que un objetivo del estudio fue establecer hasta que punto los establecimientos de salud del MINSA efectivamente participan en tales redes de comunicacion y colaboracion con otras instituciones locales, y hasta que punto la integracion en las redes interinstitucionales funciona como una medida de proteccion a las mujeres

En conjunto, los objetivos del estudio expresan las lineas iniciales de busqueda de los antecedentes y determinantes del problema de la muerte materna en el Peru de hoy En base a la bibliografia nacional e internacional sobre el problema, se hizo una seleccion de los factores que parecian mas importantes en el caso peruano A continuacion, se sugiere cuales son algunos de los principales dilemas que se han identificado en la literatura existente

Los insumos bibliograficos

La muerte, y mas concretamente la muerte materna, ha sido estudiada desde perspectivas biologicas y biomedicas, psicologicas, economicas, sociales y culturales La literatura al respecto es vasta Para esta investigacion, nos apoyamos principalmente en fuentes antropologicas, capaces de iluminar los aspectos culturales y valorativos de la muerte, y en estudios socioeconomicos que nos ayudaron a entender la dinamica de pequenas comunidades rurales, donde predomina la pobreza, que se insertan en condiciones de desigualdad en un sistema nacional

Uno de los focos del trabajo antropologico sobre la muerte han sido las explicaciones de las causas de la misma Un estudio clasico, el de E Evans-Pritchard en un pueblo africano, problematizo la manera como en diferentes tradiciones culturales se

conceptualiza la causalidad, que puede tener varias "capas" y alcanzar a diferentes niveles de la realidad. Los azande, estudiados por Evans-Pritchard¹, consideran que ninguna muerte es natural, analizadas correctamente, todas tienen una serie de causas de diferente orden que van desde la acción de fuerzas sobrenaturales hasta las relaciones sociales entre los miembros del grupo y los sentimientos negativos que algunos pueden guardar en relación con la persona fallecida. Para los azande, aunque una caída, una enfermedad, un corte o accidente obviamente contribuyen al hecho de la muerte, tales hechos "naturales" no son suficientes como explicaciones. ¿Por qué —dicen— tuvo que caerse precisamente esa mujer precisamente en esta ocasión? ¿Por qué la enfermedad atacó precisamente a ese hombre, precisamente ahora?

Los muchos estudios que se han inspirado en la línea de indagación abierta por Evans-Pritchard demuestran lo difícil que es, en las sociedades humanas, aceptar que la muerte de un miembro de la comunidad sea simplemente casualidad o el simple resultado de un proceso biológico. Los estudios de los grupos nativos de la Amazonia peruana documentan la prevalencia de explicaciones de la muerte que giran en torno a la brujería y el mal obrar de otras personas en contra del fallecido². En tales circunstancias —no impedir que sigan haciendo estragos en el grupo social— los culpables de una muerte deben llegar a conocerse a través de prácticas de adivinanza chamánica y, muchas veces, deben ser castigados o aun eliminados.

Otro de los temas importantes de la bibliografía antropológica sobre la muerte son las diferentes concepciones de lo que constituye una buena muerte, una "muerte correcta" de acuerdo a los parámetros culturales de cada sociedad. En todas las sociedades humanas, la muerte es ritualizada, inclusive, los entierros son los primeros indicios de la existencia de cultura en nuestros remotos antepasados. Los muertos en todas las sociedades son honrados con una ceremonia que constituye a la vez un rito de separación del grupo social. Se señala ritualmente su incorporación al grupo de los antepasados y se les expulsa —con más o menos suavidad y cortesía— fuera de la sociedad de los vivientes. En numerosas sociedades, se cree que los muertos que vivieron mal o que guardan algún rencor frente a los sobrevivientes pueden volver para vengarse, creando caos y peligro para los humanos.

La ritualización de la muerte puede significar una inversión muy grande de los recursos de los sobrevivientes. Durante los ritos mortuarios en sociedades nativas de Norte América, los deudos destruían los bienes y los efectos personales del muerto. En la sociedad tradicional hindú, se esperaba que la viuda se suicidara a la muerte de su esposo, tirándose en el fuego a fin de acompañarlo hacia el otro mundo. El funeral es necesario para despedir a la persona que se fue y simultáneamente para reafirmar los lazos

¹ Evans-Pritchard E. E. *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*. Oxford University Press 1937.

² Hay varios ejemplos de esto en el libro de testimonios de asháninka y nomatsiguenga de la selva central editado por Eduardo Fernández. *Para que nuestra historia no se pierda*. CIPA, 1986.

³ Ver los trabajos recogidos por Maurice Bloch y Jonathan Parry, *Death and the Regeneration of Life*. Cambridge University Press 1982.

entre las que se quedan. Los entierros suelen ser ocasiones en que una comunidad muy grande de parientes, vecinos, y socios se junte para dramatizar su relación con el finado y, por consiguiente, con sus descendientes y deudos. El gasto refleja cuanto se valoraba a la persona que se despide.

Aun en relación con un hecho ya dramático, como es cualquier muerte de un ser humano para la comunidad a la que pertenece, la muerte de una mujer durante el embarazo, en el parto, o en la etapa inmediatamente posterior, está llena de significancia y, frecuentemente, terror. Se lo considera indebido por lo que alude a situaciones inusuales, problemáticas y fallidas. Esto no niega que la muerte en tales circunstancias haya sido relativamente frecuente en épocas pasadas en todas las sociedades humanas ni que lo siga siendo en muchas de ellas hoy. La literatura etnográfica ofrece abundante evidencia acerca de la percepción que se ha tenido en muchos grupos culturales de los peligros del embarazo y del parto para la mujer y de los temores que rodean estos eventos en contextos donde los recursos culturales y médicos disponibles pueden no ser suficientes para afrontar partos difíciles y similares emergencias. Un autor⁴ sostiene que, en culturas tribales como las de los grupos nativos de Norteamérica, toda la etapa reproductiva —desde la menarquía hasta la menopausia— coloca a la mujer en algo que se define culturalmente como un estado liminal: ella está entre la vida y la muerte. Numerosas sociedades no-occidentales se anticipan a la posibilidad de la muerte de la madre en la gestación y el parto, a través del establecimiento de normas que estipulan la prioridad que se debe dar a la vida de la madre o a la vida de su bebé.

Si la reproducción humana es asociada a cierto peligro, al mismo tiempo que es un evento de una importancia central en la perpetuación de las sociedades, es común que se rodee el embarazo, parto y puerperio de cuidados excepcionales a fin de asegurar un feliz término de este pasaje. Lo que se entiende como final feliz trae implícitas dos condiciones. Una es la producción de un nuevo ser humano en condiciones de sobrevivir, la otra es una madre recuperada y devuelta a su lugar en la sociedad desde donde puede cumplir su parte en la crianza del nuevo ser e incluso volver a tener otro hijo en su debido momento.

Los cuidados especiales que se le da a la madre en tales circunstancias son tanto simbólicos y sociales como materiales. La mujer embarazada puede ser receptora de honores especiales. Frecuentemente, se le alivia de su carga normal de trabajo e incluso se le puede dar licencia para un descanso total de sus obligaciones económicas. En muchas culturas, se le da una mejor comida, concediéndole algunos deseos que normalmente no serían tomados en cuenta. En determinadas zonas de la Amazonia peruana, la fuerza de estas costumbres es tal que ellas se trasladan a los varones. Así, a través del complejo que se conoce como la *cuvada*, el padre biológico y/o social de la criatura por nacer también disfruta de atenciones y privilegios especiales.

⁴ Powers M. N. Menstruation and Reproduction: An Ogalala Case. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 6 (1980), pp. 54-65.

La calidad y abundancia de los cuidados especiales que se prestan a la mujer embarazada o a la madre de un recién nacido suele ser mayor en los casos de mujeres que, por algún motivo, son consideradas especialmente importantes o valiosas. Sin ir más lejos, esta regla se manifiesta en la sociedad urbana si comparamos la vivencia del embarazo, parto y puerperio en mujeres de estratos socioeconómicos pudientes con estas mismas experiencias entre mujeres de sectores barriales o populares. Aquí también la bibliografía antropológica nos ilustra acerca de las formas en que diferentes mujeres de distinto status son atendidas en sociedades agrarias y pre-industriales y también en comunidades de pobreza urbana (ver, por ejemplo, el interesante análisis de Kitzinger⁵ del parto en diferentes áreas de Jamaica). Cosminsky, escribiendo sobre mujeres guatemaltecas, indica que el número de días de descanso posparto de cada mujer “varía de acuerdo a su condición física y nutricional, al número de parientes femeninas con las que cuenta para ayudarla, y a su status socioeconómico”⁶.

La “importancia” o “valor” de una mujer para su grupo familiar y para su grupo local depende de muchos factores. Unas mujeres son centrales en el sistema de parentesco, por ejemplo, convirtiéndose en vínculos entre dos ramas diferentes. En el otro extremo, la madre soltera puede ser menospreciada y vulnerada porque carece de ese “otro lado” de una red de parentesco (el paterno) para darle apoyo político y material. Algunas mujeres son especialmente productivas o visibles como actores económicos. Hay las que poseen bienes y propiedades en nombre propio, y que pueden incluso pagar por sus cuidados o de otro modo premiar a familiares y allegados que son especialmente atentos. Hay mujeres que pertenecen a segmentos prestigiosos o poderosos de una comunidad local.

Hace tiempo que se reconoce la importancia de las redes personales en los procesos de salud y enfermedad⁷. Las investigaciones establecen la importancia de la red egocentrada (el conjunto de personas que se agrupan alrededor de un “ego” en relaciones directas de confianza, ayuda práctica y apoyo emocional) como fuente de información y consejos sobre la salud. Se sabe que las decisiones respecto a diferentes opciones de tratamiento típicamente se procesan en forma grupal dentro de tales redes. Además, en las redes compuestas por personas vinculadas mediante lazos de parentesco, vecindad y amistad, circulan y se refuerzan las normas, los valores, las creencias y los sistemas simbólicos que se asocian a todos los hechos significativos para un grupo cultural.

La literatura sobre redes sociales y salud es especialmente rica en ideas y conceptos que ayudan a explicar los fenómenos de salud mental (por ejemplo, las “ganas de vivir” en personas ancianas o deprimidas) que pueden relacionarse con la morbilidad y

⁵ Kitzinger, S. The Social Context of Birth: Some Comparisons between Childbirth in Jamaica and Britain. En MacCormack, Carol P. compilador. *Ethnography of Fertility and Birth*. Academic Press 1982 pp 181-204.

⁶ S. Cosminsky. Childbirth and Change: A Guatemalan Study. En MacCormack, Carol P. compiladora. *Ethnography of Fertility and Birth*. Academic Press 1982 pp 205-229.

⁷ La literatura al respecto es vasta. Salen con regularidad estudios empíricos sobre el tema en la revista de los analistas de redes *Social Networks*, por ejemplo “Health and social support networks: A case for improving interpersonal communication”, Vol. 5, No. 1 (marzo 1983), pp 71-88.

la muerte. El aislamiento de un individuo, unidad domestica o grupo familiar, de las redes locales puede significar no solo un menor acceso a los recursos que estas ofrecen sino tambien una intensificacion de los sentimientos que tiene este individuo, de poca autonomia, poca decision propia sobre los hechos de la vida o la muerte y, en fin, una actitud de pasividad frente a amenazas como el riesgo de un aborto o un mal parto. En este punto se da un encuentro entre variables sociales y psicologicas.

El muy comentado estudio de Scheper-Hughes (1992)⁸, realizado en el Nordeste de Brasil, nos sensibiliza respecto a este tipo de fenomenos. Scheper-Hughes argumenta que los pobres del Nordeste reconocen determinadas señales a traves de las cuales los infantes y niños muy pequeños comunican si "quieren vivir" o no. Algunos niños son llamados a sacrificarse a fin de que los recursos familiares alcancen para todos sus hermanos. Así, los hechos de la muerte en un contexto de pobreza extrema se encuentran refrendados en un sistema de creencias culturales que explica las muertes y facilita la reconciliacion de los adultos con eventos de la muerte que escapan a su control.

En los Andes peruanos, se cuenta con un excelente estudio sobre la logica de las familias campesinas al distribuir sus escasos recursos entre las demandas de la vida cotidiana, la inversion en el futuro (escuela para los hijos) y la resolucion de problemas de salud⁹. Realizado en el pueblo de Ñuñoa (Puno), el estudio analiza los procesos de decision sobre gastos relacionados con la salud de diversos miembros de la familia. Los campesinos asumen que todo tratamiento, sea en los establecimientos de salud o mediante curanderos y otros especialistas comunitarios, tiene un costo monetario. Sin embargo, sus ingresos y bienes deben servir primordialmente para asegurar la capacidad de produccion de la unidad domestica. Las enfermedades que, afectando a algun integrante del hogar, comprometen esta capacidad de produccion son las primeras que se atienden, pero siempre bajo una logica de proteger la sobrevivencia de todo el grupo. Frente a muchos problemas de la salud, los campesinos mas pobres de la comunidad no ven salida y consideran que la persona simplemente tendria que morir, mientras que las familias de estrato de mayores ingresos buscan servicios de salud y compran medicamentos para dar tratamiento. Uno de los patrones de comportamiento que la autora identifica es "tratar a medias" se cumple con un curso de tratamiento hasta el momento en que la vida o la capacidad de trabajo del familiar parece ya no estar en riesgo, pero no se sigue lo que el sistema de salud considera un tratamiento completo, nuevamente, el objetivo es guardar los escasos recursos de la familia para otros fines y otros posibles emergencias mas adelante. El resultado es la prevalencia en la poblacion de estados de salud y nutricion inferiores, que permanecen largo tiempo e ironicamente, merman las energias para el trabajo fuerte de la chacra y la ganaderia.

⁸ Scheper-Hughes Nancy. *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. University of California Press, 1992.

⁹ Leussen J. Susan. *Illness and household reproduction in a highly monetized rural economy: A case from the Southern Peruvian Highlands*. *Journal of Anthropological Research*, Vol. 49, pp. 255-81, 1993.

Entretanto, un persistente problema en la selva son las uniones y los embarazos precoces. Dradi¹⁰ ha escrito sobre este problema en un grupo nativo y Anderson¹¹ revisa una amplia bibliografía al respecto. Los regímenes reproductivos de la población selvática alientan a la tenencia de muchos hijos a la vez que se maneja conocimientos sobre una serie de plantas que supuestamente tienen propiedades que impiden la concepción. Uno de los problemas en esta zona del Perú, analizado en muchos textos, son los procesos muy rápidos de cambio socioeconómico y aculturación de los grupos nativos. Las mujeres de estos grupos, que frecuentemente son llevadas a las ciudades como domésticas, viven una situación de gran vulnerabilidad.

Un tema crítico que levanta la bibliografía peruana es la capacidad de los sistemas locales de servicios para cumplir sus fines, articulándose a otras instituciones y organizaciones y al sistema de salud tradicional, e integrándose en los esquemas culturales de cada lugar. Ochoa y Oregon¹² exploran este problema en comunidades rurales de Huancavelica y constatan que, por un lado, la población tiene dificultad para entender claramente cuál es la misión de los diferentes programas, proyectos y servicios que existen en el medio y cuáles son sus derechos y obligaciones al acercarse a ellos. Por otro lado, los programas, proyectos y servicios realizan pocas coordinaciones entre ellos. Huancavelica ha servido como ámbito para dos más estudios recientes sobre la penetración de los sistemas de salud, oficial y tradicional con la población usuaria o comercial usuaria. Uno de ellos fue auspiciado por Médicos sin Fronteras¹³ y el otro fue realizado en el marco del proyecto INOPAL III¹⁴. Ambos estudios dan constancia de problemas de comprensión e incomunicación que afectan la relación entre los proveedores de salud y la población. Además, se constatan comportamientos bastante confusivos de mezclar eclecticamente las terapias asociadas a uno y otro sistema de salud y la fuerte creencia de la población en métodos de cuidado de la salud que se han demostrado adecuados para resolver los problemas a la larga de su experiencia.

Los temas señalados han sido algunos de los puntos de partida de las reflexiones del equipo de investigación al tratar de dar forma a los datos obtenidos y llegar a una interpretación de los mismos.

B EL MODELO TEORICO

¹⁰ Dradi, María Pia. *La mujer chavahua. Un destino de marginación?* Fundación Friedrich Ebert, 1987.

¹¹ Anderson, Jeanine. *Desde niñas: género y postergación en el Perú*. UNICEF/Consortio Mujer, 1993.

¹² Ochoa Rivero, Silvia y Ramiro Oregon Tovar. *Redes de soporte familiar y comunal en apoyo a la crianza del niño en comunidades de Huancavelica*. Ministerio de Educación del Perú, 1997.

¹³ Mendoza Carales, Gladys. *El manejo de la salud en los sistemas médicos tradicional y profesional en las provincias de Acobamba y Angraes, departamento de Huancavelica*. Médicos sin Fronteras, 1997.

¹⁴ Altobelli, Lina y Federico León. *Cambio en las percepciones de la comunidad sobre los servicios de salud reproductiva y reducción de la necesidad insatisfecha de estos servicios en la sierra del Perú*. INOPAL III / Consejo de Población, 1998.

El modelo conceptual inicial para esta investigación contemplaba un conjunto relativamente pequeño de factores en el ámbito social y cultural que influirían sobre la muerte materna en las zonas rurales

Grafico 1

La acumulación de evidencia en el proceso del estudio obligó a una revisión del modelo conceptual inicial y una ampliación de los factores explicativos de la muerte materna

Grafico2

Las predicciones del modelo

Un modelo teórico cumple la función de señalar las hipótesis básicas que guían una investigación. En el presente caso, el modelo debe ser capaz de predecir cuáles son las condiciones y los antecedentes socioeconómicos y culturales que crean un escenario propicio para que ocurra la muerte materna. Bajo este modelo, los factores de riesgo en el terreno social y antropológico se surten a los factores de riesgo que pertenecen al campo biomédico y que están bien definidos para el caso peruano. Los factores de riesgo desde el punto de vista biomédico son la alta paridad de la mujer, el ser muy joven (menor de 20 años) o de edad avanzada (mayor de 35), un intervalo intergenésico de menos de 2 y más de 4 años, y tener antecedentes de partos difíciles en el pasado. Algunos de los factores de riesgo indirectos, prevalentes en nuestro país, son la hipertensión, la anemia, la mala nutrición, la malaria, la tuberculosis, y condiciones similares.

El modelo teórico que se empleó para esta investigación predice que la muerte materna será más probable toda vez que se cumple una o más de las siguientes condiciones:

A nivel de la comunidad de residencia de la mujer

- existen dificultades de acceso (no hay caminos carrozables, se está lejos de un río navegable en el caso de la selva)
- hay escasez de recursos relevantes, tales como el dinero, la información, conocimientos tradicionales y biomédicos sobre la salud y la reproducción, recursos técnicos)
- existe poco desarrollo de instituciones en la localidad, sean estas instituciones y proyectos gubernamentales, instituciones privadas u organizaciones comunales
- las instituciones que existen están poco interconectadas y se carece de canales de comunicación entre ellas
- por lo tanto, cualquier establecimiento o programa de salud que existiera en el lugar no se vincula a un tejido institucional que lo refuerza y lo respalda

A nivel de la organizacion social local

- existen diferencias de status y riqueza notables que interfieren con los mecanismos de ayuda mutua
- la familia de la mujer pertenece al sector mas pobre y menos considerado de la comunidad
- la familia de la mujer carece de vinculos hacia individuos o familias con poder de decision y recursos dentro de la comunidad y en el entorno local
- la familia de la mujer es pequeña (varios de sus miembros han migrado a otros lugares, ella es de otro pueblo)

A nivel de la familia y la unidad domestica de la mujer

- la mujer, por diferentes motivos, es poco valorada por el marido, por los parientes politicos, por su propia familia, y/o por los otros miembros del hogar. Indicadores de la valoracion podrian ser los cuidados que recibe de su grupo domestico en el embarazo, parto y puerperio, su alimentacion y carga de trabajo, y la presencia o no de violencia en el hogar. Todo ello afectaria la autovaloracion de la mujer y su capacidad para exigir los cuidados y recursos que requiere para asegurar el exito del embarazo y parto
- la mujer lleva una carga muy fuerte de trabajo en la economia de la familia
- la mujer cuenta con poca ayuda para las tareas domesticas

Todos estos factores, que confluyen con los factores de riesgo biomedico actuan en conjunto y en procesos muy dinamicos. Nuestra investigacion debe dar cuenta de la dinamicidad de las situaciones de riesgo y de muerte. De hecho, el modelo postula la existencia de una serie de factores proximos que predisponen a la muerte, dada la presencia de uno o mas de los factores intermedios y de fondo. Estos factores —que pueden significar la diferencia entre una situacion de peligro que se logra solucionar y una situacion de peligro que degenera rapidamente hacia la muerte— tienen que ver con los recursos disponibles en el entorno inmediato y la capacidad del grupo de personas cercanas alrededor de la mujer para organizarse como un equipo eficiente que toma y ejecuta las decisiones necesarias para salvar la vida de la mujer y, en el mejor de los casos, la del bebe.

C EL MARCO METODOLOGICO

La estrategia básica la investigacion cualitativa --

El estudio que pidio el Proyecto 2000 era explicitamente cualitativo. La investigacion cualitativa asume una importancia particular frente al tipo de tema que nos interesaba. A través de estrategias especiales de recojo de informacion de naturaleza cualitativa, se puede interpretar y profundizar los factores que subyacen a la asociacion —

como se da en el Peru—entre la ruralidad, la pobreza y la muerte materna. La investigacion cualitativa procura maximizar la confiabilidad de la informacion que se obtiene y asegurar su validez como fiel reflejo de la realidad. Al hacerlo, sacrifica algo de la aparente precision y capacidad predictiva de la investigacion cuantitativa.

La muerte materna excesiva (por encima de lo esperada y lo tolerable) es esencialmente un problema rural en el Peru, ya lo hemos dicho. A su vez, la poblacion rural, particularmente la de la sierra central y sur, muestra diferencias culturales con el resto del pais. Esta situacion aumenta el riesgo de error en cualquier esfuerzo por conocer la realidad. Para complicar el cuadro aun mas, sabemos que existen grandes diferencias sociales que tienen que ver con las relaciones de poder y las desigualdades socioeconomicas que separan, por ejemplo, un profesional limeño y una mujer pobre de una aldea serrana. El uso de tecnicas cualitativas para el recojo de evidencias es particularmente apropiado en situaciones de este tipo. Se apunta a superar los problemas de distorsion que se introducen cuando las personas deben dar cuenta de sus actos en situaciones en que ellas se reconocen en desventaja e inferioridad con respecto al poder y el reconocimiento.

Al lado de las muchas ventajas y bondades, es importante tener presente las limitaciones de las estrategias cualitativas de investigacion. No permiten establecer correlaciones entre variables ni pueden asignar numeros y niveles de significancia estadistica a distintos grados de asociacion entre dos o mas fenomenos. El analisis requiere la revision minuciosa de textos primarios—lo que las personas dicen de si mismas—y la confrontacion entre evidencias obtenidas de diversas fuentes. La fuerza de las conclusiones depende esencialmente de la acumulacion de evidencias parciales. Asi, si apuntan en una misma direccion los resultados de entrevistas abiertas a las personas, el sentir colectivo expresado en los grupos focales, las observaciones de quienes visitaron el lugar y los reportes de algunos individuos especialmente conocedores, tenemos fuertes motivos para aceptar un hallazgo como verdadero.

El equipo de investigación —

Trabajaron en esta investigacion 20 personas. La coordinacion central estuvo depositada en un equipo multidisciplinario de siete personas en Lima, con sede en la Universidad Catolica, y habian cinco equipos locales, con sede en las ciudades de Puno, Ayacucho, Trujillo, Tarapoto y Pucallpa. En cada equipo hubo la presencia de por lo menos una persona formada en una especialidad biomedica (segun el caso, medico, enfermera, obstetra) y ademas una o mas personas con formacion en las ciencias sociales: antropologia, sociologia o trabajo social.

El equipo completo de investigacion se reunió en un taller al inicio del proceso. Durante varios dias, se discutió la propuesta del diseño del estudio y los instrumentos a usarse. Se buscó unificar los criterios para el manejo de las tecnicas cualitativas e inbuir a todo el equipo de los planteamientos teoricos y los conceptos basicos. Durante el trabajo de campo, hubo entre una y tres visitas de miembros del equipo multidisciplinario de Lima.

a cada lugar de trabajo Finalmente despues de haber reunido la mayor parte de la informacion y cuando se iniciaba el proceso del analisis, se convoco nuevamente a un taller en el que estuvieron presentes todos menos cuatro de los miembros de los equipos locales

La recopilacion de la informacion -

La tecnica basica utilizada en la presente investigacion es la elaboracion de autopsias verbales de casos de muerte materna a traves de entrevistas semiestructuradas al grupo de personas que estuvieron cerca a la fallecida En segundo lugar, a fin de establecer los factores del entorno que aumentan o reducen los riesgos de la muerte materna, se aplicaron algunas tecnicas de diagnostico rapido en diez comunidades de las zonas de estudio Los instrumentos que se usaron fueron cuatro (1) una guia para la realizacion de grupos focales, (2) una guia para entrevistar a informantes claves tales como el alcalde o gobernador o los directores de escuela o colegio, (3) una guia para entrevistar a los especialistas de salud del sistema oficial y el sistema tradicional, y (4) una guia de observacion Esta ultima se lleno en base a conversaciones sueltas con diversos pobladores, entrevistas puntuales, y las observaciones del equipo de campo durante una estadia de varios dias Los grupos focales fueron un minimo de tres en cada lugar uno con mujeres adultas mayores (30 a 50 años), otro con varones adultos (30 a 50 años), y uno mixto con jovenes Todos los integrantes de los grupos focales tenian que haber tenido por lo menos un hijo

El trabajo de campo, que se realizo entre los meses de octubre de 1997 y enero de 1998, tenia tres fases

- 1 El rastreo de la mayor cantidad posible de referencias sobre casos de muerte materna en las zonas de estudio, la seleccion de casos para el tratamiento como autopsias verbales, y la organizacion del proceso de documentacion de cada caso mediante entrevistas al mayor numero posible de personas que estuvieron involucradas o cerca a los hechos Los equipos locales tuvieron bastante autonomia para decidir cuales de los rastros seguir Tenian instrucciones de perseguir solamente casos ocurridos dentro de los ultimos 12 meses (para reducir los problemas de perdida de la memoria) y habia un segundo filtro —muchas veces contundente— que tenia que ver con el accesibilidad de los potenciales informantes sobre el caso La unica otra indicacion que tenian los equipos para la seleccion de los casos era que debian buscar una diversidad de situaciones mujeres jovenes y mayores lugares distantes y cercanos a los establecimientos de salud que podian haber intervenido en el caso, causas diversas de la muerte
- 2 La reconstruccion de las autopsias verbales mediante entrevistas personales a una red de actores que participaron de alguna manera en el evento de la muerte y en la secuencia de eventos que condujeron a este desenlace Para estas dos primeras fases, los equipos de investigacion tuvieron que ser moviles y seguir los rastros de casos que estaban consignados en la estadistica de salud, en los registros municipales, o que recordaban personas conocedoras del lugar

- 3 Los estudios de comunidades desde las cuales se podía observar el funcionamiento del sistema local de salud. Se quiso contar con la posibilidad de analizar los sistemas de referencia-contrareferencia, derivación y resolución de emergencias no solo a nivel de los establecimientos de salud sino con la inclusión de las diversas instituciones que podrían aportar recursos críticos para tal resolución y/o para la prevención de emergencias.

Hay que señalar algunas dificultades que se enfrentaron en la reconstrucción de autopsias verbales en la zona de Ayacucho-Huancavelica-Andahuaylas. Se hizo el rastreo de casos en Andahuaylas (las comunidades alrededor de la ciudad de Andahuaylas) y en Huancavelica (la parte colindante con Ayacucho), además del norte del departamento de Ayacucho. Sin embargo, se hizo claro que había mucha resistencia a dar información sobre casos de muerte en toda esta zona, indudablemente, por razones que tienen que ver con la reciente historia de violencia. Ayacucho fue la única zona donde los entrevistadores a veces tenían que utilizar subterfugios (por ejemplo, hacerse pasar por "un sobrino lejano" de la familia) para siquiera poder ubicar a las familias que experimentaron una muerte materna. (No se usó ningún subterfugio ni hubo ningún encubrimiento del objetivo de la investigación salvo en esta conexión)

El procesamiento de la información --

El procesamiento de la información fue una tarea compartida entre los equipos locales y el equipo de Lima. Casi todas las entrevistas fueron grabadas (salvo cuando los entrevistados no querían), de modo que una tarea de los equipos locales fue con las grabaciones en transcripciones, incluyendo la traducción del aymara y el quechua en la parte menor de las entrevistas realizadas en Puno y Ayacucho.

Las autopsias verbales que se llegaron a elaborar son 30

Puno	--	7 (zona aymara)
Ayacucho-Andahuaylas-Huancavelica--	--	4 (todas tomadas en Ayacucho)
La Libertad-Chavin	--	8 (4 La Libertad, 4 Chavin)
Ucayali-San Martin	--	11 (6 San Martin, 5 Ucayali)

Debe señalarse que el estudio en Puno se limitó a la zona aymara a fin de profundizar en esta zona y bajo el supuesto que la zona quechua podía tener bastante parecido con otras zonas de la sierra sur quechua, representados de alguna manera en la realidad de Ayacucho, Andahuaylas y Huancavelica. La distribución de los casos también podría ser una sobrerrepresentación de la selva. La razón fue la relativa escasez de información sobre esta zona frente a lo que se conoce de la sierra andina.

Es importante tener en cuenta que las 30 autopsias verbales **no constituyen una muestra** científica del universo de casos de muerte materna durante el año 1997 en las zonas del estudio. Eso se debe a la forma en que fueron ubicados y al propósito mismo del presente estudio, que es analizar en profundidad las causas, los antecedentes y las percepciones de la muerte materna, antes que su epidemiología.

El analisis de la informacion --

El analisis de la informacion planteo requerimientos muy diferentes en relacion con las autopsias verbales y los estudios de localidades. Para ambos, se utilizo una variedad de tecnicas.

AUTOPSIAS VERBALES – El conjunto completo de las entrevistas de base (que variaban entre tres y diez entrevistas por autopsia) fue trabajado, como minimo, por tres personas desde tres diferentes angulos. Se hizo una lectura de todo el material para extraer la informacion sobre las **redes y los procesos de decision**, la segunda lectura extraia la informacion sobre las **relaciones entre los protagonistas y el clima emocional** al alrededor de la mujer, la tercera lectura extraia la informacion sobre los **recursos** que estaban disponibles y los que fueron efectivamente aplicados para tratar de resolver la emergencia. Adicionalmente, la medica del equipo reviso cada caso a fin de establecer el **diagnostico** y analizar –donde hubiere– las alternativas que existian para salvar la vida de la mujer. Cada autopsia verbal se ha convertido en (1) una hoja resumen (“narracion de los hechos”), (2) graficos de las redes sociales de las mujeres en la vida cotidiana, el “grupo terapeutico” que acompaño el embarazo, la red en la crisis, y la situacion despues de la muerte, (3) un cuadro especificando la secuencia de las alternativas que se consideraban y las decisiones que se tomaban, –asi-como– quienes las tomaban, (4) un analisis de la calidad emocional de todos los vinculos sociales de las mujeres, (5) una lista de todos los recursos relevantes en el caso, y (6) el analisis biomedico del caso.

ESTUDIOS DE COMUNIDAD – Se trabajo la informacion reunida sobre cada localidad principalmente a traves de la inspeccion. Aqui hubo una variacion importante respecto a la estrategia de analisis planteada originalmente, cuando se pensaba utilizar un procedimiento de analisis de contenido, para los grupos focales y para las entrevistas a lideres y autoridades en las comunidades y a los proveedores de salud. En los hechos, habian razones de fuerza que nos hicieron descartar la opcion original: (1) el uso del lenguaje y la organizacion del discurso es muy variable entre una zona de estudio y otra, por lo tanto, iba a ser muy dificil seleccionar palabras y frases equivalentes con algun grado de confiabilidad, (2) los temas recorridos en los grupos focales y en las entrevistas resultaron siendo bastante heterogeneos, ya que se dejo que los sujetos de la investigacion colocaran sus preocupaciones mas centrales.

La confiabilidad de los datos --

¿Cual es la confiabilidad de la informacion que se produjo a traves de este estudio? Hay algunos hechos que ayudan a hacer una evaluacion. Primero, pese a lo delicado del tema –la muerte de una pariente, vecina, amiga o conocida– las personas que ofrecieron sus testimonios, los que luego fueron incorporados en las autopsias verbales, lo hicieron generalmente en un espiritu de colaboracion y con bastante franqueza. Los vacios criticos de informacion con respecto al proceso de la muerte responden, generalmente, a factores que los familiares nunca llegaron a saber (lo que pasaba dentro de un quirófano de un

hospital, por ejemplo), no con su resistencia a divulgar información. Es probable que quienes hubieran querido censurar la información simplemente no se dejaron entrevistar, pero estos casos (salvo en la zona de Ayacucho donde —comprensiblemente— hubo mucha resistencia a hablar de muertes) fueron contados. Lo que resulta especialmente importante es que nuestros informantes, al parecer, hablaron con bastante libertad sobre sus contactos con el sistema de salud (es decir, sin autocensuras). Esto sugiere que ellos aceptaban, en principio, el argumento que se usó para justificar la investigación que con ella se quiso ayudar a evitar que ocurran más muertes similares a la de su familiar.

La técnica de la autopsia verbal crea la posibilidad de confrontar distintas versiones de un mismo proceso, contadas por diferentes personas que ocupan diferentes posiciones vis-a-vis la mujer fallecida. Hubo bastantes diferencias en los relatos a nivel de detalles, sobre todo detalles que se relacionaban con los movimientos de los informantes entre un escenario y otro, cumpliendo diferentes tareas de apoyo. Los participantes en el drama de la muerte vieron fases y caras distintas. Sin embargo, a nivel de los eventos principales, las discrepancias entre distintos informantes fueron menores de lo que esperábamos. Eso, en parte, refleja el proceso del duelo, cuando todas las personas cercanas hablaban entre ellas y llegaron a una interpretación “oficial” y consensuada del evento.

Donde persisten discrepancias importantes en las versiones de lo ocurrido en los casos de muerte, aun varios meses después de lo ocurrido, estas discrepancias suelen colocar a los familiares, con su versión, en un lado y a los proveedores de salud, con su versión, en el otro. Esta situación es preocupante. Sugiere que no se llega a un cierre de los casos donde pudiera sanarse cualquier herida y aclararse cualquier duda que hubiera —desde el punto de vista de la familia— sobre la actuación del establecimiento o el personal de salud y —desde el punto de vista de los proveedores de salud— sobre la actuación de los familiares. Usualmente, los proveedores no participan del proceso de duelo. Rara vez asisten a los velorios y entierros (eventos muy importantes en una comunidad pequeña) y no hay mecanismos que pudieran propiciar contactos posteriores con los allegados de la mujer fallecida a fin de despejar sus preocupaciones y, de paso, educar a la comunidad sobre maneras de prevenir otras muertes similares.

En el caso de los estudios de las localidades y de los sistemas locales de salud, también tuvimos la posibilidad de verificar una buena parte de la información, que generalmente fue obtenida de dos o más fuentes. Se entrevistaron a diferentes autoridades y líderes de organizaciones comunales y los equipos de campo hicieron sus propias observaciones.

La relación con los informantes y la confidencialidad —

A todas las personas que prestaron su testimonio para este estudio, se les garantizó el anonimato y la protección de su identidad. Eso explica por qué no se consigna los detalles de nombres y lugares en la presentación de las autopsias verbales.

CAPITULO 2

LOS ENTORNOS COMUNITARIOS

Los eventos de la reproducción y, en las situaciones que aquí más nos conciernen, las emergencias obstétricas, toman lugar en ambientes concretos y específicos. Dichos entornos influyen sobre la probabilidad de diversos percances que pueden darse en el proceso del embarazo, el parto y el puerperio.

Sabemos que la ruralidad de grandes zonas del país contribuye a aumentar los riesgos para las mujeres en la etapa reproductiva, así como la diferencia urbano-rural marca una distinción crítica en muchos otros parámetros. El problema es establecer exactamente que, de la ruralidad, es determinante para nuestros propósitos. ¿Cuáles son los aspectos de la ubicación rural, de la forma de vida de los poblados rurales, de la cultura de los pobladores rurales, o tal vez de su relación con el resto del país, que aumentan sus riesgos en el embarazo, parto y puerperio, frente a los riesgos que se afrontarían en las zonas urbanas del Perú?

Nuestro estudio plantea respuestas a esta pregunta a partir de información proveniente de dos fuentes:

1. Los diagnósticos de las localidades seleccionadas a propósito para el estudio. Se trata de nueve localidades que contaban con establecimientos de salud de diferente jerarquía, los cuales fueron ubicados en una red local de salud que tomaba en cuenta, además, la oferta de servicios comunitarios y privados, donde hubiera.
2. Los datos sobre los lugares de los hechos obtenidos al reconstruir las autopsias verbales. Se trata de lugares con una gran variedad de características. En un extremo, tenemos casos de muerte materna que se produjeron en estancias aisladas, que formaban parte de caseríos con un patrón de asentamiento no nucleado en el que las viviendas estaban separadas unas de otras. En el otro extremo, hubo muertes cuyo desenlace se dio en asentamientos humanos y barrios populares de ciudades serranas y selváticas, incluso en ciudades grandes como Juliaca. Allí, en algunos casos se trataba de familias rurales que "flotaban" entre el campo y la ciudad, en otros casos eran familias que manejaban una doble estrategia económica que implicaba tener asiento en la ciudad y el campo paralelamente, y en otros casos la familia estaba en tránsito a instalarse en una ciudad.

Esta variedad de contextos que, en un momento u otro, fueron analizados para nuestro estudio crea la posibilidad de hacer numerosas comparaciones que apuntan a entender que de los contextos influye sobre los riesgos de muerte.

El presente capítulo se concentra en la información sobre las localidades seleccionadas y los sistemas —las redes— locales de salud. Las nueve localidades son las

siguientes en el departamento de Puno, Conima (provincia de Moho) y Queluyo-Arconama (provincia de Chucuito) de la zona aymara del departamento, en el departamento de Ayacucho, Vischongo (provincia de Vilcashuaman) y San Jose de Secce (provincia de Huanta), en el departamento de Ancash, Sihuas y Acobamba, un distrito de la provincia de Sihuas, en el departamento de La Libertad, Mache (provincia de Otuzco), en el departamento de San Martin, Sauce (provincia de San Martin) y San Miguel del Rio Mayo (provincia de Lamas), y en el departamento de Ucayali, Aguaytia (provincia de Padre Abad)¹⁵

Los criterios de seleccion priorizaban cuatro condiciones

- (1) Altos indices de pobreza, medida de acuerdo al porcentaje de hogares con necesidades basicas insatisfechas en la estadística oficial del INEI
- (2) La jerarquia politica. La mayoría de las localidades son cabeceras de distrito. Una excepcion es Sihuas, que es la capital de la provincia del mismo nombre. Aquí, todas las capitales de distrito son poblados muy pequeños, apenas comparables con las otras capitales de distrito de los otros departamentos. La segunda excepcion es San Miguel del Rio Mayo, en el departamento de San Martin. Se analizo en conjuncion con Tabaloso, la capital de distrito que le corresponde.
- (3) Tamaño. Para facilitar la comparacion entre una localidad y otra, se estipulo que la poblacion distrital oscilara entre 2,000 y 5,000 habitantes.
- (4) La presencia y jerarquia de un establecimiento de salud. Se quiso observar un continuo de establecimientos que iba desde unos cuantos puestos de salud a un centro de salud que a su vez se conectaba a un hospital. Cabe señalar que la mayoría de lo alidades estudiadas contaban con un centro de salud.

Aunque esa había sido la pretension inicial al diseñar el estudio, finalmente no se tomo en cuenta, al hacer la seleccion de las localidades, la incidencia de muerte materna en los ultimos años. Las razones fueron que no existen series historicas de indices de muerte materna que sean confiables, dados los conocidos problemas de subregistro. Adicionalmente, numerosas muertes de madres tienen detras de ellas un largo recorrido. El desenlace se produce, muchas veces, lejos del lugar de residencia de la mujer. Habia, entonces, el riesgo de achacar a determinados entornos la responsabilidad por muertes cuyas raices se encontraban en otro lugar.

Sin embargo, en parte debido a la forma en que los equipos locales organizaban el trabajo de campo, se detecto que en seis de las nueve localidades habian ocurrido muertes maternas en los ultimos doce meses. Al detenerse en las comunidades para convocar a hombres, mujeres y jovenes para formar parte de los grupos focales, para llenar una guia de observacion y para hacer entrevistas a autoridades y representantes de instituciones locales, los equipos locales casi inevitablemente tomaban noticias de una o mas muertes maternas. Este hecho nos crea la posibilidad —que creiamos perdida— de buscar una relacion directa entre las condiciones de los entornos y las circunstancias de las muertes ocurridas allí.

¹⁵ Se hizo el estudio en la localidad de Masisea (provincia de Coronel Portillo) en el departamento de Ucayali, pero lamentablemente la informacion no pudo recuperarse.

Se cuenta con autopsias verbales de una o mas muertes maternas en el entorno de seis de las nueve localidades. Por lo tanto, este capitulo comienza ("A") con un analisis detenido de estas seis y de las particularidades de los casos de muerte que parecen relacionarse con la situacion de los seis lugares. (La informacion de las nueve localidades se aprovecha plenamente en el capitulo siguiente que se basa en los grupos focales y en las entrevistas al personal de los establecimientos de salud). El analisis de las localidades es necesariamente sintético y selectivo. Hemos extraido como los puntos mas relevantes (1) datos basicos sobre la ubicacion y la economia del lugar, (2) el nivel de desarrollo de las instituciones, publicas, privadas, civicas y comunitarias, y el tejido de relaciones entre ellas, (3) informacion sobre el nivel de vida y el grado de diferencias internas, (4) las comunicaciones que vinculan la localidad con el resto del pais, (5) la cultura y las identidades culturales, (6) los sistemas de salud y (7) las rutas criticas para casos de emergencias de salud. En algunas localidades, es necesario tomar en cuenta un pueblo (8) que registra eventos de la coyuntura reciente que han dejado importantes secuelas en el lugar.

La segunda parte del capitulo ("B") abre la discusion a una consideracion mas amplia de los recursos relevantes en cada lugar que influyen en la probabilidad de la muerte de mujeres en el proceso del embarazo, parto y puerperio. Finalmente, la tercera seccion ("C") propone una lista de coteo de las características de las localidades que deben ser manejadas por el personal de salud.

A SEIS LOCALIDADES EN BUSCA DE SUS MUERTAS

CONIMA (PUNO)

Datos basicos -

Conima cuenta con una poblacion de 5,000 habitantes. De acuerdo a los datos del INEI, el 75% de los hogares tienen necesidades basicas insatisfechas. Conima esta cerca a la frontera con Bolivia y para determinados efectos tiene mayor comunicacion con ese pais que con Huancayo o Juliaca, ciudades administrativas y comerciales que dominan el sur del departamento de Puno.

La economia de la zona es predominantemente ganadera y agricola en menor medida. Se produce para la subsistencia familiar y un cierto excedente es vendido en Huancayo, Puno y Juliaca. Hay un minimo nivel de explotacion de la pesca en el lago Titicaca. La escasez (o mala distribucion) de tierras induce a muchas familias a realizar migraciones laborales frecuentes, prolongadas y riesgosas. Se desplazan a grandes distancias al oriente del mismo departamento de Puno (Sandia), a las minas artesanales de Putina, a Madre de Dios, Cusco, Arequipa y Bolivia. Algunos caserios se hallan practicamente vacios durante el año excepto en las épocas de siembra y cosecha. Se produce una cierta desestructuracion de las familias y problemas de salud que llegan

“importados” de los lugares de destino de los migrantes, especialmente enfermedades típicas de la selva como la uta y el leishmaniasis

Conima muestra poco desarrollo a nivel de talleres, servicios locales o pequeñas industrias. Cuenta con unas tres bodegas y una que otra panadería. Hay un grifo que vende combustible. Existe una feria semanal mas no un mercado diario donde se pueda conseguir carne y otros comestibles frescos. No hay bancos, ni programas de crédito, ni proyectos de ONGs. Se ofrece atención en pequeños restaurantes y dos o tres alojamientos en la Plaza de Armas del poblado, que refleja un cierto flujo de turistas que vienen a apreciar los bellos paisajes en las cercanías del lago Titicaca o que pasan camino a Bolivia, pero eso no ha conducido a un desarrollo de lugares de esparcimiento como clubes o discotecas. La belleza del lugar se acentúa con los huertos familiares y comunales de cultivo de rosas, las que se regalan o venden.

Las instituciones y sus interconexiones -

Conima tiene alcaldía, gobernación, dos juzgados de paz —de primera y segunda instancia— y un puesto de la Policía Nacional. En el rubro de la educación, cuenta con un servicio de wawawasi, escuelas primarias y colegio secundario. No hay institutos para la formación técnica ni biblioteca pública. A nivel de instituciones religiosas existen iglesias católica e evangélica y una congregación religiosa. El Ministerio de Agricultura destaca a un técnico cuya base es la agencia agraria de Moho. Hay clubes y ligas deportivas. Además, Conima es famosa por sus conjuntos musicales, varios de los cuales son invitados para presentarse en fiestas y eventos en otras localidades del departamento, en Lima y en Bolivia.

Existe una estrecha coordinación entre el alcalde y el gobernador, que es un antiguo profesor. Los dos realizan recorridos semanales de inspección para ver como están funcionando los servicios educativos y de salud. Sin embargo, su principal preocupación en estos momentos es un proyecto de asfaltado de la carretera, cuya construcción está financiada hasta Moho pero que se quiere extender hasta la frontera con Bolivia. El gobernador, además, tiene reuniones cada domingo con los tenientes gobernadores de las doce localidades que dependen de Conima.

Las autoridades políticas se han interesado particularmente en el centro de salud y han hecho gestiones para conseguir que este centro cuente con un personal más experimentado y más estable. Para eso el gobernador ha celebrado múltiples reuniones con el director de la subregión de salud en el centro de salud de Moho, del cual depende el de Conima. Asimismo, desean mejorar la infraestructura y el equipamiento y obtener una ambulancia. Inclusive, se ha solicitado la instalación de un minihospital pero estos proyectos se encuentran pendientes mientras se explora la posibilidad de crear un CLAS. El gobernador ve difícil el funcionamiento de un CLAS dada la alta movilidad de la población del distrito.

Más allá de las gestiones realizadas en común por la alcaldía y la gobernación parecería que hay relativamente pocas interconexiones horizontales entre las instituciones que existen en Conima. La mayoría dependen de direcciones subregionales, regionales y departamentales ubicadas en Moho, Huancane y Puno, según el caso, y sus vínculos más fuertes son verticales, con estas instancias. Incluso, se toman decisiones intersectoriales en niveles jerárquicos que luego son simplemente comunicadas a las dependencias en Conima para su implementación o ejecución.

El nivel de vida y las diferencias ternas -

Las familias promedio de Conima poseen una media hectárea de tierras y un rebaño de animales que puede incluir de 2 a 5 reses, igual número de auquénidos, un par de caballos y burros, 2 a 5 chanchos, y hasta una decena de ovejas. Las familias pudientes tendrían el doble de estas cantidades y pueden ser propietarios de dos casas.

No hay un sistema de agua potable en el pueblo y solamente las familias más pudientes cuentan con algunas horas de electricidad por día. El combustible utilizado por las familias pobres y medianas es la bosta mientras que las familias pudientes cocinan con bosta y con kerosene. Todas acceden en algún grado a los alimentos industrializados aunque las familias con mayores ingresos los consumen mucho más que las otras.

Para la mayoría de familias, un problema agudo es la falta de dinero debido a la fuerte estacionalidad de sus ingresos. Sea porque se consigue dinero de la venta de productos agrícolas o animales, o sea porque se obtiene luego de los largos ciclos de trabajo fuera de la comunidad, es difícil que las familias cuenten con moneda. No hay liquidez para afrontar gastos repentinos, como podría ser una emergencia de salud. Tampoco hay instituciones locales que podrían ayudar a aliviar este problema, tales como cajas de ahorro o aun prestamistas particulares. En emergencias, se tiene que prestar dinero de los familiares o negociar la venta de un animal u otro bien (televisor, prenda). Las familias más pudientes pueden pedir prestado no solo de parientes sino de amigos y compadres fuera de la localidad y/o recurren a prestamistas en Huancane y Juliaca. De ese modo, empeñando un televisor, un generador de luz o una liclla de valor, consiguen dinero en efectivo.

Al margen de las migraciones laborales, las familias promedio viajan en ocasiones especiales a la capital del departamento, la ciudad de Puno. Las familias pudientes lo hacen semanalmente y además, una vez al mes, hacen viajes a puntos aun más distantes. En cambio, las familias pobres no se desplazan en viajes largos (por ejemplo, para vender sus productos, hacer compras o visitar a sus familiares).

En esta localidad, los varones suelen ser analfabetos o haber estudiado la primaria, salvo en las familias ricas donde los padres de familia varones pueden tener algunos años de educación secundaria. Las madres de familia de familias pobres y promedio suelen ser analfabetas, las de familias pudientes tienen una educación primaria y hasta secundaria.

Los jóvenes, en general, aspiran a completar la secundaria y acceder a una educación superior

Comunicaciones -

Conima no tiene ni radio ni periódico local. Captan radioemisoras de afuera y todas las familias cuentan con un aparato receptor. El municipio tiene una repetidora de televisión, existen antenas parabólicas, y se recibe tres canales. Sin embargo, solo las familias más pudientes cuentan con televisor. No hay un sistema de teléfono comunitario, aunque las familias pudientes pueden tener un radiotelefono.

La movilización dentro del poblado o en el distrito es a pie para la mayoría de habitantes, algunos pueden tener una bicicleta. Solo las familias más pudientes pueden poseer dos o más bicicletas, una motocicleta y hasta un auto o camioneta.

La cultura -

Conima pertenece a la zona aymara y la mayor parte de la población es aymara hablante, usualmente con algún grado de manejo del castellano y/o quechua a la vez. La identidad aymara se vuelve importante cuando algunos de los proveedores de salud perciben una distancia entre ellos y la población (percepción muchas veces recíproca por los habitantes) que tiene sus raíces en "creencias" y "costumbres" particulares. Hay, por ejemplo, prácticas tradicionales de cuidado de la madre en el puerperio, cuando ella debe guardar cama durante un largo tiempo. Las madres reciben una buena alimentación en esta etapa mientras se espera que los esposos se encarguen de las tareas de la casa y de los hijos. También hay prácticas de cuidado de los recién nacidos que resultan menos convincentes desde el punto de vista de los servidores del sistema de salud. Ciertas incomprensiones culturales llevan a un médico a decir "*Es gente consciente para llamarnos pero inconsciente para recibir nuestras indicaciones*". A veces se muestra poca flexibilidad, como en el caso de un promotor de salud, natural del lugar, que, a sabiendas de su preferencia por dar el parto en cuclillas, requiere que las mujeres se echen sobre una tarima porque de lo contrario se le hace incómodo recibir al recién nacido.

El sistema de salud -

El centro de salud de Conima tiene como personal médico, obstetra, enfermera y técnico sanitario. Se da atención de parto pero, como no se cuenta con servicios de laboratorio, en caso de requerirse una cesárea, se transfiere a la paciente al hospital de Huancané. Dado que se carece de ambulancia y de camioneta, existe la opción de solicitar la ambulancia del centro de salud de Mocho, a dos horas de distancia.

No existe en Conima ninguna farmacia particular, ni consultorio médico, ni establecimiento del IPSS, ni un programa de refuerzo alimenticio ni programas de salud de ONGs. Si hay "yatiris", curanderos tradicionales especializados en leer la suerte de las personas.

El centro de salud de Moho (capital de la provincia del mismo nombre, que colinda con la provincia de Huancane) es también una dirección subregional. Realiza un trabajo de capacitación continua a parteras y parteros comunales, que siguen siendo —después de los familiares— la primera elección de las parejas de la zona para la atención del parto. El centro tiene un programa activo de visita a las comunidades con equipos integrales de salud. Se trata de detectar patologías además de captar a mujeres gestantes. Sin embargo, es justamente el sector de mayor riesgo el más difícil de alcanzar y atraer. En algunos casos se logra que las/os parteras/os capacitadas/os refieran a las pacientes que tienen o podrían tener complicaciones en el parto, incluso las transportan al centro de salud. Últimamente el centro de salud de Moho ha sido seleccionado para encabezar un proyecto PROANDES - UNICEF. Fuera de eso, no se desarrollan coordinaciones o proyectos con ONGs.

Al parecer, en el campo los abortos provocados son relativamente frecuentes. Se menciona de “uno o dos al mes”, en la experiencia de una obstetriz. Algunas mujeres van a Juliaca en busca de quienes les practiquen abortos.

Rutas críticas -

La referencia principal para la evacuación de pacientes es la carretera que siguiendo el contorno del lago Titicaca, une en cadena a Moho, Conima, el poblado de Tilali (uno de varios puestos de salud del ámbito de Moho-Conima), la frontera con Bolivia y, al otro lado, el hospital de Escoma. Se tiene un convenio con ese hospital boliviano ya que el tiempo de Tilali a Escoma —5 horas— es menor que el tiempo que toma llegar de Tilali a Moho o Huancane. Si se produce una emergencia en un caserío o en el campo, la paciente tiene que llegar hasta la carretera. Este traslado generalmente se hace en triciclo o en motocicleta, otras veces se hace a pie, tal vez cargando a la mujer en una frazada o aun en la espalda. Los traslados de este tipo, atravesando la puna y los campos, no pueden hacerse de noche; se tiene que esperar la primera luz del alba para evitar los peligros nocturnos (animales, caídas) y lograr orientarse.

De Tilali a Conima son 2 horas en bus pero solo hay buses dos veces por semana. De modo similar, son 2 horas de viaje en bus de Conima a Moho, pero los omnibus solo van los martes y jueves. De Moho a Huancane, sede del hospital regional, hay un servicio de omnibus diario, dos o tres veces al día. Los casos más graves tienen que ser transferidos de Huancane hasta Juliaca, lo cual requiere otra hora más de viaje en ambulancia o carro. Fuera de los escasos omnibus de ruta, se puede contratar una movilidad particular. El costo de esta alternativa, de Conima hacia Huancane o hacia Escoma es de alrededor de S/ 80 a S/ 100.

En esta zona, no existe la posibilidad de evacuación en avión o helicóptero. Tampoco existen referencias acerca de fondos municipales o mecanismos como colectas públicas para ayudar a afrontar los gastos del traslado o de la atención médica de personas especialmente necesitadas.

La coyuntura reciente -

La zona de Moho y Conima fue afectada por la lucha de y contra Sendero Luminoso en los años '80. Sin embargo, no hay mayor huella de eso en los informes recogidos para nuestro estudio. Y, aunque es notable la movilidad de la población tanto en viajes comerciales como migraciones laborales, no hay motivo para pensar que esto es un patrón nuevo.

VISCHONGO (AYACUCHO)

Datos básicos -

El distrito de Vischongo tiene una población de unos 3,500 habitantes. El 97% de los hogares tienen necesidades básicas insatisfechas. Vischongo ocupa un valle mientras que otros distritos colindantes de la misma provincia de Vilcashuaman son de mayor altura y más difícil acceso. El poblado de Vischongo está sobre la carretera que une Vilcashuaman con la ciudad de Huamanga, capital del departamento de Ayacucho.

La economía del lugar es agropecuaria, basada en pequeñas parcelas y ganado criollo. En algunas zonas se cuenta con sistemas de riego y hay proyectos para la expansión de los mismos. Hay cierta presencia de maquinaria agrícola. Sin embargo, casi toda la producción es para subsistencia. Se vende una pequeña parte en la capital de la provincia y una parte aun menor en Huamanga. Persiste una fuerte economía de trueque.

Hay poco movimiento comercial en el poblado de Vischongo. Atienden unas ocho bodegas pero no hay ninguna panadería ni otra tienda especializada. Hay una feria semanal y circulan vendedores itinerantes que suministran algunos productos. No existen talleres, fábricas o banco. Tampoco cuentan con mercado diario, ni puestos de ambulantes, ni kioscos de periódicos. Existe un grifo que expende combustible. Finalmente, se da un cierto movimiento de turistas en pos de visitar un conjunto de ruinas en la zona.

Las instituciones y sus interconexiones -

Toda la zona de Vilcashuaman y Vischongo está en proceso de reconstrucción y repoblamiento luego de más de una década de violenta guerra interna que luzo estragos en vastas zonas del departamento de Ayacucho. Este hecho explica en parte la relativa abundancia de instituciones que existen en el lugar y el abultado número de proyectos estatales y de ONGs.

- Como capital de distrito, Vischongo cuenta con una alcaldía y gobernación. El alcalde y el gobernador coordinan estrechamente una serie de actividades que tienen que ver con la reconstrucción y la ubicación e integración de la población retornante que se vio

forzada a desplazarse a otras zonas del país durante los años de la violencia. Las dos autoridades comparten una visión del desarrollo del distrito, la cual difunden en las reuniones quincenales que realiza el alcalde con los vecinos de los barrios y anexos. Además, se celebra reuniones frecuentes con representantes de las instituciones locales. La visión del desarrollo va fuertemente unida a la construcción de infraestructura, por lo pronto, de locales comunales y de canales de irrigación.

Si bien se cuenta con un juzgado de paz, no hay puesto policial sino más bien la presencia de rondas de autodefensa, organizadas en época de la subversión. Estas siguen cumpliendo el papel de detectar movimientos sospechosos por la zona y de ofrecer una cierta seguridad a la población. Lo que fue durante los tiempos de la guerra una base militar dentro del poblado se ha convertido en un local de defensa civil.

En el sector social, existen clubes de madres, comités de Vaso de Leche, y comedores. Están presentes tanto la iglesia católica como las evangélicas o protestantes. Hay una biblioteca y varias instituciones educativas que van desde un centro de educación inicial hasta colegio secundario. En cambio, no hay institutos técnicos o superiores. Se han dado diversas coordinaciones entre el centro de salud y el colegio secundario para dar charlas a los estudiantes sobre temas de la salud.

Los programas estatales que funcionan en el lugar incluyen varios proyectos financiados por FONCODES. PRONAA está presente al igual que INTES, con la reconstrucción de infraestructura escolar. La agencia agraria, que depende del Ministerio de Agricultura en Ayacucho, es una oficina importante ya que se pretende dar un apoyo decidido a la agricultura y de ese modo elevar los niveles de ingreso, salud y alimentación. La agencia agraria trabaja cercanamente con el PAR (Programa de Apoyo al Repoblamiento) y PRONAMACHS, que procura el mejor manejo de problemas de reforestación y erosión. Sean estatales o auspiciados por ONGs, existen programas de crédito que son asequibles, incluso, para las familias promedio.

Hay diversas ONGs que son activas en la zona, algunas con programas de salud. Estas incluyen Médicos sin Fronteras, que ha capacitado a parteras y promotores de salud, y ReproSalud, proyecto del Movimiento Manuela Ramos que enfoca la salud reproductiva de las mujeres. CEPRODEP trabaja con las mujeres y en el tema de desarrollo local, mientras que CARE tiene un proyecto de desarrollo agrícola. La opinión del médico jefe del centro de salud, con respecto a los dos proyectos de salud, es favorable y se tiene comunicación y coordinaciones con ellos. Sin embargo, para el alcalde las ONGs pecan por traer proyectos "que son puras charlas". Según él, ocupan el tiempo de la gente sin dejar obras ni crear empleo. Cabe señalar que la alcaldía no maneja mayor información sobre las ONGs y sus objetivos en la zona.

El nivel de vida y las diferencias internas -

La población se reparte entre una gran masa que cuenta con relativamente poca tierra (unas 1.5 hectáreas por familia) y pocos animales (5 a 8 vacunos, ovejas, caballo o

burro) y un 5% que posee considerablemente mas 2 5 hectareas o mas y 10 a 15 animales grandes, ademas de varios menores La pequeña capa de familias pudientes suele poseer dos casas y hacer viajes frecuentes a la capital de provincia y a Huamanga Las diferencias con respecto al nivel educativo no son determinantes, ya que mientras varones y mujeres del promedio cuentan con primaria incompleta, los padres y madres de familia de las casas pudientes no tienen mas que una educacion primaria Los hijos de los primeros aspiran a terminar la primaria, los hijos de los segundos aspiran a culminar la secundaria

Las familias pudientes (para los estandares del lugar) mueven conexiones en la capital de provincia, en Huamanga y aun en Lima, que las otras no poseen Ademas, tienen mayor acceso a cargos directivos y a las autoridades locales Solo algunos de ambas capas socioeconomicas participan directamente en los proyectos de las ONGs

Toda la poblacion tiene agua entubada en la casa y goza de luz electrica durante 4 horas cada dia Los mas pobres cocinan con leña y bosta, los mas pudientes cocinan con leña y kerosene Las familias del promedio no consumen alimentos industrializados, mientras que las otras compran alimentos de la ciudad tales como arroz y fideos

A pesar de la pobreza secular, hay indicios de mejora en la situacion economica Los muchos proyectos externos deben significar un movimiento de dinero y empleo que antes no se contaba Se sabe que hay apoyos economicos para la poblacion desplazada que se reincorpora en sus pueblos de origen El medico del centro de salud, que conoció el lugar algunos años atras, percibe que los infimos ingresos de las familias de antes se han duplicado o triplicado en los ultimos tiempos

Comunicaciones -

Hay cierto acceso a los periodicos que se traen de Huamanga Existe antena parabolica y hay una repetidora de television que maneja la municipalidad Los pobladores escuchan los noticieros nacionales por radio y algunos tienen acceso a la television, aunque sea un solo canal Se cuentan las noticias del mismo Vischongo

El viaje de Vischongo a Huamanga demora 4 a 5 horas en movilidad publica Hay "combis" todos los dias, unas 7 por dia, y el pasaje cuesta S/ 6

La cultura -

Ayacucho es tradicionalmente un baluarte de la cultura quechua en el pais, incluso con variantes regionales muy marcadas Sin embargo, en la actualidad, debido al desplazamiento masivo de poblacion y los procesos de cambio forzado de los ultimos tiempos, hay una notable apertura a los patrones culturales urbanos Un sector muy grande de los habitantes de Vischongo son retornantes, es decir, personas que fueron expulsadas por la guerra y que ahora retoman su vida Traen con ellas una serie de ideas y practicas nuevas, que incluyen un discursos de ciudadania y de derechos ciudadanos (por ejemplo, en relacion con los servicios de salud) que no estan presentes en los otros lugares

de estudio. A nivel de los puestos de liderazgo, los jóvenes y en general las personas con más contacto con la ciudad y los agentes externos han desplazado a los hombres mayores, autoridad tradicional casi incuestionable.

No obstante, la situación es todavía fluida. Hay rastros de una pérdida de conocimiento cultural, así, el viudo de una joven madre fallecida lamenta que él y su generación de jóvenes esposos “no estamos experimentados” en las prácticas de atención al parto y a la parturienta. La violencia y la huida de pueblos enteros produjeron una ruptura y heridas que todavía no se sanan. Es más, con la presencia de numerosos actores externos con diversas ofertas y presiones, existen fuertes disputas alrededor de la definición de un proyecto de desarrollo para la zona y para cada localidad.

El sistema de salud -

El centro de salud de Vischongo cuenta con un personal de siete trabajadores médicos, obstetras, enfermeras, técnicos, biólogo. No tiene laboratorio para análisis clínicos. Ofrece atención del parto pero en los casos de cesáreas o partos complicados se deriva a la paciente al hospital regional en Huamanga. Posee ambulancia, la que pone a disposición gratuitamente en casos de emergencias obstétricas. Las familias que cuentan con recursos deben pagar S/ 15 00 por el traslado.

Las nuevas políticas del centro de salud mandan una búsqueda constante de gestantes y su captación para poder monitorear cada caso, aun cuando la gestante opte por un parto domiciliario con partera. Los promotores de salud y las parteras tradicionales y capacitadas son incorporados en este sistema, donde participan como sus “ojos” y “oidos” en las comunidades más remotas, especialmente en casos de partos que pueden ser de riesgo. El centro de salud pretende llevar registros de todos los embarazos, fomenta la costumbre de asistir a controles prenatales, y procura llegar al sitio en el momento en que el parto es esperado. Simultáneamente, se está mejorando la calidad del control prenatal, tomando en cuenta que los familiares, no solo la gestante, necesitan estar al tanto de la evolución del embarazo, las alternativas de atención, la necesidad de cuidado de la embarazada, y la posibilidad de riesgo. En la misma línea, se está implantando una política de visitas de seguimiento a cada puerpera al tercer día, quinto día y el octavo día después del parto. Se utiliza el equipo de radio de onda corta, instalado en las postas y el centro de salud, para estar al tanto de las emergencias obstétricas y responder a ellas.

El parto es gratis para las gestantes que se han controlado en el centro de salud y además se les expide sin costo alguno el certificado de nacimiento. Solo se cobra el certificado en los casos de partos domiciliarios, como un incentivo para que la gente se controle y de a luz en el centro de salud. Inclusive se refiere que el centro difunde la idea que “está terminantemente prohibido que mueran las mamás”. Para eso, la población está sobre aviso que el centro de salud puede recurrir a la fiscalía y pedir una investigación en los casos en que podría haber un factor de negligencia por parte de los familiares de una gestante o parturienta.

Hay en Vischongo y las comunidades aledañas parteras y curanderos, así como se cuenta también con promotores de salud que ofrecen atención primaria. Existe en el ámbito un proyecto de salud de Médicos sin Fronteras y, en el poblado mismo, un proyecto de salud reproductiva del Movimiento Manuela Ramos (ReproSalud). Adicionalmente, operan dos programas estatales de r fuerza alimenticio, PANFAR y PACFO. No hay consultorios médicos particulares, ni farmacia, ni un establecimiento del IPSS. Se dice que las mujeres que quieren abortar recurren a especialistas tradicionales en el campo o se van a la ciudad de Huamanga.

Rutas críticas -

Se hace el recorrido de Vischongo a Huamanga en 2.5 horas en ambulancia. La dificultad es para las familias que viven en las comunidades de altura y más alejadas del poblado. En la mayoría de ellas, solo hay caminos de herradura rodeados por arbustos y follaje espeso. La bajada a pie, cargando a una paciente, puede demorar más de 2 horas. Si por alguna razón no hay ambulancia, el costo de contratar un carro particular para el traslado a Ayacucho puede ascender a S/ 150. Además, la familia deberá correr con los gastos de alimentación y alojamiento de quienes acompañan a la mujer.

La coyuntura reciente -

Todo el ámbito ha sufrido profundos cambios en las últimas dos décadas. Algunos de los aspectos más saltantes, desde una perspectiva de la problemática de la salud, son

- el desplazamiento de un gran sector de la población hacia zonas más urbanas, mestizas, y cosmopolitas del país
- la desestructuración de las comunidades rurales como organización social y como economías tradicionales, y los actuales procesos de implantar nuevas estructuras y una nueva integración con la sociedad regional y nacional
- el aumento de expectativas de la población en términos de calidad y nivel de vida
- la difusión de una nueva lógica de relación entre la población y las entidades públicas, más contractual, "racional", y con cabida para el planteamiento de derechos de los usuarios
- la convergencia, en toda la zona afectada por la violencia de múltiples actores externos estatales, privados y extranjeros, a veces con proyectos contradictorios de reconstrucción física y del tejido social

MACHE (LA LIBERTAD)

Datos básicos -

Mache, ubicada en la provincia de Otuzco, es capital del distrito del mismo nombre. Aunque pertenece a un departamento usualmente considerado costeño, está en la sierra a 3,200 metros de altura. La población del distrito es de unos 3,300 habitantes y el mismo poblado de Mache tiene 1,100 habitantes. El distrito tiene diez caseríos y varios anexos, dos de gran parte de la población vive dispersa en pequeñas estancias agrícolas.

Se demora entre media hora y dos horas para caminar la distancia entre Mache y los diferentes caserios y anexos, no hay caminos carrozables

La economía del distrito es la pequeña producción agropecuaria. La unidad de producción es la pareja conyugal, reforzada por los hijos que van naciendo y creciendo y eventualmente por otros familiares. La mayoría de mujeres participan plenamente en la producción y crianza de animales, trabajando en la chacra hombro a hombro con los maridos. Las mujeres, además, cocinan los alimentos y los llevan al campo, o los mandan a llevar por un hijo, para atender al marido y a los peones, si los hubiera, con el almuerzo.

Se cultiva papa, cebada, haba, arveja, chocho, lenteja serrana, quinua y trigo. La papa, el principal producto comercial, se vende en Trujillo, la capital departamental que está a 4 horas sobre una carretera asfaltada en un 10% del tramo y afirmada en el resto. Los días sábado se realiza la feria semanal de Mache y concurren los compradores de Trujillo. Numerosos concurrentes de los caserios y anexos llegan a loma de caballo y burro. Solo algunas tierras están bajo riego, de modo que la mayoría de los agricultores están expuestos a los azares de las lluvias. Se hace uso de fertilizantes e insecticidas, a veces en condiciones riesgosas para la salud de los agricultores.

Existen aproximadamente 20 tiendas en Mache, las cuales venden de todo, aunque principalmente abarrotes y artefactos domésticos. Hay dos pequeños grifos que expenden petróleo y gasolina, y se encuentra una tienda de fertilizantes. Adicionalmente, hay dos farmacias atendidas por señoritas, ex-estudiantes de farmacia en la ciudad de Trujillo. Las farmacias están bien surtidas con medicamentos, perfumería y diversos artefactos. Son muy concurridas los días de la feria, cuando bajan los campesinos de todos los caserios del interior del distrito, y vienen para abastecerse de diversas pastillas, ampolletas, jarabes y similares. Hay cinco panaderías, uno que otro taller, y zapaterías o procesadores de cuero que se vinculan a la industria del cuero y zapato en Trujillo. No hay banco, ni programas de crédito, ni prestamistas.

Las instituciones y sus interconexiones -

Mache cuenta con alcaldía y gobernación. Tiene una comisaría con cinco policías y un juzgado de paz. Hay un comité de agricultores. Existen cuatro instituciones deportivas, entre ellas el club "Cultural Progreso Mache". Hay dos clubes de madres y tres comedores, aunque solamente funciona uno ("Corazón de María") por el momento.

Hay un jardín de infantes, una escuela primaria, un colegio secundario mixto, y un instituto superior tecnológico estatal que ofrece las carreras de técnico agropecuario y contabilidad. Existe una parroquia y un convento de las Hermanas de la Misericordia, congregación que realiza un trabajo con los jóvenes, especialmente en la prevención de la maternidad precoz. Además, están presentes cuatro iglesias evangélicas (Testigos de Jehová, Israelitas, Pentecostal, y Adventistas del Séptimo Día). Cada iglesia tiene un local propio. Las iglesias evangélicas tienen ciertos roces con el sistema de salud ya que

cuestionan los límites de los esfuerzos humanos frente a la capacidad de la fe para “sanar y salvar”

Operan algunos proyectos especiales en el distrito. Por el lado estatal, FONCODES ha financiado el cambio de redes de agua potable, con la participación de la población como mano de obra. PRONAA entrega alimentos a los comedores. Se habla de la presencia de PANFAR y de una red de promotores asociados a este programa de apoyo alimentario. Dos ONGs tienen proyectos: INDES, un proyecto de seguridad alimentaria y educación en salud, y PRISMA, un programa de planificación familiar que se implementa en algunos anexos.

Es escasa la evidencia que tenemos respecto a la calidad de las interrelaciones entre las diversas instituciones y la frecuencia de sus coordinaciones. No hay conflictos graves. El sistema local parece funcionar en forma bastante fluida pero compartimentalizada. Cada institución y cada sector vela por su propio mandato y población de usuarios.

El nivel de vida y las diferencias internas -

El 80% de los pobladores del distrito forman parte del sector de pobreza rural “promedio”. Este es también el porcentaje de la población que el INEI calcula tiene necesidades básicas insatisfechas. Se trata de familias de agricultores que poseen media hectárea sin riego y tal vez un cuarto de hectárea bajo riego. En cambio, las familias pudientes poseen 3 hectáreas, de las cuales una tiene riego. Además, las familias del 20% de mayor ingreso incursionan en el comercio: son dueñas de tiendas y farmacias, de negocios de comercialización de productos agrícolas, y son transportistas. Una familia pobre-promedio tiene un par de ganado vacuno, la familia pudiente tiene 5. Se crían también chanchos, ovejas, cabras y aves de corral, siempre en mayor número tratándose de familias de mayor capacidad económica.

Las casas comunes son de adobe con tejas, las casas ricas, de adobe revestido con techo de calamina. Las viviendas suelen ser amplias y se observan en muchas de ellas patios o corrales con animales menores. Todo el pueblo cuenta con agua entubada y tratada y con desagüe. Hay energía eléctrica todo el día. La mayoría de familias cocinan con leña, mientras que el quintil más próspero utiliza kerosene y gas.

Los padres y las madres de familia del promedio poseen una educación primaria, los varones del estrato privilegiado tienen estudios superiores mientras que las mujeres tienen una educación secundaria. Actualmente, los jóvenes del primer grupo aspiran a completar la secundaria. Los y las jóvenes del segundo grupo aspiran a una educación universitaria, siendo las universidades de Trujillo y Cajamarca las más accesibles. Las familias promedio pueden realizar un viaje a Trujillo aproximadamente una vez al mes. Las familias pudientes se desplazan, por uno u otro motivo, semanalmente y viajan a Lima unas dos veces en el año. Las familias pudientes tienen compadres o allegados en Trujillo.

y Lima, además de en la capital provincial de Otuzco. Los vínculos de las familias promedio no alcanzan más allá del distrito.

Comunicaciones -

Existen dos emisoras de radio en el pueblo de Mache. Además, se reciben varias señales de Lima (RPP, Radio Unión, Radio Mar, Radio Ritmo). Una emisora local, Radio Primavera, transmite un noticiero local a las 7:00 de la noche que, además de noticias de fútbol y de accidentes y muertes en el entorno, presenta noticias de salud bajo un convenio con una ONG de Trujillo, INDES. También se hacen charlas sobre la salud y entrevistas al personal del puesto de salud de Mache. Llegan dos canales de televisión y la generalidad de hogares posee televisores. Hay una cabina de teléfono público y algunas instituciones cuentan con línea telefónica.

La agencia de transportes "Cristo Rey" tiene el monopolio del transporte de pasajeros entre Mache y Trujillo, operando en dos urnos diarios. El pasaje cuesta S/ 7.00. Además existe un servicio de "combi" entre Mache y Otuzco que cuesta S/ 4.00 y demora 2 horas. Ingresan camiones de carga en forma interdiaria, para llevar productos a Trujillo y Otuzco, intercaladamente.

La cultura -

En Mache, como todo el departamento de La Libertad, se habla el castellano y sus vínculos más fuertes son con la cultura rural costeña. Se aprecia la presencia de una tradición "folk" que, en el terreno de la salud, determina la sobrevivencia de un conjunto de prácticas y creencias algo divergentes de las urbanas, incluso las urbano-populares. El personal de los establecimientos de salud muestra tener conciencia de eso y toma nota de una serie de "costumbres" locales al hablar del manejo del embarazo, parto y puerperio y de problemas de la salud en general. Sin embargo, no se aprecian las grandes distancias culturales entre los prestadores de salud y la población como, por ejemplo, en el caso de Puno o Ayacucho.

Una particularidad que resalta en las entrevistas es la presencia marcada de una "cultura del machismo" en esta zona. Las familias son numerosas. Las mujeres cumplen una carga muy fuerte de trabajo, parte del cual parece dirigirse a sostener la imagen del varón, su presentación personal y su participación en actividades masculinas tales como la visita a la cantina el sábado luego de la feria. Las familias son numerosas. Finalmente, los maridos ejercen un poder de decisión que incluye, por ejemplo, la decisión sobre el tipo de atención que la mujer tendrá en el parto. La vulnerabilidad de las mujeres está sugerida en la forma que toma la problemática del aborto en el distrito. En este pequeño ámbito se habla de 5 a 6 abortos provocados por año. Se mencionan casos de aborto que involucran a mujeres jóvenes que han sufrido la traición de un varón que prometió casarse con ellas. Se habla de muertes en estas circunstancias cuando la joven intenta abortar tomando una dosis de insecticida u otro veneno. No solo se nota el dominio de los maridos sobre sus

esposas sino tambien la dominacion de los padres sobre las hijas, lo que hace muy dificil que un embarazo fuera del matrimonio pueda ser tolerado

El sistema de salud -

Siendo un pueblo y un distrito de poca poblacion, Mache esta servido por una posta de salud que depende del centro de salud y el hospital de apoyo de Otuzco. Cuenta con un medico, una enfermera, una obstetriz y una tecnica en enfermeria, que es natural del lugar. Tiene ambulancia y un chofer. Se atiende partos en una sala de hospitalizacion. No existe un laboratorio y los partos de riesgo o cesareas tienen que derivarse a Otuzco o Trujillo. El personal de la posta atiende unos cuatro partos al mes, uno en la posta y tres a domicilio. Las mujeres siguen preferiendo el parto domiciliario y aun la atencion por partera, debido a que tienen "confianza" con las parteras y, quedandose en casa, pueden observar a sus otros hijos y continuar frente a la gerencia del hogar, el corral y el huerto.

En meses recientes, la posta de salud ha implementado cambios que han tenido el efecto de mejorar su relacion con la poblacion y atraer a mas clientes hacia sus servicios. El personal sale regularmente para dar charlas y hacer visitas domiciliarias en los anexos. El ambito de influencia de la posta de salud ha sido sectorizado y los sectores asignados al personal, de tal forma que cada uno asume la responsabilidad de detectar y hacer seguimiento a las gestantes dentro de su ambito. Se ha ampliado el horario de atencion hasta las 8 00 P.M. para tomar en cuenta el ritmo de trabajo de las familias de agricultores, que se desocupan recién en la tarde. El personal hace turno a fin de que siempre este alguien allí, incluso durante la noche y los fines de semana. Los pobladores que viven al frente a la posta de salud confirman que esto se cumple.

El unico otro servicio de salud en el poblado es un consultorio dental atendido por un tecnico un dia a la semana. Hay una sola partera en Mache, que es anciana y no inspira la confianza de la posta de salud. En los caserios existen otras parteras que se vinculan a la posta para charlas, coordinaciones y derivaciones en casos de embarazos de riesgo. Ademas, la posta de salud trabaja con una red de diez promotores que circulan por las zonas rurales.

La mayoría de los usuarios de la posta de salud de Mache parecen ser campesinos de los caserios y anexos del interior del distrito. En general, para los que viven en el pueblo de Mache, resulta bastante facil movilizarse a Otuzco y aun hacia Trujillo para atender problemas de salud.

Rutas críticas -

Hay una relativa presencia de caminos carrozables en la zona aunque los traslados en muchos puntos en el interior del distrito tienen que ser a pie o en acémila. El costo de contratar una movilidad "expreso" es alto y puede ascender a S/ 100 en los casos de anexos muy alejados de Otuzco o Trujillo, los dos puntos de evacuacion. No existen

alternativas de transporte en helicoptero o avioneta Tampoco se menciona mecanismos colectivos ("maraton") o fondos de asistencia del municipio para los casos de indigentes

La coyuntura reciente -

No hay factores de coyuntura reciente que resultan determinantes en este ambito

SIHUAS (ANCASH)

Los basicos -

Sihuas, ubicado en el Callejon de Conchucos, es una provincia de extrema pobreza y de un aislamiento tambien extremo La poblacion provincial es de aproximadamente 34,000 habitantes, de los cuales 25,000 viven en la zona rural La mayor parte del Callejon de Conchucos esta a gran altura y el clima es agreste, oscilando entre la sequia y las lluvias torrenciales Especialmente durante la epoca de lluvias, el acceso es problematico Los pocos caminos carrozables se vuelven peligrosos debido a deslizamientos y es grande el riesgo de resbalar en las curvas y caer al abismo Varios de los caserios de la provincia quedan totalmente aislados debido a la crecida de los rios Sihuas se vincula al resto del pais a traves de Huaraz, ciudad que —aunque importante como el principal centro administrativo de la sierra ancashina—no desarrolla una dinamicidad economica mayor Hay conexion tambien, por medio de una trocha, con Chimbote y Trujillo en La Libertad El viaje a Huaraz, sobre una carretera afirmada, toma 14 horas El viaje a Chimbote, aunque mas dificultoso, demora 12 horas

La pobreza del lugar se capta en las palabras de uno de los participantes de un grupo focal *"Yo he visto casos en que los campesinos bajan (al poblado de Sihuas) con sus ataditos de productos, cosas que vender Vienen asi con sus ataditos de determinados productos Bueno, sumando todo, alcanza solamente para que puedan al regreso comprar un poco de kerosene, un poco de sal, un poco de cosas indispensables para su vida familiar Entonces seguramente de que, aunque sean pocos soles (que) van a tener que invertir en problemas de salud para ellos es dejar de comer una semana Ciertas cosas va a desequilibrar totalmente Por eso es el problema de que hay una valoracion en terminos a veces es un problema bien bravo la supervivencia alimentaria Es lo que juega primero, antes que el cuidado de salud"*

La economia de la provincia se basa en el minifundio a cargo de una familia campesina Hay cierta presencia de sistemas de riego mediante canales La economia campesina es basicamente agricola con la produccion de papas y otros tuberculos y granos andinos, ademas de variedades de fruta Los campesinos de los valles poseen poco ganado y mas bien existen otras unidades familiares en las alturas que practican una economia ganadera especializada Un problema muy sentido en toda la zona es el abigeato

El pueblo de Sihuas tiene un mercado que, aunque pequeño y poco concurrido, funciona todos los días. Los días sábado se realiza la feria que atrae a los campesinos de todos los anexos y distritos de la provincia. Un porcentaje de las transacciones se realiza a través del trueque.

Acobamba, como distrito de la provincia de Sihuas, es representativo de la situación de los otros distritos y centros poblados menores. Cuenta con dos bodegas surtidas en forma limitada de arroz, fideos, gaseosas, cerveza y algunos productos industrializados como toallas higiénicas.

Las instituciones y sus interconexiones

Como capital de provincia, Sihuas tiene una municipalidad y subprefectura. Agrupados alrededor de la Plaza de Armas está una comisaría de la policía nacional, un policlínico del IPSS, el Banco de la Nación, la iglesia católica y varias bodegas y restaurantes. A media cuadra está una oficina del Ministerio de Agricultura. Existen ~~varias agencias de transporte y alojamientos~~ que reflejan la función de Sihuas como un centro comercial dentro de la provincia y un lugar de paso. Las instituciones educativas incluyen colegios estatales y tres particulares además de un Instituto Superior Pedagógico, que forma a los maestros que luego se distribuyen por las escuelas rurales de toda la provincia. Hay un instituto técnico estatal que ofrece la carrera de enfermería técnica, computación, y especialidades agropecuarias.

Durante los años '80, el movimiento rondero se volvió un importante foco de organización de los campesinos. Las organizaciones de ronderos fueron estimuladas como medio para combatir el terrorismo pero, en Sihuas, se convirtieron en la esperanza no solo de dar mayores garantías de seguridad a los pobladores del campo sino, de paso, de desplazar a las autoridades locales corruptas, muchas veces coludidas con los abigeos y otras fuerzas e intereses económicos que oprimían a los campesinos.

Sihuas es sede de un Comité de Regantes, la Federación de Rondas Campesinas, dos clubes de madres, cuatro clubes de fútbol, un comedor apoyado con alimentos por PRONAA, y algunos comités femeninos.

Las interrelaciones entre las instituciones locales se observan en una iniciativa impulsada por la ONG CIDIAG, de elaboración de un plan de desarrollo estratégico. Sihuas es una de las pocas provincias del país que cuenta con un plan de esta naturaleza. Participaron en las negociaciones y la concertación del plan el gobierno provincial, la organización rondera, representantes de la iglesia, los gobiernos locales distritales, el ejército peruano, delegados de instituciones sectoriales del gobierno central y personalidades representativas de la ciudad. El plan tiene siete ejes estratégicos: potenciación vial y comercial, modernización de la actividad agropecuaria, desarrollo educativo y empresarial de la juventud, desarrollo cívico-democrático, desarrollo empresarial, conservación del medio ambiente y desarrollo de recursos naturales, y salud integral.

Existen varias instancias permanentes de coordinacion. Estas incluyen (1) la asamblea de alcaldes distritales de la provincia, (2) la asamblea de alcaldes de centro poblado menor, agentes municipales, autoridades, presidentes de bases ronderas y comites femeninos, y (3) reuniones ampliadas a nivel provincial y distrital con la asistencia de las autoridades y los representantes de las bases ronderas y comites femeninos.

El alcalde provincial, junto con los dirigentes ronderos y CIDIAG, logro que FONCODES financiara 89 proyectos para la construccion de obras de infraestructura educativa y de riego. Asimismo, se gestiono la presencia del Programa Especial de Rehabilitacion de Infraestructura Terrestre (PERT) lo cual ha significado la rehabilitacion de varios miles de kilometros de caminos. Se ha constituido cuatro microempresas de mantenimiento vial que ocupan a unos 60 lideres campesinos.

Tales planes y proyectos no se traducen en un desarrollo institucional en lugares como Acobamba. Aunque es capital distrital, tiene poca presencia de instituciones y poca diferenciacion interna.

El nivel de vida y las diferencias internas -

Hace tiempo, cualquier semblanza de una antigua aristocracia terrateniente abandono la provincia de Sihuas, trasladandose a Huaraz, Trujillo, Chimbote o Lima. La gran masa de los campesinos son muy pobres, en concordancia con el aislamiento y depresion de toda la zona. Sin embargo, hay diferencias entre los pobladores en la posesion de tierras, la cantidad de tierra bajo riego y la cantidad de ganado que poseen. Los campesinos pobres tienen una hectarea, parte de la cual puede tener riego, en algunos casos, los campesinos "ricos" tienen 3 hectareas y probablemente una esta bajo riego. Los pobres tienen una vaca, los otros, unas 6 cabezas de ganado vacuno. Solo los campesinos mas exitosos tienen caballos, uno o dos ejemplares. Ricos y pobres tienen una diversidad de animales de corral, chanchos, y ovejas, la diferencia entre unos y otros esta en el numero. Los campesinos mas prosperos tienen una docena de carneros, los pobres tienen la mitad o menos.

Las viviendas son uniformemente de adobe con calamina. Los pobres cocinan con leña, mientras que las familias de mayores ingresos cocinan con kerosene o gas. En el pueblo de Sihuas, la mayoria de viviendas tienen luz, agua y desagüe. En Acobamba, no hay luz ni desagüe. El agua, que no es tratada, se obtiene de pozos revestidos con cemento que están en medio de las calles.

Comunicaciones -

Sihuas - Se recibe la señal de las emisoras nacionales de radio tales como RPP además de la mayoría de canales de televisión (Panamericana, America, ATV, Frecuencia 2). No hay emisora de radio ni periodico local. Las instituciones y los locales de negocios cuentan con líneas telefónicas.

Los desplazamientos al interior de la provincia se realizan generalmente a caballo o a pie. Solamente los profesores que trabajan en centros educativos cerca a los poblados se desplazan en moto.

Acobamba - No llegan los periodicos ni existe la television. El unico medio masivo de comunicaci[on es la radio. Comenta un participante en el grupo focal realizado con algunos de los varones del lugar: *"La gente utiliza los radios para (escuchar) la musica de moda, huaynos, alegrar y no importa la informacion, los cambios que nos estan afectando a nosotros. La informacion llega porque viene un profesor de otro sitio de Sihuas"*

La cultura -

Los pobladores del Callejon de Conchucos son cultural y linguisticamente quechuas. Se conservan las tradiciones culturales, por ejemplo, en la celebracion de la fiesta patronal de Sihuas, a la que concurren los habitantes de todos los pueblos alrededor. En Sihuas mismo la mayoría de las personas se visten con ropa industrial que se trae de Lima y Chimbote: jean, casacas, chompas. Sin embargo, muchos usan la vestimenta tradicional: pantalon de lana de ovino, pollera de colorines.

Una particularidad de la situacion cultural de Sihuas y la provincia es la aparente difusion de una actitud despectiva frente a la gente del campo, por lo menos en la percepcion de esa misma gente. En uno de los grupos focales realizados con mujeres adultas se recogio rastros de esta actitud: *"Aca, a nivel de la provincia de Sihuas, el campesino es bien marginado por lo profesionales ¿no? Si una gente campesina va al hospital, ¿que les importa, no? Todo el dia pueden pasar comiendo en el asiento. Pasan y vuelven. Cuando son de la ciudad, solo sus conocidos ven aca. (En) el trato te corren. El trato marginan. Nos ven como unos animalitos raros, porque somos del campo. Los campesinos no tienen vida, no son seres humanos"*. Recogimos otras evidencias —no menos la prostracion del campo y la poca preocupacion por mejorar las condiciones de vida— que sugieren que la exclusion social basada en la discriminacion etnica es especialmente marcada en esta zona.

Tambien hay evidencia de una cultura de superioridad y dominacion masculina bastante arraigada. Las mujeres hacen un trabajo muy fuerte en el campo y reciben a cambio poco respeto o consideracion. Los hombres en los grupos focales aplican el termino de "machistas" a si mismos como si fuera un destino inevitable. Algunos —sin que les falte razon— reponsabilizan a la pobreza por la constante ronda de trabajo de las mujeres y su poco acceso al descanso: *"La mujer tiene la tarea larga y nosotros somos gente de campo. Nos vamos a nuestras chacras y ellas atras. Conmigo de igual manera. Vuelta, nuestros niños ya ellas tienen que prepararlo a los niños, ya su ropa parcharlo. Como sea esa es la tarea. Despues ellas no se cuidan, estan cada vez en movimiento"*. El personal del hospital percibe que "el esposo decide" todo lo concierne a la atencion de la mujer gestante y el hijo.

El sistema de salud -

Sihuas cuenta con un hospital de apoyo que pertenece a la UTE No 7 de Pomabamba. Adicionalmente, hay dos centros de salud que están ubicados en las afueras de la ciudad, en los distritos de Huayobamba y Quiches. El personal del hospital incluye a médicos, obstetras, enfermeras y dentista. El hospital cuenta con una sala de partos que atiende las 24 horas del día, y el parto es totalmente gratuito. Cuenta además con un laboratorio para exámenes auxiliares de sangre y orina. Las gestantes reciben análisis de orina completa, hematócrito, hemoglobina y VDRL, además de los exámenes comunes.

Con equipos integrales, el personal del hospital sale regularmente a las comunidades. Se hace una visita casa por casa, realizando consultas, actividades educativas y la detección de casos de embarazo.

Las gestantes que viven en el campo vienen al hospital los días sábado para hacer sus controles, combinando el viaje con la asistencia a la feria semanal. En las postas de salud de los caseríos se les recomienda que vayan al establecimiento, usando como incentivo los alimentos de PANFAR que pueden recibir. Aun así, más vienen mujeres del estrato de las profesoras antes que las campesinas. Las campesinas vienen cuando quieren que se compruebe si el niño está bien colocado o cuando se alarman por algún percance inusual que se presenta en el embarazo. Entretanto, un alto porcentaje de partos son atendidos por parteras. En algunos casos la ayudante es la suegra, la mamá o el esposo. Hay también mujeres que prefieren atenderse solas. Se encierran en un cuarto para tener al bebé y recién emergen cuando ya nació.

El hospital ha realizado cursos para parteras comunitarias y valora su trabajo "porque el pueblo lo valora", según explica el médico. Una ONG ha hecho un curso similar pero no han podido aunar esfuerzos. El personal del hospital percibe que las coordinaciones reales son escasas y, a pesar de los discursos y las instancias de encuentro entre las diferentes instituciones del lugar, "cada una tira para su lado". Sin embargo, han habido actividades exitosas compartidas con el municipio y con la USE.

Un segundo servicio de salud presente en el pueblo de Sihuas es un botiquín que es administrado por una congregación de Hermanas Misioneras. Está surtido de medicamentos importados. Las hermanas ocasionalmente atienden partos pero coordinan muy poco con el hospital. Adicionalmente, existe un consultorio privado de un curandero llegado desde Chimbote, a quien la gente llama "doctor". Suele tener una gran afluencia de pacientes, a veces más que el propio hospital, con el cual tampoco coordina. Además de recetar plantas medicinales, el "doctor" aplica ampollas, medicamentos y dextrosas. El costo de la consulta es mayor que en el hospital de apoyo. Fuera de este, no hay consultorios particulares de médicos propiamente.

En Acobamba existe una posta de salud que ofrece consultas y medicamentos de primera necesidad. Cuenta con una obstetra y una técnica de enfermería. Ofrece

servicios de curaciones, suturas, consultas generales, planificación familiar, control de la gestante y vacunación

Rutas críticas -

Son altos los costos de una evacuación de emergencia desde casi cualquier punto en el campo hacia Sihuas y hacia los servicios de mayor jerarquía en Pomabamba y Huaraz. De Acobamba, por ejemplo, se puede alquilar un caballo, a un costo de S/ 20, para llegar al pueblo de Jocos, caminando, se llega en 4 horas. En Jocos, pagando S/ 40, se alquila una camioneta que (asumiendo que el camino no está cortado por el río) permite seguir viaje a Quiches, tramo que ocupa otras 4 horas. Luego, una camioneta particular de Quiches a Sihuas cuesta S/ 40 y demora 6 horas. La ambulancia de Sihuas a Pomabamba puede costar S/ 80. Hay omnibus que va de Pomabamba hasta Huaraz a un costo de S/ 20. Este último tramo del viaje hasta el hospital regional en Huaraz demora 12 horas. En suma, el tiempo total que puede tomar para llegar de Acobamba hasta Huaraz es 30 horas.

La coyuntura reciente -

Se vive una etapa de post guerra que ha afectado especialmente a la organización de ronderos. Algunos dirigentes rurales han sido acusados de terrorismo, especialmente los que están asociados al Movimiento Independiente Campesino Atusparia, que en 1993 ganó las elecciones municipales en la provincia y la mayoría de sus distritos. No se menciona la presencia de programas de repoblamiento o reconstrucción post violencia de los pueblos rurales.

SAN MIGUEL DEL RIO MAYO (SAN MARTIN)

Datos básicos -

San Miguel del Río Mayo forma parte del circuito de administración local y de la red de salud que se centra en Tabalosos, la capital de distrito. San Miguel, cuya categoría en la organización política del país fue elevada recientemente de caserío a centro poblado menor, cuenta con una población de 3,800 habitantes. La mitad vive en el poblado mismo y el resto está distribuida en cuatro anexos o dispersa en el campo. Los anexos se conectan con San Miguel mediante caminos de herradura. La caminata hasta Cachipampa, el más distante, toma 8 horas. Hay una considerable población (se calcula que es el 17% del total) flotante, que posee fundos en el lugar pero vive en Shanao, Tabalosos o Tarapoto.

La economía del lugar es netamente agrícola, basada en el cultivo de algodón, maíz amarillo y frijol. No hay problema de tierras y las lluvias son abundantes. El excedente de la producción se exporta hacia el mercado regional de Tarapoto. Los ritmos de siembra, cosecha y venta de los tres productos principales enmarcan la vida en la

localidad. Sobre todo, las épocas de venta determinan cuando los pobladores disponen de dinero. Dice la presidenta de un club de madres: *"Toda la gente somos pobres en San Miguel. Solo cuando cosechamos nuestros productos -por decir, nuestro maíz, nuestro algodón, nuestro frejol, ahí todavía la gente tenemos algo que vender, algo que comer en nuestro hogar. Pero cuando no es estos tiempos, estamos pobres"*

Existen dos bodegas de mediana envergadura que abastecen a la población de productos de primera necesidad. Además hay algunas pequeñas cantinas que venden productos típicos y licores.

Un factor que influye determinantemente en la vida económica de San Miguel es su ubicación sobre el Río Mayo, en el lado opuesto a la carretera marginal. No hay puente, ni peatonal ni carrozable, aunque se ha presentado un proyecto a FONCODES para la construcción del primero. Mientras tanto, hay que cruzar el río en canoa y existen unas nueve canoas que prestan el servicio, a un costo de S/0 50 el viaje para personas con tarifas adicionales para la carga que llevan. El servicio de vadeo se suspende en la tarde y noche porque el río se vuelve peligroso. En época de lluvias la única trocha carrozable de penetración queda intransitable y el río es difícilmente navegable. Debido a eso, a veces los productos se mojan y se pierden.

Las instituciones y sus interconexiones -

San Miguel tiene un alcalde delegado y un teniente gobernador. La teniente gobernadora es en estos momentos una mujer que es a su vez partera. Hay un juzgado de paz. Existe un comité de desarrollo comunal al que se quiere dar más vida y un comité pro puente peatonal. Antes que la participación vecinal, el factor determinante para que esta obra se realice parecería ser el éxito que se tiene con las solicitudes presentadas a nivel de FONCODES, el gobierno provincial y el gobierno regional. Lo mismo puede decirse de otros proyectos tales como la recuperación del sistema de agua potable y luz eléctrica. Las autoridades, especialmente el alcalde, se ven forzados a dedicar cantidades considerables de energía y tiempo siguiendo las gestiones en curso en Tabalosos y Tarapoto.

Hay un centro de educación inicial donde asisten 45 niños de 4 a 5 años, un centro de educación primaria, y un colegio secundario estatal. Entre los adultos, hay una alta tasa de analfabetismo, especialmente en las mujeres. Existe un comité de Vaso de Leche, cuatro clubes de madres y cinco clubes deportivos. El pueblo cuenta con una comunidad cristiana de base y, además, hay una iglesia evangélica y otro grupo protestante. No se registra la presencia de ONGs con sede en el lugar pero tanto CEDISA como PRODEMU, con sede en Tarapoto, han llevado a cabo proyectos. En un caso, se trata de un proyecto de infraestructura y apoyo agrícola y, en el otro, de un proyecto de capacitación en salud y los derechos de la mujer.

Los informes dan cuenta de un notable nivel de coordinación y cooperación entre las instituciones (por ejemplo, el puesto de salud con los colegios y los clubes de madres)

pero discrepan con respecto al nivel de participacion que existe por parte de la poblacion o entre la poblacion y sus autoridades El alcalde convoca al pueblo con frecuencia para discutir los asuntos locales en asambleas y reuniones pero no logra instilar la sensacion de cambio y dinamismo Por su parte, la teniente gobernadora plantea su rol primordialmente en terminos de la fiscalizacion de las instituciones y de los servicios locales En este papel, hace visitas frecuentes a la posta de salud, los colegios y los clubes de madres

El nivel de vida y las diferencias internas -

Los informantes coinciden en que hay pocas diferencias internas en el lugar y muy pocos residentes que detentan una forma de vida mas holgada que sus pares Una familia sobresale como dueña de una tienda y porque compra y comercializa los productos agricolas de los otros Existen dos otros acopiadores algo menores El resto son chacreros Dice una autoridad *"Mas que todo, somos pobres Pero como campesinos trabajamos en nuestra chacra y nos abastecemos de nuestros productos Asi no tanto vamos a decir que somos fatales pobres ¿no?"*

Hubo en el pasado el servicio de fluido electrico que ahora se esta tratando de reponer El motor y las redes quedaron destrozados y el sistema cayo en desuso por negligencia de las autoridades y descuido de los pobladores Hay un sistema de agua entubada que trae agua de la Quebrada de Mishquiyacu Se instalo con ayuda de una ONG que gestiona un apoyo del Fondo de Contravalor del Gobierno de Canada Sin embargo, el suministro de agua es irregular y la tuberia esta expuesta a cortes y bloqueos Se carece de un sistema de desagüe y de recojo de basura Las casas son en su mayoria de quincha con techo de dos aguas, hecho de calamina, teja u hojas tejidas de la planta yarina

Comunicaciones -

Existe un altoparlante en el poblado que transmite noticias locales El encargado es un agricultor que —tal como el mismo describe su forma de vida—trabaja su chacra con su esposa e hijos como todo el resto y luego de eso, en la tarde, se dedica a la difusion de "algunos programas" Las instituciones le proporcionan avisos sobre sus actividades —por ejemplo, en el caso del puesto de salud, campañas de vacunacion o despistaje de cancer de cuello uterino—y el los propala

No hay servicio telefonico Algunas personas tienen televisores que funcionan a bateria y reciben imagenes a traves de una retransmisora de Tabalosos de 8 00 a 10 00 de la noche Se capta la señal de radio emisoras de Tarapoto, Lamas y Lima Dentro de San Miguel la gente se moviliza a pie y, entre los anexos y chacras, a pie o caballo

La cultura -

- - - La provincia de Lamas es conocida por haber sido receptora de una migracion importante de la sierra en tiempo pasado, especificamente, de Andahuaylas Eso explica que un porcentaje significativo de la poblacion es quechua hablante, incluso en el distrito

de Tabalosos, pese a que los lamistas (genericamente, quechuas inmigrantes antiguos a San Martín, a diferencia de los colonos recientes que migran desde la sierra andina) están concentrados en la provincia de El Dorado. Uno de los anexos de San Miguel del Río Mayo está habitado exclusivamente por lamistas quechua hablantes.

La maternidad precoz podría considerarse un rasgo de la cultura regional. Se habla de que los embarazos son la principal razón por la cual las jóvenes —y muchos jóvenes también— no terminan el colegio sino que forman familia e inician una vida como agricultores, al igual que sus padres. Pero también se le da la categoría de “una creencia” local a la idea que *“las chicas ya deben tener sus niños, que no deben de quedarse sin tener ni un hijo”*. También hay varias referencias a como las mujeres son capaces de dar a luz sin recurrir a la atención de nadie. A veces llaman a la partera solamente después del parto para recibir al niño y ayudar con el cuidado del ombligo. En un caso reciente, la distancia contribuyó a que se diera esta situación. Habla la partera: *“A una mi paciente he tenido yo, lo que ha tenido en la chacra por ahí lejos. Siempre ha venido cada mes (al puesto de salud) a recibir (vitaminas y fierro), que acaba cuando termina ha venido a recibir. Y buen parto solita ha tenido su bebé en la chacra. Nadie le ha cuidado, ni la suegra, ni el marido, sola ha tenido la mujer y yo me he ido de acá casi a las 7 ya a verle a asearle al bebé. Envuelto bonito he hallado”*.

El sistema de salud-

San Miguel del Río Mayo tiene un puesto de salud que depende del centro de salud de Tabalosos, a 2 horas de distancia caminando a pie. El personal consiste de un médico, una obstetra y dos o tres técnicos. El puesto mantiene relaciones estrechas con las parteras y curanderos del ámbito. Las parteras son convocadas a charlas en San Miguel y en Tabalosos. Incluso se les pide que informen mensualmente sobre los partos que han atendido y que llenen unas fichas con datos básicos de los mismos. El puesto de salud coopera con promotores que están asignados a los anexos.

Hace algunos meses se produjo la muerte de una señora por co'era en la vereda delante del puesto de salud. Ella, que vivía en el campo, había comenzado a sentirse mal en la tarde del día anterior. Sus familiares la llevaron a San Miguel, pero llegaron en horas de la madrugada, antes de que se abriera el puesto de salud. Este incidente hizo estallar en el pueblo el descontento acumulado con respecto al funcionamiento del puesto de salud. Se reveló que habían habido múltiples problemas de funcionamiento: el personal no vivía en la localidad y no cumplía su horario, no se hacía reten, quedando el puesto sin atención las noches y los fines de semana, no había medicamentos.

Frente a ese reclamo, se cambió al personal y se nombró a un médico itinerante para que impulsara nuevos programas y una nueva política, dirigida sobre todo a reparar la relación con la población. El médico itinerante supervisa los seis puestos de salud que dependen del centro de salud de Tabalosos. Viene dos veces por semana a San Miguel los martes y viernes. Uno de los primeros pasos que él dio fue propiciar diálogos con los pobladores a fin de establecer un “pacto” (su término) entre otras medidas, el puesto de

salud ampliaria su atencion, asegurando la presencia de un responsable las 24 horas, todos los dias de la semana. A cambio, la poblacion volveria a acudir al puesto variando la practica que se habia implantado de atenderse en Tarapoto.

- El puesto de salud tiene relaciones estrechas con las otras instituciones locales. Se le convoca para las reuniones de impulso al desarrollo local que emanan de la alcaldia. Frente al problema de embarazo en adolescentes, tan sentido en las escuelas, se ha invitado al puesto de salud a realizar charlas. En otra ocasion se hizo analisis de parasitos en los niños de la educacion inicial y primaria y se les entrego purgantes. De modo similar, como parte de las campañas de papanicolao, se cursa una carta especial de invitacion a los clubes de madres. En la ultima campaña se tuvo 30 mujeres que se hicieron el examen.

Pese a los esfuerzos del puesto de salud para atraer a la poblacion, la mayoria de partos siguen dandose en el domicilio, atendidos por familiares, parteras o sin la ayuda de nadie. Todos nuestros entrevistados demostraron aprecio por la labor de las parteras. Se habla de la disposicion de las parteras de concurrir a los anexos y fundos en todo el entorno y varias de ellas tienen sus chacras en lugares distantes. Al mismo tiempo, los conocimientos y la voluntad para ayudar a otras mujeres en el parto parecen estar muy difundidos entre la poblacion en general.

Los informes dan cuenta de un patron de utilizacion simultanea de todos los recursos de salud presentes en el ambito. Asi, las mujeres constatan su embarazo con la partera o en el puesto de salud. Luego, acuden al puesto para un control prenatal y para que queden inscritas para recibir suministros gratuitos de sulfato ferroso. Lo hacen tambien como medida de precaucion frente a la posibilidad de problemas en el parto. Reaseguradas que su embarazo esta progresando normalmente, hacen el acuerdo con una partera para la atencion del parto. Luego, cuando el bebe ha nacido, vuelven al puesto de salud para el certificado de nacimiento y para una revision del recién nacido. El personal del puesto de salud adopta la sabia actitud de trabajar en una relacion amistosa con las parteras (los profesionales las refieren como "parteritas"), ya que el pueblo las aprueba. En San Miguel del Rio Mayo no se recuerda una sola muerte materna. Una de las parteras, con 42 años de ejercicio de su arte, atiende uno o dos partos al mes, unos 15 en el año. En el puesto de salud, la atencion del parto es gratuita.

La misma logica de combinacion de los recursos disponibles aparece en relacion con el aborto. Esto, segun los informes, seria bastante frecuente en la zona. Para abortar, las mujeres recurren a especialistas en el campo o, en el otro extremo, van a la ciudad de Tarapoto. Las parteras se diferencian tajantemente de los/as aborteros/as. En el puesto de salud se ha tratado secuelas de abortos, a veces se ha derivado las pacientes a Tarapoto. El personal encuentra difícil estimar que proporcion son abortos espontaneos y cuantos son abortos provocados.

Putas cónicas -

Las emergencias de salud requieren que se evacue al paciente o la paciente hacia Tabalosos o hacia Tarapoto. En Tarapoto está el Centro Materno Perinatal, hospital especializado que goza de excelente reputación. Las emergencias menores deben remitirse al centro de salud en Tabalosos y los casos más complicados a Tarapoto, pero los familiares tienen una cuota de decisión al momento de tomar la opción. Normalmente, la evacuación hacia cualquiera de los dos lugares implicaría, primero, cruzar el río usando el sistema de vadeo y, segundo, abordar un vehículo (camión, ómnibus, o particular) en la carretera. Eso se vuelve casi imposible durante horas de la noche y en épocas de crecida. Se habla de las sumas exorbitantes que se tendría que pagar para convencer a uno de los dueños de canoa para que intente el cruce de noche, además, esto constituye igualmente un riesgo para la paciente. La alternativa es usar una trocha que, en una hora de caminata, llega a Shanao (donde existe otro puesto de salud) y, en otra hora, a Tabalosos. Suponiendo que se pueda usar la opción de transporte por la carretera marginal, y que se encuentre un vehículo dispuesto a llevar a la paciente sin mayor demora, la ida a Tabalosos o a Tarapoto toma unas 2 horas.

En principio, existe la posibilidad de realizar colectas o “maraton” como una forma en que la comunidad colabore con alguien que presenta una emergencia de salud. Sin embargo, no se recuerda que hayan habido colectas en años recientes. Mas bien, las instituciones ayudan a los suyos: los clubes de madres a sus socias, la escuela a sus alumnos. Las familias con problemas económicos—incluso, las que enfrentan los gastos de un nuevo bebé—pueden solicitar ayuda de la comunidad cristiana del lugar. La animadora puede canalizarles artículos como pañales y jabón.

Dada la irregularidad de los ingresos de las familias, que tienen que esperar la cosecha de sucesivos productos para tener dinero en mano, podría pensarse que se hubiera desarrollado una alternativa de compra al crédito de medicinas. Sin embargo, la presidenta de un club de madres indica que eso no es así. Relata como ella una vez pidió crédito en el puesto de salud cuando sus hijos estaban enfermos y ella no tenía dinero. *“Nunca, no me han fiado. No tengo esa confianza de pedir fiado porque una vez me negaron”*. El personal del puesto de salud declara que no es factible un sistema de “fiado” porque, una vez sanado el paciente, la gente no volvería para cancelar la medicina.

La coyuntura reciente -

Todo el entorno de San Miguel del Río Mayo fue afectado por la guerra interna. La presencia del MRTA fue importante. Sin embargo, no ha dejado rastros significativos en la situación de salud o, al parecer, en la dinámica de las instituciones locales ni en los proyectos que persiguen. No se habla de una presencia policial o militar ni tampoco de una situación excepcional de inseguridad o desconfianza entre los habitantes.

AGUAYTIA (UCAYALI)

Datos básicos -

Aguaytia esta ubicado en el cruce del rio Negro con el rio Aguaytia, que es a su vez afluente del rio Ucayali. Oficialmente la poblacion del distrito es de 8,000 habitantes pero una cifra mas real seria 6,000, debido al exodo que ha habido en los ultimos años (ver abajo "Coyuntura"). Geograficamente esta mas cerca a Tingo Maria, en el departamento de Huanuco, que a su capital departamental, Pucallpa. Aguaytia se encuentra sobre la carretera central "Federico Basadre", que conecta Pucallpa con Tingo Maria. Por carretera, la distancia a Pucallpa es de 5 horas aproximadamente, a Tingo Maria, de unas 2 horas. La via fluvial, que resulta mucho mas lenta, se utiliza principalmente para el transporte de productos.

La economia del lugar es agropecuaria y depende especialmente de la produccion y venta de platanos. Numerosas familias tienen pequeñas chacras y se manejan en una economia de subsistencia, suplementada por la pesca, la venta ocasional o estacional de productos agropecuarios, el trabajo asalariado por dia o temporadas cortas, y las migraciones laborales de uno u otro de sus miembros. Los agricultores se quejan de los bajos precios que obtienen por sus productos y los altos costos del transporte al mercado de Pucallpa.

Existe en el poblado una fabrica de gas, cinco panaderias, y varios talleres. Aunque ultimamente bastante venido a menos, Aguaytia funciona como un centro comercial para un amplio entorno de poblados menores. Es asi que su plaza central esta colmada de boticas, restaurantes, hoteles (algunos con aire acondicionado) y tiendas que venden desde implementos agricolas hasta telas, artefactos domesticos y adornos de casa. Se estima que las bodegas pueden ser unas 50 y las boticas unas 80. Hay un mercado diario ademas de puestos de ambulantes. Actualmente, hay un par de empresas grandes que estan trabajando en la zona en la construccion de un tramo de la carretera y una central termica.

Aguaytia atrae un cierto flujo de turistas y cuenta con discotecas y con varios burdeles. La prostitucion es una actividad que crecio notablemente con el narcotrafico de los ultimos años y que dejo una secuela de enfermedades sexualmente transmitidas y otros problemas que son de preocupacion del sistema de salud.

Las instituciones y sus interconexiones -

Aguaytia tiene un notable desarrollo institucional. A nivel de instituciones publicas, cuenta con alcaldia, juzgado de paz, puesto de la policia nacional, y una base militar de la Marina de Guerra del Peru. Hay una oficina de la microregion correspondiente. La alcaldia se relaciona con agentes municipales ubicados en los caserios y con las juntas vecinales que representan a barrios y sectores del poblado de Aguaytia. Las instituciones educativas incluyen, en el nivel inicial, PRONOEIs, centros de educacion inicial y programas especiales como PAIGRUMA, varias escuelas de primaria, y colegios de educacion secundaria. Adicionalmente hay institutos tecnicos. El Ministerio de Agricultura esta presente con algunos programas de extension agricola y apoyo a comites.

de productores. Los principales entre estos son las organizaciones de plataneros. Dicho Ministerio también da impulso a comités de mujeres campesinas. FONCODES ha desarrollado algunos proyectos en el lugar.

Existen iglesias evangélicas y protestantes, junto con la iglesia católica. La parroquia auspicia por lo menos una organización de jóvenes. Una congregación de religiosas colombianas se ocupa de los niños desamparados, entre otras obras sociales. En el sector social, se encuentran varios clubes de madres, algunos de los cuales manejan comedores con el apoyo de alimentos provistos por PRONAA y la municipalidad. Luego de una desactivación durante los años de amenaza de la subversión, están reorganizándose los clubes de madres y comités del Vaso de Leche. Hay unos 19 comités a nivel del poblado de Aguaytia y varias decenas a nivel del distrito y la provincia. Finalmente, en el rubro recreativo, existen clubes y ligas deportivas y conjuntos musicales.

Según los informes recogidos, las instituciones tienen algunas dificultades para colaborar juntas. Hay vacíos y bloqueos en la red interinstitucional. Los clubes de madres tienen conflictos con las juntas vecinales y no siempre reciben el apoyo que esperan del municipio. Se habla que las juntas vecinales han formado recientemente una instancia de fiscalización que pretende ordenar los flujos y el destino de las donaciones, entre ellas los alimentos que PRONAA traslada a los comedores. Existen disputas entre organizaciones por el derecho de hacer uso de locales levantados por la comunidad. Una informante comenta que ella ha vivido en muchos lugares y que la gente de Aguaytia es, en su experiencia, particularmente conflictiva.

Las instituciones y organizaciones mencionan poco al centro de salud como un colaborador en sus programas. Los clubes de madres y otras organizaciones comunales tienen mayor relación con el municipio, PRONAA, y el Ministerio de Agricultura. No se constata una relación de apoyo mutuo significativo entre el sector salud y el de educación.

El nivel de vida y las diferencias internas -

Existen diferencias bastante notorias entre un estrato de pobladores más pudientes y otros en situación de pobreza o extrema pobreza, aun cuando ha desaparecido una capa de "aristocracia local" involucrada en el narcotráfico. Las familias más pudientes tienen casas de material noble y viajan constantemente a la capital del departamento y otros puntos más lejos (Lima, exterior). El nivel educativo promedio de estas personas es la secundaria completa. En cambio, los más pobres viven en casas de madera y no salen del distrito y la provincia. Su nivel educativo es la escuela primaria, aunque los hijos de todos —pobres y ricos— acceden a la educación secundaria.

La alimentación proviene básicamente del plátano, yuca, verduras y, como fuentes de proteína animal, aves de corral y pescado. Solamente las familias más prosperas comen alguna vez alimentos industrializados. Las familias pobres cocinan con leña, las otras, con kerosene. Las de situación holgada cuentan con agua tratada que llega por tuberías a la casa mientras que las otras —la mayoría— utilizan el agua del río para beber, para bañarse y

para lavar la ropa. Para todos, el suministro público de luz eléctrica es durante 3 horas diarias. Algunas familias y negocios poseen generadores de electricidad. Un indicador de riqueza es poseer una refrigeradora a keroseno.

El drama para los más pobres (pequeños chacreros sin otras fuentes de ingreso) es el bajo precio que se paga por sus productos, el alto costo del transporte al mercado en Pucallpa, y el alto grado de monetarización de la economía local. Los colonos se sorprenden de los precios elevados de los alimentos y otros productos.

Comunicaciones -

Aguaytia cuenta con una emisora de radio local y recibe señales de un amplio abanico de estaciones de radio. La municipalidad tiene una repetidora de televisión, hay varias antenas parabólicas, y llegan cuatro canales de televisión. Las familias de todo nivel económico poseen televisores.

Llegan los periódicos nacionales, los que se venden en kioscos de periódicos y revistas. Existe el servicio de correo y de teléfono público. Algunas familias del estrato más pudiente tienen radioteléfono.

En el poblado mismo, la gente se moviliza en bicicleta, motocicleta, automóviles y combis. Solamente las familias más ricas poseen autos y camionetas.

La cultura -

La población de Aguaytia está compuesta por colonos llegados de la sierra y mestizos que son de la zona. Además, se nota la presencia de migrantes de lugares más distantes del Perú y del extranjero y, en algunos caseríos del distrito, población nativa perteneciente a distintos grupos lingüísticos y étnicos (shapibo, conina). Los colonos de la zona andina se concentran en los caseríos del interior del distrito.

La población nativa resulta la más reacia a involucrarse con los servicios oficiales de salud. Prefieren sus propias formas de dar a luz, por ejemplo, colgándose de una soga que se sujeta en un palo o en posición de cuclillas. Además, tienen "vergüenza" de venir a los establecimientos, a pesar de que se les asegura que serán atendidas por personal femenino y que "no se les va a mirar".

El sistema de salud -

Aguaytia cuenta con un centro de salud del MINSA y un centro o mini hospital del Instituto Peruano de Seguridad Social, además de una clínica privada y varios consultorios médicos y odontológicos. Además, la base de la Marina posee un servicio médico dedicado, salvo coordinaciones y circunstancias excepcionales, a la atención de su propio personal.

El centro de salud tiene 11 trabajadores, dos de los cuales son médicos. Se vincula con 10 puestos de salud distribuidos en los caseríos circundantes, cinco por carretera y cinco por río. El centro posee una ambulancia y una camioneta. Tiene capacidad para hacer ecografías y análisis relativamente elementales de laboratorio. El registro de gestantes es llevado en computadora. Sin embargo, no se puede hacer intervenciones quirúrgicas por falta de anestesiólogo y las pacientes que requieren una operación cesárea tienen que ser evacuadas a Tingo María o Pucallpa. La paciente o la familia toma la decisión, de acuerdo a sus posibilidades económicas y vínculos con parientes y otros contactos que pueden apoyarles en uno u otro lugar.

El centro de salud atendió 140 partos en 1996 y ese número va en aumento progresivo. Se cobra S/ 40.00 por la atención del parto y las medicinas son gratis, con lo cual el centro pretende incentivar el uso del parto institucional. Aun así, hay numerosas señoras que acuden al control prenatal y que se registran en el centro pero que no dan luz allí. Muchas veces se trata de mujeres que viven lejos en el monte y que, en el momento del parto, no pueden llegar por falta de transporte o por falta de dinero para pagar el transporte. Cuando es la época de cosecha de plátanos, por ejemplo, los botes que circulan por el río se llenan de ese producto y se niegan a llevar pasajeros. *"La gran mayoría, como ahora están en el plátano, llegan cargados con el plátano y no hay un espacio para que te puedan traer. Por seguridad, porque a veces cuando viene muy cargado el bote puede voltear. Por seguridad ya no te recogen. (Hay que) esperar otro bote que venga por suerte ¿no? Si es que viene otro bote es suerte"* (entrevista, centro de salud). Otras veces, el parto toca de noche cuando no hay movilidad.

El vínculo de colaboración más fuerte, para el centro de salud, es con el establecimiento del IPSS. El centro de salud atiende partos de aseguradas y conyuges de asegurados cuando se produce de noche y el puesto del IPSS está cerrado. Asimismo, especialmente cuando hay una buena relación personal entre los trabajadores de un mismo nivel o función (por ejemplo, las obstétricas asignadas a ambos establecimientos) se realizan campañas educativas en colaboración. En ocasiones han instalado una carpa conjuntamente para la atención de salud en las ferias auspiciadas por el Ministerio de Agricultura a través de sus agencias agrarias descentralizadas. Recientemente caducó el convenio a través del cual el IPSS, en ausencia de un laboratorio propio, hacía uso del laboratorio del centro de salud.

El centro de salud también apoya a los clubes de madres y a los comités de Vaso de Leche, aunque estas organizaciones se quejan que MINSA no les facilita alimentos (los reciben de PRONAA principalmente). Con las organizaciones femeninas se realizan acciones educativas y se lleva a cabo visitas domiciliarias con la ayuda de agentes comunitarios. Se hacen visitas en zonas como los asentamientos humanos y las nuevas urbanizaciones donde se captan a pacientes que no han tenido un contacto con los establecimientos de salud. Se les invita a acudir al centro. Además, se trabaja con promotoras y con parteras capacitadas, aunque no hay mayores detalles respecto a cómo se realiza este trabajo. Las parteras, por su parte, hacen referencia más bien a cursos

coordinaciones que han tenido directamente con el hospital regional en Pucallpa y aun en Lima

Rutas criticas -

Si se presenta una emergencia en el mismo poblado de Aguaytia, la evaluacion implica una serie de decisiones entre diversas opciones ademas de un gasto. El pasaje normal a Tingo Maria cuesta alrededor de S/ 15 mientras que el pasaje normal en "combi" a Pucallpa cuesta unos S/ 30-40. De noche hay poca movilidad debido al riesgo de asaltos y, ademas, en la epoca de lluvia, una u otra de las rutas (especialmente la de Tingo Maria) puede estar cortada debido a huacos. Se llega a Tingo Maria en 2 horas y a Pucallpa en 5 horas. Si no hay un carro de transporte publico, puede ser necesario contratar un "expreso" particular a un costo de S/ 80 a S/ 100. Alternativamente, puede ir la ambulancia del centro de salud, en cuyo caso el-la paciente debe cubrir el costo de la gasolina, unos S/ 40.

Las emergencias que se presenten en los caserios del distrito aumentan los costos y las demoras indicadas. No hay transporte vehicular desde la mayoria de puntos. El transporte en bote desde los dos puestos de salud mas distantes de Aguaytia (pero que pertenecen a su red) toma 4 a 5 horas y cuesta unos S/ 25 a S/ 30. En todos los casos, los familiares que acompañan al-la paciente tienen que disponer del dinero que necesitarían para su propio transporte, alojamiento y alimentacion hasta que se resuelva la situacion.

Existen algunos mecanismos de colaboracion y ayuda mutua que pueden aliviar los gastos para las familias en menores condiciones para enfrentar una emergencia. El subprefecto o la Marina pueden facilitar la movilidad, frente a una gestion de la familia. Asimismo, la municipalidad tiene un fondo que se destina a subvencionar atenciones de salud de los individuos mas necesitados. Hay que formular una solicitud e inscribirse en una lista. Las organizaciones como los clubes de madres apoyan a sus integrantes a través de las "actividades" —comidas y similares para recaudar fondos—pero se comenta que hay cada vez menos capacidad de absorpcion para ese tipo de eventos. Finalmente, se hacen colectas en la poblacion donde cada familia aporta unos soles o centavos de acuerdo a sus posibilidades. Al margen de estas ayudas, el-la paciente y sus familiares pueden recurrir a prestamos de parientes y eventualmente de amigos, aunque los amigos y vecinos de los mas pobres disponen de poco o nada para ofrecer.

No existe la posibilidad de evacuaciones en helicoptero o avioneta, ni hacia Aguaytia desde el interior del distrito ni desde Aguaytia hacia Pucallpa o Tingo Maria.

La coyuntura reciente -

Aguaytia fue hasta hace poco un centro de produccion de hoja de coca y de su procesamiento y exportacion al exterior via el narcotrafico. Eso trajo a la microregion una poblacion flotante, de alta capacidad economica, vinculada a una economia artificial que estaba permanentemente bajo la amenaza de la intervencion policiaca y militar. En los

últimos 3 o 4 años se han hecho sentir los efectos del programa del gobierno peruano de erradicación de la coca y represión del narcotráfico. La capa de altos ingresos se ha ido, dejando atrás una infraestructura de servicios y comercios que ya no encuentran clientes. Entretanto, numerosas familias de pequeños agricultores se ven en la necesidad de dedicar sus chacras a otros cultivos mucho menos rentables que la coca.

Aguaytia también fue afectada de manera importante por los movimientos subversivos de los años '80. Una dirigente del Vaso de Leche fue asesinada, inmovilizando esta organización durante muchos años. Desde hace 3 o 4 años ha habido una relativa tranquilidad a este respecto, con solo algunos rastros de movimiento de columnas o de columnas de rebeldes por la zona. Ya no se producen las incursiones en los poblados con intentos de organizar a la población, hacer indoctrinación, o coaccionar su apoyo económico.

Todos estos eventos de la coyuntura reciente han dejado secuelas:

- un empobrecimiento de amplios sectores de la población, que no encuentra una nueva base económica suficientemente segura y holgada. Se han perdido gran cantidad de puestos de trabajo, empujando a un aumento de las migraciones laborales y la consiguiente separación y desestructuración familiar. Se reporta un crecimiento en los índices de tuberculosis y desnutrición.
- inseguridad, especialmente para la circulación de vehículos. Se habla de asaltos muy frecuentes en las carreteras que conducen a Pucallpa y, especialmente, Linceo María, haciendo muy riesgoso el viajar durante horas de la tarde y noche. Se habla con armas, que son abundantes y fácilmente accesibles en la zona, y los campesinos se encuentran indefensos frente a eso. Tienen dificultad para vender sus productos en la chacra porque los rescatistas no se atreven a entrar con sus camiones.
- problemas sociales que incluyen una población de niños y mujeres flotantes y desamparados, un alto perfil de la prostitución como alternativa económica para mujeres de poblado, de los caseríos del interior, y migrantes de otras zonas. Debido a eso las enfermedades sexualmente transmitidas se propagan y amenaza con expandirse en el área. El centro de salud procura hacer programas educativos y realizar controles a las prostitutas. En ocasiones ha recurrido a la Marina de Guerra para realizar batallas.

B. LOS RECURSOS PARA LA SALUD EN LOS COMORNOS LOCALES

Los recursos que ofrece cada día para solucionar problemas de la salud son un factor obviamente relevante al problema de la muerte materna. Podemos sistematizar las alternativas:

Recursos a nivel de la unidad doméstica -

- Animales, tierra, productos agrícolas que pueden convertirse rápidamente en dinero efectivo, a través de la venta, el empeño, o como garantía de préstamos.

- Dinero en efectivo, ahorros o ingresos
- Acceso al crédito, formal e informal (el "fiacón")
- Medios de transporte propios (caballo, burro, camioneta, bicicleta, triciclo, carretilla)
- Conocimientos sobre el proceso del embarazo, parto y puerperio, información sobre el manejo de la salud en general
- Redes personales que hacen posible el acceso a cualquiera de los recursos anteriores, mas allá de los que se encuentran directamente bajo el control de la unidad doméstica misma

Recursos a nivel de la comunidad local –

- Carreteras o vías de acceso rápido
- Medios de transporte sistema de transporte público, vehículos disponibles para alquilar o prestar
- Medios de comunicación teléfono, radiotelfono, altoparlante, sistema de avisos a viva voz
- Prácticas de realizar colectas de fondos para auxiliar a los miembros de la comunidad que experimentan problemas especiales
- Conocimientos tradicionales ("sabiduría") para el cuidado de la salud y las emergencias de salud

Recursos a nivel del tejido institucional local –

- Fondos y facilidades (contactos, intermediación canales de comunicación) que ofrece el gobierno municipal
- Fondos y facilidades que ofrecen las organizaciones comunitarias, incluida la iglesia católica y los grupos evangélicos y protestantes
- Ayudas que ofrecen algunos centros de trabajo a sus empleados y familiares
- Información que manejan e intercambian las instituciones locales
- Seguimiento coordinado a la gestante y su familia
- Aval con respecto a la situación y capacidad económica de la familia de la gestante
- Capacidad de persuasión frente a actores externos que manejan recursos contundentes (por ejemplo, el helicóptero que tiene la base del Ejército en la zona de Sauce, San Martín)

Recursos a nivel del sistema de salud –

- Presencia de un establecimiento de salud en el entorno su complejidad, personal y nivel de equipamiento, disponibilidad para atender a los usuarios
- Medios de transporte (ambulancia, camioneta, moto teleña) y comunicación (teléfono) que posee el establecimiento de salud
- Presencia de agentes comunitarios de salud
- Coordinación y consistencia entre lo ofrecido por el establecimiento de salud y lo ofrecido por los agentes comunitarios

- Disponibilidad de medicamentos
- Conocimiento sobre hierbas y farmacos, que permita un uso adecuado de los mismos

En un momento u otro, todos estos recursos se volvieron importantes en los casos de muerte materna que registramos a nivel de autopsias verbales. La importancia relativa de diferentes recursos era, indudablemente, muy variable. A continuacion, sugerimos algunos de los problemas frecuentes en relacion con el manejo de recursos en las situaciones de emergencia obstetrica, de acuerdo a los hallazgos de esta investigacion. Sin embargo, *dejamos para el proximo capitulo la discusion de los recursos propiamente del sistema de salud*, sea oficial o comunitario.

Recursos a nivel de la unidad domestica -

El problema central para el grupo familiar es la obtencion rapida de dinero en efectivo. El dinero es el recurso clave para que la familia pueda (1) conseguir los medios de transporte necesarios para los traslados de la paciente, (2) comprar medicamentos y elementos como suero y sangre, (3) pagar la atencion medica y (4) asegurar el acompaamiento por algun familiar, lo cual podria implicar gastos de transporte, alojamiento y alimentacion en un lugar fuera de la localidad. Entretanto, el dinero en efectivo es uno de los recursos mas escasos en una comunidad rural, especialmente en las comunidades de la economia local es casi exclusivamente agricola o agropecuaria. No todos nuestros casos de muerte materna pertenecen a familias igualmente pobres algunos, efectivamente, reflejan situaciones de extrema pobreza pero en otros casos —por ejemplo, de familias ganaderas o familias donde alguien tiene un trabajo asalariado—no fue el bajo nivel de ingreso lo que resulto determinante al momento de la emergencia. Fue, mas bien, la posibilidad que hubo o no de tener en las manos una cantidad fuerte de dinero en efectivo.

¿Que significa “cantidad fuerte de dinero en efectivo” en esta conexion? En casi todos los lugares y casi todos los casos, el dinero que se requeria para resolver la situacion de emergencia alcanzaba a una cifra considerable, aun en relacion con la economia de una familia urbana asalariada. El costo del transporte puede llegar a montos de S/ 100, S/ 200 y hasta mas. Los medicamentos que se necesitan pueden costar tambien cientos de nuevos soles. Sumando a estos dos rubros de gasto los otros desembolsos de dinero que la familia tendria que hacer, nos coloca en un rango de equivalencia con lo que es el valor de venta de una vaca o una res, es decir, el bien de mayor valor que podria poseer una familia campesina. Evidentemente, vender una res no se puede hacer en minutos u horas. La respuesta de la mayoria de las familias es tratar de reunir el dinero de multiples fuentes entre vecinos y familiares. Sigue siendo el caso que algunas familias, aun despues de la muerte, caigan con onerosas deudas por concepto del tratamiento de su pariente o sufren mermas en su escaso capital. La economia familiar queda en una situacion aun mas precaria que antes y en menor capacidad para enfrentar la proxima emergencia de salud (u otra, que nunca faltan).

Llama la atención la total ausencia—o casi total ausencia, salvo un mínimo rol que juega el IPSS—de seguros y crédito al alcance de las familias rurales en riesgo de experimentar emergencias de salud. En las autopsias verbales, el único asegurado del IPSS lo utiliza para que se le rebaje el costo de los exámenes de sangre previos a la donación de sangre para la parturienta. En ningún caso observamos que los establecimientos de salud tuvieran sistemas organizados para extender crédito a los usuarios en el trance de una emergencia obstétrica. O se exoneraba a la familia de por lo menos una parte de los gastos o la familia tenía que pagar “al cash”. El crédito, entonces, se tenía que conseguir en algún otro lado: en una farmacia particular, en una tienda, de un prestamista local o en el pueblo o ciudad más cercana. La importancia potencial de sistemas de seguros de la salud en las zonas rurales del país se comprueba en el interés que suscitaba, en todas las localidades de nuestro estudio, la nueva figura del Seguro Escolar. En la mayoría de lugares, el Seguro Escolar era todavía una promesa, ya que su implementación efectiva ha sido lenta y parcial. Pero, evidentemente, responde a una necesidad enraizada en la lógica misma de una economía rural—con ciclos de inversión y épocas de cosecha y venta de productos que son discontinuas—que resulta importante en los casos de emergencia obstétrica. Los seguros de salud son, a fin de cuentas, el mecanismo que utilizan las familias más pudientes para afrontar emergencias de esta naturaleza.

En nuestros datos, no hubo casos en que un/a agente comunitario/a dejara de atender a una paciente por falta de capacidad de la familia de pagar la atención previamente. Si hubo casos en que un establecimiento de salud negó tal atención sin el pago previo o sin tener la seguridad de que la familia pagaría casi inmediatamente después. Esta situación alude a cierta dificultad que tienen los establecimientos de salud para evaluar la verdadera capacidad económica de las familias. Indudablemente los recursos de salud en el país son escasos, más concretamente, los recursos que maneja un establecimiento de salud en una zona rural son muy escasos. Los establecimientos tienen la potestad para clasificar a un porcentaje de sus pacientes en la categoría de “indigentes” y atenderlos gratuitamente. Sin embargo, estos tienen que ser casos extremos de verdadera indigencia, los establecimientos no deben gastar sus magros recursos cuando cabe la posibilidad de un comportamiento de “polizonte (free rider)” y de aprovechamiento por parte de los pacientes. Sin embargo, nuestra evidencia sugiere que los establecimientos actúan sin tomar en consideración el hecho que—aun cuando una familia no puede ser calificada en términos generales como indigente—puede muy bien ocurrir que en el momento de la emergencia se califique como imposibilitada de asumir los pagos en efectivo. En las recomendaciones (Capítulo 7) hacemos algunas sugerencias con respecto a este problema.

Un elemento que incrementa las dificultades de los establecimientos de salud para determinar la verdadera capacidad económica de las familias que reciben su atención es la lógica que estas emplean para disponer de sus recursos (tiempo, capital, fuerza de trabajo). Un valor supremo para una familia rural—que se maneja en una economía de riesgo, precariedad e impredecibilidad—es protegerse contra el peligro de catástrofes económicas, que eliminen la viabilidad misma de la unidad doméstica. Es desde este punto de vista que hay que interpretar la resistencia de las familias a vender animales grandes

(reses, caballos) y aun animales de un valor algo menor, como podrian ser ovejas, cabras o chanchos. Nosotros comprobamos esta resistencia en nuestro estudio y es, ademas, reconocida por los proveedores de salud. A veces, en las condiciones de pobreza rural, es necesario sacrificar la vida de un miembro de la familia en aras de asegurar la continuacion de todo el resto. Las familias, entonces, toman decisiones dificiles entre dedicar sus recursos a tratar de salvar a la madre de familia (o una hija) y su dedicacion a otras necesidades apremiantes, como la alimentacion, escolaridad y salud de los otros. Vimos en varios casos que las propias mujeres, en su lecho de muerte, daban indicaciones a sus familiares en sentido de guardar sus recursos para estos otros fines.

Un segundo dilema que la familia rural enfrenta involucra el velorio y el entierro de su muerta, en el caso que el intento de salvarla fracasara. Nuestros datos tambien comprueban los gastos considerables que las familias hacen para despedir a las mujeres que fallecen por muerte materna. Los costos que se esuman para el velorio y el entierro llegan a S/ 1,500 en algunos casos. Incluso, las cifras que se recogieron subestiman el gasto real, puesto que la familia recibe muchas contribuciones en especie de todos los parientes que asisten a los ritos fúnebres, a veces de autoridades e instituciones, y de vecinos en la localidad. Las decisiones que se toman, entre gastar en el intento de curacion y gastar en dar una despedida digna, son motivo de perplejidad en la mente de muchos de los proveedores de salud. Ellos generalmente no asisten a los entierros de las mujeres porque no estan involucrados en las redes sociales locales a ese nivel. Ademas, existen diferencias culturales que los impiden comprender la importancia del buen entierro para la gente local. Lo que si perciben es una actitud de las familias de reservarse una cuota de recursos para la eventualidad de la muerte. Volvemos en el capitulo de Conclusiones sobre este punto.

La informacion que maneja la familia sobre la paciente y su proceso de embarazo, fue un factor importante en varios de nuestros casos. El patron comun es que la gestante acude a sus controles prenatales —en un establecimiento de salud con la partera o con ambos—posiblemente con un/a familiar que le acompaña en la ruta, pero sin que esa persona ingrese al consultorio ni que entregue el informe que la gestante recibe sobre su embarazo (o proceso de puerperio). Eso significa que, para los familiares, la propia gestante es la unica fuente de informacion sobre los consejos que ella ha recibido. Si ella no entendio bien, o si ella no es capaz de transmitir al resto de los familiares un informe completo y fidedigno sobre su situacion (o si por alguna razon no le interesa que sepan) ellos no manejan informacion que se vuelve critica al momento de una emergencia.

La actuacion de las redes personales para acceder a recursos es uno de los temas de los Capítulos 4 y 5, de modo que no hacemos mas que registrarlos aqui.

Recursos a nivel de la comunidad local

A nivel de las comunidades locales, el recurso que —en nuestros casos de muerte materna—resulta mas critico es todo lo relacionado con el transporte. Es obvia tanto la escasez actual como la importancia potencial de carreteras y caminos carrozables de todo

tipo y tamaño. Tampoco es necesario insistir más en los medios de transporte que serían cruciales. Cuando los hay, que no es siempre, los pobladores rurales tienen que recurrir a medios de transporte cuya característica en común es su lentitud. Cruzan las punas en triciclos, bicicletas y carretillas. Baján las cuestas de los Andes por caminos de herradura llenos de vegetación y atraviesan los campos y riachuelos de la selva sobre caballos y mulas. Aun cuando accedan a un vehículo particular o de transporte público, probablemente será viejo y en mal estado. Aparecen en las autopsias verbales situaciones en que la camioneta o la ambulancia del establecimiento de salud no estaba disponible por tener fallas mecánicas. En otros casos, no hay combustible en el lugar. Evidentemente, un problema de esta naturaleza escapa a la responsabilidad del Ministerio de Salud.

En esta conexión, llama la atención la fortaleza de las mujeres que son transportadas, como sea y en lo que sea. En pleno trabajo de parto, en medio de un proceso de infección o hemorragia, se les debe subir en una improvisada camilla o en una frazada, cargándola entre dos, o en la espalda de un familiar. Hay casos donde el único medio de transporte disponible para las mujeres son sus propios pies.

Otro hecho llamativo, a nivel de los recursos que ofrecen las comunidades rurales, es la inaccesibilidad del teléfono para permitir comunicaciones rápidas y decisivas. El teléfono no aparece como un medio utilizado para avisar de una situación de emergencia en ninguno de nuestros casos de muerte materna. Crecientemente, en las localidades rurales del país se van instalando sistemas de teléfono comunitario, además, algunas instituciones locales y tiendas o comercios en los poblados mayores pueden tener un teléfono. Sin embargo, no figura este instrumento esencial de la vida moderna en las autopsias verbales. Hay tres posibles explicaciones: (1) no hay, efectivamente, teléfonos en los lugares donde ocurrieron las muertes, ni en el rosario de lugares que las mujeres y sus familiares iban tocando en el camino entre sus casas y el lugar final de sus recorridos en busca de ayuda, (2) hubo impedimentos para que se pudiera hacer uso del teléfono durante el desarrollo de la emergencia, y (3) no había quien recepcione una llamada que estuviera en condiciones de tomar una acción pertinente (mandar auxilio, dar consejos, disponer la aplicación de un medicamento, transmitir el mensaje a un establecimiento de salud). De estas posibilidades, la más probable, y la situación más general, parece ser la tercera: no había quien llamar que pudiera haber respondido en forma correspondiente. Sin embargo, también es posible que el segundo factor puede estar presente en los teléfonos comunitarios que están cerrados de noche y no es fácil que una cualquiera del lugar despierte a una familia pudiente, que tiene teléfono en su negocio o domicilio, para pedir hacer una llamada.

Resulta notable que también, en referencias en nuestros datos al uso de sistemas de aviso por radio, por ejemplo, aprovechando la conexión por radio de onda corta que vincula algunos establecimientos de salud. Indudablemente, la posesión de un radio o radiotelefono es también prerrogativa de las familias pudientes y dominantes en las comunidades rurales. La discriminación social, entonces, influye en la falta de acceso por parte de las demás.

En ausencia de tales sistemas de comunicacion, el aviso sobre los casos de emergencia es cara a cara, a viva voz. En muchos de los casos, esto redundaba en el clasico "telefono malogrado". Los mensajes pasan en relay a traves de tres, cuatro o cinco mensajeros, cada uno de los cuales quita y agrega puntos de informacion de acuerdo a su mejor entendimiento de la situacion. El resultado es que el establecimiento o prestador de salud no recibe orientaciones criticas antes de salir en auxilio de la persona, llevando los implementos y medicamentos que parecen mas apropiados de acuerdo al mensaje recibido. Cada punto en el relay es, ademas, tiempo perdido mientras los mensajeros van, uno por uno, levantandose, vistiendose y, a veces, (sin comprender la urgencia) terminando de realizar una tarea en su casa o chacra. Evidentemente, hay necesidad de educar a la comunidad acerca de la informacion precisa que necesita el establecimiento de salud a fin de responder eficazmente frente a avisos de emergencia. Pero tambien algunos de los casos sugieren que el personal de salud necesita manejar mejor una bateria de preguntas que ayudarian a tipificar la situacion antes de salir en auxilio. De ese modo, el personal podria prepararse mejor para acudir con lo mas preciso, incluso preparandose mentalmente para lo que va a enfrentar (familiares resistentes, ausencia de dinero), y ademas prever desde ya una segunda linea de defensa (coordinaciones para una ambulancia, obtencion de medicamentos).

Recursos a nivel del tejido institucional local -

El tejido institucional lo al -las redes que vinculan a una institucion u organizacion con otras- podria jugar distintos roles en la prevencion de la muerte materna asi como de otras emergencias de salud. En general, la situacion que mejor garantiza una respuesta rapida y eficaz de la comunidad seria una en que se cuenta con la presencia de un numero relativamente grande de instituciones y organizaciones comunitarias y estas instituciones y organizaciones estan interconectadas por medio de un numero grande de relaciones que, ademas, son variadas en su tipo y contenido. No necesariamente tendrian que ser relaciones de amistad y colaboracion, basta con que sean canales de comunicacion y transmision de informacion.

Para los casos de emergencias obstetricas, algunos de los recursos mas importantes que dependen de la red interinstitucional local son las ayudas economicas que aportan las instituciones y organizaciones de la localidad donde vive la familia de la fallecida. En varias de las autopsias verbales analizadas para este estudio, tales ayudas economicas son significativas. Se trata, en algunos casos, de pequeños fondos que reúne un club de madres o comite de Vaso de Leche para auxiliar a una de sus miembros, o un grupo religioso para una de los suyos. En otros casos hay ayudas de mayor monto que pone una empresa o institucion en calidad de empleadora de la mujer o su esposo o conviviente. Eso ocurrio en un caso en Pucallpa por ejemplo, donde el marido trabajaba como conserje en un colegio.

Las ayudas mas importantes, **por lo menos en teoria**, se asocian a los gobiernos municipales, donde tienen dos fuentes. Por un lado hay un fondo que el municipio designa para asistencia en casos individuales de necesidad excepcional de la poblacion. Al parecer,

se puede acceder a dichos fondos muy rápidamente, bajo una solicitud a la alcaldía. En los casos que nosotros recopilamos, no obstante, esta fuente de ayuda no figura excepto como posibilidad o en la forma de una gestión iniciada. O las emergencias ocurrieron en la noche o durante el fin de semana, cuando no estaba funcionando la oficina municipal correspondiente, o los hechos se desarrollaron muy lejos de la alcaldía, o el desenlace se dio antes de que se pudo hacer la gestión y recoger y aplicar la ayuda. La segunda fuente de ayuda que pasa por los municipios es aun más teórica en nuestros casos, aunque los entrevistados dan fe de su realidad. Esta son las "maratonas" o colectas que los municipios organizan para reunir las contribuciones de todos los que quieren dar a un vecino-a en diversas situaciones problemáticas. Aunque se reporta la existencia de este mecanismo en la mayoría de localidades, la eficacia queda en duda. Casi todos dicen que los montos que se reúnen son pequeños porque muchos vecinos no dan, otros aportan monedas de algunos centavos, y los únicos que realmente están dispuestos a hacer un sacrificio son los amigos y vecinos más cercanos. Evidentemente, a más pobre la comunidad en su conjunto, menos se puede esperar de este tipo de contribución voluntaria.

En nuestros casos, los alcaldes y los municipios aparecen más bien cuando se trata de colaborar con el entierro. Esta situación parece responder a la lentitud de los mecanismos de recolección de fondos de emergencia por intermedio de los gobiernos locales. No sería una falta ni de capacidad ni de voluntad para ayudar en el proceso de la crisis misma. He ahí, entonces, un punto para trabajar en la visualización de sistemas más eficaces de canalización de aportes económicos hacia familias que no pueden cubrir los gastos de una emergencia obstétrica.

Los gobiernos locales y el tejido de organizaciones locales que se agrupan en su alrededor tienen otras funciones más de potencial importancia, en casos de emergencias de salud. Varias de estas tienen que ver con información. En algunas de las autopsias verbales se aprecia como las organizaciones, especialmente organizaciones exclusivamente de mujeres como los clubes de madres, dan consejos a sus integrantes y —de alguna manera— vigilan el estado de salud de ellas.

¿Como se ubican los establecimientos de salud en el tejido de instituciones y organizaciones locales y que importancia tiene eso para la resolución de emergencias obstétricas? Constatamos primero que los establecimientos suelen establecer relaciones formales con instituciones como la alcaldía, los directores de los colegios, las oficinas y funcionarios representantes de entidades tales como el Ministerio de Agricultura, FONCODES y otras que pueden haber en la localidad. PRONAA, que entrega donaciones de alimentos, es una excepción en la medida en que se observan situaciones en que el establecimiento de salud se vincula y comparte actividades con los clubes de madres, que a su vez están recibiendo un cercano seguimiento por parte de PRONAA, en estos casos, se establece un puente entre las dos instituciones que potencialmente permitía al establecimiento tomar conocimiento de la situación particular de una gestante y su familia. El resto del tiempo, las "relaciones formales" a las que aludimos significan que el médico jefe de un centro de salud u obstetrix encargada de la jefatura de un puesto

de salud asisten a inauguraciones, asambleas publicas, celebraciones de las fiestas civicas y ocasiones similares. Estas reuniones no propician un intercambio de informacion fina y continua sobre familias y personas en la comunidad, que podrian ser de preocupacion desde la perspectiva de su situacion de precariedad o marginalidad.

Las relaciones que se crean entre los establecimientos de salud y las organizaciones comunitarias son mas utiles para los primeros, desde el punto de vista de poder tomar conocimiento de situaciones individuales y necesidades especiales entre los y las usuarios/as bajo el ambito de los establecimientos. En algunas localidades estas relaciones son muy estrechas, en otras, menos. Sin embargo, las campañas de vacunacion, de papanicolaou, de planificacion familiar, de prevencion de colera y otras enfermedades, han dejado como herencia un habito bastante fuerte de intercomunicacion y colaboracion. Ademas, la mayoria de los estudios de localidades dan constancia que se concede importancia a las visitas domiciliarias en los establecimientos de salud.

Estos desarrollos son indudablemente positivos pero dejan lugar para mejoras. Una de las necesidades mas urgentes que tiene el establecimiento de salud frente al tejido institucional local es una pauta con respecto a como resolver el problema anteriormente mencionado. ¿Como puede el establecimiento identificar los casos de bona fide necesidad economica (los "indigentes"), separandolos de los casos de familias que, mal que bien, pueden reunir lo necesario para afrontar emergencias sin que queden en la penuria despues? ¿Como puede el establecimiento saber hasta que punto las familias individuales pueden contribuir a los gastos que implica una emergencia obstetrica, y cuando ya no les es posible? En esta conexión parecen importantes dos cambios, que sugieren nuestros datos de campo. Por un lado, seria necesario cambiar el tipo de relacion que se entabla entre el establecimiento de salud y el gobierno local (incluyendo la estructura de gobernadores, donde haya). Deberian establecerse relaciones de trabajo, no solamente relaciones formales, y estas deberian involucrar a los organos y el personal del municipio que esta directamente relacionado con los programas de asistencia. Por otro lado, los establecimientos de salud deberian estar en condiciones de aprovechar mejor el "aval" que les pueden dar las organizaciones comunitarias respecto a la capacidad economica real de las diversas familias. La asesoria que el establecimiento de salud podria obtener de estas dos fuentes podria incluso formalizarse en un comite o comision. Parte del beneficio seria que las decisiones —que siempre seran duras y dificiles de tomar—serian compartidas, dejando menos lugar a murmullos sobre la arbitrariedad o actitud incomprensiva del establecimiento.

Recursos a nivel del sistema de salud —

Este tema sera tratado en el capitulo siguiente, que enfoca especificamente los proveedores de salud y su relacion con la poblacion.

C LOS "TIPOS" DE LUGARES RURALES

No todos los lugares rurales en el Peru son iguales. Por el contrario, nuestro estudio demuestra claramente las grandes diferencias que existen entre un lugar y otro, en multiples dimensiones. Una de estas dimensiones es la relativa proteccion que ofrecen diferentes localidades frente a potenciales situaciones de emergencias de salud. Otras dimensiones son mas sociologicas o antropologicas pero deben, no obstante, ser accesibles para los proveedores de salud como parte del conocimiento que ellos manejan sobre los ambitos donde les toca trabajar.

El presente estudio sugiere un abanico de por lo menos siete dimensiones que tendrian que conocerse y tomarse en cuenta, para que los proveedores de salud pudieran considerarse en posesion de suficiente informacion sobre su entorno de trabajo. Estas son las siguientes:

- El nivel economico del lugar, incluyendo el rango de variacion estacional y los flujos de ingresos que se dan. ¿Cuanto se dispone de ingreso, de que fuente y de que cantidad de montos? ¿Que acceso hay a bienes industriales?
- La diferenciacion interna. ¿Cual es el abanico de desigualdad interna? ¿Cuales son los grupos o segmentos de la poblacion que se diferencian unos de otros en base a su ciclo de vida, su acceso a servicios y su nivel y hábitos de consumo? ¿Cual es la complejidad social interna: la cantidad y variedad de organizaciones (incluidas las empresas de cualquier escala) e instituciones?
- La densidad social. ¿Cual es el grado de entrecruzamiento de los diferentes individuos, las familias, las organizaciones y las instituciones en la localidad? ¿Como se dan los patrones de interrelacion e intercomunicacion?
- La accesibilidad. ¿Cuales son las rutas de acceso, no solo geografico sino tambien social? ¿Cuales son los bloqueos que pueden haber para el acceso a los recursos colectivos y sociales?
- La comunicabilidad. ¿Cuales son los medios masivos de comunicacion en la localidad y cuales los medios de transmision de informacion? ¿Que mecanismos informales de transmision de informacion estan presentes?
- La apertura a la innovacion. ¿Que antecedentes hay que sugieren una apertura a cambios, nuevas propuestas y proyectos de desarrollo, ampliamente concebidos? ¿Cuan "cerrada" y defensiva es la comunidad con respecto a sus tradiciones locales, por ejemplo, con respecto a los roles de varones y mujeres y las relaciones entre los generos?
- La "turbulencia". ¿Que legado existe de situaciones recientes de violencia y desarraigacion? ¿Cual es la presencia de migraciones laborales, comerciales o de otro tipo? ¿Que evidencia existe de situaciones familiares que sugieren rupturas y desarraigacion del tejido social?

Nuestro estudio confirma que una parte significativa del personal de los establecimientos de salud, en las zonas rurales, rota bastante rapidamente entre diferentes localidades. Un porcentaje importante de quienes conforman el personal de los

establecimientos mas distantes son Serumistas que, por definicion, permanecen por un tiempo breve. La rotacion impide que el personal llegue a tener un conocimiento profundo sobre el lugar donde les toca servir y crea el riesgo de que ellos intenten aplicar un mismo modelo a todos los ambitos por igual. De esta situacion nace su necesidad de poder contar con la ayuda de las instituciones y organizaciones locales como fuentes de informacion detallada sobre las familias y su situacion. Pero la informacion que recopilamos tambien nos lleva a plantear la necesidad de que se elabore una lista de cotejo que registre características significativas sobre los lugares a fin de permitir que los establecimientos esten en mejores condiciones para enfrentar emergencias. En las situaciones de vida o muerte, que son el tema central de este estudio, los establecimientos de salud comparten el mismo interes de los familiares en poder ubicar rapidamente en el medio local los recursos relevantes que podrian ayudar a evitar un desenlace fatal. Para eso, merece la pena toda ayuda previa que les podria doar de un "mapa" de las posibilidades.

CAPITULO 3

LA POBLACION Y LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD

Este capítulo tiene como propósito presentar la información recogida a partir de los grupos focales con la población de las diferentes comunidades del estudio y las entrevistas desarrolladas con profesionales de los establecimientos de salud. La primera parte ("A") toma el punto de vista de los usuarios y está organizada en tres secciones.

La primera sección (A 1) presenta las percepciones de los pobladores en torno a los principales problemas de sus comunidades, en particular aquellas referidas a la problemática de salud. La segunda sección (A 2) aborda las percepciones de las comunidades sobre la salud de las mujeres, colocando la atención en la valoración que la población tiene sobre esta. La tercera sección (A 3) busca identificar los factores que la población percibe como claves en el surgimiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, así como aquellos que propician las muertes en este proceso.

La segunda parte ("B") del capítulo examina la relación entre la población y los proveedores de servicios de salud, especialmente alrededor del tema de la atención al parto.

A 1 Las comunidades y sus principales problemas y condiciones de salud

Comenzamos con una reconstrucción, a partir de un análisis del material de los grupos focales, de las percepciones de la población de las diferentes comunidades estudiadas en torno a sus principales problemas. Intentamos ubicar en este contexto sus percepciones en relación con la problemática de salud, tanto aquella referida a los procesos de salud-enfermedad como a los establecimientos y proveedores de salud. De esta manera intentamos responder a las preguntas: ¿Qué problemas perciben las diferentes comunidades como sus problemas prioritarios? ¿Qué problemas vinculados a la salud priorizan las comunidades y cómo los explican? ¿Qué opciones conciben las poblaciones para atenderlos, y particularmente que posibilidades de gasto en salud?

A 1.1 Problemas de las comunidades

La población de las diferentes comunidades percibe una diversidad de problemas prioritarios. Sin embargo, ellos pueden ser ubicados en dos grandes rubros: los procesos socioeconómicos que limitan el desarrollo de empleo, y las carencias a nivel de infraestructura y servicios diversos.

Así por ejemplo, en relación al primer punto, varones y mujeres de una comunidad explican los principales que enfrentan en relación a su actividad económica tanto en base a procesos de la naturaleza, económicos como otros procesos sociales - como el

narcotrafico y terrorismo - que han afectado a buena parte del pais

Hay muchos problemas problemas de la agricultura () bueno se puede decir, cosas de la naturaleza viene el rio, se le carga con las plantaciones y despues lo poco que hay lo poco que queda de los rios viene los mayoristas de los plataneros pagan como quiere, pagan el precio que quieren (5C1GM)

Ahorita Aguaytia esta sufriendo el flagelo de que ha quedado de la coca () (tenemos) un problema social, el problema social justamente el que ha propiciado aqui es el narcotrafico, y la subversion (5C1GV)

Entre aquellos que la poblacion percibe como problemas a nivel de infraestructura se resalta fundamentalmente la carencia de un buen servicio de iluminacion y de caminos que hagan accesibles otros servicios. Asi, ante la pregunta ¿cuales son los principales problemas de esta comunidad? los participantes de diversos grupos focales respondieron

Falta de luz, falta de orientacion sobre salud (1C1GV)

A veces muchos problemas tenemos en el barrio asi de pulta, formas de jardines los parques (1C1GM)

Tenemos problemas en cuanto a caminos y no estan bien arreglados y no se puede alcanzar rapido lo que queremos hacer. En cuanto a la luz la distancia es lejos, las casas estan lejos, las casa estan lejos de uno y otra familia entraria mucho cable y materiales tambien (1C2GV)

Nos falta el arreglo de la carretera, que nos dan luz constante (4C1GM)

Problemas de salud y enfermedades

En las diferentes comunidades se puede reconocer un conjunto de problemas de salud de caracter diverso. Algunos de ellos son predominantes entre los varones y otros entre las mujeres y varian en base al clima y muy probablemente tambien de acuerdo a la actividad de cada zona. En zonas frias se habla de los problemas respiratorios - gripes, afecciones bronquiales, entre otros - como aquellos mas comunes, mientras en zonas calidas son lo serian los infecciosos - enfermedades de transmision sexual, infecciones digestivas, entre otras. De igual manera, se menciona a la tuberculosis como un problema comun, que la poblacion relaciona con las carencias materiales y de alimentacion.

Nos enfermamos de gripe, en especial los niños sufren de los bronquios. Tambien los ancianos se enferman de una fuerte gripe (3C1GJ)

Mayormente el problema de salud basado mayormente en el esfuerzo de trabajo son tuberculosis son enfermedades venereas por falta de instruccion a los jovenes ()

dolor de estomago, o sea ataques estomacales infecciones (4C1GV)

La crisis mas que nada, hay gente que no tiene ni trabajo no tiene como alimentarse entonces sufre bastante de eso, de tuberculosis (5C1GM)

Bueno mayormente la mujer sufre enfermedades vaginales, comezones vaginales (4C1GM)

Se ve, ¿no? la contaminacion de las enfermedades contagiosas (5C1GV)

[las mujer] tiene muchas enfermedades, algunas personas prolapso, otros tienen algunas enfermedades que sufren del corazon, a la cabeza, asi cuando se esta de edad uno () presion alta (4C1GM)

A 1 2 Economía y salud

En en este punto tratamos de reconocer que opciones conciben las poblacion para atender problemas graves de salud, la importancia que tendria el gasto en salud , especialmente que posibilidad y prioridad tendria el gasto en salud. Los diferentes grupos de poblacion perciben que contar con dinero en efectivo es clave para solucionar emergencias de salud. Sin embargo, reconocen por la naturaleza de su actividad - por dedicarse a actividades que no suponen un intercambio monetario significativo ni constante - dificilmente disponen de efectivo. Quedan asi, pocas posibilidades ante el caso de una enfermedad grave que requiera atencion especializada: la muerte o la busqueda rapida de efectivo a traves la venta de los bienes personales de redes personales e institucionales.

El gasto en salud de las unidades domesticas

En los grupos focales podemos observar que es predominante la percepcion de que por lo general, las familias no cuentan con dinero en efectivo para atender las emergencias de salud, y que esto lleva muchas veces a la inevitable situacion de la muerte. Suerte muy distinta correrian aquellos cuyas familias si disponen de dinero para atender la emergencia en el entro poblado o transportar a la persona enferma a un centro urbano con mejor infraestructura en salud.

Si no alcanza el dinero, esa persona esta destinada a morir que se va a hacer si no alcanza el dinero, pues Si todos los recursos ya se acaban (3C1GV)

(si alguien tuviera tuberculosis) Aca en Saucé se muere ya pues, cuando no hay plata. Si no hay plata, se muere aqui (4C1GM)

Las personas que tienen dinero se van a Trujillo que lo atiendan y cuando uno no tiene dinero ahí uno se va agravando (3C1GM)

A veces por falta de dinero aca en la sierra y no hay quien nos atienda uno nos vamos

empeorando y no hay solucion y a veces la muerte nos llega es que ya no hay solucion bueno, nos vamos a agravar cuando somos pobres pero a veces hay acudimos mas alla donde hay medicina (3C1GM)

Hay algunas familias terriblemente pobres que casi ningun ahorro tendrian ningun capital para resolver algun problema de salud y otras familias donde, uff no importa que cueste, quientos soles que cueste un viaje a Tarapoto y mas alla, hay grandes diferencias (4C1GV)

Acceder a dinero en efectivo a traves de la venta de bienes familiares - como el ganado o animales de corral - se concibe tambien como una posibilidad, aunque

[sobre el gusto en salud] No hay, señorita Algunos que tienen mas ganado pueden vender y hacerse curar Algunos que no tenemos no se puede facilmente gastar plata (1C1GV)

Por mas pobres que seamos, no falta en el rincon un porcion de gallinas, que son ave de corral, un chanchito, un caballo, que es bestia de carga, pero es herramienta de trabajo, un granadito, que esta porai En una y otra forma tiene que participar el poblador saucino y no ver morir a una persona, asi de facil (4C1GV)

En la búsqueda de dinero las familias conciben como posible, y de hecho aparece como una practica comun, recurrir a familiares que si disponen de este de manera inmediata

A veces no se tiene nada (de plata) A veces ha de ser una suerte que se tiene en vecino bueno o que te vas a decir "primo, prestame o mi hijo ya va a morir (4C1GM)

En otros casos ante la carencia de otras opciones se concibe la posibilidad de solucionar algunos problemas graves de salud a traves del uso de hierbas y la medicina tradicional

[cuando alguien tiene tuberculosis] Con inyeccion nomas curamos () le aconsejari curarse con hierbas (1C1GV)

[si necesitamos gastar para curarnos] No alcanza Una pastilla esta dos soles, capsulas tres soles, inyecciones No alcanza, nos dan una receta, llegamos a la casa, no compramos nada, asi nomas se deja, ya se pasa tambien tomando mates caseros (1C1GM)

Colaboración de la comunidad

Algunas comunidades tienen la experiencia de recaudar dinero a traves de actividades, de colectas promovidas por lideres de ellas, o peticiones a instituciones presentes en la comunidad Otras, muy por el contrario, sostienen que en sus

comunidades se carece de esta experiencia. Los siguientes testimonios dan cuenta de esto

Prestamos hierbas tambien, para que se sanen de las fiebres () si ayudamos cuando estan graves, todos participamos, la comunidad (ICIGJ)

[aunque tengamos poco] Si siempre tenemos que salvar a una persona, en cualquier momento (ICIGJ)

[cuando alguien enferma los demas] No ayudan, no colaboran, ni vienen, no nos visitan, normal para ellos, cada uno vive su vida, cada uno es cada uno () si vive y si muere, muere (ICIGM)

Hacemos eso, entonces tratamos de colaborar y lo que se consigue porque a veces - tampoco no se colabora mucho, por el mismo hecho de que aca estamos, bastante crisis economica, y todo nomas, y eso es, nuestra aportacion a la persona que necesita (5CIGM)

Acudimos pues a las autoridades, si, acudimos a las instituciones, al sub prefecto, a la Municipalidad, ellos que hagan, este que ponguen, casi el asunto () para poder mandar a alguien o a Pucallpa (5CIGV)

Un aspecto importante a tomar en cuenta es que no todos los pobladores parecen tener el mismo estatus. En uno de los grupos focales surge la idea de que en esa comunidad hay colaboracion de los vecinos basicamente cuando se trata de personas nacidas en ella y no asi cuando la persona enferma es "foranea".

Cuando es gente saucina mas que todo, cuando es saucina, del pueblo, se recauda mas, entonces los vecinos, nosotros sufrimos mas, porque a las justas nos ayudan nuestros vecinos que nos conocen (4CIGM)

A 13 Establecimientos de salud y profesionales de salud

En este punto desarrollamos algunas percepciones de las poblaciones en relación a los servicios de salud, tanto en relación a los establecimientos en cuanto a su infraestructura, la accesibilidad a ellos, y las características de su personal.

Accesibilidad, movilidad y cobros

Las comunidades perciben dos limitaciones fundamentales para acceder a los servicios de los establecimientos de salud que puedan atender emergencias de salud: la carencia de medios de transporte - y junto a ello las limitaciones de los caminos - y la existencia de cobros percibidos como excesivos. Los siguientes testimonios dan cuenta de ello.

Nosotros vivimos aqui en la altura () y el puesto de salud no esta tan cerca, es lejos,

esta bien lejos asimismo los campesinos no tenemos plata para hacernos curar El puesto de salud se cobra por toda consulta y quieren mas plata, unos cinco soles, y por eso tenemos miedo de ir, especialmente las hermanas ya tienen miedo de hacerse curar (1C2GV)

El puesto de salud de Kelluyo es muy lejos y no tenemos movilidad para trasladarnos, una vez que nos enfermamos no es facil trasladarnos Los del centro de salud se cobran tambien Cuando salen a comunidades, incluido la gasolina y la medicina que traen, se cobran unos doce u once soles, y recién cuando se les paga eso, salen, y para nosotros no es facil conseguir dinero Nosotros cuidamos nuestro ganado, lo vendemos y recién tenemos dinero (1C2GV)

Cada pastilla es un sol cincuenta o dos soles, hasta tres soles cuesta una pastilla de ampicilina de quinientos Y para un mal de estos se tiene que gastar bastante No vamos a tomar uno nomas para que se sane Por eso la gente tiene generalmente miedo ir porque no tienen dinero (2C1GV)

Falta de atencion, nuestro centr de salud y en el apoyo, cuestion '2 movilidades, no?, para el mayor pedido, la mayor atencion llegamos a Tarapoto (4C1GV)

A veces tenemos problemas del centro de salud, nos vamos a pedir apoyo de los hijos y a veces no nos hacen caso, si nos se tiene plata no nos atienden y mas a veces, mejor dicho, carecemos de dinero ahora (4C1GM)

Como anteriormente hemos mencionado, la carencia de dinero en efectivo es percibido como un problema ante la existencia de cobros que la poblacion no entiende

Solamente la consulta ya cuesta tres soles y de donde vamos a sacar todo eso, por eso nos aguantamos asi nomas siempre (1C2GM)
(en el centro de salud) en casos de emergencia atienden pero cuando tienes plata, si no, no atienden, pero algunos doctores son bien conscientes (4C1GM)

Por falta de dinero no vamos ni a la posta, alli nos pide plata y venden muy caro las medicinas, y por falta de dinero tenemos que aguantarnos asi nomas, tomar os hierbas del campo y con eso siquiera estamos un poco bien (1C2GM)

Algunas comunidades tienen la experiencia de disponer de ambulancia, lo que se percibe como una gran ayuda para poder transportar a los enfermos que requieren de atencion de emergencia, la mayor parte de las veces muy lejos de los centros poblados

Ahora por la facilidad que ha implementado el gobierno, si no pueden curarnos aqui, nos llevan en la ambulancia hacia Otuzco, en cambio no habia esto y la gente se moria () antes habia solamente una tecnica y a veces nos ponía una ampolla y nos hacia mal en cambio ahora el medico si nos atiende y conoce (3C1GV)

Infraestructura

En algunos casos las poblaciones relevan las carencias de abastecimiento de medicinas y de implementación de los establecimientos para la prestación de servicios básicos

[nuestra comunidad] carece de una posta de implementación mas que todo de análisis, de profesionales ¿no? también un campo muy extenso en el caso del hospital, no?, es muy reducido, no tiene capacidad suficiente (5CIGV)

Calidad de atención Capacitación y actitudes del personal

Entre las percepciones más relevantes en torno a los servicios de salud en las comunidades, las percepciones de población sobre el entrenamiento de los profesionales de salud, así como la actitud que ellos y ellas tendrían hacia la población ocupan un lugar central

En términos generales, las comunidades parecen otorgarle mucha importancia a la edad y nivel de experiencia de los profesionales. Es así que cuestionan muy importantemente que la atención este en manos de "practicantes". Esta parece ser una fuente fundamental de desconfianzas. Los siguientes argumentos van en este sentido

Hay otras enfermeras que son cariñosas, otras tercas, toscas son () otras están haciendo sus practicas practicantes noma mayormente creo que atienden () los medicos vienen un ratito, verifican, ven, dan receta y se van y luego vienen los practicantes y para remate la receta que te dan ni siquiera te hacen valer [ayuda a solucionar el problema] (1CIGM)

Verdaderamente el centro de salud necesita de dos doctores para que haya mas ligero ya, atención también falta personas de mayor capacitación porque las personas que están no son con tanta experiencia, falta personas mas capacitadas

Casi todas las veces acostumbran enviar [a aquí] medicos que recién egresan de un centro superior para venir a hacer acá, en términos claros, sus practicas profesionales (4CIGV)

Realmente lo que necesita esta provincia es un hospital, no? que vengan profesionales competentes del ramo, no que venguen profesionales, como se puede decir, ¿no? a media caña, como podemos decir vulgarmente (5CIGV)

[Se podría evitar muertes siempre que] hallan obstetrices que estén preparadas para hacer dar parto porque hay obstetrices que no entienden como debe ser () hay

obstetricas que tratan como cualquier cosa () hay obstetricas que te ayudan tambien (1C1GM)

La poblacion no confia en la posta de salud, las atenciones no son buenas, por eso, la poblacion desconfia (3C1GJ)

Algunas actitudes de los y las profesionales de salud son profundamente reprobadas por la poblacion. Algunas de ellas tienen que ver con la demora en la atencion, otras mas bien con malos tratos.

Tenemos un paciente internado, creo que con problemas pulmonares en estado de coma y estando así y teniendo a su mando el doctor de turno que ahorita no conozco el nombre, estaba anoche abandonado su trabajo, abandonado a este paciente en una botachera hasta horas de la madrugada. Eso es una pena (4C1GV)

Falta de comunicacion del medico, el medico no da un buen trato, no podemos compartir con el medico (3C1GJ)

(si hay un enfermo grave) Le llevan al centro de salud. Eso es lo unico, los atienden, a veces no los atienden y cuando es en la noche no los quieren atender, les dicen "yo no estoy de turno", vete a tal persona, no tal persona esta de turno, total se botan la pelota. No quieren atender. Así hacen porque yo he visto (4C1GM)

Hay otras enfermeras o practicantes [que] nos gritan "callate", dice, escucho esas cosas y me da miedo de acudir al medico u hospital, me tomo hierbitas yo misma o mi esposo me sacude. En el hospital apretan, te manosean, duele a veces (1C1GM)

El idioma mismo parece ser percibido como una limitacion en la calidad de la atencion recibida en los establecimientos de salud. Esto nos hace pensar que muy probablemente entre poblaciones quechuas y aymaras sobre todo, el hablar un idioma distinto se interpone como barrera que genera temor y desconfianza.

Yo diria que tienen miedo desde el momento que entran al puesto de salud sabiendo que las mamas son aymaras y ellos (proveedores de salud) llegan y no hablan aymara así que sean aymaras tienen preferencia por el castellano y no toman interes por las mamas que hablan el aymara y tampoco los atienden bien de esas cosas. Las mamas tienen miedo, aquí no tenemos suficiente palabra, por eso hay miedo. Si ellos tratarian como gente a las personas, hablarian en aymara, o así no sea aymara, aunque en Puno todos somos aymaras o quechua aymaras, entonces ellos nos tratarian bien tambien, o sea, pues aymaras, ojala ellos hablarian bonito y harian entender bien, entonces estar a bien, pues (1C2GV)

A.2 Las mujeres de las comunidades indígenas principales problemas de salud y su valoracion

En esta seccion recogemos algunos testimonios que reflejan las percepciones de la poblacion con respecto a la salud de las mujeres y la prioridad que tendria en el conte to de los problemas de salud de las comunidades. Aqui se plantea la idea de que existen percepciones algo diferenciadas dependiendo de quien sea quien tenga la voz. Algunos testimonios anuncian que las mismas mujeres parecen priorizar la atencion de salud de sus parejas e hijos, mientras que entre los varones y jovenes construyen un discurso algo mas igualitario.

A 2.1 Problemas de salud de las mujeres

Si bien los diferentes grupos de poblacion mencionaron diversos problemas de salud ante la pregunta de cuales serian los principales problemas de salud de las mujeres, aquellos relacionados al embarazo, parto y puerperio ocupan efectivamente un lugar importante. Entre las dolencias de salud de las mujeres de caracter mas general se encuentran las afecciones respiratorias, cardiacas, infecciones genitales,

Uno se moja se resfria y alli bien los dolores de resfrios, es que uno se moja y de alli viene el reumatismo () de la lluvia uno se resfria y les da gripe (3C1GM)

Principalmente enferman mas como mayor de edad edad critica, despu es de parto pero tambien de muchas cosas reumatismo, dolor del corazon (1C1GM)

Como la mujer anterior que yo tenia, ella tenia por ejemplo, problemas vaginales,, bajaba por decir, en terminos claros, una mucosidad a veces puras com zonas a veces inflamaciones del utero (4C1GV)

Inflamaciones, descensos, varios, las inflamaciones (5C1GM)

Problemas emocionales e interpersonales son percibidos tambien como uno de los problemas de salud e incluso causa de muerte

(Las mujeres) pueden morir tambien con la colera, porque dice que la colera llega a asfixiarle () hay una enfermedad que nos hace doler la cabeza como mi 'unkulya , que dice que es producto de la colera () a veces se produce la colera por el frio y otras veces por la calor y se produce porque a veces justos en esos momentos suele uno renegar (1C2GM)

A veces se enferman las señoras de pena a veces tienen colera y tienen ataques al corazón y así resultan enfermas (3C1GM)

Dolor de cabeza del corazón, preocupaciones por falta de economía (1C1GM)

Como costuvimos anteriormente, los grupos de poblacion que participaron de nuestros grupos focales encuentran que el embarazo, parto y puerperio puede originar

problemas de salud importantes

el parto, después enferman, más sería el parto (IC1GV)

lo más principal de la salud de las mujeres principalmente es el parto segundo puede venir los casos de enfermedades (IC1GJ)

a veces ya no se puede tener hijos, en los primeros meses uno empieza a tener problemas y uno lo arroja y a veces no nos recetamos () cuando uno no puede sostenerlo, viene la hemorragia y acá no nos pueden curar, tenemos que ir a Irujillo que nos curen (3C1GM)

A 2.2 Valoraciones

Son básicamente los testimonios de grupos de mujeres adultas y jóvenes las que nos hacen pensar en que la mujer ocupa un tercer lugar como prioridad en la atención de salud. Para ellas parecen encontrarse antes sus hijos y su esposo. Muy por el contrario, los varones - igualmente jóvenes y adultos - tienen testimonios que no priorizan a nadie en particular sosteniendo que en tanto personas todos requieren de atención o hablan de la importancia indiscutible de atender a una mujer si presenta alguna emergencia de salud.

Se gasta más en el niño mayormente es en el niño. Si mi hijo se enferma voy, gasto en él, casi en mi esposo mucho más en mi esposo (IC1GM)

Primero, a mi hijo aunque sea grande, una hija, un hijo siempre (IC1GM)

[No daría más importancia] al niño, porque la wawa tiene que desarrollar después, segundo el marido, y nosotros al último (IC1GJ, mujer)

Yo daría más importancia a mi esposo, después al bebé y recién [a mí] (IC1GM)

Más atención, nosotros brindamos la debida importancia, a diferencia de nosotros estamos estableciendo una diferencia. Las wawas reciben igual atención, ya sea varón o mujer () todas las cosas siempre en las postas, (IC2GM)

Los siguientes testimonios de jóvenes y adultos muestran que al menos a nivel del discurso existe la idea de que la mujer es una prioridad, sea por ella que más bien tiene un valor, por su rol en la familia o por las tareas específicas que se puede realizar ella y no otra persona.

Más preferencia se puede dar a la mujer principalmente porque como dicen eje del hogar es la mujer que mantiene a los hijos luego recién viene el padre eso sería lo segundo pero más principalmente sería la salud de la mujer (IC1GJ varón)

Exactamente sería la madre, porque la madre siempre es el eje del hogar para formar

una familia () por eso siempre es lo principal cuidar a la mujer tenerle bien mantenerla bien (1C1GJ varon)

[a quien dan mas importancia] A la mujer, tengo muchos hijos dicen, la madre noma hay que salvar, no importa el hijo, sera su destino dicen () (1C1GV)

Si yo veo que mi esposa esta mal, entonces yo tengo que ver de gastar dinero que tenemos reunido, caiga mal ella o yo (3C1GV)

A 3 Condiciones de salud materna en las comunidades estudiadas

En esta seccion comentamos los problemas de salud que las poblaciones perciben como mas importantes en el embarazo, parto y puerperio a tres niveles. En un primer nivel recogemos las ideas de la poblacion relacion a males mas comunes. En un segundo nivel, reunimos las complicaciones mas importantes percibidas. En un tercer nivel, recogemos las percepciones sobre las causas de muerte materna, a partir de entrevistas por casos de muerte de mujeres, conocidos en las comunidades, en el embarazo y puerperio.

1. Malestares

El embarazo parto y puerperio se reconoce como un proceso que produce una serie de males que es necesario atender pero que constituyen una experiencia comun y "no mal". Dolores, nauseas, escalofrios, entre otros males pueden ocurrir en diversos momentos de este proceso.

[Las mujeres] sufren lo que dicen, gases, molestares, pues no? hay señoras nos dicen, como "es lloran aca, las señoras, no?, el ventoso (5C1GV)

Hay veces que se siente dolor de cintura, el embarazo no es totalmente feliz no siempre si bien se vaalesto (5C1GM)

Hay señoras cuando me das que estando de un mes dos meses tiene problemas de vomito (5C1GV)

Mayormente sufrimos con el sobreparto que se produce por el retardo no y le f... Los que sufren con el sobre parto sufren con el dolor de cabeza, les empieza a doler los pies algunas dicen que sienten escalofrios (1C2GM)

Al sobreparto llamamos en ayucua "ikayra", se produce por la calor y el frio, por eso se produce mas (1C2GM)

Tambien hay sobre parto cuando uno reniega mucho o mas con el sobreparto (1C2GM)

Complicaciones más comunes y causas de muerte en el EPP

Varones y mujeres de los diversos grupos focales y comunidades reconocen una serie de peligros en el embarazo parto y puerperio. Entre ellas las infecciones, hemorragias surgidas por golpes, los desacomodos del bebé, el parto seco, el entuerto o endurecimiento de la sangre en el sobreparto.

A veces a esos embarazos le propicia infecciones, aveces hemorragias, no? , las hemorragias pues, son realmente enfermedades, como cice, destructivas, la hemorragia es una enfermedad que rapido lleva mas bien, no? a veces un golpe, la señora se cue o tiene un mal momento , una colea o ella le propicia, así como esta gestando y eso (5CIGV)

(Un hijo mio) se desacomodo en el estomago y mi chibolo ha nacido de potito, d nalguna mejor dicho, ha nacido el, y para mi pareciera ese embarazo. Cuando ha dado a luz me ha ido mal, casi me casi me muero tambien ahí bien peligroso mis dos embarazos ha sido así (5CIGM)

[Las mujeres mueren a veces] porque a veces no lo han compuesto y no pueden ir a luz y esto les pasa en la casa (3CIGV)

Yo no tengo parto normal, yo cuando voy a tener mi hijo, tenía este parto seco o mi me hicieron seis puntos () yo me quede con miedo (5CIGM)

Puedes tener un sobre parto, como tambien le llaman entuerto viene o ser y cuando tiene el bebe, se te endure la sangre y esa que se endure la sangre, y se hace una bola y ese le hace doler, igual que un bebe , y eso se cura con cosas calientes te aprestan () como tumor se forma, despues se pudre, ya dentro pues, produce cancer (5CIGM)

La hemorragia es mas grave, la hemorragia viene del sobreparto mejor dicho casi del sobreparto () uno tiene que tomar sangre de grado (5CIGM)

Estas complicaciones, que la población entiende pueden devenir en una muerte, tendrían orígenes diversos. Accidentes, factores del medio ambiente -como el frío- o de la actividad física de la madre - como el trabajo en condiciones duras -, o la falta de una atención adecuada ya sea la falta de acceso o por la falta de capacidad técnica.

En zonas donde el clima es muy frío la población puede explicar muchos eventos de salud por la relación entre frío y calor y su impacto sobre los procesos fisiológicos. Es así que el frío podría producir un enfriamiento de la sangre.

Las mujeres deben cuidarse del frío () por parto más que todo mueren () cuando salen

antes de ocho días o cuando cocinan de allí salen unas ampollas en todo el cuerpo dice que a de fuerte () del agua también porque hasta ocho días siempre hay que cuidarse del agua fría (IC1GV)

Nosotros en aquí vivimos cuidando a los ganados, caminamos en plena lluvia y por eso se enfria la sangre, y ya deja de bajar, se junta ahí y unas. Para eso nos curan nos siquiera un poco con las hierbas del campo nomás (IC2GV)

Ahora último una mujer se ha enfermado muy gravemente y chora está a punto de morir, dicen que es cáncer por el , lo que seguramente se habría penetrado durante el parto (IC2GM)

Las actividades que tendrían que realizar las mujeres en las áreas rurales pueden ser también, entienden diversos grupos de población, origen de problemas como las hemorragias

Por realizar trabajos pesados están así, las embarazadas alzando peso o le curan, nos al esposo a trabajar y viene la hemorragia () falta de descanso se desmayan por necesidad, no hay quien les ayude y nos desmoran y de allí vienen los problemas de que no se enferma (3C1GM)

La atención oportuna también se percibe como clave para la explicación de la muerte de las mujeres. Se entiende que esto surge por la lejanía de los establecimientos de salud así que también o por ausencia de los profesionales en los momentos en que se requiere de ellos

Los del puesto de salud no es posible que lleguen a tu lugar así siempre vivimos a veces ellos curan, pero otras veces también no por eso cuando las hermanas están embarazadas muchas veces mueren por eso porque no están cerca (IC2GV)

Le ocurrió a una señora que estaba pasando su control en el puesto de salud de Julcan y cuando le tocó dar a luz vinieron a verlo al doctor y se encontraron con el caso de que el doctor no estaba, entonces nace el bebé y ella muere, a unos minutos que nace el bebé, ella muere. Entonces, por falta de atención médica entonces llevaron a una mujer empujando y como ella no estaba haciendo su tratamiento entonces no se pudo hacer (3C1GV)

Sin embargo, la oportunidad no es el único factor percibido en relación a los servicios de salud, sino también la calidad de la atención o por la negligencia de los o los profesionales. Se refiere condiciones del ambiente de los establecimientos como la aplicación de medicamentos inoportunos

A veces las mujeres mueren con el parto porque no reciben buena atención a veces hay mucho descanso a veces no atienden en un buen ambiente a veces si se penetra el feto a veces tal vez no le alcanzan el matz en su debida oportunidad o porque a veces no le

alcanzan a tiempo la comida por eso llegan a morir (IC2GM)

[Las mujeres se mueren] a veces por las inyecciones que les ponen (IC1GM)

Casos de muerte materna en las comunidades

Los casos de muerte materna que refieren las poblaciones en los grupos focales nos ayudan a reconstruir otras percepciones sobre las causas de muerte más comunes en el embarazo, parto y puerperio. Son diversas las causas fisiológicas que habrían tenido las muertes. Se menciona la retención de placenta, hemorragias, y las infecciones. De la mano de ellas surgen otras explicaciones sobre qué podría haber provocado estos procesos fisiológicos. Así por ejemplo, los y las participantes de los grupos focales explican la retención placentaria por el frío, las hemorragias por los trabajos pesados, la infección por un caso de aborto. Como un factor que se percibe clave en todos los procesos de atención de complicaciones se encuentra la demora en la atención y falta de experiencia del médico.

La retención de placenta se percibe como una de las causas de muerte de un caso en una comunidad de Puno. Esta se habría debido a un factor climático: el frío. El puesto de salud, donde se habría realizado la atención sería, como la zona en general, muy frío.

Una hermana falleció en el sector de San Francisco, más allá de Waylluma () dicen que le nació la niña () la placenta se ha quedado, dice que se ha quedado en su espalda y justo cuando estaba silendo la mujer se ha enfriado y por eso ha muerto () esa hermana murió con el parto, bastante frío hace por caso que se llama placenta no ha salido a tiempo, la casa también era frío, en el puesto de salud lo estaba atendiendo pero el frío siempre lo había congelado y por eso siempre había muerto () seguro le dio como una fiebre y por eso haya muerto (IC2GV)

La hemorragia es percibida como la causa fisiológica de otro caso de muerte. Esta habría surgido como una consecuencia de los trabajos "pesados" que realizaría la mujer fallecida, con experiencia semejante a muchas otras mujeres de zonas rurales.

Una chica, su cuñada de mi sobrina, tenía cuatro meses que murió, se quedó su bebú y murió () ella se fue como hoy día a su concha y por la noche le coje el parto. Su esposo le estaba viendo solo estaba él, ella resultó muriéndose () dicen que fue el momento que nació el niño bastante sangre bota y murió. Es que a veces en la sierra la mujer trabaja, trabaja en espacios pesados por eso le puede ocurrir ella resultó muriendo, no dio tiempo y se murió (3C1GM)

La infección también se reconoce como una causa de muerte en uno de los casos referidos. Esta se habría debido al aborto inducido por una mujer de una comunidad selvática.

(La señora se había) hecho extraer el niño () el niño cayó pero a la señora le cayo el útero le cayo fuertes infecciones así que le cayo el tétanos () le han encontrado el

palito adentro decían el palo de yuca () las personas que son expertas lo emplean a eso (4C1GM)

Otro nivel de explicación puede reconocerse cuando la población habla de falta de atención oportuna de las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. En uno de los casos una posición inadecuada del bebé habría necesitado una atención urgente que la mujer no recibió.

Yo también vi otro allá, pero si murió una señora con o usted dice, ya estaba unas horas para que nazca el bebé, no había quien lo atiende, el bebé como dice a veces se atraviesa acá, no? pasó la hora y murió el bebé, en la barriga y ella también se murió (5C1GM)

En otros casos la explicación de la muerte no se coloca en factores ambientales, la actividad física desarrollada, maniobras abortivas, ni la falta de atención oportuna, sino la atención de manos inexpertas en un establecimiento de salud. Muy probablemente refiriéndose al mismo caso, varones y mujeres de una comunidad de la selva refieren el caso de una mujer que habría muerto por la inexperience de un médico joven que no permitió la intervención de otra profesional - probablemente una obstetra o enfermera - que la población percibe tenía más experiencia que él. Aludiendo, supuestamente, que si un médico está presente nadie más tiene por que intervenir.

... hace unos cuantos años atrás, que por falta de esa atención, y por falta de experiencia murió una madre () la placenta no caía, entonces el médico de turno que era joven no sabía que hacer con esta mujer con esta paciente, entonces, en la demora de la intervención del doctor, médico, que estaba insinuando que hacer la madre murió y que muchas maches y muchas personas quisieron actuar a favor de defender esa vida y el doctor no les ha permitido (4C1GV)

La señora tuvo su bebé, todo normal y tenía varices que se derramaban por las piernas. Joven no más era la señora y que sucedió. El médico, que era practicante, no quería mejor dicho, tenía miedo de participar de ese parto y como acá hay una jefa del centro de salud, antigua que ella quisas, siendo en manos de ella por lo menos se hubiera salvado la señora porque ella ya sabía tenía corocimientos() La señora no podía asumir cargos porque había un doctor, porque el doctor decía de que mientras hay un médico que pueda auxiliar, ellas no tienen por que meter la mano (1C1GM)

B LA POBLACION Y LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD

En esta sección se focalizará la atención en dos segmentos de actores: la población potencialmente usuaria y los prestadores de servicios de salud, tanto del sistema formal, como del sistema tradicional. En un primer momento interesará establecer cual es el recorrido seguido por la población en la búsqueda de atención del proceso de embarazo, parto y puerperio. Seguidamente, se identificará la percepción que este segmento tiene de

los sistemas de salud incidiendo en las características valoradas y cuestionadas de los mismos. Finalmente, la atención se volcará hacia los proveedores de salud - especialmente los del sistema formal - y la propia percepción que ellos tienen de su clientela, de los motivos de esta para optar por uno u otro sistema, y del rol de las parteras en la atención del parto.

La información en la que se sustenta el análisis es la producida en los grupos focales conducidos con grupos diversos de la población y la generada en las entrevistas en profundidad a proveedores de servicios de salud. El análisis pretende recoger los resultados a nivel del conjunto de las comunidades seleccionadas para esta sección.

B.1. Patrones en la búsqueda de atención

Se tiene, en conjunto, a una población involucrada en el proceso social de cambio desde prácticas tradicionales en el manejo de la salud hacia conductas vinculadas a la medicina occidental. Esto sugiere, desde ya, que más que encontrar patrones excluyentes, se halla combinaciones diversas de uso de uno y otro sistema, a lo largo de un continuo. Las prácticas van desde el manejo del embarazo, parto y puerperio en el hogar, atendido por familiares o partera usando únicamente los recursos tradicionales (hierbas), hasta la atención del proceso completo dentro del sistema formal (con roles predefinidos, parto institucional y seguimiento de la madre y el niño), pasando por la atención simultánea de la partera y el sistema oficial, empleando recursos tanto tradicionales como de la medicina occidental.

No no. Casi la mayoría no asiste [al centro de salud]. En la casa misma nos cuidan nos atiende la partera o nos cuidamos. En caso mío no conozco inyecciones ni medicinas ni hierbas nomás. (IC1GM)

Yo siempre he ido a mi señora, y cuando ya le toca el parto, a veces hay partera en nuestra comunidad, también la traigo. (IC1GJ)

Me sentía más segura en las manos de un médico en las manos de un hospital, porque ahí se encuentra todas las posibilidades de cualquier enfermedad, cualquier caso que se presente en ese momento de gravedad, no? Al momento del parto siempre me he sentido bien, me he sentido muy satisfecha en todos mis partos que he tenido, no? (IC1GM)

La percepción de que la práctica dominante es seguir el proceso completo de atención del embarazo institucionalmente no fue muy frecuente, aunque sí se registró:

Ya les estoy diciendo de que en estos tiempos todas las mujeres que están embarazadas tienen también un programa puedo decir así o sea están relacionados con el punto de salud todas las mujeres que están embarazadas están empadronadas o sea y mensualmente van a sus controles de? para evitar estos tipos de problemas para prevenir eso somos citados mensualmente al centro de salud. (IC2GV)

La percepcion del proceso, de la interfase cultural con respecto a la salud se expresa en la siguiente cita extraida de un grupo focal de jovenes, en la cual se observa, ademas, un deseo de marcar distancias con la cultura de origen, que se descalifica, ratificando el propio avance (hacia la modernidad)

“Yo, algunas [parteras] son buenas, quizas, no? quizas, pero ahorita, no creo [que se atiendan con parteras] se las cosas que han ido avanzando, o se dice, se ha ido simplificando, mayormente. Ya no le dan tanta importancia, ya a las parteras ahora. Eso era antiguamente. Los padres que han ido avanzando” (JG1GJ)

Momentos en la busqueda de atencion

Dentro del sistema tradicional no existe un procedimiento equiparable a la identificacion de gestantes y control prenatal (CPN) propio del sistema occidental. Esto tiene dos consecuencias. Por un lado, las parteras no buscan ellas mismas a las gestantes, sino que esperan a ser llamadas, escogidas, por lo que la comunidad no las responsabiliza por procesos mal llevados/mal terminados en los cuales ella no participo. En segundo lugar, las gestantes y sus familiares no recurren de rutina, regularmente a la partera durante el embarazo, sino cuando se observa algun problema – por ejemplo, la mala posicion del feto. La funcion principal de la partera es atender el parto. De alli que tampoco sea practica comun hacer el seguimiento del recién nacido o de la puerpera, mas alla del momento inmediatamente posterior al parto.

El hecho de que no exista el CPN de rutina, no indica, necesariamente, falta de interes de la familia en el proceso de gestacion. Es mas, suele haber una seleccion cuidadosa de la persona que se desea que preste la atencion en el parto.

En caso, a veces, una familia ya esta unida, que ya es un hogar bien compuesto, en ese sentido ya lo planifican [la atencion del parto]. Ya ven una persona quien atiende mi parto, mi comadre o mi compadre. Por ahi hay una persona que ya su propio oficio o primera ocupacion que tiene. Mas o menos son personas que le gusta atender partos, son los llamados parteros o parteras, de tal modo que a ellos se le gratifica y su costumbre es bueno, se le paga. Ahi nos dicen compadres. (3C2GV2)

En los casos en los que se recurre al establecimiento de salud para el CPN esto ocurre, a veces, en el segundo mes, y generalmente entre el tercer y sexto mes de embarazo. No siempre existe, detras de esta practica la intencion de atenderse institucionalmente el parto. Las motivaciones pueden ser otras tales como confirmar que hay una gestacion en proceso (cuando se va al segundo mes), asegurarse de que no hay problemas con el embarazo, quedar registrada, garantizando asi la atencion para la eventualidad de que surja una emergencia obstetrica (algo similar ocurre con el registro del recién nacido), y obtener algun descuento en el momento de obtener el certificado de nacimiento.

Por decir aca di? aca solamente hay un centro de salud Por decir cuando ya tiene el bebe cinco, seis meses recién uno va a la partera, di? Pero cuando uno se siente el dolor es porque se va a ir a la partera Ellas ya nos soban chi dicen que el niño esta mal colocado y ella le endereza Pero así, para ir al centro de salud uno se [va] a nuestro control, di? para que vean si el niño, si esta sano o si esta bien desarrollado, eso tenemos que ver (4C2GM)

Ya no nos vamos ya despues de tener nuestro bebe Ya no nos vamos ya donde la partera Nos vamos a la posta ya, para que nos pongan ampolla y así para que le controlen al niño (4C2GM)

Me parece que cada uno sabemos de los motivos, a veces confiamos mas en las parteras como comunmente se les llama, comadronas Mayormente las primerizas son las que acuden a los centros de salud, porque en el centro de salud les toman la temperatura, si suben de peso, y a veces de emergencia, cuando la comadrona no puede terminar ese parto, tienes que asumir de todas maneras al centro de salud En vista a eso pues, tienen que irse al centro de salud, porque de lo contrario, el medico le auxilia, le pregunta si se ha controlado o no y de repente puede decir que no Ahí es donde el doctor puede hacer algun deslinde acerca de ese parto, pues si lo hace una parte con la comadrona una parte con el centro de salud, tambien tiene garantia En el centro de salud no tanto es, [como] con la comadrona (4C1GM)

Ahora se lleva, se controla en la posta, se asienta la wawa [criatura] y se lleva a la wawa, nosotros nos hacemos nacer a la wawa y despues de un mes o dos meses lo llevamos al puesto y mentimos, que tiene una semana y despues nos dan un documento en la posta, luego lo llevamos al municipio, lo hacemos firmar con el alcalde, despues ya esta listo () primero la posta, eso no existia y nosotros nomas curabamos voluntariamente, y la partera siempre era la mas buscada () ahora estamos bien exigidos, si no esta controlado nuestros hijos en la posta, ya no nos reciben (1C2GV)

Existe otro patron comun, inverso, con respecto al anterior Es decir, no se hace el CPN, pero si se recurre al establecimiento o a los proveedores del mismo para la atencion del parto Esto ocurre en el caso de los partos normales pero es mas significativo cuando ya se han presentado complicaciones tanto en la gestacion actual, como en partos anteriores En el primer caso el supuesto manejado por la embarazada y su entorno seria de que el proceso es absolutamente normal, maxime cuando la mujer ya ha pasado por otros partos y "tiene experiencia" No existiria la nocion de que la multiparidez y la mayor edad pueden significar partos de alto riesgo A este respecto merece mencionarse la falta de claridad de la poblacion para la identificacion de signos de alarma, por ejemplo, la hinchazon de pies y manos indican 'normalidad' del proceso de gestacion, para algunas mujeres

Ya cuando los dolores persistan es que en el embarazo cuando ya ya va a estar, para que nazca ya pues cuando ya llevo los nueve meses ahí es lo que uno se le debe dar unas aguas y llevarle a una posia mas cercana para que lo atiendan (5C1GM)

Ese es el problema pues No sabemos nosotros mismos ni cuidarnos pues Aca la gente recién cuando ya están grave, grave, ya acuden al médico Si no no van Y cuando ya están ya graves, en la última es que van las señoras La otra señora, cuando fui a ver, sangre ya estaba (2C1GV)

Pero esa hinchazón que viene de su lo que se hincha sus pies, no? Pero esa hinchazón no es peligroso porque eso más bien va a tener buen parto Yo también se hinchaba mi pie de mi, feo, bien hinchado Una señora me dijo 'Este parto va a ser bien, no te preocupes de nada, porque tu parto va a ser bien' Parece que cuando se hincha un pie no es para tener miedo, no, es un parto normal Pero vos a tener un parto bueno Pero otros tiene miedo por que se les hincha feo los pies y las manos (5C1GM)

Resumendo, es posible concluir que el patrón hallado con mayor frecuencia es el siguiente Al conocerse el embarazo, los primeros involucrados son los familiares No hay cuidados prenatales especiales que no sean los de una alimentación adecuada y el evitar esfuerzos físicos En caso de presentarse dificultades, se recurre con mayor frecuencia a la partera Cuando las complicaciones sean mayores, los familiares – generalmente por recomendación de la partera – llevan a la parturienta al establecimiento de salud Cabe destacar que la opción por uno u otro sistema o proveedor no está condicionada únicamente por la preferencia de una u otra alternativa o combinación de ellas, puede haber el deseo de hacerse los CPN en el puesto, pero las limitaciones económicas lo impiden, como lo expresa una entrevistada que contribuyó a una autopsia verbal

[Solo se iba a chequear] Cuando tema dinero, pero si no tenía dinero no iba a pasar consulta, no iba porque no tenía dinero, porque ahí cobran la consulta Aparte de la medicina que la recetaban y ella no tenía apenas le alcanzaba para sus niños que para su medicina ella no tenía (3AV2EN4)

B 2 Percepción y actitudes frente a los sistemas de salud

En la primera parte de este capítulo ya se consigno las quejas relativas a las distancias del establecimiento de salud y al transporte disponible en estos, así como a los costos del tratamiento, la escasez de recursos – tanto en términos de personal experimentado y de especialistas – equipamiento para la atención de patologías no comunes, como de medicinas También se hizo referencia al desprestigio de algunos servicios debido a historias de incompetencia grave y de falta de capacidad resolutoria Se registró, asimismo, las críticas por la ausencia recurrente del personal en el establecimiento en el momento que se le necesita

Cabe advertir que las razones por las cuales no se recurre a la atención institucional del embarazo, como ya se adelantó, no se limitan a la percepción y actitudes que la población tiene con respecto al sistema Es decir, hay explicaciones de orden personal, familiar o de presión social que actúan en contra de esa práctica

Adicionalmente también sucede que, no habiendo rechazo por el servicio, en sí, hay una preferencia por el parto domiciliario/tradicional, por razones afectivas y culturales. En lo que sigue, sin embargo, el énfasis está puesto en dichas percepciones y actitudes en el intento por identificar aquellos aspectos disuasivos de la búsqueda de atención institucional del embarazo. Para ello se desarrollaron las referencias al sistema oficial de salud, a la idoneidad de los proveedores y a las relaciones interpersonales entre estos y las usuarias.

El sistema de salud oficial

Este es percibido, predominantemente, como ajeno, encapsulado en sí mismo, no integrado a su práctica cotidiana. Es decir, no hay una continuidad cultural que acerque a ambas partes de la relación: comunidad y establecimiento. Adicionalmente, algunas pobladoras critican la ausencia de una voluntad de acercamiento de los proveedores a la organización comunal.

Es o sí, hay asamblea aquí, en el pueblo pues, di? Les invitan, ellos no se presentan, ni pequeñas reuniones, porque ellos, por decir, vienen a las seis de la mañana regresar a la una de la tarde. Y ellos prefieren regresar y no estar en la reunión, o también dan charlas a la población di? Y ellos tienen que hacer, por decir, relaciones con las autoridades por decir también no se los conoce tan bueno a veces a los trabajadores del Centro de Salud, di? Y ellos tienen que ver pues sobre del pueblo. Por decir alguien a un pueblo, tienen que presentarse o tienen que ellos conocer a la población, di? Decir 'yo he venido a trabajar en este Centro de Salud, yo me llamo este'. A veces algo yo se que la mayoría de acá no conocen quienes trabajan en la posta ni saben si son enfermeros o técnicos, obstetras di? No está al tanto la población." (4C7GM)

Idoneidad de los proveedores

La competencia profesional del personal es evaluada de manera diversa. En los grupos focales se encontraron opiniones muy favorables y otras negativas. En algunos casos se dio el debate acerca de la prioridad del conocimiento teórico y la experiencia poniendo en carrera a profesionales de la medicina occidental (representando la formación académica) y a parteras (representantes del conocimiento adquirido en la práctica). No llama la atención la preeminencia dada a la experiencia que recuerda el rol de los ancianos como consejeros en el mundo andino, en mérito a la sabiduría ganada a través de la experiencia vivida (la vida como aprendizaje). Esto contrasta con la mayor valoración que se le otorga en el mundo urbano, particularmente en la comunidad médica, al conocimiento 'nuevo', actualizado, que sigue el ritmo de los hallazgos científicos.

Si los doctores del centro de salud son son más capacitados que las parteras por que los doctores han estudiado y sabe de son capacitados pues porque han estudiado. Saber más que las parteras no? porque las parteras no han estudiado, no han estudiado mayormente, pues, como es por eso digo que los doctores son más capacitados que una partera. (4C1GJ)

Bueno como dice la señora [a] si los doctores son capacitados, son estudiados pero en si no tienen mas experiencia. Las parteras tienen mas experiencia que los doctores porque con el caso aca pues poco acuden al doctor, mas a las parteras. Claro que ellos saben por estudios, son estudiados, preparados, pero no tienen experiencia, en eso es el problema (IC1GJ)

Relaciones interpersonales

En este terreno fue mucho lo expresado en los grupos focales. En algunos casos, los menos, las apreciaciones de la población fueron positivas o comprensivas. En otros, frecuentes, hubo referencias muy precisas al maltrato.

No somos iguales como nosotros [las personas que atienden no son todas iguales] unas somos malas, otras tienen genio buenos, igual son las enfermeras, unas tratan bien, bonito, otras mal (IC1GM)

[Se podría evitar muertes siempre que] hayan obstetrices que estén preparadas para hacer dar parto porque hay obstetrices que no atienden como debe ser. Hay otras que tratan como cualquier cosa. Hay obstetrices que te ayudan también (IC1GN)

Es bien claro [el trato en el centro de salud] una vez he habido una reunión y decían. Hay que ser franco hay dos personas que no atienden bien. Les tienen [a las señoras] una vez le habían dado un sopapo y los asistentes han reclamado. Y es [por] eso que no tratan (IC1GV)

Esta percepción de maltrato puede afinarse aludiendo a distintos tipos según el sentimiento/actitud o estereotipo que los genera, y el sentimiento que produce en quienes son objeto del mismo. Así, el estereotipo mantenido por un sector de los proveedores que atribuye a la población andina el 'ser sucios por naturaleza' (a partir de una definición de 'ser limpios' propia de las condiciones urbanas), genera en los/las usuarios/as sentimientos de humillación.

Aquellas veces [unas] habían señoritas arequipeñas creo. Entonces manita, bien atienden a los pacientes. Venían cuando les trataban bien bonito, con palabras así. Porque es campo, a veces cochinito vienen, entonces les tienen, tienen terror algunos (IC1GV)

Yo me fui la otra vez para sacarme ampolla. Entonces yo le dije a la señora 'el doctor está aca?' 'No, no está aca' 'Que hora volverá?' A las 1 eso me dijo, 'te bañas bien, bien y vienes después'. Entonces yo digo si uno está con fuerte dolor, entonces tengo que ir bañarme todavía? Eso no es justo, no va? (IC2GV)

Mi mamá sufre del estómago parece que tiene el ovario malo. Y la he llevado el otro día a la posta y no hay nada de remedios, y las enfermeras que atienden dicen primero

bañese bien para que atienda ' Eso no es justo, no? Que uno este mal y no atiendan y lo insulte, no? (2C1GV)

El etnocentrismo (tendencia a ver las culturas de los otros a través de la propia, que sirve de parametro para medir a aquellas) da lugar a la discriminación étnica, que establece jerarquías culturales, sistema en el cual la propia cultura tiene mayor valor

Y el campesino, somos humildes, casi no hablamos correcto castellano De repente por eso no nos atiende nuestros reclamos (1C1GV)

Nosotros, yo me reclamo que nos atiendan aca en la posta a todos los sectores Nosotros tambien nos cuidamos, y ya moriremos (1C1GV)

Esta discriminación étnica es particularmente sentida en relación con el idioma que, además, constituye una gran limitante para la comunicación (población quechua o aymara y proveedores de habla castellana, monolingües)

Yo diria que tienen miedo desde el momento que entran al puesto de salud sabiendo que las mamás son aymaras y ellos [proveedores de salud] llegan y no hablan aymara Asi que sean aymaras tienen preferencia por el castellano y no toman interés por las mamás que hablan el aymara y tampoco los atienden bien De esas cosas las mamás tienen miedo, aqui no tenemos suficiente palabra, por eso hay miedo Si ellos tratarian como gente a las personas, hablarian en aymara, o asi no sea aymara, aunque en Puno tambien somos aymaras o quechua-aymaras, entonces ellos nos tratarian bien Tambien sabra pues aymaras, ojala ellos hablarian bonito y harian entender bien, entonces estarian bien, pues (1C2GV)

Como Puno es aymara y vivimos bastantes aymaras Asi como somos nos tratarian a los aymaras como aymaras a los quechuas como quechuas Que no nos traten como en el tiempo de los españoles en el centro de salud, yo diria asi como esposo de mi esposa (1C2GV)

El maltrato también se expresa en la manipulación brusca de la usuaria en el momento del examen clínico En otras oportunidades, la queja se dirige a lo que tildan de 'manoseo', y que puede estar asociado al tacto vaginal – ajeno al examen que realiza la partera – o, efectivamente, al 'manoseo mañoso'

Yo mas bien no he venido [al centro de salud] Antes se venir pero agarran la barriga como un trapo, entonces no controlan bien (1C1GJ)

A veces tenemos miedo porque a veces pasa casos de que siempre en los dichos dice cuando al rato de controlar las manosean Bueno, asi dicen mas antes, pero ahora casi no se escucha nada de eso (1C1GJ)

Si si hay otras enfermeras o practicantes nos gritan 'Callate!' dice Escucho esas cosas y me da miedo de acudir al medico u hospital Me tomo hierbitas yo misma o mi esposo me sacude [frota y acomoda] En el hospital aprietan, te manosean, duele a veces hay otras enfermeras que son cariñosas, otras tercas, toscas son (1C1GM)

Una forma no poco importante que asume el maltrato es la demora en la atencion

[Tratan mal en el puesto de salud] no les hacen caso y las atienden tarde Yo me sentia mal y quiero pasar consulta con la obstetriz Y me dijo 'Espere ' Y espere media hora 'ya paso esa media hora', le dije, 'bueno doctor, me van a atender, o no?' Entonces, recién me dijo ' tienen que pagar primero en caja, sacar su historia y despues esperar que lo atiendan (3C1GJ)

La falta de discrecion y de privacidad desestiman la recurrencia al servicio Podria pensarse que estas son características incorporadas al sistema, relacionadas con el proceso de 'docencia en el servicio', que pone el énfasis en el aprendizaje de los aspectos tecnicos medicos, subestimando la importancia del respeto a la persona y a su intimidad

No, no quiere [ir al centro de salud] Prefiere irse ella alla a Huamanga [Porque] A veces cuando uno entra a la posta, luego dice [el proveedor de salud] 'Ah, la señora tal esta con esto' Y no les gusta [a las usuarias] (2C1GV)

Los orígenes de las dificultades anteriormente señaladas podrian rastrearse, en parte, a las características de las relaciones intereticas en el Peru, de las cuales participa el conjunto de la poblacion Adicionalmente, y de manera específica en el campo de los servicios de salud, se puede atribuir estas formas de relacion proveedor-usuario, por lo menos parcialmente, a las características de la formacion medica contemporanea En esta se destacan dos temas representados por la competencia y el cuidado (sensible, 'humano') presentes en el discurso medico, que supuestamente deben darse conjuntamente y que caracterizan a un buen profesional de la salud Los medicos deben ser competentes y al mismo tiempo poseer cualidades 'humanitarias' En el proceso de formacion, estos temas estan en constante tension La competencia esta asociada con el lenguaje de las ciencias basicas, con el conocimiento factico, las tecnicas y la accion, libres de valores El cuidado se expresa para los estudiantes de las ciencias medicas en el lenguaje de los valores, de las relaciones, de las actitudes, de la compasion, de la empatia, de lo no-tecnico Se vincula la competencia con las ciencias naturales y el cuidado con las humanidades La competencia es una cualidad del conocimiento y de las destrezas, en tanto que el cuidado es una cualidad de las personas □ De alli que la docencia se esmere en desarrollar la competencia, pues el cuidado se cultiva solo, la ciencia tiene que aprenderse, pero la sensibilidad, el interes genuino en el otro, son cualidades humanas innatas que se desarrollan pero no se enseñan Finalmente, en esta tension entre competencia y cuidado, se jerarquiza la primera para recuperar la salud, se piensa, la competencia tecnica es indispensable, la sensibilidad no

B 3 Practicas del parto instituc onal rechazadas por las usuarias

Merece recordarse lo dicho al inicio las personas se ubican en un continuo que va desde el rechazo total a la atencion institucionalizada hasta la aceptacion total de las practicas del embarazo institucional. Aca se destacara aquellas practicas que surgieron en los grupos focales y en las entrevistas a proveedores, como disuasivas de la atencion en el establecimiento o por personal del mismo. Una de estas se refiere al ambiente fisico y social en el que se desenvuelve el parto. En cuanto a lo primero, se rechaza los espacios frios, abiertos y demasiado luminosos, contrarios a la necesidad de calor que el proceso les demanda. El ambiente social del establecimiento, por otro lado, suele incluir a demasiada gente, pero no de la que la usuaria quisiera. Es decir, participan extraños (entre profesionales y practicantes), cuando ellas quisieran tener cerca, en ese momento, a las personas de su entorno familiar.

[La gente prefiere] En la casa prefieren ellos. Si, porque es mas caliente. (IC1S2)

La obstetrix ha sido con su esposo con ellos eran que me van a atender a mi. Pero total, entraron varios que recién están aprendiendo, y vino mi cuñado, su esposa, les ha sacado a ellos y me atendió la doctora. (5C1GM)

La atencion ginecologica realizada por varones suele ser resistida, tanto por las gestantes como por los esposos de las mismas. Aqui estan presentes el pudor, en un terreno considerado sumamente intimo, así como la desconfianza de otros varones. Podria entenderse la intervencion del varon profesional como la invasion de la intimidad.

Yo si [ha tenido problema con ser atendida por un varon], he tenido miedo al doctor. Cuando me decia para revisar, así, yo no iba a su cita. Seria complejo, no se. (2C1GV)

Falta de no? Que a veces los varones, que uno tiene una verguenza. Pero así, si es enfermera, entre mujeres bueno, pues, no? Si confias mas a la mujer, entre mujeres, y ella tambien te explica y le hablas, no? (2C1GV)

Seria bueno que nos atienda el personal de salud () pero que sea mujer, porque con el varon no puede dejarse examina. A los varones no hay caso de contar lo que nos pasa mas bien a la mujer si, y quisieramos que hable aymara porque por ejemplo a veces en las postas mas hablan en castellano nomas y nosotras no entendemos a ellos, y por eso nos da miedo. (1C2GM)

Como se menciona alrededor del tema de las relaciones interpersonales, hay una resistencia al examen clinico en cuanto a la manipulacion del cuerpo de la mujer. Se recuerda una vez mas, que el examen ginecologico, los tactos vaginales no son practicas empleadas por la partera, quien suele guiarse para su diagnostico, mas bien, por signos externos.

En cuanto a la posicion para el parto, la posicion ginecologica no seria la preferida, por cuanto no favorece la salida de la placenta. Ademas, las expresiones recogidas indican

un rechazo a todo tipo de 'cortes', considerados como no necesarios, tales como la episiotomia, la cesarea (e incluso la ligadura de trompas)

Yo le voy a contar sobre mi parto, de mi es yo no tengo parto normal, yo cuando voy a tener mi hijo, tenia este parto seco A mi me hicieron seis puntos, para poder tener mi hijo Yo no quiero que eso pase en el embarazo , por eso yo me quede con miedo (5C1GM)

Yo no, mis dos hijos yo no he tenido en el hospital, ni en posta, sino en mi casa Yo tengo miedo tambien irme a la posta, que me corten nada Si me sucediera algo, porque la criatura no estaba para dar un parto normal, tenian que operarme Yo no queria saber nada de operacion (5C1GM)

Yo les juntaba cada que vez, por ejemplo, hay de ligaduras La primera vez nomas las mamas escuchan De ahi ya no Ya tienen miedo (5C1S2)

Otras practicas a las que se resisten las mujeres son las relacionadas con el frio/calor, del agua con que entran en contacto Debe recordarse que nocion de frio/calor ocupa un lugar central en la concepcion del cuerpo y de la salud/enfermedad en la cultura andina En ese sentido, la pronta exposicion de la puerpera al baño con agua fria puede interferir en el proceso de recuperacion En el mismo sentido se interpreta la indicacion de levantarse y caminar al dia siguiente del parto lo que, en su interpretacion, puede provocar hemorragias, asi como el 'sobreparto' (muy frecuentemente mencionado), con consecuencias negativas futuras

Por descuido no se cuidan del frio, del agua tambien, porque hasta ocho dias siempre hay que cuidarse de agua fria Tienen que cuidarse descansar (1C1GV)

Ellas dicen que no deben tocar nada frio Incluso todo le dan forrado Ellas estan abrigadas y se pueden complicar por el frio (3C1S4)

Muchas veces tambien las señoras se encierran un mes, no se hacen una higiene del perine Dicen porque les entra frio y le viene un 'sobreparto En que consiste, en que les viene un dolor de cabeza persistente, dolor de huesos Tienen un malestar generalizado que les dura cuatro, cinco años, y por eso prefieren cuidarse un mes no salir, a estar llevando el mal durante cinco años (1C2S2)

B 4 Atencion domiciliaria y parteras

Si bien el parto domiciliario puede ser atendido por personal del establecimiento, por familiares, o por parteras, en esta seccion el analisis estara limitado al ultimo caso atencion del parto domiciliario por parteras Un primer comentario advierte que una parte importante de los informantes reconoce que el establecimiento cuenta con una mejor infraestructura para el manejo de complicaciones del parto, es mas, generalmente se entiende que las complicaciones solo pueden atenderse en el establecimiento No es

ocioso insistir en que la 'elección' del parto domiciliario con la partera, no siempre es tal es decir, aun cuando se le prefiera, habría impedimentos no controlados por la población – distancia, costos, presiones familiares/sociales – para acercarse al parto institucional

Dicho lo anterior, este segmento se ocupa de aquellas características del parto domiciliario atendido por la partera que son valoradas por las gestantes. Una primera observación es que, a diferencia del parto institucional percibido por muchas como 'ajeno', el parto domiciliario no constituye un corte, sino más bien una continuidad en el desenvolvimiento cotidiano. Se cuenta con el mismo entorno físico y social (la partera es un personaje familiar), se sigue participando de la dinámica familiar y, principalmente, el evento del parto se procesa dentro del mismo modelo cultural que da marco a la vida cotidiana. En ese trasfondo, el parto se constituye en una actividad que asumen conjuntamente, con igual compromiso aun cuando en roles distintos, la parturienta, la partera y la familia. Sería esta integralidad del parto en relación a la vida cotidiana lo más apreciado por quienes a este sistema recurren.

De hacer atender, lo hacemos atender [a las mujeres en el parto], pero en el puesto de salud cobran el sanitario por el control, al enfermo lo miran, le dan una tocada y no sabe que tiene, algunos sabrán curar o no curar, pero nosotros tenemos nuestras parteras y junto, curamos (1C2GV)

Aislado algunos elementos positivos de ese parto conjunto, se observa un aprecio por la posibilidad de contar con la presencia de los seres queridos, tanto la de los adultos, que pueden ayudar con atenciones como la oferta de mates y caldos y ofreciendo comodidad, como con la de los hijos, en el hogar, brindando la seguridad de que están bien. Básicamente, se cuenta con el apoyo emocional y la familiaridad del entorno en este evento no del todo fácil.

En alguna oportunidad (una partera) la atendió a mi esposa [porque] solamente en el puesto de salud había una practicante. Entonces, lo traje a la señora y muy bien salió todo. Ella misma la atendió como una mamá, le dio su sopa de trigo con gallina. Ella la atendió como si hubiera sido su hija (3C1GV)

[Las parteras] juegan un papel importantísimo. Digo yo que es un papel importantísimo porque casi ningún riesgo han corrido estas madres en manos de estas parteras. Porque siempre han sabido utilizar los remedios caseros que no les han defraudado (4C1GV)

Como se decía al iniciar la segunda parte de este capítulo, el manejo del embarazo, parto y puerperio se mueve en un continuo en el que lo más frecuente es la combinación de recursos del sistema tradicional y del sistema oficial. Como se lee más abajo si bien hay confianza en la partera – por la calidez, confianza y pertenencia a un mismo mundo cultural – también se valora el conocimiento técnico occidental con el que ella puede enriquecer su práctica. En el mismo sentido, el parto puede ser junto de la partera, pero el control del recién nacido es de competencia del establecimiento.

Las parteras cuando se encuentran ser embarazadas, porque ahora mas tienen confianza con las parteras porque desde, durante de los tres meses de embarazo ya la partera le empieza a sobar, y despues hasta el tiempo que nazca, pues y le da la partera le da atencion Y luego le manda a la posta de salud para que le controlan a ese niño (4C2GM)

La curiosa, no es por nada, pero conoce mucho y ella estaba capacitandose con el doctor Le dieron su diploma y ella conoce bastante ella sabe leer el pulso e incluso pone ampollas para cortar la sangre, les lava a los niños y los atiende bien (3C1GV)

Los proveedores de salud frente a las practicas del parto

Los proveedores de salud entrevistados corresponden a establecimientos diversos, por lo que cuentan con naturaleza y cantidad de recursos tambien diversas En muchos de los casos se capacita a promotores de salud y parteras, con los que luego se coordina, basicamente para la captacion de gestantes y el monitoreo de los embarazos Existe coincidencia entre lo referido por los proveedores y lo hallado en el estudio en cuanto a los patrones de busqueda de atencion del parto Ellos señalan la vigencia del manejo del parto por familiares y parteras, por lo menos en un principio, siendo esta la practica dominante en la mayoria de comunidades del estudio Se informa, si, del incremento del parto institucional, aun cuando se lamenta que este no se produzca con mayor intensidad

El personal entrevistado registra las mismas dificultades relatadas por la pobla en cuanto a las distancias y dificultades del transporte hacia algunos centros poblado carencias en equipamiento para diagnosticos, analisis y en medicinas Los proveedores señalan que los costos involucrados en el manejo institucional del parto (incluido el transporte) suelen ser el motivo para la no recurrencia al mismo En algunos casos se cita el desconocimiento del idioma local como obstaculo importante para la atencion

En diversos casos los profesionales tienen identificadas las razones por las que las gestantes prefieren ser atendidas por las parteras, y en menor medida aquellas por las que tienen resistencia a la atencion institucional

Ellas desean el parto domiciliario Debido a que estan en su hogar y pueden verlo a sus niños Creo que el ambiente del puesto les pone tensas (3C1S1)

[Las mujeres siguen recurriendo a las parteras] Por la confianza por ejemplo en una comunidad, por ser chicos, los pueblos todos se conocen Por eso creo yo (3C1S3)

Ademas en su casa le ayuda su mama o sino su esposo y esta cerca de sus hijos (3C1S3)

Cuentan que ellas no utilizan la posicion ginecologica sino en cuchillas Y ellas dicen que les parece mas facil (3C1S3)

Ellas prefieren en su casa pues existe esa costumbre. Ellas se sienten mas tranquilas, mas seguras. Si vienen al establecimiento de salud, no solo se sienten extrañas, sino que sienten temor (3C1S4)

Comentario final

Las entrevistas y los grupos focales refuerzan una serie de ideas que aparecen en otros momentos de este estudio y que aluden, sobre todo, a las grandes dificultades de entendimiento mutuo entre los proveedores y los usuarios de los establecimientos de salud. Volveremos sobre varias de estos problemas al momento de enunciar las conclusiones del estudio (Capitulo 6) y al hacer algunas recomendaciones de cambio (Capitulo 7)

CAPITULO 4

LA UBICACION DE LAS SITUACIONES PROBLEMATICAS EL APORTE DE LAS AUTOPSIAS VERBALES

Este capitulo tiene dos objetivos. El primero, que se recorre en la primera seccion ("A"), es poner al alcance, en forma resumida, la informacion obtenida de las 30 autopsias verbales que constituyen una parte central del material basico de esta investigacion. El segundo objetivo, que anima la segunda seccion ("B"), es establecer una relacion entre algunas de las caracteristicas de las zonas bajo estudio, por un lado, y, por otro lado, los procesos de la muerte materna en estas zonas.

De este modo, la discusion que presentamos a continuacion sirve para introducir las autopsias verbales y asi preparar el camino para las cronicas de la muerte que se consignan en el capitulo siguiente. Al mismo tiempo, continua el analisis de las localidades del estudio que se inicio en el Capitulo 2. Esta discusion nos adelanta en nuestro acercamiento a las situaciones problematicas que conducen a la muerte de mujeres en el proceso del embarazo, parto y puerperio en las condiciones de las zonas de nuestro estudio.

A LAS AUTOPSIAS VERBALES RESUMIDAS

Una de las principales herramientas metodologicas utilizada en el presente estudio fue la autopsia verbal, es decir, la reconstruccion de casos de muerte materna a traves de los informes de las multiples personas que estaban cerca a las mujeres que fallecieron. Los participantes o cercanos observadores de los procesos de muerte fueron entrevistados en un formato semi-estructurado que debio permitir que expresaran con libertad sus recuerdos y sentimientos frente al hecho. La reconstruccion de los casos fue dificil y laboriosa, en el campo y luego en el analisis. Las diferentes personas que acompañaron a la fallecida no percibieron el proceso de la muerte de la misma manera. Las diferencias en sus percepciones son un tema importante en si mismo, particularmente donde encontramos discrepancias sistematicas entre la version de los profesionales de la salud y la version de los familiares y miembros de la comunidad. Tales situaciones nos permiten identificar —entre otras cosas— los problemas que surgen cuando el sistema de salud procura comunicar a la poblacion las razones por lo que hace.

Al mismo tiempo, queremos ubicar en las autopsias verbales elementos que pueden informarnos acerca de las causas de la muerte materna, en las condiciones actuales del pais, y estrategias posibles para prevenirla. Para eso necesitamos saber cuales son los factores que contribuyeron al fallecimiento de las mujeres cuyas muertes fueron nuestro tema de estudio, y cuales fueron las rutas y las decisiones que se recorrieron hasta llegar a ese desenlace. Necesitamos saber, en la medida de lo posible, la "verdad verdadera" de los casos.

El problema del tratamiento de las autopsias verbales se vuelve, entonces, el de reconstruir, a partir de las diferentes perspectivas de las personas involucradas, una versión única que se acerca, con mayor probabilidad, a los hechos “reales”. En algunos casos eso fue más fácil que en otros. Hay casos donde las versiones se contradicen frontalmente. En otros casos, se trata de matices o discrepancias a nivel de detalles. Evidentemente, un problema fundamental pero insalvable es no poder contar con la versión de la propia protagonista. Quienes hablaron son las personas que estaban en su alrededor en momentos muy dramáticos y que —como es de esperar en los asuntos humanos— tenían una compleja mezcla de sentimientos frente a ella basados en relaciones complejas de obligación mutua. En muchas de las entrevistas hay un marcado tono autojustificatorio y en casi todas ellas surge la pregunta sin respuesta: ¿Por qué murió? ¿Qué hice yo (o que deje de hacer) para que esto ocurriera?

Con las reservaciones indicadas, la primera parte del presente capítulo da cuenta de nuestros esfuerzos por encontrar “la verdad” en las autopsias verbales. Antes de ingresar a los datos, es necesario hacer dos señalamientos adicionales.

- Los 30 casos de muerte materna trabajados para el estudio no constituyen, en sentido alguno, una muestra del universo de casos de muerte materna ocurridos en el año 1997 en las zonas del Perú que fueron priorizadas para la investigación. La selección de los casos obedeció a una serie de criterios y limitaciones que se explican en la descripción del marco metodológico (Capítulo 1). En las condiciones actuales, sería una meta imposible la de conformar una muestra de casos de muerte materna de cualquier tipo reconocido en las ciencias sociales. Eso es así principalmente debido a los conocidos problemas de subregistro e imprecisiones en la especificación de las causas de la muerte de un número de mujeres peruanas en edad reproductiva, número en estos momentos imposible de precisar. No conocemos ni pueden conocerse los parámetros del universo en cuestión.
- No se ha trabajado con un “grupo control” de mujeres similares a las que fallecieron cuyas historias podrían habernos ilustrado respecto a diferencias críticas que llevaron en un caso, a la muerte y, en otro, a evitarla. Este es un tipo de diseño metodológico que tampoco está al alcance en los momentos actuales. Es así que, aunque llegamos a conocer ciertas características de las situaciones y de las mujeres que murieron en las 30 autopsias verbales que reconstruimos, no podemos descartar la posibilidad que esas mismas características se repetirían en miles de mujeres rurales que no han muerto en el embarazo, parto o puerperio por causas relacionadas con estos hechos. No podemos aislar estadísticamente los factores precisos que determinan un resultado u otro.

En cambio, tenemos una información que prioriza las interpretaciones de los propios actores y el amplio alcance de las preocupaciones que ellos levantan. Estas cualidades salen a relucir en el siguiente capítulo del informe, donde se exponen nueve autopsias verbales en toda su riqueza. Un estudio cualitativo como el presente, debe ser fértil en sugerencias y en su capacidad para problematizar la realidad, no es su intención probar hipótesis respecto a relaciones rígidas de causa y efecto.

Los temas que se levantan en este esfuerzo de resumen y descripción de los casos, juntando la información de las 30 autopsias verbales, son cinco

- 1 Datos básicos sobre las mujeres fallecidas sus edades, nivel educativo, ocupación, carga de trabajo y pertenencia a organizaciones, así como su vida de pareja y las familias que tenían
- 2 La situación de salud de las mujeres y sus historias reproductivas hasta llegar al último embarazo
- 3 Los entornos sociales de las mujeres las redes de apoyo que tenían y sus puntos de soporte emocional
- 4 Las circunstancias de las muertes de estas mujeres, las causas biológicas, y la participación del sistema oficial de salud y del comunitario
- 5 Los procesos de decisión en el momento de la crisis y la muerte, a fin de ver quiénes participaron en las decisiones y como

A 1 LAS MUJERES QUE MURIERON

Las edades de las mujeres fallecidas varían entre 17 y 49 años. Al momento de morir, seis de ellas tenían menos de 20 años, nueve tenían entre 20 y 29 años, y seis tenían entre 30 y 39 años. Hay un abultamiento de mujeres —nueve— de 40 años a más que obviamente eran casos de riesgo obstétrico, siendo todas ellas también grandes multiparas. El nivel educativo que las mujeres habían alcanzado es, en general, bajo, factor que se relaciona con las limitaciones de la oferta educativa en los pueblos rurales del Perú (especialmente hace una generación atrás y especialmente a las mujeres). Solo en cuatro de los 30 casos se puede comprobar que las mujeres tenían una educación secundaria, completa o incompleta, y en dos casos más ellas tenían estudios superiores. Una de estas dos mujeres había avanzado hasta el tercer ciclo de estudios en la carrera de obstetricia en una universidad del interior. El resto de las mujeres tenían estudios muy limitados: eran analfabetas o habían hecho algunos años de la primaria. Su baja escolaridad guarda relación con el hecho de haber nacido en zonas rurales, con la prevalencia de la pobreza en estas zonas y con el ingreso temprano a trabajar de la mayoría de ellas. En general fueron mujeres que, llegando a la adolescencia, ya llevaban una fuerte carga de responsabilidad en su núcleo familiar. Incluso, algunas de ellas ya estaban unidas y unas cuantas ya estaban con hijos a los 14 o 15 años de edad.

Casi todas las mujeres trabajaban en ocupaciones relacionadas con la economía rural de sus lugares de residencia. La mitad eran agricultoras. Su rutina diaria consistía en alimentar y cuidar de aves de corral y una serie de animales menores (chanchos, chivos) y/o llevar a pastorear a reses, alpacas, ovejas, burros y caballos. Además iban a la chacra de la familia y realizaban todas las tareas asociadas a la siembra, el cultivo y la cosecha de productos que se dedicaban a la subsistencia familiar y en un porcentaje variable, a la venta en las ferias locales. La mayoría de las agricultoras compartían estas labores con una pareja y algunas con hijos mayores, pero en unos pocos casos la mujer sola se encargaba del manejo de una pequeña unidad de producción agropecuaria. Las demandas

físicas de este trabajo sobre las mujeres, especialmente en momentos del embarazo y el puerperio, son obvias. El tema de las grandes exigencias del trabajo agrícola asociadas a determinadas estaciones del año está presente en algunas de las historias de muerte. Las mujeres estaban apurándose para guardar la cosecha antes de dar a luz o, en los días anteriores a la crisis, habían hecho largas caminatas llevando y trayendo productos. Eran mujeres que se transportaban a pie, a caballo o en los vehículos precarios e incómodos que circulan por los caminos rurales del país. Las autopsias verbales están repletas de referencias a caminatas de 1, 2, 3 y 4 horas que todos los miembros de la familia hacían rutinariamente en el curso de atender a sus animales y chacras y abastecerse de lo poco que compraban en el mercado. Una de las mujeres pasaba la mayor parte del año en una prolongada migración laboral al departamento vecino del suyo.

La otra mitad de las mujeres fallecidas tenían ocupaciones que, en la mayoría de los casos, son especializaciones de la economía agropecuaria rural. Cuatro trabajaban en el pequeño comercio: en la tienda de la familia, un kiosco escolar y la venta de productos en las ferias rurales. Dos de las mujeres más pobres, sin tierra y sin ayuda, se empleaban como peonas agrícolas, hacían lavado e hilado para sus vecinas, y en general realizaban cualquier cachuelo que se presentaba. Cuatro de las 30 mujeres cuidaban de su casa. Estas mujeres están en el otro extremo del eje de la pobreza, ya que tenían maridos cuyos ingresos provenían de un empleo en una entidad estatal o municipal o en una ONG. Pertenecían, de alguna manera, a la “clase media” de su pueblo rural. Una de las mujeres fallecidas fue una empleada municipal, encargada de las transmisiones por radio de las noticias de la localidad, entre sus otras funciones. Otras dos eran trabajadoras del hogar. Una de estas ilustra una historia común en las familias rurales: la hija se fue de su casa y de su pueblo a los 15 años para trabajar en la casa de su madrina en la ciudad capital del departamento y, a los 18 años, volvió “con barriga”. Una mujer que murió era estudiante. Finalmente, en el caso de desamparo más extremo que rastreamos, una mujer era prostituta, enganchada para trabajar en los campamentos madereros de la selva.

La temática común en las historias laborales de estas mujeres es la carga fuerte y constante de esfuerzo físico asociada a la vida de todos los días. Incluso las amas de casa hacían un trabajo fuerte, realizando las tareas domésticas en condiciones en que había que acarrear agua, lavar a mano, y procesar todos los insumos para la comida, generalmente en medio de atender a varios hijos. Intentamos una clasificación gruesa del peso de trabajo que recaía sobre las 30 mujeres, arrojando como resultado que cinco de ellas tenían una carga “muy fuerte”, doce de ellas tenían una carga “fuerte”, cinco de ellas tenían una carga “regular”, seis tenían una carga relativamente “suave” (para el medio) y, en dos casos, no se podía calificar su situación con la información que nos proporcionaban las autopsias verbales. *En ningún caso tenemos la constancia que la carga de trabajo se reducía en momentos del embarazo.* El tono dominante en muchas de las autopsias verbales son las referencias a cómo diferentes personas en el entorno les pedían a las mujeres que dejaran de hacer tanto o que se cuidaran de hacer grandes esfuerzos durante el embarazo, pero la organización de la unidad doméstica era tal y las demandas de su economía eran tales que no era posible poner en la práctica este ideal cultural.

En cambio, si hay referencias al descanso que las mujeres debían tener en la etapa del puerperio, como parte de las costumbres de los pueblos rurales, especialmente andinos. No obstante, aquí también la realidad dista mucho del ideal. En la mayoría de los casos, las mujeres volvían rápidamente a un régimen muy exigente de esfuerzo y responsabilidad en sus unidades domésticas.

La mitad de las mujeres fallecidas pertenecían a organizaciones comunales y seis de las 30 habían sido dirigentes. Incluso, algunas eran dirigentes de organizaciones al momento de su muerte. Las organizaciones en cuestión son generalmente los clubes de madres, presentes en casi todos los pueblos rurales del Perú en la actualidad, y los comités del programa de Vaso de Leche. Ambas organizaciones funcionan en el reparto de alimentos y algunos otros insumos que son de interés para mujeres madres de hijos pequeños en economías de pobreza. Sin embargo, la alta tasa de participación en organizaciones de mujeres concuerda con el patrón de búsqueda de apoyo y soporte emocional en otras mujeres, como veremos líneas abajo al analizar la información sobre el las redes sociales y entornos emocionales. En términos generales —y con excepciones clamorosas como la prostituta y la migrante laboral— las mujeres que fallecieron no reflejan situaciones de aislamiento y marginación dentro de sus localidades. Estas fueron mujeres integradas —en grado mayor o menor— en el tejido social local. Algunas veces fueron mujeres especialmente prominentes, que eran reconocidas por ser colaboradoras y líderes en una serie de iniciativas locales. Esta situación se refleja en lo que, en algunos casos, fueron velorios y entierros que atraían la concurrencia de mujeres y hombres de toda una zona de caseríos y anexos aledaños.

En las tres cuartas partes de los casos de muerte materna existía una pareja que era indiscutiblemente el padre de la criatura en cuestión y que ocupaba una posición en relación con la mujer que le obligaba a responsabilizarse por ella y por el hijo. En 21 casos de 30, se trataba de mujeres casadas o convivientes. En dos casos más había una unión en proyecto. Un caso es de una mujer abandonada, tres casos son de madres solteras donde no se sabe quien fue el responsable del embarazo, y tres casos son de embarazos producidos de violaciones u otro tipo de contacto fugaz. Resumiendo, en 27 casos (uniones establecidas o en proceso de establecerse) se puede identificar al padre y marido y podemos conocer algo del comportamiento de los varones que compartían la responsabilidad del bebé. Algunas de las uniones eran de muchos años de duración, hasta 20 y 25 años.

Los maridos asumen un papel muy importante como tomadores de decisiones en el hogar y como figuras que controlan, sobre todo, los gastos que se hacen (o no) en los momentos de crisis y muerte. No se presentan como especialmente autoritarios para efectos de la vida cotidiana. En por lo menos un tercio de las parejas las decisiones diarias parecen haber sido compartidas o aun la mujer era la voz dominante. En algunas familias hay otras combinaciones de decisores. Las suegras, por ejemplo, tienen una importancia grande en la vida de muchas mujeres rurales que al casarse van a vivir al lado de los familiares del marido y se alejan de los suyos propios. Y, aunque en uno de los casos de muerte se desliza la idea que la suegra puede haber querido envenenar a la nuera, lo más

usual es que las suegras les sirven de bastante apoyo a las conyuges de sus hijos en el embarazo, parto y puerperio. De hecho, hay situaciones donde la suegra es la partera. En general, entonces, en condiciones normales, las mujeres protagonistas de las autopsias verbales parecen haber organizado sus vidas con bastante autonomia y capacidad de decision propia. Eso no quita que, en 10 de los 30 casos, hay informes de violencia en el hogar: maridos que pegaban a las mujeres o que las maltrataban cuando se emborrachaban.

La vida cotidiana es una y las emergencias son otra. En los momentos de crisis que preceden a la muerte de las mujeres, los maridos y padres de ellas se vuelven el centro de los procesos de toma de decisiones. Esta situacion guarda relacion con el control que ejercen los maridos, padres, hermanos e hijos varones sobre el dinero en efectivo en las familias rurales. (Las mujeres ejercen control sobre muchos de los bienes, incluso el granero y los productos que salen para la venta). Los hombres tienen mas facilidad que las mujeres para ganar dinero en efectivo, empleandose por salarios, y tienen mayores posibilidades para conseguir prestamos y ayudas de emergencia a traves de sus redes con otros hombres. En los momentos de crisis, entonces, los parientes varones muchas veces toman —practicamente solos— decisiones que son literalmente de vida y muerte sobre sus parientes mujeres: esposas, convivientes, e hijas.

Evaluado en relacion con el entorno, el nivel de vida de las mujeres fallecidas y de sus familias es mas o menos el promedio del lugar, en la mayoria de casos. Tomando en cuenta el nivel aparente de ingreso, las referencias que hay a la casa y los bienes de la familia (animales y tierras, principalmente), y el acceso a comodidades como una radio o televisor, calificamos a seis de los 30 casos como situaciones de cierta holgura, once de los 30 como el promedio, siete de 30 como situaciones de pobreza, y cinco de 30 como situaciones de extrema pobreza. En un caso no fue posible hacer la calificacion. Hay que señalar que “relativa holgura” en una comunidad rural que carece de agua y luz, donde pueden no haber caminos de acceso y donde todos cumplen tareas fuertes de trabajo en el campo y la casa, equivale a pobreza en las zonas urbanas del Peru. Hay que anotar, tambien, que tenemos algunos casos de mujeres que, aunque de procedencia rural y aunque mantenian fuertes lazos con sus pueblos rurales, estaban viviendo en ciudades en el momento de la muerte. Estos casos eran siete y las ciudades en cuestion fueron Ilave (Puno), Juliaca (Puno), Pucallpa y Yarina Cocha (Ucayali) y Tarapoto (San Martin). El nivel de vida para esas siete mujeres se califica como pobreza urbana o aun extrema pobreza para el contexto urbano. Las familias en cuestion eran familias rurales que mantenian un pie en la economia rural mientras se probaban en la economia urbana o intentaban un transito hacia la ciudad.

En dos tercios de los 30 casos, se trataba de la primera union para la mujer que fallecio. En la mitad de los casos era la primera union para el hombre. El numero de hijos (sin contar el producto del ultimo embarazo, en los casos en que hubo un parto y el niño o la niña vivo) que tenian las mujeres fallecidas, en esta union o como producto de anteriores uniones, varia de 0 a 10. Siete de las mujeres eran primerizas sin embarazos anteriores. Seis mujeres tenian uno o dos hijos, siete mujeres tenian tres o cuatro hijos,

cuatro mujeres tenían cinco o seis hijos, y cinco mujeres tenían entre siete y diez hijos. Habían casos en las mujeres mayores en que los hijos ya tenían sus hijos y el embarazo de la abuela era motivo de vergüenza para los hijos y las hijas.

A.2 LA SITUACION ANTECEDENTE SALUD Y REPRODUCCION

La mayoría de mujeres que son las protagonistas de las autopsias verbales tenían una situación nutricional aparentemente adecuada (siempre tomando como estándar el promedio para el lugar). Sin embargo, en ocho casos de los 30, los entrevistados hablan de problemas de anemia, constatada en los controles prenatales, o de problemas como palidez y delgadez extrema. Uno de los esposos en Puno, por ejemplo, relata como el técnico sanitario, también amigo de la familia, le decía que él tendría miedo de atender a la esposa en el parto porque era tan delgada. Hay referencias a antojos o desarreglos en la comida durante el embarazo que se expresan en el dejar de comer, comer poco o eliminar determinados alimentos de la dieta. Hay referencias a situaciones en que las mujeres fallecidas parecen estar aplicando la norma de "la mujer come al final", donde la mesa familiar es escasa. En el otro extremo del espectro, una mujer de San Martín es referida como "gordaza".

Existe la posibilidad de enfermedades crónicas en no menos de un tercio de los casos de muerte materna. Las enfermedades van desde varices hasta la sospecha de tuberculosis, pasando por la malaria en el caso de la prostituta de Ucayali. Hay múltiples referencias en las autopsias verbales a dolores de cabeza. Tales malestares pueden reflejar problemas de presión sanguínea como pueden reflejar las situaciones de tensión que vivían las mujeres en medio de la escasez de recursos de todo orden y los problemas y demandas que les traían sus hijos y familiares.

Como ya se dijo, siete de las mujeres que fallecieron eran primerizas. Si dividimos el resto de casos entre las mujeres que tenían hasta cuatro partos previos y las que tenían cinco o más, hay once en el primer grupo y doce en el segundo. El número mayor de partos previos es de una mujer que murió en su treceavo parto, con doce embarazos anteriores y tres hijos muertos.

Dos tercios de las mujeres tenían ciertos antecedentes de haber utilizado el sistema de salud para **controles prenatales**. Lo habían hecho en algún momento de uno de o todos, sus embarazos anteriores. Sin embargo, se observa en ellas un comportamiento bastante oportunista: cuando se presentaba la ocasión, iban a la posta o al centro de salud o a un hospital para un examen. En general, los controles habían sido uno o dos en los embarazos anteriores, como lo fueron en los embarazos asociados a la muerte de estas mujeres. No existen, entre las 30 mujeres, casos de mujeres que tenían una historia de poner empeño en controlarse regularmente a lo largo de su vida reproductiva, en cada nuevo episodio de embarazo.

El comportamiento de las mujeres en relación con los controles prenatales va de la mano con su comportamiento en relación con la atención del parto. La gran mayoría de

los partos previos de estas mujeres habian sido atendidos por familiares, parteros y parteras. Solamente tres de las 30 habian tenido todos sus partos anteriores en establecimientos, eran, indudablemente, las mujeres mas jovenes y de menor paridad. Ademas, aparece en los datos una logica de aferrarse al tipo de atencion que habia tenido exito en el pasado. Las mujeres seguian fieles a su primera eleccion de ayudante. Son contadas las que habian probado diferentes sistemas, yendo una vez a un establecimiento y la siguiente vez teniendo al bebe en su domicilio atendida por una partera. A lo mas hay una evolucion—como en el caso del departamento de Puno—en la que un tipo de atencion a traves del padre y/o el suegro, donde el marido participa como aprendiz y ayudante de ellos, se reemplaza poco a poco por la atencion que presta el marido solo. En el contexto puneño, y hasta cierto punto en la region ayacuchana, la capacidad del marido de atender en forma competente los partos de su mujer constituye una prueba de la madurez del esposo como individuo y la madurez de la relacion conyugal.

No obstante el conservadurismo que las mujeres muestran en su eleccion del tipo de atencion que recibieron en el parto, casi la mitad de las que no eran primerizas habian tenido algunas dificultades en sus partos anteriores. En general estos eran problemas menores pero en algunos casos se habian presentado situaciones de retencion placentaria que requerian de la atencion de emergencia en un establecimiento de salud. En estas situaciones resalta, por un lado, la expectativa de dolor y cierto peligro que manchan las mujeres al enfrentar sus partos y, por el otro lado, la confianza que depositan en un nucleo de personas que estan alrededor, pendientes del hecho, y que pueden aportar ideas y recursos en el caso de cualquier problema. Los problemas y emergencias—parecen comunicar—son parte de la normalidad del parto para las mujeres.

El tema de la planificacion familiar es importante en las autopsias verbales. Varios de los maridos entrevistados se lamentaban de no haber evitado el ultimo embarazo que le costo la vida a sus mujeres. Varios señalan que la pareja tenia planes para adoptar un metodo de planificacion despues de ese nacimiento, limitando sus familias a dos o tres hijos. Siete de las 30 parejas habian utilizado algun metodo de planificacion familiar hasta poco antes del ultimo embarazo y cinco mas tenian planes definidos para hacerlo despues. Incluso, estaban en la lista para la AQV. En varias de las mujeres mayores resalta el problema de identificar el momento en que la menopausia efectivamente se completa y ya no hay mas riesgo de embarazo. (En un par de casos las mujeres no recibieron las pautas que necesitaban del personal de una posta o centro de salud o no entendieron correctamente lo que alli les dijeron.)

Las situaciones mas agudas en relacion con el control de las mujeres sobre los procesos de reproduccion aparecen en los casos de aborto provocado. Cinco de los 30 casos de muerte materna analizados para este estudio se deben a abortos septicos. Casualmente, los cinco son de la selva. Sin embargo, se recogieron referencias al aborto provocado en todas las zonas de trabajo. Las mujeres de pequeños pueblos rurales de los Andes procuran abortar tomando venenos (insecticida, productos quimicos varios) en una dosis suficiente para botar al feto pero no matar a la madre, evidentemente, no siempre logran el segundo objetivo. Las mujeres selvaticas utilizan una serie de hierbas, mates, y

tecnicas mecanicas (dejar de comer, hacer grandes esfuerzos fisicos) En dos de los casos de aborto septico en la selva se habla de "bombillarse", tecnica que una mujer se puede aplicar —como lo habia hecho la prostituta— hasta varias veces a lo largo de su vida reproductiva

En todas las zonas de la investigacion, las redes de mujeres manejan una informacion abundante sobre los dos polos del sistema de atencion de la salud que ofrecen la promesa de ayuda en los casos desesperantes de embarazos no deseados. Uno son las "comadronas" y aborteros que practican clandestinamente en las zonas mas rurales, otro son los consulorios y clinicas particulares de las grandes ciudades. En conexcion con el aborto aparece el tema de la poca capacidad de negociacion de las mujeres frente a sus parejas y el poco control que algunas de ellas logran ejercer sobre su vida sexual. En las mujeres jovenes que salen embarazadas sin tener pareja (sea que se practique o no un aborto) hay tambien la censura social que se expresa muy fuertemente en las autopsias verbales cuando los familiares hablan de la "vergüenza" que sintieron y que sintió la mujer. Sin embargo, uno de los casos de muerte por aborto septico en nuestro estudio es de una mujer unida en una relacion razonablemente feliz que simplemente sintió que los niños se le venian demasiado rapidos y demasiado seguidos. Tragicamente, espues de su muerte, una hermana suya estaba contemplando la misma medida de aborto para escaparse de un embarazo no deseado.

A 3 LAS REDES DE APOYO

El tema central en relacion con las redes de apoyo que contaban las mujeres fallecidas es su fuerte énfasis en vinculos con otras mujeres. Los lazos que les son particularmente importantes son lazos hacia otras mujeres, sobre todo parientes femeninas, y lazos con las mujeres que participan con ellas en organizaciones como los clubes de madres, los comites de Vaso de Leche, los grupos evangelicos y, en menor medida, grupos de base catolicos, en sus comunidades.

Analizamos con mucha precision lo que las personas entrevistadas para las autopsias verbales dijeron sobre las redes sociales que se establecian alrededor de las 30 mujeres. Estudiamos las redes —las personas allegadas que se hacian presentes y que representaban para estas mujeres fuentes de soporte y apoyo— en cuatro momentos. Primero, hay la red social que se asociaba a la vida cotidiana. Se trata de las personas con quienes estas mujeres conversaban, trabajaban, compartian las tareas domesticas, caminaban por las sendas y trochas de la localidad, y, a veces, con quienes miraban la television en la noche, durante las 2 o 3 horas que funcionaba el generador municipal. Segundo, hay lo que, para efectos de este estudio, analizamos como el "grupo terapeutico". Este era el conjunto de todas las personas cercanas a la mujer que sabian de su embarazo y que le acompañaban en el proceso, preocupandose por su salud y dandole consejos. En tercer lugar, analizamos la red que se activaba en la crisis antes de su muerte. Finalmente, con resultados mixtos, intentamos registrar como habian quedado las relaciones entre los diferentes familiares y allegados de las mujeres despues de su

desaparición. Muchas veces eso incluía la disposición del recién nacido o la recién nacida —donde hubiera— bajo el cuidado de uno o más de los miembros de la red.

Las redes “cotidianas” varían de tamaño entre conjuntos de cuatro integrantes y conjuntos de veinte. A nivel mundial, los analistas de redes personales suelen hablar de un promedio de diez a quince personas que se agrupan alrededor de la mayoría de nosotros y que nos ayudan a llevar adelante nuestras vidas. Las mujeres rurales de nuestro estudio, según este estándar, tenían redes relativamente pequeñas. Dos tercios de ellas contaban con menos de diez personas con las cuales podían intercambiar servicios y favores, prestamos menores y pensamientos íntimos. Indudablemente, nuestros datos probablemente subestiman el tamaño de las redes debido a que la persona que mejor sabía sobre su mundo de vínculos sociales significativos para ella —la propia mujer— no podía ser entrevistada. Sin embargo, parece claro que algunas de las mujeres tenían redes algo ralas, especialmente las que participaban de una economía ganadera y que pasaban largas épocas en las alturas y las pastizales.

Los grupos terapéuticos suelen ser notablemente pequeños. En los casos de tres mujeres, no hubo nadie que compartiera con ellas el conocimiento del embarazo y las decisiones sobre cómo llevarlo (o cómo terminarlo). En la mitad de los 30 casos las mujeres vivieron sus embarazos junto con dos o tres personas más. Es decir, ellas comunicaban el hecho a estas personas e intercambiaban ideas con ellas sobre cómo se sentían y qué necesidades tenían. Nuevamente, el soporte que estos grupos les daban parece excesivamente endeble, si fuera tan solo por el poco acceso a recursos y la poca apertura a nuevas propuestas. Los grupos terapéuticos, en la definición que manejamos para el estudio, no incluyen al personal del sistema de salud. El caso típico de las mujeres durante el embarazo, entonces, sería el de una mujer que cuenta con dos o tres familiares y tal vez una amiga o compañera de trabajo, que le acompañan y, además, algún personal de un establecimiento de salud cercano que la ve de vez en cuando, sea en la consulta prenatal o simplemente en una esquina del pueblo donde se puede intercambiar una rápida conversación sobre “¿Cómo estás?”

El pequeño tamaño de los grupos terapéuticos alude a un tema que surge con fuerza en nuestros datos, esto es la privacidad con que se tratan los hechos de la vida reproductiva. Tenemos casos de hermanas que declaran no haber sido informadas del embarazo de su hermana hasta que se le notaba la barriga. En un caso, la madre de la mujer fue obligada a una suerte de pacto de silencio porque la hija nunca le confirmó que estaba embarazada y no quiso que se hablara sobre el tema. Tíos y tías, aun primas y ex-compañeras de colegio, respetan una regla de no hacer comentarios hasta que la propia embarazada les invita a participar. Irónicamente el embarazo se rodea de privacidad mientras que el parto —especialmente si se presenta alguna emergencia— puede convocar a decenas de personas. Entretanto, numerosas mujeres viven sus embarazos en una gran soledad.

Las redes sociales que se activan en la crisis, según nuestros datos, son más grandes que los grupos terapéuticos y alcanzan a un número de personas casi comparable

con las redes cotidianas. En fin, la activación de los vínculos sociales en la situación de emergencia tiene un propósito claro: acceder a todos los recursos posibles que pueden ayudar a salvar la situación. Aun así, en la mitad de los casos, aparecen solamente una, dos, tres o cuatro personas como el núcleo de decisores que tratan de dar solución. (En dos casos las mujeres murieron solas o en presencia solamente de uno o dos hijos pequeños que estaban en la habitación. La red de emergencia en estos casos cumplía la función de llevar el cadáver a un establecimiento, constatar la muerte, conseguir un certificado de defunción, avisar a los familiares, e iniciar el proceso de preparación del cuerpo y de la casa para el velorio.)

Una vez producida la muerte, es común observar que se produce una separación entre las dos familias, la de él y la de ella, frecuentemente con recriminaciones que van y vienen. En algunos casos hay disputas entre las dos familias por el bebé que quedó, en situaciones en que hubo un parto y el producto del mismo vivió. A veces hay que distribuir a los otros hijos, aunque el patrón general parece ser que el padre se encarga de ellos, con ayuda de sus familiares femeninas. El hecho que las muertes habían sido relativamente recientes, en los casos que tomamos para las autopsias verbales, probablemente contribuyó a que se manifestaban con cierta fuerza los conflictos latentes entre familias y algunos sentimientos de echar la culpa a los otros miembros de las redes.

Si tratamos de descifrar, a partir de las historias de las 30 mujeres, cuál o cuáles fueron los lazos sociales que representaban para ellas su principal vínculo emocional y afectivo, constatamos nuevamente la gran importancia de las parientes mujeres. En por lo menos la mitad de los casos, las madres, hermanas, tías, e hijas de las mujeres forman el eje de su mundo emocional. Sin embargo, los maridos también son importantes para muchas mujeres y la relación con el marido es una relación de cooperación y comprensión. A veces el marido sirve la función de vincular a la esposa con la madre, las hermanas, las tías y las primas de él, y estas figuras femeninas se convierten en sus constantes compañeras y fuentes de apoyo. En cinco de los casos de las mujeres que fallecieron, sin embargo, no se puede identificar a una sola persona que les haya servido como amiga y confidente. Eran mujeres que —por más que tenían vínculos formales y lejanos con muchas personas en su alrededor— estaban emocionalmente muy huérfanas.

En base a la lectura de las 30 autopsias verbales, se hizo una rápida evaluación de lo que parecía ser la calidad de la relación de la mujer con su entorno. En 10 de los casos parecía haber una relación positiva con el marido. En 11 de los casos, las relaciones en la unidad doméstica parecían positivas. En 12 casos, había una relación positiva con el núcleo familiar de la mujer. En 11 casos, había esa misma relación positiva con el núcleo familiar del marido. En 8 casos, se pudo constatar una relación positiva de la mujer con la familia extensa y los parientes más lejanos. Finalmente en 18 de los casos había una relación positiva con el entorno amical y vecinal. El resto de los casos fueron calificados como negativos, distantes, relaciones mixtas o relaciones inexistentes. En general, las mujeres tenían ciertas posibilidades para moverse en un tejido de relaciones y vínculos, priorizando las que mayores satisfacciones les daban y esquivando otras que resultaban conflictivas o infelices. Tal vez, en todo caso, su situación en este sentido no era muy

diferente de la mayoría de los seres humanos, servidos, a fin de cuentas, un plato mixto de felicidades y disgustos a nivel de sus vínculos con los demás

A 4 LAS CIRCUNSTANCIAS DE LAS MUERTES

Las causas de muerte de las 30 mujeres, protagonistas de las autopsias verbales, se concentran en las hemorragias. La mayoría de las mujeres han muerto desangradas. Sin embargo, también hay otras situaciones. El cuadro siguiente resume las causas **no** médicas de la muerte en 28 de los casos de muerte materna donde la información permite establecer el diagnóstico.

Causas de la muerte, 28 autopsias verbales

Caso	Diagnostico	Causa	Momento
1AV1	Hemorragia por retención de restos placentarios	Shock hipovolemico	Puerperio
1AV2	Hemorragia en trabajo de parto con retención de placenta	Shock hipovolemico por sangrado	Parto
1AV3	Hemorragia puerperal		Puerperio
1AV4	Hemorragia intraparto con retención de placenta		Parto
1AV5	Infección puerperal		Puerperio
1AV7	Sepsis puerperal Parto complicado	Paro cardiorespiratorio Sepsis	Puerperio
1AV8	Retención de restos de placenta Alumbramiento incompleto Hemorragia	Shock hipovolemico	Puerperio
2AV1	Hemorragia intraparto hipotonía uterina	Shock hipovolemico	Parto
2AV3	Hemorragia puerperal	Shock hipovolemico	Puerperio
2AV6	Retención de restos de placenta Sepsis puerperal	Sepsis	Puerperio
3AV1	Hemorragia atonía uterina	Shock hipovolemico	Puerperio
3AV2	Hemorragia por ruptura uterina Feto en transverso	Shock hipovolemico	Gestante
3AV3	Eclampsia, obito fetal	Eclampsia, insuficiencia renal aguda	Puerperio
3AV4	Hemorragia Retención de placenta	Shock hipovolemico	Puerperio
3AV5	Infección viral	Sepsis (Causa indirecta)	Gestante

3AV6	Preeclampsia severa	hepatitis viral) Eclampsia	Gestante
3AV7	Hemorragia puerperal, retencion de placenta, parto infectado	Sepsis Puerperal	Puerperio
3AV8	Hemorragia	Shock hipovolemico	Parto
4AV1	Preeclampsia severa	Eclampsia	Puerperio
4AV2	Hemorragia por placenta previa	Shock hipovolemico	Gestante
4AV3	Aborto septico, anemia severa	Shock hipovolemico, shock septico	Gestante
4AV4	Aborto Hemorragia por aborto	Shock hipovolemico	Gestante
4AV5	Hemorragia post-parto inmediato RPM pro- longado (4 dias)	Atonia uterina	Puerperio inmediato
5AV1	Aborto septico	Shock septico	Gestante
5AV2	Hemorragia por ruptura uterina	Shock hipovolemico	Puerperio
5AV3	Aborto septico	Shock septico	Gestante
5AV4	Aborto septico	Shock septico, shock hipovolemico	Gestante
5AV5	Hemorragia intraparto, ruptura uterina, obita fetal	Shock hipovolemico	Puerperio, post- cesarea

Entre estos 28 casos, el **momento de la muerte** fue, en 9 casos, durante la gestacion, en 4 casos, en el parto, en 15 casos, en el puerperio

Para el total de los 30 casos, el **lugar de la muerte** fue, en 18 casos, el domicilio (residencia habitual de la mujer o tal vez la casa de parientes cercanos), en 8 casos en un hospital, en 2 casos, en una posta o centro de salud y en 2 casos en pleno traslado entre la casa y un establecimiento de salud (en un triciclo, e n una camioneta)

Aun cuando el sistema de salud tuvo una intervencion en solo dos tercios de los casos en el momento de la crisis (y aun en esos casos no fue siempre una intervencion decisiva), el sistema se involucro con las mujeres fallecidas de otras maneras generalmente a traves de los controles prenatales. Dos tercios de las embarazadas habian ido a controles en algun momento o habian recibido la visita de un-a tecnico-a, enfermera u obstetrix en sus casas. De los 23 partos que se producian, cinco fueron atendidos por medicos y cuatro por obstetricas, enfermeras y/o tecnicos sanitarios. Cu o de los partos

habían sido en un hospital y tres en una posta o centro de salud. Hay incluso varios casos en que había una relación muy estrecha entre la mujer y el establecimiento de salud, por ejemplo, en el caso de una mujer que, en su capacidad de presidenta del comité de Vaso de Leche de su sector, realizaba coordinaciones frecuentes para charlas y campañas de vacunación.

Estos son, entonces, los puntos de llegada de las autopsias verbales: el cómo se llegó a la muerte. Para analizar los procesos, tenemos que volver atrás en el tiempo y examinar lo que nuestros datos indican sobre quienes intervinieron y cómo. Para eso, hay que imaginar la situación típica: una mujer comienza a experimentar una emergencia obstétrica, estando en su casa y en presencia de uno o más familiares que se percatan de la situación. Los familiares comienzan a mover los recursos que poseen para darle solución. Estos recursos son propuestas, conocimientos, remedios, acciones como acostar a la mujer o levantarla, nexos con otras personas (partera, demás familiares) que pueden prestar auxilio, mano de obra para llevar mensajes y traer elementos que se consideran necesarios (medicinas, principalmente). Conforme se desarrolla la emergencia, la cantidad de personas que se presentan en el escenario y que se involucran tiende a crecer. En algunas de las autopsias verbales se reconstruyen estos últimos momentos de vida de la mujer como una correteadera general: la gente se corría por todos lados, tratando de hacer algo, y los vecinos, escuchando la bulla, se congregaban en la puerta de la casa. Parte del reto, entonces, es producir, en base a lo que pueden aportar los miembros del grupo, una acción concertada, evitando que la situación degenerara en un caos de propuestas y contrapropuestas.

A 5 LOS PROCESOS DE DECISION

Calificamos, *grosso modo*, la cantidad de marchas y contramarchas que se habían producido en los procesos de decisión observables en los 30 casos. Habían casos de muerte donde todos los actores que se agrupaban alrededor de la mujer rápidamente se pusieron de acuerdo en un curso de acción y lo ejecutaban consistentemente. En general, en 17 de los 30 casos, las marchas y contramarchas eran pocas. En la mayoría de casos, habían pocas propuestas discrepantes o había una persona en el grupo que lograba imponerse de tal modo que se orquestraba una estrategia única, repartiendo los roles entre los demás: uno/a para sobar a la paciente, uno/a para llevar el aviso al resto de la familia, otro/a para llamar al establecimiento de salud o a una partera, otro/a que buscaba dinero o movilidad, otro/a para preparar remedios caseros, otro/a para conseguir un fármaco.

En otros casos, el patrón era distinto. En seis de los 30 casos, había una cantidad regular o intermedia de marchas y contramarchas en los procesos de decisión. Muchas veces, por ejemplo, la llegada de algún personal de un establecimiento de salud al escenario producía el efecto de un viaje importante en la terapia. Los familiares —para mal o para bien— se habían alineado en la ejecución de una estrategia de respuesta frente a la situación y los especialistas deshacían —para mal o para bien— esa estrategia y la reemplazaba (o intentaban reemplazarla) por otra.

En siete casos, consideramos que se había producido, en el grupo que trataba de ayudar a la mujer, el efecto contrario de casi parálisis y bloqueo de la posibilidad de llevar adelante cualquier estrategia de respuesta. Hay en los casos descripciones de escenas donde las mujeres son metidas en un vehículo y luego sacadas (nadie puede decidir si realmente vale la pena intentar el traslado o no se logra reunir el dinero para la contratación de la movilidad), donde se les aplica una aguja con suero que luego alguien hace caer, donde hay gritos y acusaciones mientras las mujeres son prácticamente jaloneadas entre unos y otros de los que concurren al escenario de la crisis. El tema de fondo en muchos de estos casos es el dinero: cuánto se tiene, cuánto se puede aportar, cuando y como será devuelto, cuáles van a ser todos los gastos que acarrea el curso de acción que se ha decidido.

Examinando las situaciones de la emergencia, se aprecia que, en la mayoría de casos, son dos, tres, o cuatro personas que efectivamente toman las decisiones fundamentales con respecto a lo que se tiene que hacer. Algunas veces la mujer misma es una de estas personas. Moribundas o conscientes de que están muriendo, las mujeres hacen indicaciones a sus familiares respecto a si deben o no gastar más dinero, si deben o no trasladarlas a otro lugar, si deben o no sacarlas de la casa. En todos los casos en que eso ocurrió (salvo una joven puneña que rogaba para que su padre diera el permiso para que fuera trasladada a un hospital), las mujeres tomaban una actitud de sacrificarse por el resto. Una interpretación alternativa de su actitud sería que ellas optaban por morir en medio de los suyos, en su propio hogar.

¿Cuál es la participación del personal de salud en los procesos de decisión en los 30 casos que este estudio reunió? En diez casos uno o más especialistas llegaban a la escena en algún momento y se unieron al grupo como una voz entre otras. En cuatro casos, aun estando presentes, se les hizo poco caso. El grupo familiar tomaba las decisiones. En siete casos, la participación del personal de salud era decisiva. Sin embargo, eso a veces fue por su inacción: el o la especialista se negaba a ir (no comprendiendo la gravedad de la situación), se retiraba antes de tiempo o no se proporcionó algún recurso (ambulancia, medicamento) que pudo haber cambiado el resultado de la jornada. Finalmente, en nueve de los casos de muerte, no hubo participación alguna de un personal del sistema de salud en el momento de la crisis. No se pudo avisar a un establecimiento o representante del sistema de salud, ellos no pudieron responder y llegar a tiempo, o los familiares simplemente optaron por solucionar lo mejor que podían con sus propios recursos.

B LAS MUERTES Y LAS CONDICIONES DEL ENTORNO

Las muertes de las 30 mujeres representan el punto final de una larga cadena de situaciones, decisiones, acciones, condicionantes y predisposiciones. Más allá del entorno familiar y de los sistemas de salud, hay un entorno local y regional que influye de alguna manera sobre la posibilidad de que se presenten problemas insolubles en los procesos del embarazo, parto y puerperio. En esta sección, volvemos a la estrategia de examinar individualmente las localidades que fueron estudiadas a detalle para la investigación.

Confrontamos los casos de autopsias verbales recogidas en cada zona, con la información sobre el entorno, en un esfuerzo por ubicar algunos de los problemas específicos que determinan los contextos de la muerte

CONIMA (PUNO)

Los tres casos de muerte materna que se registraron en la zona de Conima (Puno) reflejan claramente los riesgos de las grandes distancias, demoras para traslados de un lugar a otro, y dificultades de comunicación. Se trata de tres casos de parto domiciliario atendidos por familiares. La causa de muerte en dos de los casos fue diagnosticada como retención de placenta y la tercera fue por sepsis puerperal.

En dos de estos casos, la emergencia se presentó en el campo y hubo un lapso prolongado entre las primeras señales de alarma, el momento en que la familia mandó a llamar a alguien del establecimiento de salud, y el momento en que un proveedor acudió a la casa. En ambos de estos casos, además, se observa los efectos de la economía ganadera manejada a nivel de unidades domésticas aisladas y con poca mano de obra. Así, las parturientas no fueron acompañadas, atendidas y vigiladas debidamente en las horas y días después del parto. Se cumplió el mandato cultural de permitirles un largo descanso mas no el mandato de atenciones especiales prestadas por los demás familiares, particularmente el marido. Los pocos parientes que estaban cerca—marido, padre, madre, cuñada, según el caso—siguieron sus rutinas de trabajo, que implicaban desplazarse lejos de la casa llevando a los animales a pastear o cultivando chacras distantes de allí. No hubo (o no llamaban) reemplazantes para ellos quedar a cargo de la parturienta.

La retención de placenta sería un riesgo especialmente marcado en el departamento de Puno. Refleja una particularidad del entorno geográfico, específicamente la gran altura sobre el nivel del mar. Existen indicios de una excepcional prevalencia de problemas relacionados con la placenta en estas condiciones.

Por otra parte los casos sugieren la presencia de dificultades a nivel de los establecimientos de salud para comunicarse y coordinar las decisiones. El personal indicado no siempre estaba en el establecimiento mas cercano al escenario de las emergencias cuando estas se presentaban. Se vislumbra el enorme gasto de tiempo de los proveedores de salud para cumplir tareas de visitas comunitarias, entregar datos estadísticos a Moho o Huancane, participar en capacitaciones y/o en eventos especiales. Todas estas tareas los obligan a alejarse del establecimiento de salud y dificultan que se los ubique en una emergencia.

Finalmente, se percibe la influencia de la situación cultural de la zona en los tres casos en varios sentidos. En primer lugar, las tres mujeres insistieron en que su parto fuera domiciliario y atendido por sus familiares, aunque en un caso se admitió la presencia de la obstetriz del puesto de salud. En segundo lugar, cuando el personal de salud acudió y planteó la posibilidad de un traslado, eso fue aceptado solo en un caso con mucha resistencia. Las propias víctimas reclamaban que —si había que morir—querían morir en

su casa. En tercer lugar, son notables en los relatos de los tres casos por parte de los familiares de las fallecidas y por parte del personal de salud, las divergencias entre las interpretaciones que hacen de los hechos y de las actitudes de los protagonistas, dejando traslucir una gran incomprensión y desconfianza mutua.

VISCHONGO (AYACUCHO)

Se hicieron autopsias verbales de cuatro casos de muerte materna ocurridos en el entorno de Vischongo, en la provincia de Cangallo y Vilcashuaman. Ocurrieron, además, antes del reciente cambio del médico jefe del centro de salud y, por lo tanto, antes de la introducción de una serie de políticas y prácticas nuevas que procuran justamente actuar agresivamente en favor de la reducción de la muerte materna.

No obstante, los casos reflejan algunas de las condiciones latentes. En tres casos de cuatro, se trata de mujeres primerizas, dos de ellas muy jóvenes (18 años) y una de unos 26 años de edad. El cuarto caso es de una mujer mayor (42 años) y gran multipara (ocho embarazos). Tres de las muertes ocurrieron a pocas horas de haberse producido el parto y la causa directa fue hemorragia (las 18-añeras) y retención de placenta con hemorragia interna (la multipara). La mujer de 26 años murió una a dos semanas después del parto por septicemia puerperal a causa de la retención de restos de placenta. Los cuatro partos dejaron a bebés que están siendo cuidados por los familiares.

Un elemento que marca tres de los casos de muerte es la desestructuración familiar y conflictos entre familias. Dos de las mujeres no estaban unidas y corrían el riesgo de quedarse como madres solteras. En un caso el padre obligaba al joven a entrar en negociaciones para establecer el matrimonio y en el otro caso el padre de la criatura no era aceptable para la familia de ella (lo tildan indistintamente de ser "pobre", "indio", "borracho", "cocalero", y de no tener ganado sino solamente un "trabajito"). Ambas mujeres trataron de esconder su embarazo hasta el último momento y tenían, por lo tanto, pocos consejos y apoyos durante el proceso. Cabe la duda si realmente deseaban tener a sus hijos, aunque no hay mención de intentos de aborto. Si los informes enfatizan la "vergüenza" que sentían y los conflictos que sus embarazos desataban entre sus parientes.

El tema de rupturas toma otra forma en los dos casos restantes. El marido de la mujer es un camionero que hace viajes a Lima y estuvo poco presente durante el embarazo. Se desliza la idea en uno de los informes del caso que el tenía otro hogar y que maltrataba a la mujer. Finalmente, en el único caso de una pareja constituida y feliz, el joven esposo se autoinculpa por no haber sabido cómo actuar durante el parto y en la crisis después porque no era "experimentado" en estas cosas como los hombres de antes. Los desplazamientos y rupturas intergeneracionales de Ayacucho de los últimos tiempos indudablemente influyen en esta situación.

En los cuatro casos hay elementos que reflejan una relación problemática entre la población, sus prácticas y creencias y los establecimientos de salud. Los cuatro partos

eran domiciliarios aunque en los cuatro casos habian familiares que abogaban a favor de llevar a las mujeres a la posta, al centro de salud, e incluso al hospital regional de Huamanga, para que dieran a luz. Los dos maridos de las mujeres unidas querian un parto institucional pero su propuesta fue descartada por las familiares femeninas. En los hechos, los cuatro partos fueron atendidos por familiares, algunos de las cuales atendian partos en calidad de "curiosas". En ellos no hubo ni siquiera la presencia de parteras/os especializadas/os y experimentadas/os, que parecen ser escasas/os en la zona tal vez aludiendo a otra situacion de ruptura y discontinuidad con el pasado. Se reporta que las parturientas mismas tenian mucho miedo frente a la posibilidad de ser llevadas a los establecimientos de salud por lo que "inyectan", "cortan" y "amarran".

Sin embargo, en los cuatro casos se busco la ayuda de los establecimientos de salud una vez producida la crisis. Los casos en realidad reflejan una compenetracion bastante estrecha entre la comunidad y los establecimientos. No obstante, se producen situaciones de acusaciones mutuas respecto a quien fue el responsable de las demoras en lograr la atencion de emergencia y hasta que punto cada parte puso el mejor de su esfuerzo. Las familias en dos casos perciben que el personal de salud llego a la casa sin haber traído todo el equipo que necesitaban, el personal de salud insiste que no se les aviso precisamente lo que pasaba con la mujer y en que fase estaba su parto. En las escenas de las emergencias, se produjeron fuertes discusiones entre los familiares y el personal de salud con respecto a los procedimientos a usarse y el tipo de atencion que las mujeres debian tener. En un caso el motivo fue una faja muy ajustada que la familia insistio que la parturienta tenia que tener, mientras que la tecnica les replico que eso estaba dificultando la expulsion de la placenta. La tecnica queria que la mujer —ya en estado de shock, al parecer— estuviera echada y abrigada, los familiares querian pararla a la puerta de la casa para que la reviviera el aire fresco de la mañana. Las entrevistas a los trabajadores de salud que tenian conocimiento de estos casos contienen muchas referencias a lo que ellos perciben como una actitud difundida en la poblacion, de entregarse al destino y aceptar la muerte sin tratar de agotar todos los recursos para evitarla.

MACHE (LA LIBERTAD)

Para el estudio se reconstruyeron dos autopsias verbales, no precisamente del distrito de Mache sino de distritos colindantes que son muy similares en sus características. Los dos casos recogen algunos de los temas aqui planteados sobre el entorno. En un caso la causa directa de la muerte era la retencion de placenta y en el otro se trato de una hemorragia puerperal.

Las circunstancias de vida de ambas mujeres fallecidas demuestran la fuerte carga de trabajo asignada a las mujeres en estos casos sin ninguna consideracion por su condicion de embarazada. Una de ellas habia tenido 6 embarazos en 9 años de union y esperaba mellizos, la otra habia experimentado 5 embarazos, siendo tambien relativamente joven. Ella mantenía sola a sus cuatro hijos, haciendo lavado y trabajos menores en el

pueblo y contratándose como peona agrícola cuando podía. La primera de estas dos mujeres, en los días antes del parto, además de atender a sus muchos hijos pequeños y al marido, estaba haciendo jornadas especialmente fuertes a fin de terminar la cosecha y la guarda del trigo, antes de verse con un nuevo hijo que tendría que cuidar.

Los casos deslizan el problema de las relaciones de intercambio entre varones y mujeres en esta zona. La madre sola, según algunos de los entrevistados, era maltratada por el padre del hijo que iba a nacer. Esta mujer trató de esconder el embarazo, que era motivo de vergüenza para ella, puesto que no estaba casada ni convivía con ninguno de los padres de sus cuatro hijos. Ambas mujeres mostraban sentimientos de resignación (sueños o presagios de muerte en el parto) y de poca autoestima. Se refieren frases de ellas donde la muerte aparece como un descanso largamente anhelado.

En la crisis que antecedió a la muerte de estas dos mujeres, se nota la gran pobreza y dificultad para obtener dinero para sufragar gastos como transfusiones de sangre y el traslado a Otuzco. La red familiar era rala y no había quien realmente luchara por ellas. El enterramiento de la madre soltera es uno de los más pobres que encontramos en todo el estudio. Hubo que interponer una demanda policial para que el padre de la criatura contribuyera con los gastos.

En ambos casos habían dificultades para establecer una relación de colaboración positiva con el establecimiento de salud (se trata de dos diferentes postas de salud de la zona). Esta situación refleja la ausencia de una voz decisiva de la otra parte: el grupo de los familiares. En el caso de la pareja que esperaba su sexto hijo (en realidad dos, aunque la partera no confirmaba el presentimiento de la señora porque “¿para que acabarle la vida?”), el hombre se muestra indeciso e incluso poco involucrado. En todos los anteriores partos de su señora, él se había recostado en su suegra para que fuera ella quien mandara a avisar, tomara las decisiones y resolviera las emergencias. En esta ocasión, la suegra había fallecido tres meses antes del nuevo parto dejando un vacío que el marido no supo llenar. La actitud del marido es concordante con la del padre de la mujer fallecida, cuando dice que “los hombres no sabemos de eso”, segregando una esfera de embarazos, niños y asuntos domésticos como asuntos de mujeres que no son de la incumbencia de los varones.¹⁶

En ambos casos de muerte materna, el personal de los establecimientos de salud alargaba fatalmente las negociaciones acerca de cuánto podía pagar la familia y cuál era su verdadera necesidad de ayuda (crédito o gratuidad) por parte del establecimiento. Estas negociaciones tal vez podían haberse evitado o acortado si hubiera habido una actitud conciliadora y fuerte por parte de los familiares y amigos, una actitud capaz de convencer al personal de los establecimientos de que se trataba realmente de situaciones de indigencia. La misma prolongación innecesaria de las discusiones, con marchas y contramarchas,

¹⁶ Observese el contraste importante entre esta actitud de los hombres en la sierra norte y la activa participación de los hombres de la sierra sur en los partos y el cuidado posterior de sus esposas. Aun reconociendo que la realidad no siempre corresponde al discurso (en cualquiera de los dos casos) hay una diferencia importante a nivel de ideología y los valores asociados al rol masculino.

ocurrió cuando los familiares y el personal de salud procuraba ponerse de acuerdo sobre la decisión de evacuar a las dos mujeres a Otuzco. Nuevamente, el personal de las dos postas involucradas tenía dificultad para identificar con quien tenían que llegar a un acuerdo y quien se responsabilizaba de la mujer. Sus propias dudas y falta de decisión se sumaban a las dudas del grupo familiar. Al final, aunque en ambos casos se optó por llevarlas a un establecimiento de mayor jerarquía ninguna de las dos mujeres vivió para realizar el viaje.

SIHUAS (ANCASH)

En la provincia de Sihuas se trabajó cuatro autopsias verbales. Incluso, se había producido la muerte de una mujer pocos días antes de la llegada del equipo de campo. La estadística del MINSA no registró ninguna muerte materna en la provincia, de modo que se constata un primer problema de detección de las situaciones de riesgo y de tipificación de las causas de la muerte en mujeres. Inclusive, cuando se realizaron los grupos focales en Sihuas mismo y en el pueblito de Acobambá, aparecieron referencias a otros casos recientes de posibles muertes maternas.

Las cuatro autopsias verbales recogidas en la provincia de Sihuas reflejan muy claramente el aislamiento, la incomunicación y la pobreza de la zona. Tres de las cuatro incluyen relatos de larguísima caminata en busca de ayuda. Aparecen mensajeros que llevan el aviso recorriendo largas distancias entre pueblo y pueblo. A veces las fuentes de ayuda —partera, técnico, obstetra— demoran en llegar debido a un efecto de “teléfono malogrado”, es decir, mensajes verbales que no comunican con suficiente precisión la situación de la mujer que se trataba de auxiliar.

Se percibe un problema de información y educación que posiblemente está relacionado con el bajo nivel de escolaridad de la población en general, además del reducido acceso a los medios masivos de comunicación. Los familiares más cercanos a las mujeres fallecidas parecen haber tenido pocos elementos de apoyo en sus esfuerzos por diagnosticar su situación y el grado de riesgo que implicaba. En un caso se creyó que se trataba de una gripe. En otro, parecía un simple cólico o indigestión luego de un almuerzo en una reunión social.

Las relaciones de género en la zona aparecen como un punto problemático. Hay elementos en las historias que sugieren una menosvaloración de las mujeres y un compromiso algo atenuado o cuestionable por parte de los viudos. La obstetra, que llegó después de la muerte en el segundo caso, acusa al marido de haber hecho poco para llevarla a tiempo (aunque el esposo insiste que le parecía un cólico sin importancia). En el tercer caso, un informante menciona como se le escuchó al marido decir “si muere mi mujer voy a traer otra mujer más muchacha”. Efectivamente, el ahora convive con otra mujer quien atiende a los hijos de la primera. El marido en ese caso —contra los consejos de la partera— obligó a su mujer a levantarse antes de que la placenta hubiera salido y la hizo caminar unas cuatro horas de regreso a casa. En el cuarto caso, algunos de los

informantes mencionan como un factor que contribuyó a la muerte un supuesto amorio entre el marido y la sobrina de la fallecida, de hecho la sobrina rápidamente reemplazó a la mujer que murió como la nueva conviviente del señor y ahora espera un hijo de él. En una autopsia verbal se refiere al maltrato físico de la mujer y en otra se habla del alcoholismo del marido. Solo en el primer caso queda claro el gran cariño del joven esposo por su mujer y la especial consideración que le tenía durante el embarazo. Esta es la única mujer que no tenía una carga muy fuerte de trabajo diario y la única que no realizaba labores en la chacra.

Un factor que resalta en las cuatro autopsias verbales tomadas en el ámbito de Sihuas es el bajo nivel jerárquico de la mayoría de los trabajadores de salud que tuvieron alguna participación en los casos. Sistematizando, estos fueron:

- Caso 1: médica, técnico de enfermería, partera (le controlaba el embarazo a domicilio)
- Caso 2: técnico de enfermería, a su vez sobrina de la fallecida, obstetriz que llegó después de la muerte
- Caso 3: partera (atendió el parto). Todo el proceso posterior fue tratado solamente con hierbas y remedios caseros
- Caso 4: partera (fue avisada y llegó cuando la mujer estaba agonizando, ya que la atención del parto había sido dada por el esposo o, según algunos informes, la parturienta había dado a luz sola)

Al parecer, en estos casos, no hubo manera de acceder a niveles del sistema de salud que podían haber ofrecido mayores alternativas técnicas. Esto fue en parte —en tres de cuatro casos— no por no querer o no intentarlo sino por intentarlo demasiado tarde, tomando en consideración las enormes distancias, dificultades de transporte y tiempo de viajes.

SAN MIGUEL DEL RIO MAYO (SAN MARTIN)

Se realizaron dos autopsias verbales de muertes maternas ocurridas en el entorno del San Miguel del Río Mayo, una del distrito de Zapatero y la otra del distrito de Tabalosos. Ambos distritos pertenecen a la provincia de Lamas. En el primer caso, se trata de una joven de 18 años que a los 15 años fue llevada a Tarapoto por su madrina para trabajar como empleada doméstica. Según los informes, el embarazo fue producto de una violación por un amigo de su enamorado. La joven volvió a la casa de sus padres, en el campo, cuando tenía cinco meses de embarazo. En el segundo caso, la víctima fue una mujer de 29 años que había tenido con su conviviente 3 o 4 embarazos anteriores. Ella era maltratada por el marido y sufría de anemia. La muerte en el primer caso se produjo en el Centro Materno Perinatal de Tarapoto y el diagnóstico fue preeclampsia severa. En el segundo caso, la mujer murió un mes después del parto mientras, bajo la supervisión del censo de salud, estaba recibiendo un tratamiento anti anemia a fin de realizarse la ligadura de trompas.

Una temática que tienen en común los dos casos, y que va ligada a la forma de vida en el entorno, es la discontinuidad en el mundo social y geográfico de las fallecidas. Las familias se desplazan y se dispersan, impidiendo que alguien maneje una información

completa sobre la historia de salud, sobre los contactos con los establecimientos y sobre la evolucion del embarazo y puerperio. Es así que los informes obtenidos de diferentes fuentes estan llenos de contradicciones y lagunas. Sobre todo, nadie del entorno familiar manejaba informacion sobre lo conversado entre la embarazada y el personal de salud. Además, las migraciones y eventos de ruptura en las redes de parentesco hacian que no hubiera forma de acceder al apoyo economico y a los contactos y opciones ofrecidas por todos los familiares en el momento de la crisis. El esposo en el segundo caso no estuvo presente durante el parto porque se habia ido a trabajar en el campo, cargando madera, a fin de reunir dinero para el tratamiento de la anemia. Fue la suegra quien se encargo de la nuera durante y despues del parto.

Se observa en ambos casos otro elemento que parece ser caracteristico de la zona, que es la utilizacion combinada de diversos tipos de servicios y recursos de salud. El parto de la multipara fue institucional pero sus partos anteriores habian sido en su domicilio. El parto de la joven soltera culmino en el Centro Materno Perinatal de Tarapoto pero una partera la estuvo atendiendo cuando se presentaron los dolores. Ambas mujeres habian ido a varios controles prenatales en el puesto o centro de salud mas cercano, pero ambas a su vez habian sido vistas por parteras. Se manejaba a nivel de sus cuidadores familiares (especialmente las mujeres) una serie de recetas de hierbas y alimentos apropiados para las situaciones que se iban presentando conforme desarrollaban sus embarazos y para el puerperio, en el caso de la multipara.

Otro tema se relaciona al problema de los medicamentos: su adquisicion, eleccion y manejo, además de la informacion que se proporciona a los usuarios. En ambas historias aparecen referencias a medicamentos que las mujeres recibieron sin que los familiares sepan cuales fueron. La mujer conviviente sufría de dolores de cabeza, tenía una fuerte infección urinaria después del parto y desarrollo lo que se cree fue una infección al oído en los últimos días antes de su muerte. Según el médico jefe, el centro de salud invirtió S/ 600 en sus medicamentos y tratamiento y, en vista de la pobreza de la familia, tuvo que exonerar el pago. Caba la posibilidad de su traslado a Tarapoto pero, para eso, ni el centro ni la familia pudo hacer más. Frente a la falta de informacion respecto a que farmacos se le habia administrado a la mujer (la historia clínica desapareció), el marido penso en entablar juicio al centro de salud por intoxicación.

También aparece en estos dos casos la pobreza como condicion reinante en la zona rural de San Martín y las pocas posibilidades de las familias de agricultores cuando se trata de reunir dinero en efectivo rápidamente. Al parecer, ambas mujeres podían haberse salvado si se hubiera contado con el dinero, sobre todo, para afrontar los gastos de la atención médica (caso de la madre soltera) y el traslado a Tarapoto y tratamiento (caso de la multipara) el Centro Materno Perinatal en Tarapoto. En ambos casos se llegó a cubrir solamente una parte de lo necesario apelando a préstamos familiares. En el caso de la madre soltera el médico hizo un préstamo de S/ 10 para permitir que llevaran el cadáver de regreso a casa. Hasta el ataúd de la joven soltera fue prestado.

AGUAYTIA (UCAYALI)

De Aguaytia tenemos un caso de muerte materna. Se trata de una mujer migrante de la sierra que se había insertado primero como agricultora y luego como vendedora en un puesto del mercado del poblado. En la situación de la mujer y su pareja se observa una característica común para los colonos: la ausencia en el lugar de una red fuerte de familiares cercanos. La situación económica de la familia era precaria, ya que no podían contar con el amparo de parientes a su alrededor ni recursos heredados tales como tierras o casa. Es más —y como reflejo de las condiciones generales de inseguridad y prevalencia del robo en toda la zona— la familia había sufrido el robo de todas sus pertenencias algunos años atrás. Por otra parte, la compenetración del sistema oficial de salud con la población y sus necesidades parece manifestarse en la utilización que la fallecida hacía de los servicios de planificación familiar. Poco antes de su muerte, la mujer acudía a consulta para explorar un cambio de método de planificación. Con cinco embarazos y cuatro hijos vivos, y con aspiraciones para educar a sus hijos, tenía una alta motivación para limitar su familia.

Finalmente, Aguaytia presenta una abundante oferta de alternativas en un mercado comercial de servicios y productos de la salud, y esta característica también se hace importante en este caso de muerte materna. La señora procuraba abortar mediante un preparado de hierbas y, cuando se produjo una hemorragia, buscaba ayuda en el curandero de la localidad y en las farmacias y boticas. Se negaba a ir al centro de salud y murió en su casa. En este caso se reportan dos detalles que sugieren la necesidad de reforzar el equipamiento de los centros de salud, posiblemente el manejo de la tecnología por el personal: (1) la señora indicaba que, si hubiera tenido la seguridad que su bebé sería mujer, hubiera estado dispuesta a tenerlo si la ultrasonografía cuando tenía 4-5 meses de embarazo, pero no se le confirmaba el sexo del bebé; (2) que tenía una duda de si ella tenía un fibroma, que no fue despejada en el centro de salud cuando ella acudió para la consulta.

Comentario final -- En todos estos casos se observa la influencia del lugar sobre —no tanto la causa de la muerte— el control de búsqueda de ayuda. Este es el aspecto que nos interesará centralmente en el capítulo.

CAPITULO 5

NUEVE CRONICAS DE LA MUERTE

Este capítulo contiene nueve crónicas de la muerte materna en las zonas bajo estudio. La selección obedece a un afán de ilustrar una diversidad de situaciones que pueden, en cadena, conducir a la muerte de las mujeres rurales del Perú en el embarazo, parto y puerperio. Brevemente, a través de los sucesivos casos, se ha querido resaltar los siguientes complejos de riesgo:

Puno

Caso 1AV1 Problemas a nivel de la valoración de la mujer en la familia

Caso 1AV7 Los riesgos asociados al madresolismo y la ausencia de una red de apoyo más allá de la unidad doméstica

Ayacucho

Caso 2AV1 Los efectos de la distancia y la inaccessibilidad. La mezcla de sistemas de atención

Caso 2AV2 La situación particular de mujeres en determinadas ocupaciones agropecuarias que las aíslan de fuentes de apoyo. Los sistemas de creencias

La Libertad - Chicla

Caso 3AV3 El problema de marcos comunitarios en los esfuerzos de la familia y el sistema de salud de desarrollar una estrategia propuesta frente a una emergencia obstétrica

Caso 3AV4 La atención comunitaria familiar sin suficiente conocimiento. El rechazo al sistema de salud

Caso 3AV7 La menosvaloración de la mujer y sus consecuencias que tiene para su acceso a cuidados y atención

Ucayali-San Martín

Caso 4AV5 Los efectos de la "casualidad". La ausencia de una parte clave de la red de apoyo

Caso 5AV1 La realidad del aborto. La competencia de un sistema de salud que sin embargo, no es completa ni rodeada de suficiente confianza

IAVI

Provincia [REDACTED]

Distrito [REDACTED]

Localidad Comunidad de [REDACTED]

Lugar de fallecimiento Domicilio de la difunta [REDACTED]

Fecha [REDACTED]

Edad 25 años

Causa de la muerte Retencion de restos de placenta Hemorragia

Entrevistados 4

(Viudo, cuñada, tío anciano de ambos conyuges, enfermera del P.S. de [REDACTED])

1 -Narracion del hecho

Antecedentes y situacion de la fallecida

La señora Elena nació en una comunidad del entorno [REDACTED] y vino a [REDACTED] para vivir cerca a los familiares de su marido suegros y hermanos con sus respectivas esposas. Toda la familia de él es ganadera y agricultora. Parece que cada pareja y unidad doméstica se maneja con bastante independencia y hay diferencias de nivel de riqueza entre ellas. Es así que Elena acostumbraba prestarse dinero de una cuñada de vez en cuando. Sin embargo la escasez de recursos no es la nota dominante en este relato.

El embarazo era el tercero de Elena. Los dos primeros partos habían sido normales y ambos fueron domiciliarios. No obstante el segundo hijo murió, al parecer al nacer. En este parto Elena se hizo unos tres controles con el personal del P.S. de [REDACTED] en cuyo ámbito está la comunidad pero parece que su relación con el P.S. era de bastante distancia y desconfianza. Hacia lo mínimo para obtener algunos beneficios (dejaba vacunar a su hijo y recibía repartos de alimentos).

En la información que proporcionan los entrevistados de la familia cercana del viudo (no hay entrevistas a familiares directos de ella), aparece el tema de la planificación familiar. Una cuñada se cuida con la T de cobre. Elena y su marido tenían la intención de tener solamente dos hijos porque 'la educación es carolina'. El que nacía iba a ser el último y lo querían tener especialmente porque su hermanito mayor (de unos 4-5 años) lloraba por un hermanito. Pero se dice que Elena, como otras personas de la comunidad, no quería dejarse ver acercándose al P.S. porque los otros pobladores pensaban que ella estaba practicando el control de la natalidad tal vez con ligadura de trompas.

Por otra parte, hay un fuerte énfasis en la privacidad de la vida familiar. Es así que los padres y hermanos de Elena no estaban enterados de su embarazo (al parecer vivía a una distancia que hacía imposible un patrón de visitas de ida y vuelta) como tampoco algunos de los parientes del viudo que solamente sospechaban porque vivían cerca y tuvieron oportunidad para verla. A lo que ella insistía en que el marido atendiera el parto sin apoyarse en los varones mayores que si se habían encargado las primeras dos veces. La muerte se relaciona directamente con esta insistencia de ambos en que el parto fuera domiciliario y, luego la insistencia de ella en que el esposo se encargara solo de la atención como una prueba de la madurez y autosuficiencia de la pareja. Siendo Elena una mujer joven y fuerte (aunque delgada según el tío) no hubo razón de pensar que el parto no sería absolutamente normal.

Proceso de crisis

Elena dio a luz a las 6:00 A.M. de un día martes [REDACTED]. Aparentemente todo estaba bien. El marido le dio mate y comida y, aunque no sabía muy bien cómo hacerlo amarró la placenta con un hilo torcido al dedo del pie. Él quería llamar a su padre o algún otro familiar mayor para

ayudarle o sustituirlo en este procedimiento ya que reconocía que era algo que no había observado con cuidado en los anteriores partos. Elena se opuso a que él buscara cualquier ayuda. Con eso el marido salió junto con el hijo mayor de la pareja para cumplir una ronda de actividades normales de cualquier día en la empresa agropecuaria familiar. El único variación importante era que él mató a un carnero para prepararle el caldo de costumbre a su esposa.

El marido se fue a las 9:00 A.M. y regresó a las 3:00 o 4:00 de la tarde. En ese momento encontró que su esposa se había puesto mal. Había dormido un rato y, cuando se despertó, se sintió mal. No hay comentario alguno sobre si estaba efectivamente acompañándola la cuñada o si la había dejado sola en el día. En cualquier caso, la opinión de la comunidad, y la práctica dictada por la costumbre, era que el padre de la criatura era el llamado para estar allí.

Se avisó esa misma tarde a la familia de Elena. Parece que su padre fue el primero en llegar —al parecer en algún momento del día miércoles— pero no vemos a los familiares de ella participando en decisión alguna hasta cuando, el día jueves, toca planificar el entierro.

El miércoles estaba dedicado a una serie de actividades cuya temática central es la activación de los servicios de salud en el ámbito. Primero, en la madrugada del miércoles, la familia fue al P.S. de [redacted] para avisar al técnico y jefe del mismo. El técnico a su vez fue en moto para traer al médico del P.S. de [redacted], a una hora de distancia. El médico, un joven de poca experiencia según el tío, se presentó a comienzos de la tarde y, al parecer, intentó extraer manualmente los restos de placenta. Comenzó que había un proceso de hemorragia interna y desistió, comunicándoles a la familia que no había nada que hacer. Las cuñadas de Elena no estuvieron presentes en las discusiones que se pueden haber dado en todo eso porque ellas tenían que preparar los alimentos con los que se le atendía al médico. El médico estaba esperanzado en la llegada del médico del C.S. de [redacted] hacia donde el técnico había avanzado en su moto hasta [redacted] con la intención de volver con la ambulancia. Se habla de que había la posibilidad de hacer una intervención en el lugar, de evacuar a la paciente hasta [redacted], o incluso de evacuarla hasta el hospital de Huancane.

La ambulancia —en realidad una camioneta de doble cabina— estaba en reparaciones y recién quedó operativa a las 3:00 P.M. A esa hora salió con dos enfermeras practicantes del centro de salud y llegó a la comunidad a las 5:30 P.M. Con la movilidad presente en el escenario pero sin el médico de mayor experiencia y jerarquía del Centro de Salud, se produjo una conchavente entre el marido, el hermano de él y el médico de [redacted]. Presumiblemente se trataba de decidir si valía la pena hacer el traslado. La familia iba a tener que pagar por lo menos la gasolina que implicaba este viaje de la camioneta. La decisión fue no llevar a la señora y la camioneta se retiró, seguido del (o con el) médico y el técnico de salud. Elena murió poco después la noche del miércoles.

Proceso post muerte

El día jueves estuvo dedicado a organizar y realizar el entierro. El viudo fue temprano de mañana al P.S. de [redacted] para conseguir el certificado de defunción del mismo técnico-jefe, y lo presentó en la municipalidad. Luego compró las maderas para hacer el ataúd. Los demás familiares se desplegaron haciendo la comida y viendo las ropas de la difunta.

El entierro se realizó al lado de la casa igual que otros familiares, ya que la aldea no tiene cementerio. Estuvieron solamente los familiares del marido, los padres de Elena y tal vez uno de sus hermanos y uno de los otros vecinos posiblemente.

Cuando Elena estaba agonizando el suegro entregó al recién nacido a una de sus nueras y la decisión a final era que lo críe la mayor de ellas, Filomena. Sin embargo hay varios comentarios en sentido de que el viudo ahora tendrá que probarse como hombre asumiendo la crianza de sus dos hijos. Se espera de él que se porte responsablemente y que concentre sus esfuerzos en la educación de ellos.

Dadas las circunstancias de la muerte de [redacted]—con elementos de descuido y posiblemente falta de empeño de varios de los actores en su alrededor—podría pensarse que habría mala sangre entre las dos familias políticas. Sin embargo no hay rastros de eso. Todos los presentes tratan de proteger al viudo cuando él hace señas de querer acercarse al cadáver después de la muerte. Ni siquiera se pone muy cerca durante el proceso de las últimas horas del fallecimiento, ya que él insiste que no vio y no le consta que ella tenía una hemorragia. Cuando llegan al lugar los familiares de ella no hacen acusaciones sino simplemente enganchan en un rol de colaboradores menores en el funeral. Parece haber un amplio consenso en que, a fin de cuentas, todos hicieron lo que razonablemente se podía esperar de ellos. Hay la sugerencia que existen múltiples vínculos de parentesco entre las dos familias extendidas (de los cuales el tío Mariano es una prueba). También puede ser que la familia del varado goza de un mayor status, siendo ganadera y relativamente prospera.

IV -Sobre causas y justificación

En el análisis que los informantes hacen, un tema fuerte en este caso es la falta de experiencia del joven marido, del médico del P.S. de [redacted] que acude cuando la crisis está en pleno desarrollo y tal vez incluso de la cuñada que queda encargada de atender a Elena luego del parto. Los familiares mayores le han la culpa a la inexperiencia—no la falta de voluntad—del viudo por no permanecer al lado de Elena durante el día después del parto, atento a cualquier necesidad. El no esperar a que naciera la placenta, cosa que va en contra de todas las buenas costumbres y el sentido de precaución y zente en la comunidad. Siendo joven el médico que llegó de [redacted], la familia no estaba muy convencida de cualquier sugerencia que él les planteaba y, además, parece que él prefirió esperar el refuerzo del médico del C.S. de [redacted] antes de tomar una decisión respecto a una intervención en el lugar en [redacted] o la transferencia a [redacted] (Hubo la posibilidad de contratar una movilidad particular en cualquier momento de todo el proceso). Finalmente, no se sabe que es lo que hizo o no hizo la cuñada que presumiblemente tenía que quedarse al lado de la parturienta durante el día martes luego que ella había dado a luz a las 6:00 A.M. Todo el mundo tenía animales que cuidar y tareas agrícolas que atender.

ANTES DE LA CRISIS

IAVIGI

FAMILIA DE LA FALLECIDA

FAMILIA COMPARTIDA
NO DETERMINADA

FAMILIA DE LA PARAJA
DE LA FALLECIDA

5 hermanos vaones
Viven lejos

MADRE

PADRE

TIO
(de ambos)

Hijo
S

FALLECIDA
25 años

SUOCROS

CUÑADA

CUÑADA

ESPOSO
DE
CUÑADA

CUÑADO

Le prestaba dinero
a la fallecida

ESPOSO

La rentera
Cafes juntos

AMIGOS

CONOCIDOS Y OTROS

AGUIERRES DE OTRAS

AGUIERRES DE SALUD

248

DURANTE LA CRISIS

IAVIG2

FAMILIA DE FALLECIDA

FAMILIA COMPARTIDA
NO DE HERMANA

FAMILIA DE LA PARIJA
DE FALLECIDA

5 hermanos varones
Viven lejos

Les avisan en
la tarde, luego
del patto

MADRE

PADRE

HERMANO

SUEGRO

CUÑADA

= CUÑADO

DOCTOR

TECNICO DE
ENFERMERIA

AUXILIAR DE
ENFERMERIA

VICINOS

AMIGOS

Fue a buscar ambulancia

Estaba de des-
canso dia de la
muerte

DOCTOR

Fue en 2 ocasiones
a ver a la fallecida
antes de que muriera

ENFERMERAS

AMIGOS VICINOS CO

AGENCIAS DE OTRAS

AGENCIAS DE SALUD

114

IAV7

Provincia

Distrito

Localidad

Lugar de fallecimiento su casa

Fecha

Edad 21 años

Causa de muerte Paro cardio-respiratorio debido a sepsis puerperal (diagnostico del medico del P S de

Entrevistados 3 (obstetrix y enfermera del puesto de salud de [redacted] prima de 22 años)

1 -Narracion del hecho

Antecedentes y situacion de la madre

La joven Albertina pertenecio a una familia casi todos cuyos integrantes hacen migraciones laborales por la zona de la sierra sur, la ceja de selva (San Juan del Oro) y Madre de Dios bajo el sistema de enganche. En el pueblito tienen chacras y, sobre todo, animales que quedan bajo el cuidado de la madre mientras los otros se ausentan. No parecen ser especialmente pobres aunque no se sabe nada sobre como es manejado un fondo comun o hasta que punto el ingreso de cada cual queda para ellos. El patron de migraciones laborales es usual para la zona y, sin embargo, esta familia ocupaba un extremo tanto por su desarticulacion como por su hermetismo. Albertina tenia una hermana mayor y 4 hermanos varones. El padre es referido por algunos de los vecinos como "taro" y dificil mientras que la madre se muestra en todo momento del relato sumamente sumisa. La familia parece ser algo marginal, socialmente, en la zona. La prima comenta que Albertina "andaba sola. Tenia miedo a su papa y sus hermanos mayores".

Albertina asistio al colegio del lugar y termino

Albertina fue a trabajar en la cosecha del cafe en San Juan del Oro. Allí parece haber tenido amorios con un joven y quedo embarazada, la otra posibilidad, especulacion de su prima, es que quedo embarazada luego de haber venido a su tierra para los carnavales, volviendose a ir a San Juan del Oro ya en estado. Como fue, el padre de la criatura no dio señales de tener la intencion de establecer un hogar con ella. Todo hace pensar que Albertina no queria tener al bebe su primero, ni convertirse en madre soltera. No se hizo ningun control prenatal en [redacted] y al parecer no se habia hecho en San Juan del Oro tampoco. Casi no le podia dar razon a la obstetrix que la vio despues del parto, respecto al proceso del embarazo. Ademas, era vergonzosa, estaba deprimida y reticente para hablar.

Proceso de crisis

Albertina volvio una semana antes de su parto a la casa paterna en el caserío ubicado a 1-2 horas de caminata de [redacted]. El dia 28 de noviembre tuvo un parto sumamente dificil y doloroso, atendida por su padre. El trabajo de parto demoro 16 horas, va que el bebido estaba malposicionado de pie. Nacio muerto por asfixia y malogrado por las manipulaciones. Demoro 15 horas para que salga la cabeza. La placenta nacio 30 a 40 minutos despues de la expulsion del feto.

Albertina sufrio mucho en este proceso y sus gritos fueron escuchados por un niño su primito (todos en la comunidad son parientes), que de casualidad pasaba por fuera de la casa. El aviso al puesto de salud. Luego del parto el padre fue al puesto de salud al parecer para conseguir el certificado de defuncion del bebe. La obstetrix de [redacted] fue a la casa y examino a la puerpera. Comprobo que tenia un desgarramiento vaginal. Propuso hacerle una sutura y despues de un duro trabajo de convencimiento a los padres, lo hizo. Les dejo la indicacion para comprar unos antibioticos y para hacerle un aseo diario de la herida.

Al dia siguiente la obstetrix estuvo nuevamente en la comunidad en una visita de rutina relacionada con una campaña que tenia en el P S en la zona. Aprovecho para visitar a Albertina. La

encontro sola en la casa. El papa habia ido a trabajar y la madre estaba fuera de casa. Luego de eso se interrumpio lo que ha debido ser un proceso de seguimiento por parte del puesto de salud. La obstetriz quedo sola encargada mientras el medico y la enfermera fueron a un curso en [REDACTED] (1-3 diciembre). El 4 de diciembre la obstetriz tenia que bajar a [REDACTED] llevando estadística. El 5 y 6 de diciembre tenia que ir a [REDACTED] con pacientes para charlas sobre AQV.

Al quinto día después del parto, Albertina estaba en un proceso de infección generalizada. El padre dice que fue al P.S. y tocó la puerta pero no hubo nadie. El técnico del puesto disputó esta versión. El padre insistía que no pone creencia en la capacidad del personal de salud de ayudar sino que solamente quería algún medicamento que le ayudara a bajar la fiebre. Más allá de eso, las hierbas y "el destino" decidirían el desenlace. No se había comprado los medicamentos recetados ni se le había hecho la curación de la herida.

El 7 de diciembre en la mañana, el padre fue nuevamente al puesto de salud y encontró al médico y la enfermera. Los tres regresaron a la casa. Albertina estaba muy mal, con el pulso acelerado y olor fetido. Se le aplicó dextrosa como vía para administrar antibióticos. Se habló con los padres para evacuarla hacia un hospital. El padre se negó y la madre simplemente aceptó que la decisión del padre era definitiva. Incluso, el médico y la enfermera amenazaron con enjuiciar al padre como causante de la probable muerte de su hija. Se "terqueo" y les reto a hacerlo si querían.

Entretanto, la enfermera del P.S. hizo las coordinaciones para que viniera una ambulancia para llevar a Albertina a un hospital al otro lado de la frontera de Bolivia (a 2 horas de camino, más cerca que [REDACTED] o cualquier hospital peruano). Volvió el médico con la obstetriz a la casa de Albertina a las 1:00 P.M. Se había salido la aguja de la dextrosa. El padre decía que estaba haciendo que su hija se desviara y que hablara tonterías. Siguió opuesto al traslado. Insistió que si su hija quería morir, moriría en su casa. Albertina rogaba a su papa que accediera a la transferencia. Peor todavía se encaprichó en su negativa. A las 3:00 P.M. del mismo día ella murió. Estaban presentes los dos padres, el médico, la obstetriz y la enfermera del P.S. de [REDACTED].

Proceso post muerte

Albertina fue enterrada al lado de su casa apresuradamente. No se avisó a todos los familiares y muy pocos estuvieron presentes para llorarle. La familia tenía vergüenza frente al hecho de que hubiera sido madre soltera. Los familiares quedaron resentidos porque no se les convocó al entierro ni se les dejó ayudar.

IV - Sobre causas y justificación

Albertina murió a causa de un paro cardiorespiratorio por sepsis puerperal que tiene raíz en el desarrollo vaginal que le produjo el parto largo y difícil en su casa. La familia no le compró los antibióticos ordenados por la obstetriz ni se le hizo el aseo y la curación. Por escasez de personal en el P.S. nadie de allí hizo control en la casa durante los primeros 6 días de diciembre. No se supo que la joven no estaba siendo tratada y cuidada por la familia.

Asimismo la familia—concretamente el padre—se negó a dar permiso para que fuera evacuada en ambulancia hacia el hospital de Bolivia con el cual tenía convenio la autoridad de salud de la zona. No está claro si podía haber vivido dado lo mucho que se había esperado y el estado de gravedad de Albertina cuando el personal de salud llegó con el trámite hecho para el traslado.

ANTES DE LA CRISIS

FAMILIA DE FAMILIARICIDA

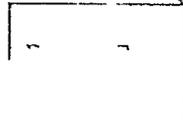
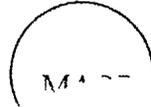
Padre, hermanos, y fallecida migraban a San Juan del Oro y Madre de Dios

3 de 5 hermanos presentes

Relacionados en San Juan del Oro donde trabajaba en la cosecha del café

AMIGOS, VECINOS, CONOCIDOS Y OIROS

FAMILIA COMPARTIDA NO DETERMINADA

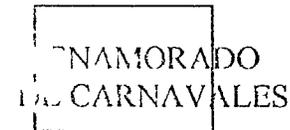


21 años

AGENTES DE OTRAS

IAV7G1

FAMILIA DE FAMILIARICIDA DE FAMILIARICIDA



Un año antes Recien iban a formalizar Trabajaba en San Juan del Oro

AGENTES DE SALUD

117

DURANTE LA CRISIS

1AV7G2

FAMILIA DE LA FAMILIA

FAMILIA COMPARTIDA
NO DETERMINADA

FAMILIA DE LA PAREJA
DE LA FAMILIA

PADRE

Busca remedio
para fiebre en
P.S. Negro
para...

MADRE
21 años

ENFERMEDAD
P.S.

OBSTETRAZ
P.S.

Hace episiotomía
y ordena tratamiento
con antibióticos

MEDICO JEFE
P.S.

Va día 6 y pone
dentados con anti-
bióticos

Todos en la comunidad
son familiares

Niño que es
avisa a la casa
del P.S. ...
alg...

AMIGOS VECINOS CONOCIDOS Y OTROS

S DE OTRAS INSTITUCIONES

AGENCIAS DE SALUD

118

2AV1

Provincia [REDACTED]

Distrito [REDACTED]

Localidad comunidad de [REDACTED]

Lugar de fallecimiento su casa

Fecha [REDACTED]

Edad 18 años

Causa de muerte Hemorragia profusa (informe del sanitario del P S de la comunidad y de la obstetriz del [REDACTED])

Entrevistados Entrevista grupal a familiares de ella (padre, hermano, tía, tía del conviviente, cuñada,), esposo, técnica del P S de [REDACTED], obstetriz del C S de [REDACTED] responsable del monitoreo del Programa materno perinatal de la microrred de [REDACTED], entrevista de a dos con el teniente gobernador de [REDACTED] y el juez de paz de la comunidad de [REDACTED]

1 -Narracion del hecho

Antecedentes y situacion de la madre

Delia comenzo a convivir con su marido 11 meses atras, el [REDACTED] recuerda el marido El tiene 21 años No se habian casado "todavia" pero la union era reconocida por todos los familiares y miembros de la comunidad La pareja vivia en una casita al frente de la casa de los padres de ella y se veian permanentemente Delia cuidaba la casa y veia a los animales

La familia de Delia es grande y conocida en la localidad (todos en general conocen a todos) Ella siempre habia vivido en el lugar Delia cumplia las faenas e iba a las asambleas Era activa pero, siendo joven, nunca habia tenido un cargo Participaba en el club de madres

Era su primer embarazo Al parecer estaba sana aunque se quejaba de dolores de cabeza, de barriga y de riñones No hay antecedentes de alguna enfermedad ni de uso de algun anticonceptivo Con la aprobacion de los familiares de ella, el esposo la llevo por lo menos 4 veces (7 dice el marido) a controles prenatales en [REDACTED] Se iban a los controles en carro (combi) El informe de la obstetriz sobre el caso señala que el marido -aunque la puede haber llevado al lugar- no entro a la consulta ni hablo con el personal del C S Delia tambien fue vista por el sanitario de su comunidad [REDACTED] El personal del hospital de [REDACTED] le recomendo que tuviera su parto en el puesto de salud de su localidad Sin embargo, la familia siempre supuso -y Delia tambien mas no su marido- que seria a la usanza de todas del lugar, un parto en casa con la tecnica de salud del P S de [REDACTED], [REDACTED] "siempre atendia con [REDACTED] en la misma casa"

Hay discrepancias fuertes entre la version de la familia y la version del personal de salud, es decir, del P S de la localidad y del C S y la jefa de la microrred en [REDACTED] La tecnica [REDACTED] disputa la version que Delia habia tenido cualquier control prenatal hasta 3 dias antes del parto cuando fue vista por las obstetricas de [REDACTED] Sin embargo, el informe medico del jefe del C S [REDACTED] muestra que ella fue para un primer control el 18 de [REDACTED] y el ultimo y septimo control era el 21 [REDACTED] La tecnica tambien la tilda de poblacion "flotante" que llevo a la comunidad para su parto porque su madre vive alli La misma dice que fue llamada a acudir la noche en que se produjo el parto a las 7 00 - 8 00 P M , con el sanitario [REDACTED] Tenia dolores espaciados Todos sus funciones vitales estaban muy bien" Los dos dejaron a Delia durmiendo a la medianoche y se regresaron a dormir ya que tenian una actividad grande al dia siguiente El siguiente aviso fue a las 2 00 A M y fue para decir que habia muerto

En el informe dado por el sanitario [REDACTED], y que transcribe o parafrasea la obstetriz supervisora en su informe oficial, los dolores de parto comenzaron a la 1 00 P M A las 6 00 P M el marido llamo a la tecnica Ella le aplico a Delia una ampolla dilatador en la nalga. Dejo el lugar a las 8 00 P M alegando que no era su obligacion quedarse de noche y a pesar de que la familia le suplicaba para que

durmiera ahí y que atendiera el parto. A la 1:00 de la mañana se aceleran las contracciones y a la 1:45 A.M. nació una bebé de 3 kg. Sigue el informe de la obstetra: "Mientras la parturienta permanecía parada hasta que salga la placenta, eso de 2:40 de la madrugada logro salir la placenta. Inmediatamente el sangrado era profuso y la parturienta empezó a quejarse de que el oído zumbaba y la vista oscurecía y el sangrado seguía. De pocos minutos empezó (a) desfallecer su cuerpo de la parturienta quedando muerta, esto producida por la hemorragia profusa".

Proceso de crisis

El parto se realizó en la casa de los padres de Delia en la comunidad de [REDACTED]. El esposo llamo a la técnica del P.S. y esta le puso "ampollas" y regreso al P.S. diciendo que "este va a aguantar hasta mañana tal vez. Tengo sueño", así diciendo. Al parecer, en eso estuvo acompañada de [REDACTED]. Esto fue en la tarde.

Sin embargo comenzaron los dolores a las 10:30 P.M. El marido fue al P.S. a traer a la técnica pero ella se había ido de la comunidad. El la busco 3 veces y finalmente se vino con [REDACTED] quien le acompañó bajo protesta, diciendo que no le tocaba salir de noche. Tenorio permaneció mas o menos 1.5 horas en la vivienda y también se retiró.

Se produjo el parto y Delia exclamó "Me salve" y "Gracias familia" porque había estado aprehensiva ante su primer parto. Estaba ahí, además de todos los familiares de ella y la suegra, una partera Juana, cuya función era recibir al niño.

Sin embargo al poco rato Delia ya no pudo hablar y murió, según dicen unos 15 minutos después. Dice el padre: "Cuando la estuvimos atendiendo rapidito se murió". Los familiares estaban cargando al bebé. La placenta había salido. El marido corrió de nuevo al puesto de salud cuando se hizo claro que había un problema pero cuando regreso Delia ya estaba muerta. La muerte se produjo casi a las 2:00 A.M. La muerte fue por una hemorragia.

Proceso post muerte

Toda la comunidad estuvo en el velorio: su padrino, madrina, primos, tíos. El entierro fue en el cementerio [REDACTED]. Asistió toda la comunidad, alrededor de 70 personas.

El hijo está a cargo de su padre y está siendo cuidado por su abuelita paterna en la casa que ocupaba la pareja, frente a los otros abuelos.

El verno percibe un ribete de resentimiento en su contra por parte de la familia de ella. Dice que son "renegones" y que él los trata de evitar en las actividades como techados que involucran a toda la comunidad. Aunque tiene casa en [REDACTED], él marca distancia, indicando que él es de [REDACTED].

Los familiares han tomado represalias en contra de la técnica de salud, buscando que la saquen del lugar. Eso efectivamente ha ocurrido y ahora ella trabaja en el P.S. de [REDACTED].

IV -Sobre causas y justificación

"A todos nos hace extraño" dice la tía del conviviente. No saben cómo explicarse esta muerte. Los familiares que estaban presentes dicen que "parece que ha tapado aire". El marido describe la escena como ellos le contaron a él: "De adentro dice que hincho así su estómago ya cuando estaban agarrando".

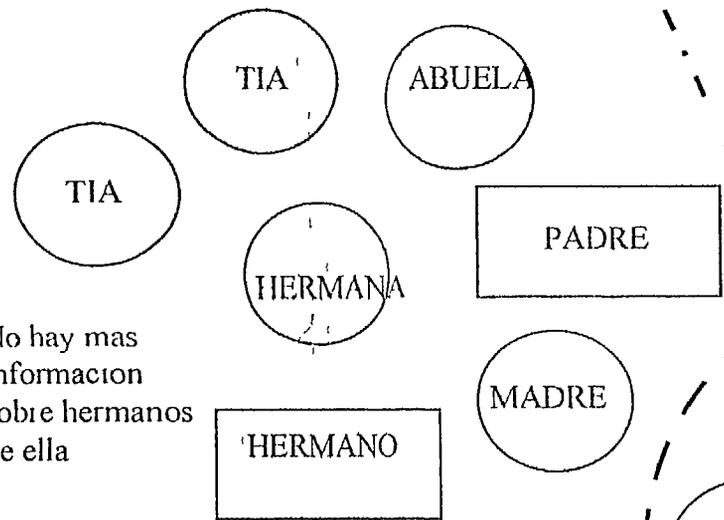
El joven marido había querido llevarla hasta un hospital o centro de salud para el parto porque "casi nosotros somos ya no somos experimentados". Esta consciente de una pérdida de conocimiento cultural importante para los partos. Él sugiere que fue la madre de Delia la que más contundentemente se opuso a que el marido la llevara a Avacucho. Por ese motivo, el verno le culpa a ella por la muerte de su hija.

La obstetrix-supervisora de [REDACTED] piensa que hubo desidia tanto de los padres como del marido como hubo un error de la tecnica del P S El marido ha debido ponerse mas fuerte e insistir en llevar a Delia a un C S A falta de eso, la tecnica ha debido internarla bajo su cuidado en el P S de la comunidad a la primera llamada El informe oficial de la obstetrix a sus superiores del sistema de salud indica al final "Sus familiares nego dar informacion detallada del hecho ocurrido tratando de huir de su domicilio y ocultandose en si es negligencia de sus familiares especialmente de su esposo"

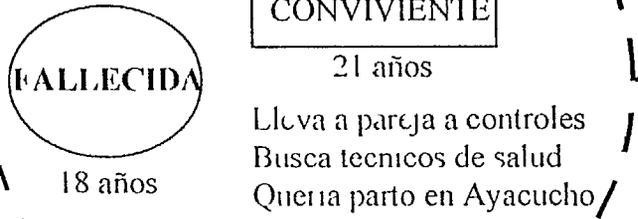
ANTES DE LA CRISIS
FAMILIA DE LA FALLECIDA

FAMILIA COMPARTIDA
NO DETERMINADA

FAMILIA DE LA PAREJA
DE LA FALLECIDA



No hay mas informacion sobre hermanos de ella



CONVIVIENTE
21 años

Lleva a pareja a controles
Busca tecnicos de salud
Queria parto en Ayacucho



No hay mayor informacion sobre que otros familiares de el estan en la comunidad Son de otra comunidad cercana



Controles pre-natales mensuales en C S y P S



TECNICO DEL P S

(Reconocido ayudante para partos)

AMIGOS VECINOS CONOCIDOS Y OTROS

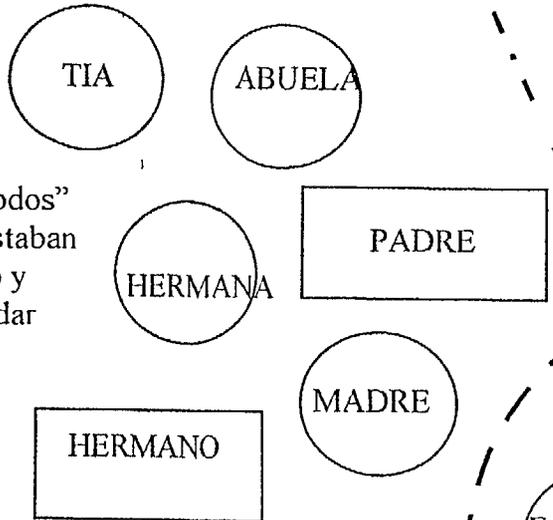
AGENCIAS DE OTRAS INSTITUCIONES

AGENCIAS DE SALUD

DURANTE LA CRISIS
FAMILIA DE LA FALLECIDA

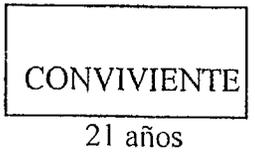
FAMILIA COMPARTIDA
NO DETERMINADA

FAMILIA DE LA PAREJA
DE LA FALLECIDA



Se habla que "todos" los familiares estaban ahí, correteando y tratando de ayudar

Participa en el club de madres



Los dos tecnicos estuvieron antes y despues de la muerte

AMIGOS VECINOS CONOCIDOS Y OIROS

AGENCIAS DE OTRAS INSTITUCIONES

AGENCIAS DE SALUD

123

2AV6

Provincia [REDACTED]

Distrito [REDACTED]

Localidad [REDACTED]

Lugar de fallecimiento Su casa paterna, pueblo de [REDACTED]

Fecha agosto [REDACTED]

Edad 25-26 años

Causa de muerte Septicemia puerperal post parto por restos de membranas (el medico del centro de salud de Vilcashuaman hizo necropsia) Muerte 1-2 semanas despues del parto

Entrevistados 5 (hermana Luisa, hermana Celsa, tia [REDACTED] Entrevista grupal a mujeres del club de madres de [REDACTED] Enfermera coordinadora de normas y programas de la micro cabeza de red de [REDACTED] encargada de la comunidad de [REDACTED]

I -Narracion del hecho

Antecedentes y situacion de la madre

Julia era una mujer soltera que vivia en las alturas de [REDACTED] con una hermana menor (Felicita) Las dos cuidaban el ganado de la familia Formaban una unidad domestica con el padre de las dos El se quedaba en la casa familiar en el pueblo de [REDACTED] pero las dos hermanas estaban casi todo el tiempo en la puna, en una estancia Julia tenia dos hermanas mujeres y un hermano, que vive en Lima Su hermana Felicita es madre soltera Luisa, la mayor, es casada, vive aparte y tiene 5 hijos Todas quedaron huérfanas de madre hace unos 7-8 años

Julia tenia una pareja inestable que no era aprobado por su familia Era un joven pobre, con poco ganado, y la familia de ella no la queria como su marido "Solo tiene su trabajito ese hombre" La hermana Luisa echa la culpa del embarazo a la actividad del pastoreo (el desplazarse sola por la puna) "Su retraso lo consiguio tambien por estar detras del ganado" Julia se habria encontrado con el enamorado en estos desplazamientos Sobre el la hermana Luisa comenta solamente que "vive lejos, es nuestro paisano" y "es un hombre que toma mucho" La tia dice que es un "pobre hombre" pero que la madre de el habia pedido la mano de Julia varios meses atras y se habia dicho que despues del nacimiento se casarian

El embarazo lo llevo practicamente oculto de todos Tenia verguenza porque era madre soltera La hermana mayor, Luisa, se entero cuando una vecina vio a Julia cuando va se notaba la barriga Luisa "no podia ir a verla" Mando a su hija a la estancia para acompañarla y averiguar como estaba La hija informo que "mi tia Julia no esta bien, anda mal nomas" Luisa le aconsejaba que se hiciera ver "en el hospital" o por una partera ("hazte zahumar, hazte sacudir te va a dar el aire") Sin embargo Luisa no se lleva bien con el padre ("mi papa es de mal caracter, yo vivo aparte, separada no me acerco mucho") y se mantuvo lejos de todo el proceso

Julia fue captada por primera por el puesto de salud cuando tenia 28 semanas de embarazo, a mediados de marzo de [REDACTED] Parece que eso fue en una campaña de visitas domiciliarias y que se le capto en la estancia Otros informes dicen que la tia la llevo al puesto Se le hizo un control y se le dio una primera dosis de vacuna antitetanica Ademias recibio unas pastillas" que segun la hermana Luisa ella tomo de acuerdo a las indicaciones que le daban Segun el control todo iba bien en el embarazo Los del puesto de salud la llevaron a un centro de salud donde habian obstetrices y alli se constato que el bebe tenia latidos normales

Proceso de crisis

Julia tuvo las primeras señales del parto estando arriba en la estancia Bajo al pueblo a su casa, al lado de la casa de sus tias y sus primas Las familiares creen que la caminata hizo apurar el parto La tia Victoria quedo principalmente responsable de ella "Las tias" o la tia Victoria atendieron el parto junto con una partera Sin embargo, la tia niega haber estado muy cerca, incluso haber estado en el parto

Segun la tia, tenian intenciones de llevarla a la posta pero no hubo tiempo "Ya no puedo aguantar", dijo Julia "Por eso seria que alumbro rapido sin partera ni nada" La hermana menor Celsa/Felicita dice que un partero le acomodo pero no se quedo porque penso que no seria todavia el parto Celsa dice que "las tias" y "las primas" que viven alrededor de la casa de la familia en [REDACTED] efectivamente atendieron el parto y que ellas saben hacerlo porque han tenido sus propios hijos

El parto salio bien, la placenta nacio sin problema Solo la hermana Celsa/Felicita dice que tuvo un desgarro vaginal

La hermana Luisa bajo de la puna tan pronto tuvo la noticia y estuvo acompañando a Julia durante un dia, hasta el anochecer

Despues del parto Julia permanecio en la casa en [REDACTED], al parecer sin mayores obligaciones de trabajo Estaba haciendo su descanso Su hermana Celsa/Felicita y la futura suegra la estaban atendiendo La muerte la sorprendio en cama Dice la tia, "Se hincho, tenia dolor de cabeza, su barriga le sonaba como borbotones, le dio como diarrea y ya no se levanto" Se habia desmayado Hicieron llamar de la casa de ella y la tia se persono En la muerte misma, solo estuvo con ella la hermana

Por lo menos una vez en este proceso —durante el parto o despues—vinieron el personal del puesto de salud de [REDACTED] y trataron de ver a Julia Las familiares los rechazaron Antes de la muerte, la hermana que estuvo presente Celsa/Felicita dice que pensaron en llevarla al puesto pero que Julia dijo "Si me quieren llevar a la posta, de una vez mejor matenme" Tenia miedo de ir, que le iban a poner una inyeccion que le chocaria porque "estaba tomada por la tierra" y eso entra en conflicto con la inyeccion

Proceso post muerte

"La hemos enterrado muy bien" dice la hermana Luisa "La llevaron en carro" Asistieron los familiares y los vecinos y se le entero en el panteon de la familia en el pueblo Estuvo presente y lloro el papa de la criatura La familia de ella afronto todo el gasto del velorio y el entierro (aparte de lo que traen los vecinos y familiares) ya que el novio no tiene nada

Luisa, la hermana mayor, se ha quedado a cargo de la hijita que nacio La hermana Felicita era de la idea de regalarla a cualquiera El padre al parecer no ha hecho esfuerzos por reclamar a su hija De vez en cuando hace llegar alguna cosita, ropita, azucar Luisa le tiene mucha colera porque no le avuda como ella piensa que deberia Se encontraron en una senda el otro dia y ella le pego duro con la mano El se escapo *No me ayuda ni en la chacra ni tampoco me da siquiera jabon Se ha olvidado del todo y anda ocupado en tomar Un muchacho con fuerza estara ganando pues Con eso podria darme una u otra cosa Uno o dos dias me ayudaria siquiera me alcanzaria Asi quisiera que sea*

IV -Sobre causas y justificacion

Algunas entrevistadas hacen una elaboracion alrededor del huamani de la puna que lleva a la gente Hay que pagarle para evitarlo "Gana" a las jovenes solteras cuando estan durmiendo

Julia no conversaba mucho Es vergonzosa desde chiquita y siempre se tapaba Se dice que este tipo de personas se mueren Dice la hermana menor *Cuando se le conversaba se agachaba No conversaba con ganas Desde pequeña era asi Dicen que cuando son asi es porque se van a morir Mi mama la queria mucho por eso se la habra llevado*

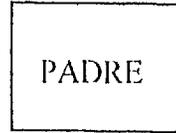
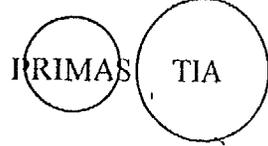
La hermana menor dice que fue 'por culpa de ese indio (el novio) ' En otro momento ella lo tilda de ser 'cocalero' "No tenia por que morir"

ANTES DE LA CRISIS

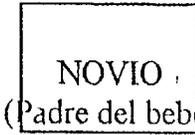
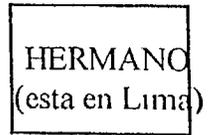
FAMILIA DEFAMILIARICIDA

FAMILIA COMPARTIDA
NO DETERMINADA

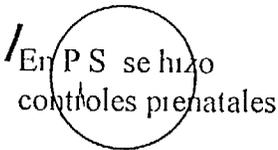
FAMILIA DE LA PARIJA
DEFAMILIARICIDA



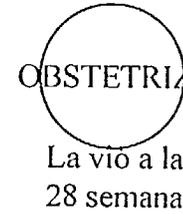
Jefe de familia
Casa en el pueblo
y en la estancia
Viudo



Muerte ocurrio
10 - 15 dias despues
de dar a luz



Participaba en el
club de madres



AMIGOS VECINOS, CONOCIDOS Y OTROS

AGENCIAS DE OTRAS INSTITUCIONES

AGENCIAS DE SALUD

176

DURANTE LA CRISIS

2AV6G2

FAMILIA DE LA PATIENCIA

FAMILIA COMPARTIDA
NO DETERMINADA

FAMILIA DE LA PAREJA
DE LA PATIENCIA

FUTURA
SUEGRA

HERMANAS
TIA

HERMANA
MAYOR

FALLECIDA
25 años

HERMANA

NOVIO
(Padre del bebe)

PARTERO

La acomodo
momentos antes

MEDICO DEL
C S

La examino y dio
certificado de muerte

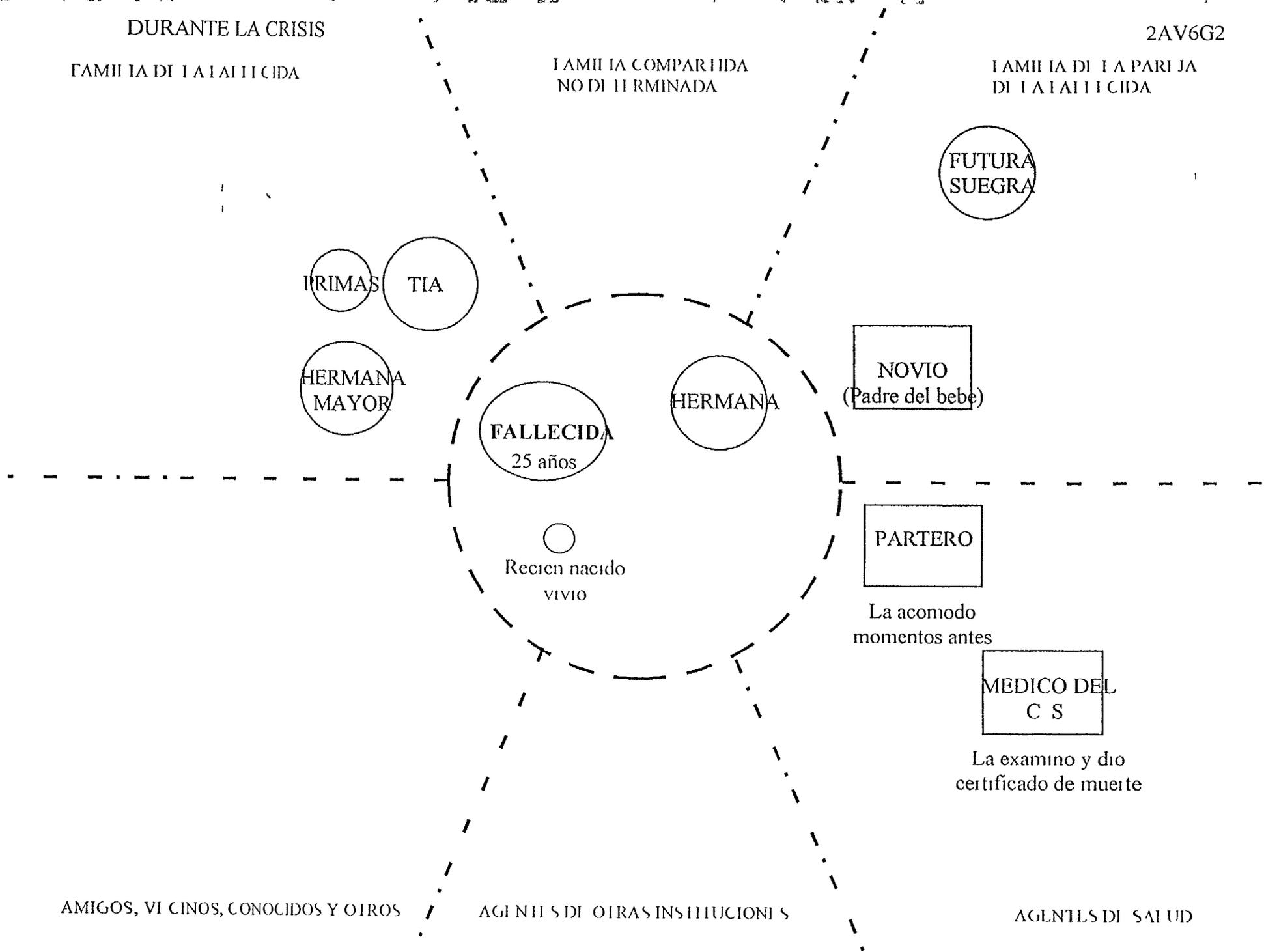
Recien nacido
VIVIO

AMIGOS, VICINOS, CONOCIDOS Y OTROS

AGENCIAS DE OTRAS INSTITUCIONES

AGENTES DE SALUD

127



3AV3

Provincia [REDACTED]
Distrito [REDACTED] ?
Localidad [REDACTED]
Lugar de fallecimiento
Fecha 16 octubre [REDACTED]
Edad 18 años
Causa de la muerte pre eclampsia

Entrevistados 3
(suegra, cuñada, partera)

I - Narracion del hecho

Antecedentes y situacion de la madre

El [REDACTED] queda a una hora en vehiculo de [REDACTED]. Las casas se ubican en la ladera de un cerro, son de adobe con techo de paja o de teja

Convivia con su marido. Tenia un niño de tres años. Era hija mayor y ayudaba a su familia (la madre fue abandonada por el padre, tenia un hermano menor). Tenia buen caracter, no era enfermiza.

Marianela se llevaba bien con su marido, atendia en la tienda de ambos. El le regañaba algunas veces por dar fiado.

No tuvo problemas en su primer embarazo. Estaba contenta con el segundo, todos sabian que estaba encinta. Se cuidaba con ampollas. No fue a ningun control pero una partera acomodo al bebe dos veces.

Proceso de crisis

A las tres de la tarde estaba bien (jaque), cocinaba en casa de manera normal pero a las cuatro le sobrevino un dolor de estomago y de cabeza, acompañados de sudoracion. El esposo y la suegra le atiende pensando que tenia chucaque, le dan pisco y agua con sal, agua azucarada con limon y la frotan con huevo. Luego la tratan contra el maligno, frotandola y dandole agua de azahar. Marianela se queda dormida, pero luego le regresan los dolores de barriga y espalda.

A eso de las seis y media le vienen convulsiones se mordia la lengua. El esposo decide llevarla a atender y busca un taxista para llevarla al hospital de [REDACTED], "en ese momento se daba mas o menos vuelta, paso una media hora y empezo a convulsionar, convulsiono y bueno nosotros practicamente en la chacra, a veces decimos maligno, a veces cuando sale tarde (ella) es natural por nosotros, es que vemos eso, entonces de ver que no le pasa le he frotado para el maligno, agarre me fui a traer una movilidad para ser conducida alla al hospital. 3AV3EN4. A sugerencia del taxista le ponen un pañuelo en la boca para que no se muerda la lengua.

En el hospital, es recibida por un medico asistente quien le induce el parto. Le sacan una ecografia y le administran sangre (donada por el esposo) y ampollas fuertes. Los medicos consiguen detener las convulsiones. Diagnostican que el bebe estaba muerto hacia tres dias, cerca de las tres de la mañana tuvo un parto normal, dio a luz un niño muerto. "asi que asi llegamos al hospital, ahi mismo le pusieron la ampolla y dieron la receta a que vayan a comprar y nos dijo el doctor que hace tres dias, que hace tres dias que ha muerto la bebe" 3AV3EN1

Marianela seguia mal, no podia ver. El doctor insulta a los parientes por no haberla atendido antes. Le dan baños vaginales, pero no mejora. Marianela estaba aislada, dicen que

gritaba desesperada El medico diagnostica un problema renal, aconseja entonces derivarla a Trujillo, "en eso que lo llevaban a dar un baño vaginal, volvio mi paciente mas grave, o sea porque ella estaba en reaccion y me dijo vamos a hacer un baño vaginal, lo llevaron a la sala donde hacen baño vaginal y volvio y enferma mas inconsciente, o sea de lo que estaba un poco recuperada, y entonces en ese sentido ya cuando volvio mi enfermo mas grave me dijeron que sea conducido a Trujillo" 3AV3EN4 El personal de salud dice por lo bajo que la paciente va a fallecer, que no hay que ocuparse de ella, que ya no gasten mas El esposo dice que ya no tenia dinero, que ya habia gastado el que tenia.

Marianela cae inconsciente, le ponen sangre y suero Todo ocurre entre el viernes en la tarde y el sabado por la mañana, cuando entierra a la niña que nacio muerta El martes al mediodia la trasladan a la casa. Ahí intentaron de nuevo sanarla utilizando medicina tradicional, la llevaron a un curioso para que le cure contra el maligno Los cuñados dicen de esperar un dia para ver que reaccion tiene, dicen que prestarian plata para llevarla a Trujillo Marianela muere a las once de la mañana del miercoles, roncaba, pedia que cuiden a su hijo

Proceso post muerte

Sus parientes la lavaron y amortajaron, la velaron en casa tres noches y luego la enterraron en el cementerio [REDACTED] Al velorio asistio bastante gente Los familiares de Marianela, su madre, tias y tios, apoyaron Al entierro asistieron como doscientas personas El esposo asegura haber cubierto todos los gastos

Pocos meses despues el esposo tenia una nueva esposa, quien rapidamente quedo embarazada

IV - Sobre causas y justificacion

La familia del esposo dice que Marianela murio intoxicada "los medicos la han matado" No creen que haya sido solo derrame ni que le haya atacado el embarazo como dicen los medicos, "Pero, como que la agarraron y lo llevaron al Hospital y ahí dicen que lo hicieron nacer a la criatura a malas, mejor dicho, a malas Sabe que todavia no era su cuenta A ultima hora tenia que morirse la criatura, despues que lo hicieron nacer a la criatura a puro ampollas Dicen que le pusieron sangre, suero a ella, todo y medicinas ahí le atacaban todo Con la medicina la intoxicaron y murio intoxicada. Ella no murio por falta de remedio sino por intoxicamiento Si digame Usted, una mujer que da a luz no tienen porque ponerle sangre o ampollas fuertes" 3AV3EN2

Por su parte, el esposo dice que si desde el comienzo le decian que debia llevarla a Trujillo lo habria hecho Pero que luego, tras todo el gasto hecho ya no le era posible "Le dire que si si en el hospital me hubiesen dicho que llevalo luego nomas (a Trujillo), el primer dia que lo hice llegar o al otro llevarlo, pero no ellos me dijeron aca si lo curamos no hay problema ya, entonces yo me sentia seguro, yo hacia los gastos por allí ¿no? al pie, con la medicina" 3AV3EN4

Marianela habia soñado con flores blancas, que dicen significan traicion "todavia me conto de su sueño que habia tenido Me dice señora le he soñado a mi abuelita que me entregaba un ramo de flores blancas blanquitas, que lindo el ramo de flores y despues hay! he visto un gato por mi vuelta, un gatito chiquito por mi vuelta, que se arrimaba y me hacia cariño Y yo le digo ay! hijita!, es el diablo le dije yo Ya por ahí, sera malo o que es, si pues me dice he soñado eso despues me dijo Tambien le dije es traicion, ha veces no vayas a descuidar, como tenia su tiendita, ahí de todo, lo digo no vayas a descuidar, no lo dejes abierta a la hora que entras a cocinar, lo cierras, el Evaristo te va a tratar o te da tu manazo, a veces roban y el te esta pegando le dije No doña Lidia me dijo ya voy a cerrar cada vez que voy a cocinar" 3AV3EN1

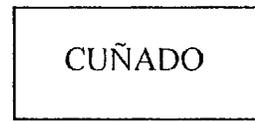
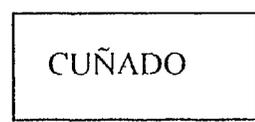
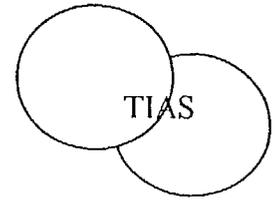
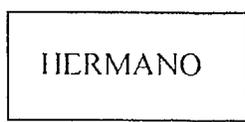
ANILS DE LA CRISIS
FAMILIA DE LA FALLECIDA

FAMILIA COMPARTIDA
NO DEFINIDA

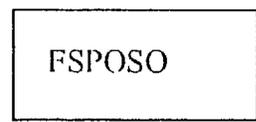
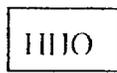
FAMILIA DE LA PAREJA
DE LA FALLECIDA



La Insiada



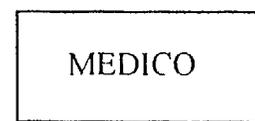
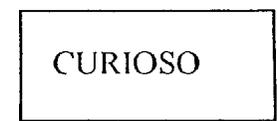
Apoyaba a madre y hermano



Lenta tienda



Acomoda bebe dos veces



AMIGOS VECINOS, CONOCIDOS Y OTROS

AGENCIAS DE OTRAS INSTITUCIONES

AGENCIAS DE SALUD

1301

DURANTE LA CRISIS
FAMILIA DEFAMILIARICIDA

FAMILIA COMPARTIDA
NO DETERMINADA

FAMILIA DE LA PARIJA
DEFAMILIARICIDA

MADRE

HERMANO

TIAS

CUÑADO

Ofrecen dinero para llevarla
a Trujillo
Recomiendan esperar

CUÑADO

FALLEICDA

SUEGRA

Atiende contra chucaque
y maligno

Da a luz niña muerta

ESPOSO

HIJO

PARTERA

CURIOSO

La atiende contra el maligno

La lleva a Huamachuco
No puede llevarla a Trujillo
La regresa a casa
Adquiere nuevo compromiso

TAXISTA

Sugiere ponerle trapo en la boca

MEDICO

Induce el parto
Recrimina a parientes
Sugiere derivarla a Trujillo

ENFERMERAS

Dicen que la
paciente muerta

AMIGOS VECINOS CONOCIDOS Y OTROS

AGENCIAS DE OTRAS INSTITUCIONES

AGENCIAS DE LA SALUD

157

3AV4

Provincia [REDACTED]

Distrito [REDACTED]

Localidad 2 de mayo -

Lugar de fallecimiento su casa

Fecha 24 de agosto 1997

Edad 32 años

Causa de la muerte Retencion de placenta Este fue el diagnostico del medico del P S de [REDACTED] que la examino al dia siguiente (mediodia del lunes)

Entrevistados 3 (padre, partera que la atendio, hermano menor de 26 años que vive con el padre en otro caserío) La documentacion es algo pobre y confusa

1 -Narracion del hecho

Antecedentes v situacion de la madre

La señora había tenido 6 hijos (con el recién nacido) en 9 años de unión con su conviviente Comenzaron a convivir cuando ella tenía 23 años Los hijos venían prácticamente cada año Habían dos antecedentes de partos (los primeros) donde hubo dificultad para expulsar la placenta La tenían que llevar a [REDACTED] En este último embarazo, la señora tuvo por lo menos un control prenatal en el P S de [REDACTED] Según el hermano, ella iba "siempre" al P S de [REDACTED] La primera opción de la pareja para la atención del parto era llamar al médico o a las enfermeras del puesto de salud más cercano, el de [REDACTED] La pareja no usaba ningún método de planificación familiar

La señora Esmilda hizo dos consultas con la partera, a los 4 meses y 6 meses de embarazo, se trata de la misma partera María que terminó ayudándole en el parto, quien es además vecina y amiga de la familia, especialmente de la finada madre de Esmilda En una ocasión se trataba de aprovechar la oportunidad que la partera estaba pasando por ahí, por la casa de Esmilda donde ella estaba afuera lavando Le pidió que le acomodara al bebé Esmilda le recompensó con "algunos maicitos"

A los 6 meses Esmilda se quejaba de mucho dolor que le dolía mucho la barriga y tenía dificultades para caminar Ella sospechaba que podían ser dos niños La partera detectó que efectivamente habían lo que ella creía eran dos fetos, gemelos Sin embargo no le dijo eso a la señora Esmilda "por no acabarla la vida" Al contrario, le aseguraba que era solo uno

Esmilda era la segunda de 7 hermanos, la primera mujer Su vida parece una de entrega a los demás Su rutina de trabajo era atender la casa, llevar el almuerzo a su marido en el campo, atender a sus hijos escolares, trabajar en la chacra y la crianza de animales en el patio de la casa, y visitar al padre cada domingo y a veces entre semana Todo se hacía caminando Antes del parto ella estaba apurada para cosechar, trillar y secar su trigo para que no se desperdiciara Estaba trabajando especialmente fuerte El día sábado, cuando se comenzó a poner mal, se había ido a [REDACTED], a una hora de caminata

Resulta importante el hecho que la madre de Esmilda había muerto solo 3 meses antes Esmilda estaba haciendo su duelo y además comprendía perfectamente la precariedad de su situación enfrentando un parto posiblemente difícil sin el apoyo de su madre Esta había sido la que se encargaba de su hija en los anteriores partos avisando a la partera ayudándola dándole fuerzas atendiéndola con alimentos El marido no fue un sustituto suficiente y la señora lo sabía y lo presentía De hecho, él se iba a trabajar al campo y llegaba muy tarde

Proceso de crisis

La señora comenzó a sentirse mal en la tarde del sábado Pidió al marido que fuera a avisar a la partera María pero él le respondió que la buscaría al día siguiente cuando le tocaba hacer un viaje de compras a [REDACTED]

El día domingo se hizo claro que el parto se acercaba. El marido fue al puesto de salud de [redacted]. Aquí los informes varían. Uno lo tiene que el médico y las enfermeras se habían ido a [redacted]. La partera, en cambio, entendió por el marido que él no los había podido llamar porque el médico no estaba y las dos enfermeras se negaban a ir. Mas bien, ellas le indicaban al marido que debía traer a la señora Esmilda al puesto en una frazada. El marido volvió al P.S. tres veces. Mientras estaba en estos afanes, el cuñado lo vio pasar por el pueblo a las 4:00 P.M. aproximadamente.

Hubo que recurrir a la segunda opción, la partera María. Ella es una anciana de 74 años que había atendido a la señora Esmilda en tres ocasiones anteriores (partos sin complicaciones). Sin embargo, no era la opción preferida y la partera misma inicialmente se negó a ir, alegando que ya se había acostado y que había estado desde temprano atendiendo otro parto (de mellizas) por Julcan, seguido de su almuerzo. Aceptó ir solamente cuando el marido le aseguró que un amigo la llevaba en motocicleta. Ya eran las 9:00 P.M. Antes de salir del pueblo, la partera le hizo parar en una botica y se proveyó de "medicinas y las ampollas". El marido, a pie, regresó por su cuenta.

Cuando llegaron a la casa el bebé había nacido. Nació en la sala, en presencia del hermano mayor de Esmilda y la esposa de este. Ellos la condujeron al dormitorio y la acostaron en un catre, sin cortar el cordón umbilical. La partera calcula que la señora estuvo un cuarto de hora o media hora así antes de que la partera llegara. Ella inmediatamente se dispuso a cortar el cordón. Al hacerlo, comprobó que la señora estaba muy mal, con los pies y barriga muy fríos. Además, palpó que el otro bebé estaba todavía adentro, sin nacer. No se había expulsado la placenta y la partera pidió hilo fuerte para amarrar el cordón al pie. En eso llegó el marido. La partera le resonó por la tardanza y le dijo que no había nada más que hacer.

Cuando la señora estaba agonizando, el marido dijo "Voy a ver aquí donde mi primo, si tiene para llevarla a [redacted]". Eso le hubiera significado caminar unos minutos hasta [redacted] último punto donde entra la carretera, para de allí agarrar movilidad hasta [redacted]. Otra vez los informes varían. Los familiares de ella dicen que ella misma le respondió que no quería ir (o que no se fuera él para buscar) mientras que la partera insiste que, para eso, la señora estaba inconsciente y no hablaba. En todo caso el marido se ocupaba de ordenar las cosas de su esposa y no se iba.

Al poco rato se habla de que llegaron a la casa una hermana de Esmilda y una hermana del marido Simón. Eran, entonces, un grupito de 6-7 personas que la partera organizó para que limpiaran el cuarto (un lugar para preparar el cadáver y recibir a las visitas). Eso implicaba sacar afuera sacos de papa y muchos cachivaches que llenaban el piso. Se amanecieron en estos afanes. La partera mandó al hermano de Esmilda para que avisara a su papa y los otros familiares. Llegó el suegro y dos cuñadas, hermanas del esposo. La partera se retiró en la mañana de lunes y no asistió al entierro.

Proceso post muerte

Se demoró mucho para obtener un certificado de defunción porque ni el P.S. de [redacted] ni el de [redacted] quería extenderlo. El marido inició estos trámites temprano la mañana del lunes. Trajeron una capilla ardiente de [redacted] y el velorio duró varios días. Hubo asistencia de todo el pueblo al entierro (50 a 100 personas). El marido financió el entierro, gastando (según el hermano menor de Esmilda) unos S/ 1000. Los asistentes, en la medida de sus posibilidades, colaboraban con una propina.

El bebé pasó al cuidado de una hermana de Esmilda que estaba lactando un hijo propio de un año. Sin embargo, ella tenía dificultades para sostener a los dos bebés y se comenta que el huerfanito estaba muy flaco. Los otros hijos están siendo criados por el padre.

IV - Sobre causas y justificación

Oficialmente la muerte fue por retención de placenta, de acuerdo al examen post mortem realizado por el médico del P.S. [redacted]. La partera indica que no hubo hemorragia (no vio signos de eso). Ella cree que algún daño le ocurrió a la señora cuando el hermano y cuñada la movieron de la sala.

al dormitorio luego de que habia dado a luz Dice que ellos no sabian los riesgos de hacer eso v le pueden haber manipulado de una forma indebida

ANTES DE LA CRISIS

3AV4G1

FAMILIA DE LA FALLECIDA

FAMILIA COMPARTIDA
NO DETERMINADA

FAMILIA DE LA PARIJA
DE LA FALLECIDA

En total son 7 hermanos y
hermanas, 4 de ellos casados,
3 solteros. Algunos de los casados
viven lejos (Otuzco, Trujillo)

MADRE
Fallecida 3
meses antes
de parto

CUÑADA

Viven cerca

PADRE
Vive en otro
caserio a 1 hora
de camino, con 3
hijos solteros

HERMANO
MAYOR =

CUÑADA

CUÑADO

ESPOSO

HIJOS

FALLECIDA

Mayor 9
años

PARTERA

74 años Figura
materna (amiga de
la madre y vecina)

CIUDADANOS
(fue presidenta)

135

AMIGOS VECINOS CONOCIDOS Y OTROS

AGENCIAS DE OTRAS INSTITUCIONES

AGENCIAS DE SALUD

DURANTE LA CRISIS

3AV4G2

FAMILIA DE LA ALLECIDA

FAMILIA COMPARTIDA
NO DIFERENCIADA

FAMILIA DE LA PARIJA
DE LA ALLECIDA

Aviso a padre y
atendieron el parto

HERMANO
MAYOR

= CUÑADA

Recien
nacido



Segundo
mellizo
no nacio

SUEGRO

CUÑADAS

Llegaron durante la noche
luego de la muerte

CUÑADA

Viven cerca

CUÑADO

136

6 HIJOS

ESPOSO

Mayor 9
años

FALLECIDA

DOCTOR DE
P S

Llego dia despues
para examinar y extender
certificado de defuncion

PARTERA

Llega cuando mujer
esta agonizando, para
cortar el cordon

AMIGOS VICINOS CONOCIDOS Y OTROS

AGENCIAS DE OTRAS INSTITUCIONES

AGENCIAS DE SALUD

3AV7

Provincia [REDACTED]

Distrito [REDACTED]

Localidad [REDACTED]

Lugar de fallecimiento

Fecha.

Edad 34 años (¿38?)

Causa de la muerte hemorragia puerperal

Entrevistados 4

(prima, amiga, amiga, hijo)

I - Narracion del hecho

Antecedentes y situacion de la madre

Porfilia estaba casada, tenia cuatro hijos (segun un informante, el mayor tendria 16, segun otro, solo 8) Al parecer, el marido bebia y la maltrataba (el hijo asegura que lo hacia antes, que ya no)

Porfilia habia quedado huérfana de joven, tuvo que hacerse cargo de sus hermanos. No tiene familia paterna cerca, sus parentes estan en la costa (en Lima y Chimbote). Era apreciada en la comunidad, aunque al parecer tenia diferencias con una señora.

Era su quinto embarazo. La atendia una partera, 'lo hacia zajar', nunca iba al hospital (segun el hijo, en los partos le atendia la "hermana", no queda claro si era en efecto hermana o era hija). Al parecer no llevaba bien el embarazo, tenia fiebre y le dolia la cabeza, la llevaron al hospital y ahí le recetaron pastillas. En casa tambien le preparaban un remedio, al parecer algun brebaje (de "ramas")

Proceso de crisis

Cuando le llegaron los dolores de parto, al parecer se puso mal, el esposo decide llevarla al hospital. La bajaron en caballo (¿al caserío?), ahí el esposo se fue a buscar un carro para transportarla a [REDACTED]

El parto se aceleró y dio a luz afuera de una casa en el camino, antes de que llegara el vehículo. La atendió la partera que le estaba acompañando.

'Doña Cupertina ayo presteme aqui su camita, se va a echar ya lo agarro su dolor y apenas llego bajo de la piedra (señala una piedra grande que se ubica delante de su casa) se sento. Y de poco ratito, le agarro su dolor. sentao dio a luz rapianto dio a luz sentao nomas' 3AVTEN2

La madre de la dueña de la casa amarró la placenta en la pierna a la altura de la rodilla, para que no cuelgue abajo. La hija de la señora (la dueña de la casa?), seco al bebé. Cuando la criatura habia nacido, apareció el marido con el carro. Como aun no salía la placenta, la partera le recetó vino, chufío y mazamorra, cuatro horas despues, no bajaba. El marido decide entonces llevarse de vuelta a su señora, dicen que no queria que votara la placenta en casa ajena. La dueña de la casa dijo que podia quedarse y la partera insistió que se quede al menos hasta el día siguiente, pero el marido no escucho razones, *"Mas tarde se la llevo cuesta arriba despues se le caeria su placenta"* 3AVTEN2

Porfilia regreso a su casa caminando, casi no podia subir la cuesta, el marido no le ayudaba. *"dicen que con el dolor no podia subir la cuesta, claro le dolia su cintura. Dice que de noche llegaron arriba a su casa. El por delante caminaba y ella por atras, no le ayudaba. El solito caminaba, ella andando"* 3AVTEN2. Al parecer bota la placenta en el camino. *"a la placenta lo han visto en el camino de aca abajo, dicen que lo hallaron y los perros lo comieron"* 3AVTEN2

Cuando llego le dolia el cuerpo, tomo algunos remedios Poco despues, llego la partera a casa de la señora, para lavar el pellejo donde Porfilia dio a luz

En su casa, Porfilia estaba mal Tenia fiebre e infeccion, le dolia la barriga Murió cerca de un mes despues de dar a luz No se sabe bien porque causa, suponen que por hemorragia. *"Ya varios dias dice que estaba mal Dice que le dolia su cintura, barriga y dizque ya no aguantaba echao, dice "Con hemorragia creo que a muerto, porque dizque le dolia mucho su barriga, claro mientras que caiga su placenta, le llevaron a cuestras" 3AV7EN2*

Proceso post muerte

Velaron a Porfilia durante tres noches Llamaron a su familia, pero no fue nadie Bastante gente asistio al entierro

El bebe es cuidado por la suegra El marido ya tiene otra mujer, ella atiende a los otros hijos Los niños van a la escuela de Sihuas *"ahora vive con una señora. El dijo si muere mi mujer voy a traer otra mujer mas muchacha" 3AV7EN2* La nueva mujer tiene una hija, no se especifica si es con el ex-marido

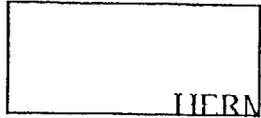
IV - Sobre causas y justificacion

Aunque no hay informacion suficiente En los testimonios, se responsabiliza al marido Tanto por maltratarla como, por sobre todo, por no dejarla descansar luego de dar a luz

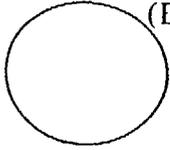
FAMILIA DE LA FALLECIDA

FAMILIA COMPARTIDA
NO DETERMINADA

FAMILIA DE LA PAREJA
DE LA FALLECIDA



HERMANOS
(En Lima y Chimbote)



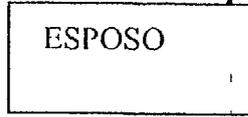
PRIMA Y
VECINA



AMIGA



FALLECIDA
No lleva bien
embarazo



ESOSO

La llevo al hospital
Le atiende en casa
Llevarla para dar a luz



SUEGRA



NUEVA
ESOSA



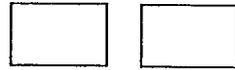
HIJA DE
LA DUEÑA



DUEÑA DE
CASA



MADRE DE
DUEÑA

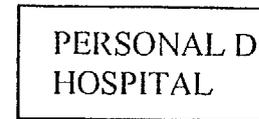


HIJOS



PARTERA

Atendia embarazo



PERSONAL DE
HOSPITAL

Le recetan pastillas

AMIGOS VECINOS CONOCIDOS Y OTROS

AGENCIAS DE OTRAS INSTITUCIONES

AGENCIAS DE SALUD

139

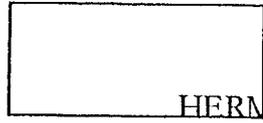
DURANTE LA CRISIS

3AV7G2

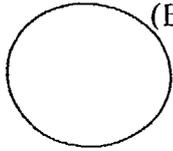
FAMILIA DE LA FALLECIDA

FAMILIA COMPARTIDA
NO DIFERENCIADA

FAMILIA DE LA PAREJA
DE LA FALLECIDA



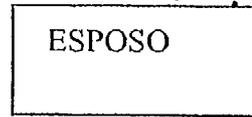
HERMANOS
(En Lima y Chimbote)



Cuida a hijos



NUFVA
ESPOSA



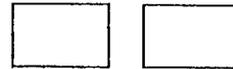
ESPOSO

Buscar carro
Hacerla regresar
Cuidarla en casa?
Adquiere nuevo compromiso



PORFILIA

Se adelanta
el parto
Regresa caminando

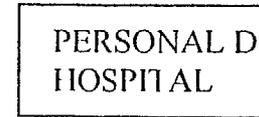


HIJOS



Atendio parto
Recetar para hacer salir placenta
Pide descansa Porfilia
Lavar pellejos

PARTERA



PERSONAL DE
HOSPITAL



DUEÑA DE
CASA

Ofrece hospedaje



MADRE DE
DUEÑA

Amarra placenta



HIJA DE
LA DUEÑA

Seca al bebe

AMIGOS, VECINOS, CONOCIDOS Y OTROS

AGENCIAS DE OTRAS INSTITUCIONES

AGENCIAS DE SALUD

140

4AV5

Provincia [REDACTED]

Casario [REDACTED]

Lugar de fallecimiento su casa

Fecha [REDACTED]

Edad 42 años

Causa de la muerte Hemorragia galopante luego del parto

Entrevistados 6 (madre, padre, esposo, sobrina, cuñado y vecina)

I - Narracion del hecho

Antecedentes y situacion de la madre

La señora Lola estaba unida en una segunda (tercera, segun algunos) union Habia tenido 4 hijos con su primer marido y, incluyendo el recién nacido, 2 con el actual Con el actual marido habia vivido cuatro años Algunos informantes refieren que la pareja tenia muchos conflictos y que el la pegaba cuando bebía (no era "en serio", dice la madre de ella) Sin embargo, otros dicen que se llevaban bien El marido sugiere que, como pariente lejano suyo, el sentia una responsabilidad para ampararla y establecerse como una figura paterna en el hogar El habia estado unido anteriormente con una prima de Lola y dos de los hijos de este primer matrimonio suyo viven en Tarapoto En general, hay multiples lazos de parentesco entre casi todos los actores centrales de esta historia Ambas de las parejas de Lola compartian con ella tios lejanos y figuras de este tipo

Lola vivia en una comunidad "cara a cara" de unos 600 habitantes La economia del lugar es agropecuaria La señora Lola criaba animales de corral, trabajaba en su chacra y se ocupaba en atender a su familia y casa Ademas tenia cierta actividad como curandera, aunque parece que muchas de las mujeres del lugar conocen de hierbas y comparten sus conocimientos y servicios con los demas como una funcion natural de su rol La familia de ella son "creyentes", es decir, evangelicos (pentecostales) Cuando Lola quedo viuda del primer marido, la comunidad le construyo una casa, que es donde ella vivia y, finalmente, moria

En el momento del parto Lola estaba en medio de un drama y disgusto con el hijo mayor, quien habia "robado" la hija (menor de edad) de una familia de colonos serranos del distrito La familia de ella habia venido a reclamar y a llevarse a la fuerza pero ella nuevamente se escapo y volvio con el muchacho La segunda vez vino el cuñado de ella y echo una suerte de maldicion, diciendo que si ella no volvia, tendria que morir la sra Lola en una suerte de recompensa Habia cierta tension por ese motivo

[REDACTED] comparte los servicios de un promotor de salud que reside en el caserio vecino, [REDACTED] Deberia haber un botiquin comunal y desde la muerte de Lola se ha puesto en funcionamiento, pero en ese momento no estaba funcionando debido a conflictos entre autoridades

Uno o mas de los primeros hijos de Lola nacio en un centro de salud por [REDACTED] donde ella vivia con el primer marido Sin embargo, la señora Lola ahora no queria dar a luz en un establecimiento (1) porque tendria que dejar abandonados a sus otros hijos y la casa para ausentarse del hogar y (2) porque sentia que en el centro no se atiende a la mujer sino en el ratito mismo del parto y el resto del tiempo queda botada (3) porque la plata es siempre escasa y (4) porque queria que su madre estuviera con ella

Lola tuvo controles prenatales en este embarazo y se le habia advertido que su parto era de riesgo Ella iba mensualmente al [REDACTED] y se habia decidido a hacer la ligadura de trompas despues de dar a luz Se habla que Lola se quejaba que el cuerpo le dolia por el embarazo El personal del C S le obligo a firmar un papel eximiendoles de responsabilidad cuando ella insistio en tener el parto en casa En realidad, Lola tenia contactos estrechos y bastante continuos con los establecimientos de salud de la zona

porque sus hijos recibían ciertos beneficios (¿alimentos? ¿medicinas?) en tanto huérfanos (la tía refiere a 'purgantes') El [redacted] esta a una hora de caminata de [redacted]

Proceso de crisis

El parto se inicio a las 5 00 P M del día sábado Lola había hecho algún tiempo trabajando en su chacra ese mismo día Para eso, el marido junto con prácticamente todos los hombres de la comunidad, salvo viejos y minusválidos, se había ido en una expedición de unos 5 días como cargadores contratados por una empresa que paso por ahí buscando mano de obra para transportar viveres y material a un punto en la selva El marido dudo mucho antes de ir, porque sabía que el parto era cercano, pero finalmente acepto la chamba, animado por su cuñado y porque estaban aburridos de no tener plata, "ni para jabón" La circunstancia de esta contratación significo que en el momento de la crisis no había hombre en la comunidad que estuviera en condiciones de movilizarse rápidamente a cualquier otra parte

A las 4 00 A M se produce el alumbramiento La señora Lola era atendida por su madre y por una tía-vecina Emerita La madre indica que antes de eso comenzo a perder liquido "Cuatro días faltando se derramo el agua de su vientre Primero se derramo el agua, despues a la otra semana recién tuvo su hijo" La madre había tenido la misma experiencia en sus doce partos, de modo que no le llamo la atención

El parto fue normal y nacio una bebita sana Rápidamente nacio la placenta pero vino con una gran cantidad de sangre (La madre dice que la placenta estaba "como hinchado, renegrido adentro") La madre-partera se alarmo porque normalmente debe venir algo de sangre pero la caída debe parar pronto Aquí, en cuestion de 5 a 15 minutos, se produjo la muerte por hemorragia Las dos mujeres trataron de darle un remedio casero para frenar la hemorragia, cocinando hoja de algodón La vecina se refiere a otros vegetales que usaban para sobarle Pero se le cerro la boca a Lola, no podía hablar, y solamente le agarro de la mano a su madre y expiro

A la primera señal que algo iba mal, la madre mando a su esposo al C S de [redacted] para comprar un remedio contra la hemorragia Siendo cojo, con reumatismo en una rodilla, no podía correr No hubo carretera (desde entonces se ha abierto) y no hubo ninguna alternativa de movilidad en el caserío Por mala suerte, cuando el padre salio, tampoco pudo agarrar ni hallar su caballo Pidió que le alcanzaran con el caballo Previamente tenía que prestarse S/ 50 00 para poder hacer la compra Cuando llego a [redacted] temprano el domingo en la mañana, busco a un conocido del C S para que le atendiera en emergencia, "con esa manera que tienen, demoraron en atender y peor aun siendo la hora y el día que era Conseguí la ampollita y volví a Pucacaca solo para encontrar que su hija ya estaba muerta

Proceso post muerte

El marido llego de la expedición de los cargadores en la tarde del domingo En la senda, se encontro con un primo que va sabía la noticia y que le indicaba que debía apurar el paso Entro al pueblo y "en la banda" un tío le informo del estado de las cosas Encontro a toda la comunidad en pleno velorio de su mujer en la casa de su hermana mayor Las mujeres de la comunidad la habían lavado y vestido

El marido recibio un pago de S/ 85 00 por su trabajo como cargador Todo eso lo aplico a los gastos del entierro de Lola Los padres y familiares de ella pusieron gallinas y un chancho El alcalde del distrito contribuyo con kerosene y un garrafón de aguardiente

Los hijos de Lola han quedado regados entre diversos parientes Dos estan con la hermana mayor Silvia uno-a esta con otra hermana, el padre dice que el tiene el primer hijo de Lola con su segundo marido pero el padre también reclama que este chiquito esta con el Como siguen vecinos y miembros de la misma pequeña comunidad (el marido hace hincapie en que los familiares de ella siguen tratandolo de "cuñado"), podría ser que el niño flota entre un hogar y otro

IV -Sobre causas y justificación

La tía, involucrada en la muerte de Lola, fue regalada a una señora de [redacted] en adopción. No había querido la lacte. Todos lo bien y dicen que esta bien

Hay en esta historia, en los relatos de varios de las personas cercanas, elementos de presagios, malos sueños que tuvo la señora Lola amenazas de brujería por parte de la familia de colonos, un murcielago y una paloma que inexplicablemente se meten en la casa de Lola en momentos criticos Sin embargo, lo contundente para todos es la hemorragia La madre insiste que nada la podia haber salvado debido a la rapidez con que perdia gran cantidad de sangre Todos hablan de los escasos minutos (15 es el maximo estimado) que demoro para morir

ANTES DE LA CRISIS

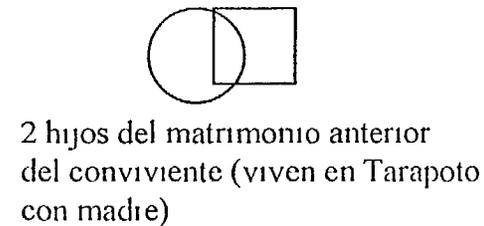
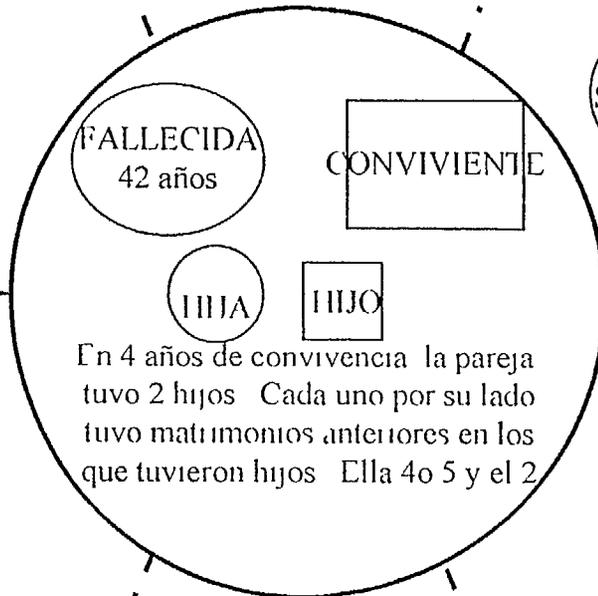
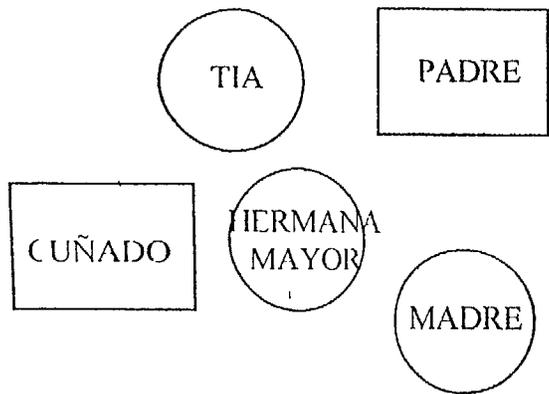
FAMILIA DE LA FALLECIDA

Por lo menos algunos de la familia son pentecostales

FAMILIA COMPARTIDA NO DEJERMINADA

4AV5G1

FAMILIA DE LA PAREJA DE LA FALLECIDA



En 4 años de convivencia la pareja tuvo 2 hijos. Cada uno por su lado tuvo matrimonios anteriores en los que tuvieron hijos. Ella 4o 5 y el 2

Iglesia pentecostal (no participaba mucho)

Pueblo le hizo una casa a la fallecida cuando ella quedo viuda del primer marido

AMIGOS VECINOS, CONOCIDOS Y OTROS

AGENCIAS DE OTRAS INSTITUCIONES

AGENCIAS DE SALUD

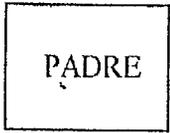
DURANTE LA CRISIS

4AV5G2

FAMILIA DE LA FALLECIDA

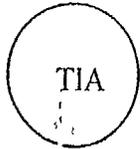
FAMILIA COMPARTIDA
NO DETERMINADA

FAMILIA DE LA PARIJA
DE LA FALLECIDA



Se fue a comprar medicina
a un lugar a 1 hora de distancia

Hubo cuñados y primos
que estuvieron presentes
durante la crisis

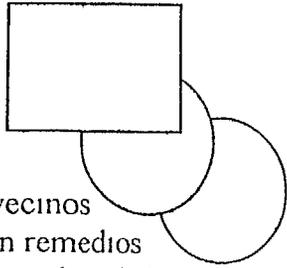


Las dos intentaron detener la hemorragia
con lo que tenían a mano

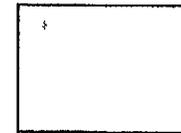
FALLECIDA
42 años

El conviviente no se encontraba
presente, se había ido por 5 días
a trabajar

Comunidad
tenía una posta
de salud que no
funcionaba



Varios vecinos
buscaban remedios
vegetales, y le sobaban
con mentol, timolína, alcanfor



Señor que vendió al padre
de la fallecida la inyección
en centro poblado más cercano
(1 hora de distancia caminando)

AMIGOS, VECINOS CONOCIDOS Y OTROS

AGENCIAS DE OTRAS INSTITUCIONES

AGENCIAS DE SALUD

145

SAVI

Provincia

Distrito

Localidad

Lugar de fallecimiento

Fecha

Edad 18 años

Causa de la muerte Shock septico por maniobra abortiva

Entrevistados 7

(Conviviente, profesora del C E donde la pareja tenia un cuarto como vivienda, directora del mismo C E especial, madre de Encarnacion, padre, suegra, y una amiga intima)

I - Narracion del hecho

Antecedentes y situacion de la madre

Encarnacion nacio en [redacted] y estudio en la ciudad hasta algun grado de la secundaria Sin embargo, la familia, que vive en un asentamiento humano en las afueras de la ciudad, tiene fuertes raices rurales El padre hace migraciones laborales, adentrandose en la selva durante 7-8 meses seguidos para trabajar en la madera Han habido epocas cuando toda la familia ha estado viajando por los rios en busca de trabajo La adaptacion a la ciudad parece incompleta o poco ortodoxa, puesto que hay varias referencias a las dos hermanas mayores de Encarnacion como mujeres "de la calle", que "no obedecen a los padres y que "se pierden" durante varios dias

Encarnacion tuvo un primer compromiso a los 14-15 años, producto del cual tenia una hija MIMI, nacida cuando la madre tenia 15 años Su primera pareja al parecer la abandono Al poco tiempo se junto con Jesus, su conviviente y protagonista del relato de la muerte Comenzaron a convivir cuando Encarnacion tenia 15 o 16 años Al parecer, la familia —las parientes mujeres (madre y hermanas) de Jesus, que son las unicas miembros de su familia que aparecen en el relato—nunca estuvo muy de acuerdo con esta union, en parte debido al antecedente de la anterior hija

La pareja comenzo su convivencia en la casa de los padres de ella pese a que su familia tampoco estaba muy entusiasmada con la eleccion de marido Es posible que estuvieran presentes en la casa en ese entonces solamente la madre de Encarnacion y una o mas de sus hermanas (no tiene hermanos varones) Tiempo despues la pareja y la hija del primer compromiso se trasladaron a vivir en la casa de la madre de Jesus Al poco tiempo mas tarde se van para ocupar un cuarto de 3 m X 3 m en el colegio, un aula que estaba sin uso Esta su vivienda familiar, la dividieron en ambientes, hacian uso de los servicios higienicos del colegio Jesus trabajaba en la limpieza del colegio y Encarnacion trabajaba atendiendo desayunos de los profesores en el kiosko del local Sin embargo, ella no se identificaba mavormente con ese trabajo y manejaba la mavor parte de su tiempo para atender a sus dos hijas y hacer visitas a su familia, su familia politica y sus amigas de epocas del colegio

La hija de Encarnacion y Jesus nacio cuando tenian aproximadamente un año de haber convivido Hay 1 5 años de diferencia de edad entre las dos hijas de Encarnacion Es decir, de un primer embarazo a los 14-15 años ella paso a tener un segundo embarazo a los 16-17 A los 17 18 se embarazo nuevamente con el hijo cuyo aborto fue causa de su muerte

Este caso es llamativo por la historia de uso relativamente intensivo de los servicios de salud que traian Encarnacion y Jesus Habia un puesto de salud en la esquina del colegio donde vivian y el trabajaba como conserje Ademas, era parte de la "cultura" del colegio el ir al servicio La directora de profesion asistente social fomentaba este patron y, al parecer, ella intervenia en aspectos bastante intimos de la vida de la pareja, dandoles consejos y procurando guiarles en sus decisiones La mejor amiga de Encarnacion habia hecho un curso como enfermera tecnica Mas aun el primer parto de Encarnacion fue hospitalario y posiblemente el segundo tambien En ese segundo embarazo, de su primera hija con Jesus, ella asistia a

controles prenatales al parecer mensuales en el puesto de salud que estaba a menos de una cuadra de su casa. Tanto el conviviente como la directora y algunas profesoras del colegio le alentaban a hacerlo. Jesus, por su parte, esta asegurado en el IPSS, al igual que algunos otros de los familiares de la pareja. Ambos padres de Encarnacion fueron insistentes con ella de que "se cuidara". El puesto de salud que ella tenia a la mano ofrece un programa de planificacion familiar y la implicancia es que ella efectivamente estaba asistiendo.

Evidentemente, Encarnacion, y posiblemente Jesus tambien (su rol como decisor en el aborto esta por aclarar) sentia que se le venian demasiados hijos, demasiado rapido. Cuando le confesaba a su amiga que estaba nuevamente embarazada, estando su ultima hija de 8 meses en ese momento, le decia que era demasiado pronto. Un factor adicional que puede haber influido en su pensamiento es el temor a que la anterior hija con Jesus tenia problemas en el desarrollo. De hecho, despues de la muerte de Encarnacion cuando quedo bajo el cuidado de la abuela y las tias paternas, paraba enferma a tal punto que la familia racionalizaba la situacion como que la madre "la estaba velando", queriendo llevarla consigo a la muerte. Ademas, Encarnacion y Jesus vivian rodeados de niños con problemas de desarrollo, puesto que el colegio es un centro de educacion especial.

Proceso de crisis

Encarnacion constato que tenia 1 mes y medio de embarazo a traves de un examen realizado en el puesto de salud. Inmediatamente sabia que no queria tener al hijo. Inicio un largo recorrido de alternativas que podian permitirle deshacerse del niño. Primero dejo de comer carne y limito su ingesta de alimentos al minimo. Luego, consulto a su amiga, tecnica de enfermeria, por farmacos que podian provocar un aborto. Al mismo tiempo, estuvo en contacto con personas que le recomendaban y le daban una serie de remedios caseros: hierbas, raices, y diversas "pastillas" y "ampollas". Se habla de que la suegra, la madre de Jesus, fue importante en este proceso y en administrarle hierbas y raices. Este hecho sugiere que Jesus estaba al tanto de la decision tomada —o que el jugaba el rol fundamental en esa decision— y que habia enrolado a su madre como complice. Todos estos esfuerzos no produjeron el resultado deseado.

Es asi que Encarnacion tomo contacto con una comadrona quien le practico un aborto, probablemente el dia viernes antes de la Navidad. Fue a la casa de su madre para descansar. Jesus la busco el domingo con la idea de llevarla a la misa, como solian hacer, y el domingo en la noche la traslado a la casa de su mama. El lunes la pareja regreso a su propia vivienda. Encarnacion se puso mal y fue llevada al Hospital Regional de [REDACTED] el dia martes. Estuvo internada 3 dias.

Proceso post muerte

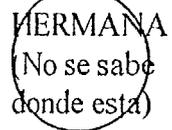
El entierro de Encarnacion fue estropeado por el hecho que su conviviente fue detenido y encarcelado bajo sospecha de haber instigado el aborto, eso en el momento de la muerte en el hospital. El medico habia avisado a la policia. El padre de ella fue igualmente detenido en el hospital mismo pero lo soltaron rapidamente puesto que recién habia llegado a la ciudad. El se ocupo de tratar de soltar a Jesus para que pudiera asistir al entierro. La familia de el no asistio.

Las dos familias, cuyas relaciones eran tensas aun antes, terminaron totalmente separadas con mucha mala sangre y suspicacias mutuas. La parte de la red de Encarnacion que se compone del personal del colegio de educacion especial donde vivia no tenia mayor conexcion con las dos familias y esta situacion se reafirmo. La amiga intima, alumna de auxiliar de enfermeria, siguio viendose con la familia de ella y, como ultimo capitulo en esta historia, se supo que una hermana de Encarnacion repitio su mismo recorrido en busca de farmacos para abortar en una visita a esta amiga. "Mirate en el espejo de tu hermana" le decia, aparentemente sin lograr desalentarle en su decision.

IV Sobre causas y justificacion

ANTES DE LA CRISIS

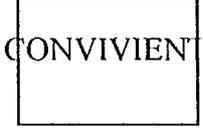
FAMILIA DEL AFILIADO



Hace migraciones laborales



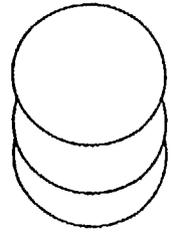
HERMANOS CHICOS



Pareja tenía juntos 3 años



2 hijas, la mayor de una pareja anterior



Amigas del colegio, del antiguo barrio y del nuevo



DIRECTORA DEL COLEGIO

AMIGOS VECINOS, CONOCIDOS Y OTROS

AGENCIAS DE OTRAS INSTITUCIONES

AGENCIAS DE SALUD

FAMILIA COMPARTIDA NO DELIMITADA

SAVIGI

FAMILIA DE LA PAREJA DEL AFILIADO



145

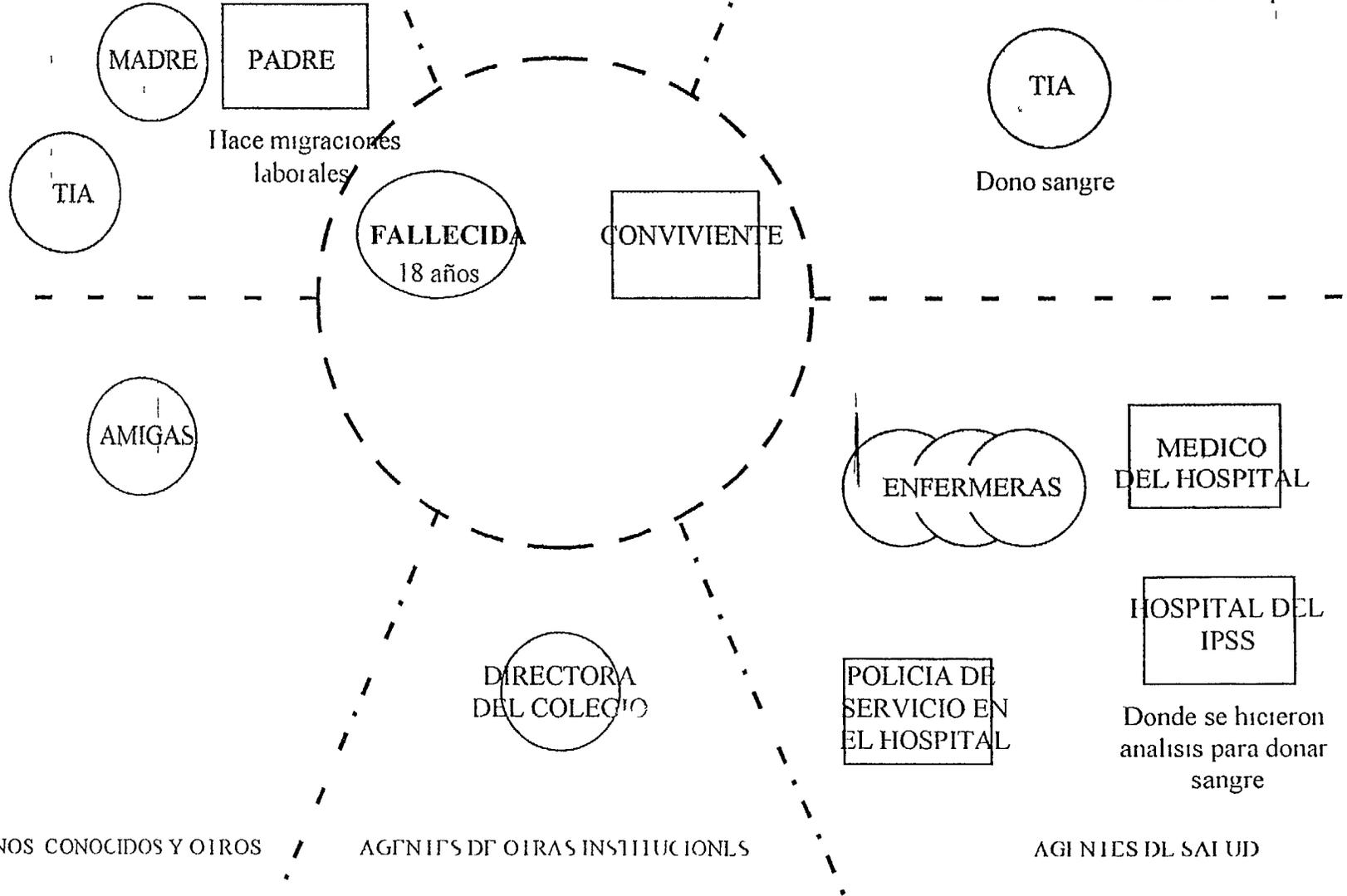
DURANTE LA CRISIS

5AVIG2

FAMILIA DE LA FALLECIDA

FAMILIA COMPARTIDA
NO DELIMITADA

FAMILIA DE LA PARIJA
DE LA FALLECIDA



AMIGOS VECINOS CONOCIDOS Y OIROS

AGNIES DE OTRAS INSTITUCIONES

AGNIES DE LA SAU

CAPITULO 6

CONCLUSIONES LAS CAUSAS DE LA MUERTE MATERNA

En el presente capítulo corresponde redondear los temas levantados a lo largo del estudio y confrontar nuestros hallazgos con las hipótesis iniciales. Al emprender la investigación, ubicamos en tres grandes áreas lo que parecían ser los problemas que — desde lo social y antropológico— se asociarían a la muerte materna en las zonas rurales del Perú. Una de estas áreas era todo lo que tiene que ver con la valoración de las mujeres, por sus parejas, en los entornos familiares y en los entornos comunales. El segundo ámbito problemático lo identificamos en las redes sociales de las mujeres. Supusimos que podían haber mujeres que vivían muy aisladas de un tejido social capaz de velar por ellas o que podían haber situaciones de grandes conflictos al interior de sus redes sociales, entre un grupo de parientes y otro. Las redes podían funcionar con impases y bloqueos que impedirían dar solución a una emergencia obstétrica. Finalmente, ubicamos en el problema de la accesibilidad de recursos relevantes y su disposición en el medio local un tercer conjunto de factores que serían determinantes en los casos de muerte materna.

A lo largo del estudio, conforme se reunía la evidencia de muchas zonas del país, de muchas situaciones y de muchos informantes, el modelo inicial se fue complejizando y completando. El presente capítulo sistematiza los aportes de la investigación en varias líneas de indagación que apuntan al mismo objetivo, el de identificar los antecedentes causales de la muerte materna. Indudablemente, “complejidad” es la nota dominante. Cada muerte tiene detrás una larga cadena de acciones e inacciones que de alguna manera contribuyeron a ese desenlace. Al final de esta cadena está la hemorragia o sepsis que puso el cierre al proceso.

Como era inevitable, entonces, nuestro modelo inicial de tres ámbitos problemáticos se ha ampliado para tomar en cuenta varios más. Los temas que se levantan en esta sección del informe son, además de los tres originales, el significado del honor y la vergüenza en el medio campesino y rural, la preocupación porque la muerte de las personas tome una forma culturalmente apropiada, las estrategias de uso del sistema de salud, el sistema oficial de salud como “ajeno”, el rol de los medios de comunicación, y las “tres demoras” asociadas a la muerte materna y la forma como estas se expresan en las zonas donde hemos trabajado.

La valoración de la mujer

El valor que se asigna a las mujeres en las familias y comunidades queda confirmado como un tema central en nuestro estudio y en la comprensión de la morbilidad y muerte materna en el Perú rural. Sin embargo, no es fácil separar los elementos estrictamente ideológicos de elementos que tienen que ver con procesos de cambio en la organización de la vida y la economía rural. Algunas de las manifestaciones de lo que es a

simple vista la poca valoración de las mujeres son la sobrecarga de trabajo y el acceso limitado a determinados bienes de consumo, incluso una comida adecuada. Es fácil encontrar en nuestros datos y testimonios referencias a estos problemas

Solo como muestra, dice el médico jefe de un centro de salud en una de las zonas del estudio: *"Cuando yo he venido el '95 acá, el varón en la familia creía de que él tenía que tener la mejor comida, creía de que él era el amo y señor, dueño de la vida de la madre y de los hijos, y si tenía padres, también era el dueño. En esos tiempos, si la madre se enfermaba y era vieja ya, había que dejarla morir, y no valía para nada, no trabajaba. Solo se iba a gastar. Los ingresos eran mucho menores también en esa fecha, la pobreza era mucho mayor. La necesidad era mucho mayor. Lo que tienen ahora son el doble, el triple de lo que tenían en esas fechas. Y te puedo decir, en cuanto a madres, profesores, profesores que tenían su madre mal, según ellos, la llevaban al centro. Tu la encontrabas con una gangrena de toda pierna, eso quiere decir más de una semana. La encontrabas con una neumonía, y decían que "yo te la traigo muy bien y ahora va mal", ¿no? Había que amputarle la pierna. Pero los hijos que eran profesores, me decían que no, que ya no valía la pena, porque estaba vieja. Igual hacían con los niños. Ni los viejos ni los niños tenían valor. Generalmente aquí es la dificultad, si un niño a veces ha fallecido es porque la madre y todo el mundo se rehúsa a que se traslade al niño. Trasladar al niño es trasladar a la madre, y para el padre trasladar al niño y a la madre significa de que hay un costo y que él va a mandar a los hijos a la escuela. Ahí se da cuenta de lo que sirve la madre, ¿no?"*

En la sierra sur, como en el norte, como en la selva, los varones suelen hablar como si la carga del trabajo de las mujeres fuera no un arreglo entre seres humanos de distinto género que comparten un interés común en la sobrevivencia y prosperidad de una unidad doméstica, sino parte del orden natural de las cosas: *"Acá no encontramos reposo. La mujer a la chacra. Tienen que llevar almuerzo a la chacra, a los peones, cargan, constantemente caminan durante el embarazo. Entonces más bien las señoras no están cuidando su salud. Normalmente están maltratando su salud, y mal alimentado. Cuando dan a luz, ni toman alimento. Antes tampoco no hay alimento en la chacra para las señoras."*

Sin embargo, en muchos lugares rurales, se ha dado en los últimos años una intensificación del trabajo de las mujeres que se asocia —no a una determinada valoración ideológica de lo femenino— sino a procesos como las migraciones laborales forzadas de esposos e hijos y la creciente incorporación de los hijos e hijas menores a la escuela. La familia campesina se achica y todos sus miembros tienen que asumir más trabajo. El peso mayor recae en las mujeres adultas. Al mismo tiempo, la pérdida de competitividad de muchas economías locales acarrea una pérdida en la capacidad de las familias de asegurar una alimentación adecuada para todos los miembros de la familia.

De modo similar, las rupturas en los patrones ideales de cuidados y atenciones a mujeres parturientas responden muchas veces a nuevas condiciones en el entorno que impiden que las mujeres gocen del largo descanso que la tradición cultural exige. El

puerperio se ha vuelto peligroso como antes no lo fue debido a la escasez de mano de obra en los nucleos familiares. En la sierra sur y central, siguen en pie una serie de creencias sobre los de espíritus malignos que pueden invadir el cuerpo de la parturienta, creencias que antes sirvieron para reforzar la practica de los familiares de atender, acompañar, vigilar y servir a la nueva madre durante varias semanas despues del parto. Sin embargo, nuestros datos sugieren que hoy son muy pocas las familias que pueden darse esos lujos. Sus miembros estan dispersos y deben realizar una serie de otras tareas esenciales para la sobrevivencia de la unidad familiar. Entretanto, no se han creado sistemas intermedios de vigilancia y atencion a las puerperas que, relajando en algo las altas exigencias del sistema tradicional, podrian al mismo tiempo asegurar que las mujeres no se queden durante todo el dia sin la visita de personas que las pueden auxiliar en una emergencia.

Una tercera realidad que levanta nuestra preocupacion acerca del valor que se esta asignando a las mujeres y la justicia de sus relaciones de intercambio con los varones es lo que parece ser su facil reemplazabilidad por otras. En la sierra norte y en la selva, muchas de las mujeres que murieron en el embarazo, parto o puerperio fueron rapidamente reemplazadas por nuevas parejas. En un caso de Ucayali, la nueva mujer llego a los tres dias, escandalizando a los vecinos e hijos mayores de la pareja. En La Libertad, hay casos en que se establece una nueva relacion a escasas semanas o meses despues de la muerte. En un caso en Ancash, ya desde antes de la muerte se habia tomado la decision respecto a quien seria a proxima pareja. En la sierra sur, las mujeres adultas que fallecen pueden ser reemplazadas por las hijas o sobrinas, no en tanto parejas sino en tanto coresponsables del manejo de la chacra y los animales y responsables de la atencion a los hermanos. Algunas de estas situaciones reflejan, nuevamente, la poca capacidad de negociacion y autodeterminacion de las mujeres, que a veces parecen existir unicamente para llenar una funcion. Indudablemente, tambien, es muy dificil separar el elemento de complementariedad de roles y la necesidad economica que tienen los hombres de contar con el trabajo de una mujer desde su especializacion, del elemento ideologico de machismo y la franca explotacion de mujeres cuyas alternativas frente al matrimonio son limitadas.

En medio de estas situaciones, se confirma la existencia de un problema de autoestima de las mujeres y de inseguridad frente a la sustentacion y defensa de sus derechos. Muchas de las mujeres en las autopsias verbales reciben la muerte como el descanso que buscaban. Son mujeres agobiadas que escogen morir, escogiendo que sus familias no gasten en ellas ni que se molesten por ellas. Una de las coordinadoras del trabajo de campo termino convencida que todas las mujeres murieron decepcionadas frente al nivel de compromiso de sus maridos para con ellas. Todas habrian deseado una actitud mas decidida de sus hombres en favor de salvarles la vida, incluso, habrian deseado ver en ellos un mayor nivel de competencia y eficacia cuando se trataba de poner en marcha una estrategia capaz de salvarlas.

Un ultimo tema que complica el problema de la valoracion de las mujeres y la disposicion de dedicar esfuerzos y recursos para rodear los hechos de la reproduccion con las seguridades necesarias es que no siempre la persona que mas valora a la mujer (por

ejemplo, el joven marido) es quien tiene el poder de decisión sobre los recursos del grupo familiar. Quienes toman las decisiones son los hombres y, en diferente medida, las mujeres de la generación mayor. Surge el problema de las relaciones de poder entre las generaciones en las comunidades tradicionales.

En conclusión,

Se confirma la necesidad de problematizar el valor que se asigna a las mujeres en las comunidades rurales y como esta valoración se expresa en la organización del trabajo y el acceso a recursos y decisiones. Sin embargo, se confirma también la influencia que han tenido los procesos de cambio de los últimos años, al margen de los esquemas ideológicos y sistemas culturales.

- La amplitud y acción de la red social

Las principales conclusiones de nuestro estudio en relación con las redes sociales de las mujeres en el tránsito del embarazo, el parto y el puerperio son dos. La primera es la enorme importancia de los vínculos entre mujeres como fuente de soporte emocional y práctico. Las mujeres son las campeonas de otras mujeres, las defensoras de sus intereses, las que comprenden lo que significa el embarazo, y las que están cerca para asumir parte de sus tareas y responsabilidades. La segunda conclusión es la gran importancia de los vínculos con hombres cuando se trata de lograr el acceso a recursos críticos en las situaciones de emergencia. El más crítico entre los recursos bajo el control directo de los hombres, generalmente, es el dinero.

Algunas mujeres logran diversificar sus redes femeninas ingresando a organizaciones como los clubes de madres, gremios y asociaciones de mujeres productoras. Tales organizaciones también son importantes soportes afectivos, sociales y frecuentemente económicos. La caja de un club de madres puede servir como una fuente de préstamo en caso de urgencia. Es probable que las organizaciones femeninas que se van generalizando en las comunidades rurales del país tengan un elemento de contestación frente a ciertas injusticias que sufren las mujeres a manos de los hombres (la violencia, los incumplimientos de acuerdos tácitos de apoyo y reconocimiento).

En conexión con las redes, hay que problematizar dos situaciones tipo que reflejan una gran pobreza de vínculos sociales para algunas mujeres y por lo tanto una gran vulnerabilidad. Se trata de situaciones en que las mujeres que tienen grandes dificultades para poder contar con el amparo que necesitan en las emergencias obstétricas como probablemente en otras. Estas dos situaciones son, primero, la de la joven madre soltera y, segundo, la de las mujeres mayores que son muy pobres, que son una especie de "patita fea" dentro de su parentela. Hay varias de estas mujeres entre los casos de muerte materna que nuestro estudio rastrea. Frente a la madre soltera, los miembros de la red familiar tienden a retirar su apoyo. Mezquinan los recursos que están dispuestos a invertir en su salud. Muchas veces el embarazo mismo es el signo de una ruptura previa: la joven huye de su casa o busca la forma de escaparse del control de un padre y hermanos.

mayores autoritarios Sin embargo, la consecuencia de su acto es motivo de vergüenza para ella y para su familia, en todo el Perú rural, salvo en los casos en que el padre del bebé puede ser localizado y convencido de establecer un matrimonio o, por lo menos, encargarse de los gastos del niño por nacer Las mujeres mayores desamparadas y casi olvidadas por sus familiares constituyen algunas de las situaciones más tristes que encontramos En nuestros casos, suelen caer en situaciones familiares muy irregulares, como la de La Libertad que había sido abandonada por su marido años antes pero seguía viéndose con él en el campo y había procreado varios hijos suyos desde la separación Estas mujeres se vuelven un motivo de pena y vergüenza para el resto de la familia Sus redes sociales se reducen al mínimo, con el único efecto de intensificar el ciclo de la pobreza y, por tanto, las desigualdades notorias con el resto del grupo familiar

En conclusion,

Se confirma la importancia de las redes sociales como elemento de protección de muchas mujeres en los procesos de embarazo, parto y puerperio Sin embargo, es necesario diferenciar las redes cotidianas, las redes que se convierten en "grupos terapéuticos" durante el embarazo, y las redes que se activan en emergencias Se comprueba el potencial de las organizaciones femeninas para ampliar el alcance de las redes sociales de las mujeres, ampliando su acceso a información, apoyo y recursos Finalmente, se registran situaciones en que las redes naturales de las mujeres no son suficientes para garantizar el amparo necesario y donde debería contemplarse otro tipo de mecanismo para canalizar apoyo durante el embarazo, parto y puerperio

La pobreza rural y el acceso a recursos relevantes

Nuestro estudio ha comprobado como la pobreza desesperante forma parte de la historia de muerte de algunas de las mujeres que fallecen en el embarazo, parto y puerperio en zonas rurales del Perú Sin embargo, el estudio también ha demostrado que no siempre está presente un factor de pobreza marcada, y no siempre es la pobreza en sí misma un factor determinante en la muerte Mas bien, la investigación deja claro que hay que problematizar dos cuestiones en relación con la pobreza y el acceso a recursos críticos que podrían ayudar para prevenir la muerte materna en la población rural Una es la lógica de lo que se suele llamar la "aversión al riesgo" en las familias campesinas y la otra es el acceso a dinero en efectivo

Las familias campesinas se mueven permanentemente en entornos de escasez e inseguridad, climática, vis-a-vis los precios de sus productos, y en casi cualquier otra dimensión imaginable En estas condiciones, su meta básica es conservar la viabilidad de la unidad doméstica, especialmente en tanto unidad de producción que se basa en la fuerza de trabajo de todos sus miembros, salvo los niños más pequeños Es a la luz de esta meta que ellas toman decisiones con respecto a la inversión de dinero, la distribución de la mano de obra, la utilización de recursos materiales, y el recurrir a la ayuda de otras personas, que también es un bien limitado Es desde esta lógica que ellos hacen un cálculo de riesgo

con respecto al devenir de un embarazo de la madre de familia como hacen calculos de riesgo con respecto a las siembras y cosechas de diferentes cultivos, el ritmo de reproduccion de sus rebaños, la probabilidad de que algun miembro de la familia reciba un pago en dinero por un trabajo corto, y cientos de imponderables mas. Mientras tanto, las chacras, la casa, los animales y algunos implementos de trabajo son el capital, ademas de los medios de produccion de la familia rural, y descapitalizarse, desprendiendose de parte de estos bienes, es condenar a la muerte no solamente a un miembro de la familia, sino a todos.

En este contexto, se les pide a los campesinos que hagan una alta inversion en asegurar el exito del embarazo de la madre de familia, por ejemplo, gastando en viajes para controles prenatales, gastando (posiblemente) en farmacos o vitaminas que se les podria recetar en los controles, llevando a la mujer al parto institucional, organizando la atencion a la casa y cubriendo las otras tareas usuales de ella madre durante su ausencia, y asumiendo cualquier otro gasto en dinero que fluyera de la decision de tomar la opcion del parto institucional. Desde la logica campesina, hay cuatro posibles resultados: (1) se hace la inversion y resultado siendo necesaria (efectivamente, se comprueba que la mujer corria un gran riesgo en el parto y probablemente habria muerto), (2) se hace la inversion y resultado siendo innecesaria (el riesgo no se presenta), (3) no se hace la inversion y resultado que hubiera sido necesaria (hubo efectivamente un alto riesgo de muerte o de una desgracia), (4) no se hace la inversion y resultado que no era necesaria a fin de cuentas (se lleva a cabo el embarazo y el lanzamiento de una nueva vida sin incidente).

El personal de salud quiere que la gente apueste a la posibilidad (1). La gente apuesta a (4) porque eso es lo que concuerda con su experiencia anterior. La mayoria de los embarazos y partos, aparentemente, terminan bien. Aceptar el juicio del personal de salud, de que el embarazo y parto son de riesgo, no solo se presenta como un "salto de fe" sino que tiene implicancias graves para la economia campesina, siempre en delicado equilibrio.

Las ideas de riesgo en el embarazo y parto, entonces, necesitan trabajarse con mayor profundidad y complejidad en las conversaciones con los pobladores rurales. Se requiere, ademas, que el personal de salud comprenda mejor la integralidad de la economia campesina. Rodear cada embarazo y parto con las mayores seguridades que esten al alcance puede ser un objetivo de la familia, pero no es el unico objetivo que ellos tienen que considerar durante este trance.

Entretanto, la prevencion de riesgos en el embarazo, parto y puerperio asi como la solucion de emergencias obstetricas —por mas que se haga gratuita la atencion del parto en el establecimiento de salud— exige necesariamente gastos de dinero en efectivo. Esta es, por lo menos, la asuncion que las familias rurales hacen cuando piensan en cursos alternativos de accion frente a estos hechos de la reproduccion. Nuestra investigacion ha rastreado una informacion bastante frondosa sobre los rubros y montos de gasto que los pobladores rurales pueden incurrir al acompañar un proceso normal de embarazo, parto y puerperio y, con mayor razon, al tratar de solucionar una emergencia. Es en esta conexion

que se hace dramático el problema de la escasez del dinero en los hogares rurales y la dificultad para reunir dinero en efectivo y/o acceder a mercados de crédito y seguros. Las demoras más frecuentes en los casos analizados de muerte materna tienen que ver con los esfuerzos para obtener dinero.

Un problema relacionado es la dificultad que se tiene a nivel de los establecimientos de salud para hacer un racionamiento adecuado de sus recursos: medicamentos, atención, visitas domiciliarias del personal, transporte, crédito y exoneración de pago. Evidentemente, todos estos recursos son escasos y tienen que ser racionados. Evidentemente, también, la política vigente estipula que los más necesitados ("indigentes") sean los beneficiados por la gratitud y la exoneración del pago. La dificultad es traducir esta política en la práctica, detectando quienes son los más necesitados en contextos rurales donde los signos de la riqueza y de la pobreza son ambiguos y no muy evidentes para quienes no son de allí. En nuestros datos hay casos donde se pedía demasiado a la familia, donde se demoraba la entrega de un fármaco o transfusión de sangre previo pago, donde se perdía tiempo negociando el pago del combustible de una ambulancia. El manejo de las decisiones sobre el racionamiento de tales recursos parece ser demasiado arbitrario y azaroso.

En conclusión,

La economía de la familia rural suele ser precaria, rodeada de riesgos e inseguridades, por más que la familia posee algunos bienes y algún capital. Es necesario que se tenga una comprensión de esta realidad y que las políticas de cofinanciamiento de los servicios de salud tomen debidamente en cuenta las posibilidades que tienen los familiares cuando están enfrentados a una emergencia de salud.

Vergüenza, honor y dignidad

El honor es un valor supremo en todas las culturas humanas, aunque difieren grandemente las cualidades y comportamientos que dan honor y las ideas sobre lo deshonroso. En nuestro estudio, las definiciones de lo honroso a nivel de la persona y de la familia son importantes elementos que ingresan en el problema de la muerte materna desde diferentes ángulos.

Vimos, en primer lugar, como los embarazos fuera de tiempo y fuera de lugar crean situaciones tensas y avergonzantes que fácilmente se traducen en un retiro del respaldo del grupo familiar (explícita o, la mayoría de veces, implícitamente). Estos son los embarazos de las madres solteras, los embarazos en mujeres mayores que ya tienen hijos/as grandes que pueden estar casados/as y tener sus propios hijos, y los embarazos en situaciones irregulares (desde el punto de vista del sistema de parentesco) como, en nuestros casos, las mujeres que no vivían con los padres de sus hijos, que tenían fuertes problemas de pareja, o que tenían muchos hijos muy poco espaciados. En estos casos, está muy presente el riesgo de un intento de aborto, que puede conducir a la muerte, y

esta presente el riesgo que la mujer no cuente con el apoyo necesario en caso de una emergencia. Los proveedores de salud tendrían que hacer un esfuerzo especial de acompañamiento en tales casos e incluso hacer un esfuerzo de detective para ubicarlos, sutil y delicadamente, a fin de no agudizar el problema de la vergüenza que siente la familia y la misma mujer. Muchas veces, son embarazos que se intenta esconder.

Luego, la vergüenza es un tema fuerte en los casos de emergencia obstétrica y muerte materna, en todo lo que se refiere al manejo del cuerpo y del cadáver. En los grupos focales se habló de la vergüenza que les causa a las mujeres y a sus maridos ciertos tipos de manipulaciones en el examen médico y en la atención del parto institucional. En las autopsias verbales encontramos situaciones donde se mostraba muy poca sensibilidad frente a los sentimientos de los familiares de las fallecidas en relación con la manera como el cuerpo de ella era movido, expuesto y dispuesto. El caso más extremo fue el de la joven que murió por maniobra abortiva y cuyo cadáver, desnudo, permaneció durante un tiempo prolongado a la vista del personal del hospital y los policías que entraban y salían, pese a los ruegos de esposo para que le taparan con una sábana, a lo menos.

Finalmente, hay la vergüenza de ser "indio/a" o campesina/o en un mundo donde se prefiere todo lo contrario. Las mujeres hablan de no acudir a los establecimientos de salud porque pueden recibir un trato despectivo ("la pollera apesta"). Probablemente hay un elemento de vergüenza en eso por ser tratadas como ignorantes, inferiores y menores de edad.

En conclusión,

Los conceptos del honor y la vergüenza tienen efectos reales sobre el tipo de atención que recibe una mujer en todo el proceso del embarazo, parto y puerperio. Los proveedores de salud tienen que ser muy cuidadosos para no cruzarse con nociones de lo deshonesto, explicando las prácticas que emplean cuando hay una cuestión de manipular o exponer a la vista el cuerpo de la mujer. Cuando se trata de embarazos "vergonzosos" o socialmente "indebidos", hay que redoblar los esfuerzos para canalizar hacia la mujer los recursos y el apoyo que necesita.

La muerte debida

También en todas las sociedades humanas, existen pautas con respecto a la despedida que se debe rendir a la persona que muere. En realidad, dichas pautas están íntimamente ligadas a las nociones de honor y vergüenza. Se puede vivir una vida de sinvergüenza, pero la despedida de este mundo debe ser honrosa.

En nuestros datos, trasluce la idea que se produce una violación del "deber ser" de la muerte de una mujer, madre de familia, cuando

- no se muere en la casa, rodeada por todos los familiares

- no se tiene la oportunidad para intercambiar unas ultimas palabras con los seres queridos haciendo las paces entre ellos, pidiendo los ultimos favores, pidiendo y recibiendo su perdon asi como la falleciente otorga perdon donde corresponde
- la moribunda no tiene la oportunidad para disponer de sus pertenencias, designando quien debe recibir cada cosa
- se muere en un lugar extraño y frio (observase la repeticion del tema del parto en un lugar extraño y frio como la salita de partos en el centro de salud rural)
- los familiares no pueden controlar lo que pasa con el cadaver (observase el paralelo con la disposicion de la placenta en el caso del parto)
- no se puede llevar a cabo los ritos necesarios lavar y vestir el cadaver, reunir sus cosas, ordenar la casa, recibir a la comunidad en el velorio y organizar los intercambios que rodean el entierro, llevar a cabo el entierro
- se violenta el cadaver "cortandolo" o manipulandolo indebidamente En esta conexion, es notable que en ninguno de nuestros casos los familiares —donde fueron consultados—dieron el permiso para una autopsia

El cuerpo de la fallecida es enormemente importante para los familiares, tanto el respeto que se le brinde como la disposicion final El lugar del entierro sera visitado regularmente, cuando menos cada Dia de los Muertos La presentacion del cadaver y su entierro en un lugar cercano dan la continuidad entre los vivos y los muertos En este sentido, el "deber ser" de la muerte nos ayuda a entender el comportamiento del padre puneño que nego el permiso para que su hija fuera llevada en ambulancia a un hospital de Bolivia La posibilidad de que su hija se muera **no sólo lejos de casa sino en otro país** (¿como seran los tramites para traspasar la frontera y traer el cadaver de regreso? ¿cuanto podria costar?) debe haberle parecido espantosa

Tampoco son desdeñables las ideas que se manejan en muchas de las zonas rurales (y urbanas) del Peru sobre el comportamiento de los muertos que guardan rencores por el trato que recibieron y sobre las situaciones del peligro que se pueden instaurar si no se les honra debidamente Aparecen en nuestros casos referencias a personas fallecidas que "llaman" a los suyos, a los familiares especialmente queridos (por ejemplo, una de las mujeres fallecidas en Ayacucho, llamada por su madre) o los familiares rebeldes y faltos de respeto

Es en esta conexion que debemos entender los altos gastos que se hacen en los velorios y entierros, gastos que a veces duplican o multiplican los gastos que se hacen en el trance de la emergencia y la muerte Los ritos de despedida son eventos comunales, cuando los familiares crean la ocasion para que todos en la comunidad puedan poner un cierre debido a su relacion con la persona que murio Se toman fotografias del cadaver y del entierro cuando tal vez nunca antes la mujer fue fotografiada La familia se enorgullece de la mucha gente que venia Se valoran los velorios largos, implicando la preparacion de varias comidas En este sentido, los ritos finales sirven para reafirmar la posicion de la familia en la comunidad; su solvencia economica y su respetabilidad moral Dirian los economistas que tales ritos permiten la acumulacion de "capital social" Vemos en nuestros casos de muerte materna como los alcaldes y gobernadores se hacen presentes

con regalos de aguardiente, viveres y kerosene El gasto que se hace para el velorio, el ataud y el entierro es la demostracion concreta del valor del familiar muerto para los deudos La obligacion de enterrar debidamente a la madre de familia, la pareja, o a la hija fallecida por muerte materna es concreta e ineludible, la obligacion que hubo de hacer "todo lo posible" por conservar su vida en la crisis obstetrica es mas ambigua

Ademas, la muerte de uno de los miembros de la comunidad rural, siendo un asunto comunitario, esta rodeada de costumbres que distribuyen el gasto del velorio y el entierro ampliamente Todos los que asisten a los ritos finales aportan algo, en dinero o en especie La amplia participacion en los gastos de la despedida contrasta con lo que todos nuestros informantes dicen es una participacion algo limitada y a regañadientes en las colectas que se intentan hacer para afrontar las emergencias de salud a nivel colectivo Respecto a este punto, habria que explorar como se podria dar el mismo caracter de perentoriedad a la obligacion de asistir al proximo en situaciones de crisis como es ineludible asistirle luego de la muerte Sobre todo, los municipios y las autoridades locales tendrian que estar convencidos que les traera mayores renditos prestar su ayuda para prevenir una muerte antes que colaborar para la celebracion de los ritos despues de la muerte

Frente a las ideas que se manejan alrededor de la muerte y la "forma debida" de despedir a los/as muertos/as, puede ser contraproducente la practica del personal de salud de advertir a los familiares que el riesgo de muerte en una mujer es muy alto y que la muerte esta cerca Los proveedores de salud lo hacen como un argumento para que los familiares tomen en serio la necesidad de llevar a la paciente a un establecimiento de salud Sin embargo, si la muerte en casa y el control de los familiares sobre el cadaver son —como aqui estamos sosteniendo— valores supremos para los deudos, estos mensajes estarian consiguiendo justamente el efecto contrario a lo que se quiere A mayor percepcion de peligro de muerte por parte de los familiares, menor seria su disposicion de soltar a su ser querido y llevarla a un establecimiento de salud Sobre todo hasta que se cambien determinadas practicas en los establecimientos, de no informar a los familiares respecto a los procedimientos que se van a usar y no consultar su opinion y deseos, los familiares tendrian que sentir que, llevando a la mujer al establecimiento, ellos pierden todo control sobre lo que puede ocurrir con su cadaver

Es necesario hacer una acotacion final Si bien para los proveedores de salud la poblacion rural maneja una serie de ideas sobre la muerte que parecen exageradas e inexplicables —un medico de Sihuas habla de un "culto a la muerte"— tambien para la poblacion rural el sistema de salud hace algo similar En ambos casos se percibe que, en el otro lado, se le da una exagerada importancia a la muerte y a determinados formalismos que la acompanian Asi, algunos de nuestros entrevistados comentan como el personal de los establecimientos no se hace presente mientras todavia hay vida, pero es infalible cuando hay algo que investigar sobre las circunstancias de la muerte y cuando hay que certificar la muerte La preocupacion de los proveedores por cuestiones como las autopsias, la determinacion de la causa precisa de la muerte, y por la asignacion de responsabilidades parece, para algunos pobladores rurales, una muestra de cierta

perversion de valores, del mismo modo que el gasto en velorios y entierros parece, para los servidores, una inversion de lo correcto

En conclusion,

Es esencial que los proveedores de salud esten conscientes de las ideas y practicas de la poblacion en torno a la muerte, incluyendo el manejo de los cadaveres, las costumbres que rodean el velorio, y la importancia del entierro. En la actualidad, algunas de las tensiones mas fuertes entre el personal de salud y la poblacion rural se dan precisamente en este ambito. Socialmente, el personal de salud no se integra como parte de la comunidad que llora a las fallecidas por muerte materna (usualmente, no asisten a los velorios y entierros) y, culturalmente, suele haber actitudes de menosprecio, incredulidad, e ignorancia respecto a las creencias de la poblacion.

El uso estrategico del sistema de salud

Un tema central en nuestra investigacion es todo lo referido a como la poblacion rural utiliza los servicios de salud que estan a su disposicion. Indagamos por que servicios utiliza, la razon de sus preferencias, y como utiliza servicios alternativos, pertenecientes al sistema tradicional (parteros/as, curanderos/as, hierbas, yatiris, entre otros) o pertenecientes al sistema oficial de salud. Obtuvimos, de diversas fuentes, una informacion abundante sobre estos aspectos.

Una de las "logicas" que se percibe en la utilizacion de los servicios es de entenderlos como parte de un circuito diverso cuyas diferentes partes sirven diferentes propositos. Esto refleja dos realidades de la vida rural actual que resaltan con fuerza en nuestros datos como en otros estudios. Por un lado, la poblacion rural es notablemente movil y se desplaza con bastante facilidad (viajes a las ferias locales y regionales, migraciones laborales, desplazamientos voluntarios o involuntarios). Por otro lado, esta poblacion tiene acceso a informacion relevante de un entorno grande nacional y muchas veces internacional. La poblacion de un pequeño caserio rural no es un "mercado cautivo" para el establecimiento de salud que se coloca alli. Tiene opciones para utilizar otros servicios del mismo sistema de salud —no solo otros servicios tradicionales— y tiene los medios para conocer algo sobre una gama amplia de alternativas.

¿Que vimos nosotros? Los establecimientos que se tiene a la mano, en la comunidad, generalmente postas de salud, se suelen usar, preferentemente, para dos propositos: (1) la atencion preventiva, especialmente para niños (vacunas, controles de crecimiento y desarrollo) y (2) las emergencias. Para propositos de conseguir servicios de planificacion familiar, controles prenatales, y el seguimiento de enfermedades se suele usar el centro de salud o aun un hospital en el pueblo o la pequeña ciudad donde se realiza la feria semanal en el ambito de residencia. Al tomar esta actitud, la poblacion esta buscando privacidad y discrecion. Al parecer, la sensacion de poca privacidad —que todo el pueblo se entera del motivo de una visita a la posta en el lugar— se ha agudizado por las campañas de

planificación familiar Finalmente, los servicios como el aborto de buscan o en el campo o en las grandes ciudades cercanas

Este patron de uso "estrategico" y flexible de todo la red y jerarquia de establecimientos de salud asigna un rol a los establecimientos de primer nivel que no es exactamente el rol que el Ministerio de Salud les asigna Antes que servicios de primera linea, de resolucion de casos sencillos y derivacion de otros a niveles jerarquicos mayores, las postas de salud toman un cariz de salas de emergencia La dificultad es que el personal asignado a ellos no esta entrenado para ello Suele ser justamente el personal de menor experiencia y menor seguridad Sus inseguridades son evidentes en varios de los casos de autopsias verbales y hemos analizado como, en los grupos focales, un tema importante fue la percepcion de poca competencia tecnica del personal joven asignado a las postas y, muchas veces, los centros de salud en las zonas rurales

En conclusion,

Existe evidencia en el sentido de que la poblacion rural hace una utilizacion de los servicios oficiales de salud de diferente jerarquia que no corresponde, del todo, con la "teoria" de las redes de establecimientos La poblacion se desplaza y compara la oferta de servicios y los niveles tecnicos de los establecimientos Aplica criterios como la preservacion del anonimato y el resguardo de la privacidad para elegir entre diversos servicios Entretanto, la ventaja comparativa de la posta de salud, el establecimiento mas cercano para la mayoria de pobladores rurales, es la asistencia que esta puede prestar en caso de emergencias Sin embargo, habria que analizar en que medida cambiaria la concepcion de la posta de salud, su equipamiento y personal, si se decidiera desarrollar mas ampliamente la capacidad de respuesta frente a emergencias

El sistema oficial de salud como ajeno

Multiples fuentes de evidencia recogida para esta investigacion sugieren como el sistema oficial de salud es percibido por la poblacion rural como ajeno, como algo decididamente "no nosotros" He aqui una contradiccion estructural se quiere que los proveedores sean profesionales del mayor nivel de formacion posible y eso, por definicion, los hace "mas que nosotros" Mas aun, los establecimientos de salud en los pueblos rurales del pais tienen relativamente poco tiempo y poca historia Todavia se esta en el proceso de construir la relacion entre los proveedores y la poblacion

- Se constata la necesidad ^{de} construir lazos de confianza y forjar relaciones de colaboracion, asi como la necesidad de que los proveedores de salud comprendan que estan en el lugar para promover a las personas y sus fines, no que las personas estan alli para facilitar los fines suyos Hemos visto que, en la actualidad, un motivo frecuente de desconfianza son los pagos que se hacen por determinados servicios de salud La realidad es que (vis-a-vis los partos y los embarazos, por lo menos) el MINSA esta poniendo muchos recursos gratis que la poblacion no percibe La poblacion percibe, mas bien, que,

si opta por llevar su problema de salud al establecimiento, se expone a una cadena desconocida de cobranzas y obligaciones que no sabe donde terminara. Frecuentemente, el manejo de los cobros parece arbitrario, sin normas que se conozcan publicamente y que podrian ser explicadas, defendidas, y diseminadas por otras instancias como las organizaciones comunales y los municipios.

Pero el problema de la integracion de los proveedores de salud en el tejido social y cultural local tiene implicancias y niveles mas profundas. En algunos de las autopsias verbales vislumbramos a grupos familiares y grupos de proveedores de salud que se recriminan mutuamente por la muerte de la mujer. Sus diferencias de posicion, poder y filosofia resaltan en estos momentos dramaticos. A veces, ambos, familiares y proveedores—cada uno frente a su propio grupo de referencia—terminan siendo chivos expiatorios mutuamente convenientes.

En este clima, en algunas de las zonas de trabajo, se recogieron informes de amenazas que lanzan los proveedores de salud con respecto a investigaciones en la fiscalia para establecer la negligencia punible de la familia, y la firma de papeles eximiendo al establecimiento de toda responsabilidad en una eventual muerte materna. Tales amenazas, directas o veladas, molestan, asustan y confunden a la poblacion. No tienen un proposito practico, ya que es notoriamente dificil de tipificar que cosa es negligencia en los casos de relaciones intimas entre familiares. Mientras tanto, la gente percibe que sus acusaciones de negligencia y sospechas de error medico caen en saco roto. Los "otros", los proveedores, tienen demasiadas maneras para protegerse. Toda esta lamentable situacion alude a la dificultad de comunicacion y la ausencia de una norma comun y consensuada respecto a las expectativas de unos y otros.

Uno de los temores de los pobladores, cuando consideran la opcion de usar los establecimientos de salud, es la perdida de control que eso acarrea y la negacion y desvaloracion de su propia competencia, inclusive, la negacion de su derecho a decidir sobre sus familiares. Hay en los informes descripciones de escenas donde la percepcion del familiar es que se produjo el equivalente de un secuestro de la paciente. En un caso, el marido y dos o tres familiares mas quedan excluidos de una habitacion en su propia casa. Los proveedores no les explican que van a hacer ni por que, ni dejan presenciar muchas de las intervenciones. Estas son conductas que despiertan las suspicacias de los usuarios y de sus comunidades. Nuevamente, marcan a los establecimientos como territorio ajeno y al personal como ajeno ademas de incomprensible.

En conclusion,

El sistema de salud todavia no se integra plenamente en el tejido institucional e ideologico de las comunidades rurales, todavia es "ajeno". Esta situacion refleja la juventud del sistema de establecimientos repartidos por todo el interior del pais. Pero tambien refleja problemas mas profundos de incomprension mutua entre los proveedores y los usuarios de los servicios de salud. De ambos, hace falta un esfuerzo de dialogo, de voluntad de escuchar, y de explicitacion de sus expectativas en relacion con la otra parte.

El sistema comunitario de salud

El parto no institucional, atendido por parteras/os y/o familiares, sigue siendo la practica mas frecuente en todas las zonas rurales de nuestra investigacion. Además, en los grupos focales, en las entrevistas y en muchas de las autopsias verbales, se defiende este tipo de parto bajo una serie de argumentos que señalan la comodidad, la gran experiencia de las/os especialistas tradicionales, y la baja frecuencia de problemas que han surgido en el pasado. A comparacion de la atención prestada por el personal de los establecimientos de salud, las descripciones de la atención prestada por las y los parteras/os en el embarazo, parto y puerperio retratan situaciones mucho mas bajo el control de la paciente. Muchas veces, el embarazo y el parto parecen ser cogestionados entre la madre y la partera. No hay mayor desigualdad de poder en la relacion entre proveedor/a y paciente.

El principal problema que nuestro estudio constato en conexión con los especialistas tradicionales en partos y los partos no institucionales es la atrofia y hasta desaparición de esta especialización en algunos lugares. Hay lo que parece ser una perdida de capacidades en algunos ambitos rurales donde una generacion antigua de parteras/or esta desapareciendo y no hay jovenes interesadas/os en iniciarse como aprendices. De hecho, los partos mas peligrosos en nuestros casos son partos atendidos por familiares "curiosas/os" y de experiencia insuficiente. Todo hace pensar que, en el pasado y en condiciones normales, estos familiares no hubieran sido llamadas/os a atender el parto sino bajo la supervisión de una persona realmente experimentada.

Entretanto, muchas de las autopsias reflejan situaciones donde los familiares y los/as parteros/as son la unica ayuda que estaba a la mano. Nuevamente surge el problema de los horarios de los partos y emergencias (noches, madrugadas) y la ubicacion y lejanía de las casas. Aparecen los problemas de caminos, del transporte, y de las comunicaciones en vastas zonas del interior del pais. Hasta que estos ultimos sean resueltos por quien corresponde (no el Ministerio de Salud), habra necesidad de tomar en cuenta que muchos partos tendran que ser atendidos por personas que no son profesionales de la salud y en lugares que no son establecimientos de salud.

En conclusion,

El parto no institucional sigue siendo la norma —estadística y, en buena medida, el ideal— en las zonas rurales de la investigacion. Sin embargo, se constatan problemas serios a nivel de la oferta de buenas/os parteras/os y, especialmente, en relacion con la atención prestada por los familiares. En esta conexión existen una serie de condicionantes que escapan a la responsabilidad del Ministerio de Salud. En muchas zonas rurales del pais, es materialmente imposible que se acceda a un establecimiento en el tiempo que puede durar una emergencia obstetrica.

Las demoras

En las autopsias verbales que se trabajo para esta investigacion, hay demoras en el reconocimiento de los signos de alarma, las hay igualmente en la eleccion de un curso de accion, y hay demoras para que se ponga en marcha esta decision. Recapitulamos lo que resalta de las autopsias verbales y de las otras fuentes de informacion que utilizamos

El reconocimiento de los signos de alarma

Casi invariablemente, se espera demasiado tiempo para concluir que existe una emergencia obstetrica y que sobrepasa las posibilidades de quienes estan atendiendo a la mujer. Esto se relaciona con la gran confianza que la poblacion rural tiene en las parteras y los familiares, en la atencion del parto, y en su confianza en que la mayoria de partos son normales y no presentan complicaciones mayores. Se comprueba, ademas, que hace falta difundir una informacion mas precisa sobre cuales son signos que deben preocupar, en el embarazo, parto y puerperio. Es asi que, muchas veces, se agravan las demoras cuando los familiares mandan a llamar a alguien de una posta o centro de salud y no se le indica con suficiente precision que es lo que esta pasando. Vimos casos donde se tuvo que regresar por medicamentos, suero, o implementos porque el personal llego preparado para una situacion y la situacion que se daba era otra.

En esta conexcion, hemos visto que no basta y hasta puede ser contraproducente el simplemente anunciarle a la paciente que su embarazo y/o parto son "de riesgo". Riesgo es un concepto muy complicado en una economia domestica rural. Ademas, el enfatizar la posibilidad de la muerte puede alentar a que la mujer y los familiares se aferren a mantener a la mujer en su domicilio a fin de que la muerte les sorprenda donde y como "debe ser". Hay que encontrar maneras mas sutiles para enseñar a la poblacion a reconocer y matizar diversas situaciones de posible riesgo y, luego, hay que otorgarle el derecho a decidir como evaluar los riesgos, frente a otras demandas y riesgos que experimenta una familia rural.

La adopción de un curso de acción

Las autopsias verbales comprueban la existencia de demoras que tienen que ver con la dificultad de ponerse de acuerdo en una estrategia para solucionar la emergencia obstetrica. Sin embargo, estas demoras no son tan graves como se pudo haber esperado. Ocurre que alguien toma las riendas de la situacion y/o "decide" el hecho que se tenga que moverse dentro de limites muy estrictos relacionados con los recursos que estan disponibles. Es decir, a veces no hay mucho que escoger.

Sin embargo, vimos tambien que se producen situaciones en que se pierde tiempo mientras que los familiares se alinean detras de una propuesta y el personal de salud se alinea detras de otra. Evidentemente, este no es el momento para que cada lado este tratando de explicar las bases cientificas y valoricas de su propuesta. Hay que encontrar maneras para deslindar previamente cualquier discrepancia que pudiera surgir con respecto

al tratamiento de situaciones inesperadas. Nuevamente, surge la importancia de la educación a la población y la importancia de ensayar mentalmente, con cada paciente y con sus familiares, los pasos que se tomarían en una diversidad de situaciones de emergencia.

Las demoras para la ejecución de la solución

Las demoras más graves tienen que ver con las dificultades que existen, en las zonas rurales, para poner en la práctica las estrategias de respuesta ante las emergencias obstétricas. Hemos examinado largamente el problema de reunir dinero en efectivo. Las mayores demoras están relacionadas a este ítem además de los problemas de ubicación y contratación de medios de transporte, tanto para que pueda llegar el auxilio como para que pueda ser evacuada la mujer que está en dificultades.

En conclusión,

La mayoría de mujeres cuyas muertes forman el tema central de este informe podían haberse salvado, de haber contado con un auxilio pronto y eficaz. Hubo graves demoras para que pudiera llegar la ayuda. Dos tipos de demoras pueden aminorarse con una adecuada acción del Ministerio de Salud. Son las demoras en el reconocimiento de los signos de alarma y las demoras en la elección de una estrategia de respuesta. Sin embargo, hay otras fuentes de demora que son muchas veces las más importantes: demoras relacionadas con recursos e infraestructura. En este sentido, el Ministerio de Salud no ejerce control sobre muchos factores, salvo en la medida en que pudiera convencer a las autoridades indicadas para que se expanda, efectivamente, la red vial, la red radiofónica y telefónica, y la dotación de recursos contundentes como aviones y helicópteros.

CAPITULO 7

RECOMENDACIONES

A lo largo de este informe se ha deslizado una serie de sugerencias, propuestas y recomendaciones. Este capítulo reitera y extiende algunas de las recomendaciones más puntuales. Mientras que en otros acapites del informe hemos señalado oportunidades para la intervención en muchos diferentes planos, aquí, de acuerdo al pedido del Proyecto 2000, se consignan las recomendaciones que son más pertinentes para los programas de educación, información y comunicación.

Con respecto a las mujeres y su valoración

- 1 Como proveedores de la salud, ser sensibles frente a la carga de trabajo de las mujeres rurales. No aumentarla sin fuertes fundamentos.
- 2 Trabajar con los varones la importancia de la mujer una mejor comprensión de su situación y aporte.
- 3 Interesarse, a través de los controles prenatales y la consulta post-parto así como cualquier otro contacto que se tenga con las gestantes, en el problema de cómo va a estar organizado su cuidado en el puerperio y qué apoyo van a tener frente a sus obligaciones normales de trabajo. Este tema debería hablarse con el "acompañante oficial", con el marido y con los y las miembros de la red social de las mujeres.
- 4 Crear conciencia en la población -especialmente joven- de la doble jornada de la mujer, especialmente en las escuelas.
- 5 Trabajar con los varones, coordinando con las Fuerzas Armadas para concientizar a conscriptos durante el servicio militar.
- 6 Que los establecimientos de salud celebren, en coordinación con los Alcaldes el día Internacional de la Salud de la Mujer, destacando las mejoras implementadas en el establecimiento de salud local (Nº de atenciones, programas, etc.) que la población sepa, se le informe, de que el Ministerio de Salud valora a las mujeres.

Con respecto a la red social de las gestantes

- 1 Involucrar en los controles prenatales a las figuras significativas en la vida de las mujeres madre, hermanas, marido. Ellas-os necesitan escuchar de primera fuente la información que se le da a la gestante sobre su condición y riesgos para que puedan tomar decisiones adecuadas.
- 2 Tomar información en las consultas sobre la red social. Con cuántas personas puede contar la mujer, dónde están ubicadas, cuán rápidamente pueden llegar, quién tiene mayor capacidad de decisión al interior de la red, quién ocupa el rol de "campeona" de la gestante que va a defender sus intereses con mayor ahínco.

- 3 Crear la figura de "acompañante principal" que se convierten en es el segundo interlocutor (después de la propia gestante) del personal de salud a lo largo del embarazo, parto y puerperio

Con respecto a la pobreza, el manejo de la economía domestica rural y la "aversión al riesgo"

- 1 Entender en toda su dimension las implicancias economicas para pobladores rurales y usualmente pobres de involucrar al sistema de salud en cualquier fase de cualquiera de sus asuntos de salud, vida y muerte No se trata tan solo del pago de una consulta La gente tiene temor que hay una larga cadena de pagos a la que se expone, cobros que muchas veces aparecen como arbitrarios
- 2 Coordinar con los municipios y organizaciones comunales sistemas que permiten acceder rapidamente a los recursos colectivos de la comunidad local en los casos de pobreza o falta de liquidez de las familias afectadas por una emergencia obstetrica
- 3 Codificar mas explicitamente y difundir mas publicamente las normas que se aplican en cuestiones de cobros por parte de los establecimientos de salud
- 4 Crear un sistema de seguro o seguros de parto (pagos previos escalonados, pagos por partes, seguros especiales contra la eventualidad de una emergencia obstetrica) El modelo del "seguro escolar" podria dar aportes para el diseño de este sistema o sistemas
- 5 Evaluar la posibilidad de establecer sistemas de credito en los establecimientos de salud

Con respecto a los valores de la población referidos a la verguenza, la privacidad y la dignidad de la persona

- 1 Tener un cuidado pulcro y consistente en relacion a todo lo que es el manejo del cuerpo, incluso los cadaveres Integrar esto como parte del codigo de calidez del trato Consultar los deseos de la gestante, parturiente y puerpara respecto a como quiere estar cubierta escondida de la vista de los otros
- 2 Realizar un estudio cualitativo sobre este tema
- 3 Prestar atencion especial a los casos de "embarazos vergonzosos" que se ocultan y que podrian significar una merma en el apoyo de la familia Esta merma tiene que ser compensados por el sistema de salud
- 4 Contribuir a mejorar la imagen de la madre soltera y a crear conciencia en el publico respecto a las situaciones que conducen al aumento del madresolterismo asi como las necesidades de apoyo -y no censura- de estas mujeres

Con respecto a las ideas culturales en torno a la forma de la muerte:

- 1 Sensibilizar a los prestadores de salud respecto a la importancia que tiene para todos los seres humanos el tratamiento de la etapa final de la vida y la "despedida" que se debe producir entre vivos y muertos Solo tienen que traer a la mente sus propias ideas al respecto (el manejo del cadáver, los ritos del velorio y el entierro)

- 2 Alentar al personal local de salud a simbolizar y exteriorizar su identificación con la comunidad donde trabajan, asistiendo a los ritos finales de los miembros de esa comunidad, como señal de un compromiso con ellos que va más allá del momentáneo contacto que puede haber en la consulta y la atención

Con respecto a las estrategias de utilización de los diferentes niveles y recursos del sistema de salud, por parte de la población

- 1 Considerar las implicancias para las políticas de salud de conceptualizar a las postas de salud como servicios de atención de emergencia tanto como servicios de prevención de primera línea. Entre los factores a considerar están personal calificado y entrenado para emergencias, sistemas de respaldo bien establecidos, sistemas de comunicación rápida por una zona amplia con establecimientos y recursos diversificados. Eso implicaría dar alta prioridad a trabajar con el personal de cada establecimiento, de acuerdo a su ubicación geográfica, los recursos del medio y sus propios recursos, incluyendo flujogramas para casos de emergencia
- 2 Estudiar formas de manejar los programas de planificación familiar con mayor respeto y preocupación por el deseo y el derecho de los individuos usuarios, y el valor de la privacidad
- 3 Respetar el derecho de las personas a elegir el establecimiento de salud que les parece el más adecuado, fuera de la comunidad local y en los grandes centros urbanos que tienen a su alcance. Al mismo tiempo, debe insistirse en los esfuerzos por lograr la mayor eficiencia posible en el sistema y por lo tanto las campañas de educación a la población con respecto a lo que ofrecen los establecimientos de diferentes niveles

Con respecto a "lo ajeno" del sistema de salud

- 1 Difundir ampliamente información sobre los establecimientos y su personal, los niveles de calificación, la normatividad que indica el tipo de intervención que están autorizadas y capacitadas para hacer, los "decalogos" de los derechos de los usuarios, especialmente a la información
- 2 Sensibilizar al personal respecto al problema de poder, control y autoritarismo en su actitud frente a la población. Respecto a las imposiciones de decisiones en situaciones de crisis versus la persuasión, y respecto al "reñir" y gritar como tácticas contraproducentes
- 3 En las campañas de difusión y educación sobre el sistema de salud, poner especial hincapié en todo lo relacionado a políticas de cobros
- 4 Examinar la posibilidad de implantar sistemas de crédito o "fiado" en los establecimientos de salud
- 5 Desarrollar un mecanismo formal de solicitud de atenciones gratuitas o subsidiadas (es decir, acceso a la categoría de "indigente") que sea entendible y que sea percibido como justo para la población

Con respecto al sistema comunitario de salud.

- 1 Recopilar informacion sobre comunidades rurales que se estan quedando sin especialistas comunitarios en partos y usar esta informacion como insumo en las decisiones sobre la distribucion de personal del MINSA que asume este papel obstetricas, medicas-os (especialmente medicas mujeres) y eventualmente enfermeras
- 2 Insistir en los programas de capacitacion a parteras (os) y en formas de estrechar los lazos con ellas (os) a traves de las postas y centros de salud locales

Con respecto a las demoras para llevar auxilio en casos de emergencia obstétrica:

- 1 En la consulta prenatal, hacer ensayos mentales junto con la gestante y sus familiares sobre que se va a hacer, cuales van a ser los pasos precisos, frente a una eventual emergencia Evitar situaciones en que el personal de salud, que llega al final, deshace decisiones, volviendo a levantar problemas ya zanjados, y hace desandar los pasos ya dados, con perdida de tiempo y aumento de los riesgos No quedarse en lanzar la recomendacion "traiganla al establecimiento de salud" sino imaginar con la paciente y con sus familiares (especialmente su "acompañante oficial") todo lo que van a hacer frente a diversas eventualidades En cada sucesivo control prenatal, repetir el ejercicio, refrescando la memoria de todos los concernidos (gestante, familiares y personal de salud)
- 2 Tomar las medidas para que se instalen telefonos o radiotelefono en el mayor numero de establecimientos y que se creen enlaces telefonicos con instituciones locales y centros de telefonos comunitarios Para que estos sistemas cumplan sus fines, tiene que haber (a) capacitacion a personas responsables en las instituciones y centros comunitarios y (b) normas establecidas en el sistema de salud que permiten una rapida evaluacion de la urgencia del pedido y el tipo de respuesta a dar No pueden haber situaciones como el pedido de ambulancia que el medico jefe del centro de salud descarta porque "no lleva la firma" del personal de campo Claves o codigos que "ponen la firma" y que se convierten en orden para el establecimiento que es llamado a responder a la emergencia Lo mas deseable seria conectar al sistema de telefonos al personal de los establecimientos en sus domicilios Telefonos celulares
- 3 Al margen de emergencias, utilizar un sistema de telefono o radiotelefono (y correo electronico donde haya) para referencias y contrareferencias referidas a gestantes y puerparas, evitando la distraccion de tiempo del personal de los establecimientos asi como la movilidad de los mismos, en la llevada y entrega de informes y datos
- 4 Desarrollar politicas de utilizacion de los medios de transporte que cuentan los establecimientos a fin de dar la prioridad necesaria al uso de ambulancias en evacuaciones de gestantes y otros pacientes en situaciones de emergencia Esto podria implicar un esfuerzo por dotar a mas establecimientos de medios de transporte que pueden usarse para actividades de rutina
- 5 Estrechar e intensificar las relaciones de los establecimientos de salud con las organizaciones comunitarias femeninas a fin de realizar acciones educativas y detectar a mujeres gestantes, asi como para tener una linea de defensa para las situaciones en que mujeres puerparas queden aisladas y sin apoyo Alentar a los clubes de madres a

que ellas creen una línea de acción que involucra visitas a las puerparas, pequeños servicios, acompañamiento y apoyo concreto en fuerza de trabajo (ejm ayudándoles con los hijos) Explorar la posibilidad de apoyarles en la creación — , ?

- 6 Llevar a cabo acciones educativas con el sector de los transportistas (taxis, microbus, combi, omnibus, camioneros) en los lugares rurales a fin de sensibilizarlos respecto al problema de la evacuación de pacientes, desarrollando planes de acción rápida y compromisos en los que los transportistas asuman equitativamente parte de la responsabilidad en la prevención de la muerte materna

Con respecto a los medios de comunicación

- 1 Aprovechar las emisoras locales de radio para sensibilizar a la población respecto al rol de apoyo a las gestantes y puerparas que le incumbe a su red social y las organizaciones e instituciones de la comunidad
- 2 Hacer especial hincapié en educar respecto a los signos de alarma en el proceso de EPP a través de los medios masivos y los locales (altoparlantes, periódicos locales)

Instrumentos de recolección de la información: autopsias verbales

PUCP
ANALISIS DE CASOS DE MORTALIDAD MATERNA

AUTOPSIA VERBAL MANUAL DE INSTRUCCIONES

1 - OBJETIVO:

El objetivo de la 'autopsia verbal' es recoger informacion cualitativa sobre la muerte de las madres comprendidas en el estudio. Debemos hacer de 8 a 10 reconstrucciones de casos de muerte materna por zona de trabajo. Para alcanzar la meta de diez casos completos por zona, probablemente sera necesaria la reconstruccion parcial de algunos otros casos. Si por casualidad excedemos el numero minimo por zona, se podra seleccionar los mas fidedignos para el analisis final.

2.- TIPO DE INFORMACIÓN A RECOLECTAR

Cada autopsia verbal -es decir, cada caso de muerte reconstruido- debe registrarse a traves de una serie de temas. Estos comprenden:

- datos generales sobre la mujer fallecida
- el proceso de la muerte
- el contexto de la muerte (el lugar donde vivió y murio la persona)
- las personas relacionadas con la mujer fallecida
- lo que cada informante entiende como las causas de la muerte
- las causas clínicas de la muerte
- las diferentes explicaciones que se le dan a la muerte, incluidas explicaciones culturales

Es importante tener en cuenta que la 'verdad' sobre una muerte, especialmente cuando esta es repentina o inesperada, es siempre discutible. En nuestro estudio no buscamos recoger una version única sino que nos interesa conocer las percepciones de las diferentes personas que estuvieron proximas a la muerte.

3.- METODOLOGÍA

La metodología de trabajo supone entrevistar a varias personas relativamente proximas a la mujer fallecida. A cada una de ellas, le solicitaremos una reconstrucción completa de la muerte, así como una serie de antecedentes de la persona fallecida, desde el punto de vista de la persona entrevistada.

Las personas a entrevistar pueden ser

familiares cercanos padre, madre, hermanos Seria especialmente importante incluir entre los entrevistados a una hermana o eventualmente hermano de la víctima

el marido o compañero

familiares proximos primo, prima, sobrinos, tías, tíos, comadre, compadre . . .
vecinas

personal de salud, especialmente si han estado involucrados directamente en la atención a la mujer (control prenatal, atención al parto, etc)

especialistas tradicionales de salud (partera, curandero, herbolario, etc)

autoridad política local (teniente gobernador, agente municipal, etc)

Respecto al número de personas a entrevistar, la regla es mas es mejor Como mínimo, se espera que se entreviste a cuatro personas El máximo dependerá del tiempo que pueda dedicarse a las entrevistas y del interés particular que tenga cada caso (por ejemplo, considerar casos complicados o controvertidos, dónde los relatos de las diferentes personas discrepen notablemente)

Es fundamental recopilar la información necesaria para completar la autopsia verbal Para ello, es importante establecer prioridades entre las personas que nos conviene entrevistar En general, y como mínimo, debemos procurar entrevistar a un familiar cercano, al esposo o compañero, a la persona que atendió a la mujer (si es el caso), debe cuidarse de incluir entre los entrevistados a alguien que haya presenciado la muerte

En general, el número de entrevistados dependerá de la posibilidad de acceder a ellos y de lograr su cooperación, hay que tener en cuenta la diversidad de espacios en los que se movió la mujer fallecida

Por último, si los relatos son muy parciales o incompletos, o existen dudas sobre la calidad o fiabilidad de la información, deberá realizarse un número mayor de entrevistas

4.- CONFIDENCIALIDAD

Debemos estar en condiciones de garantizar la confidencialidad de la información proporcionada por cada entrevistado/a En el informe del estudio no se usará el nombre de ninguna de las mujeres fallecidas y tampoco el de las personas entrevistadas Hay que insistir sobre esto antes de la conversación con los informantes La condición de confidencialidad de la entrevista debe asegurarse por todos los medios

Al inicio de la entrevista es necesario, entonces

- 1 Asegurar a la persona para que hable con confianza, lo que ella revele no se le contará a nadie ni se revelará quien dio la información

- 2 Pedir permiso para grabar la entrevista Si la persona no desea la grabacion, hay que registrar la entrevista de la mejor manera posible, tomado notas en el mismo momento o inmediatamente después En este caso, hay que procurar hacer apuntes textuales de todas las frases y expresiones centrales

5.- AMBIENTE DE LA ENTREVISTA

Tenemos que ser sensibles respecto al estado emocional de los entrevistados Es probable que estemos revolviendo recuerdos tristes La conversacion puede incluso rememorar sentimientos de culpa o de colera por lo que pasó

Antes que ofender a las personas, es preferible cortar la conversacion Aunque es preferible realizar cada entrevista una sola vez, de ser necesario podemos realizarla en dos o tres partes

PROCEDIMIENTO A SEGUIR

Paso 1 Identificación de casos

Objetivo: reunir la mayor cantidad de referencias confiables sobre casos de muerte materna en el conjunto del area de trabajo ocurridos en el último año (desde setiembre de 1996)

Fuentes

a) informales

promotora/es de proyectos de ONGs y organismos estatales
maestras/os, animadores y otro personal vinculado a la educación
clubes de madres, comites de vaso de leche, otras organizaciones de mujeres
parroco, líderes religiosos (responsables de programas sociales)

b) formales

estadística del Ministerio de Salud, oficinas regionales y locales
registros municipales
periodicos y medios de comunicación

Producto: elaborar un cuadro con todos los casos referidos Este cuadro debe incluir

nombre de la mujer fallecida (o alguna otra identificación)
localización del suceso (indispensable)
lugar dónde vivió la fallecida, si es diferente
fecha de la muerte
probable causa de la muerte
fuente de la información

OJO el objetivo es reunir la *mayor cantidad* de referencias posibles (y confiables), a fin de contar con un universo amplio del cual seleccionar los casos mas convenientes

Nota Entenderemos por **Muerte Materna** la muerte de una mujer producida en cualquier momento del embarazo, parto o puerperio, hasta los 42 días cumplidos después del parto

Paso 2 Selección de casos

Objetivo seleccionar y priorizar los casos sobre los que se realizaran las autopsias verbales sujeto del estudio

A partir de la relación producida en el paso 1, debemos seleccionar entre 12 y 15 casos

La priorización y selección debe considerar los siguientes criterios

Distribución de los casos por zonas geográficas, teniendo en cuenta la distancia, accesibilidad e interés por la zona

La probabilidad de poder hacer las autopsias verbales, accediendo a varios entrevistados por caso

Lo reciente de la muerte En general, hay que preferir los casos más recientes, donde el recuerdo sobre las circunstancias de la muerte está más fresco

La variedad en los tipos de casos momento de la muerte (embarazo, parto, puerperio), circunstancias en que se produjo, actores involucrados En general, es necesario cubrir una amplia gama de circunstancias pero es preferible escoger casos contrastantes entre sí, e incluso casos inusuales

Nota es imprescindible que la mitad de los casos seleccionados sean muertes no-hospitalarias

Producto: relación detallada de casos susceptibles de ser autopsiados (una depuración de la relación anterior) Además de los datos incluidos en la relación anterior, es necesario añadir información sobre

zona de la que provienen los casos (caracterizada)

distancia (espacio y tiempo) y accesibilidad de la zona

momento de la muerte (embarazo, parto o puerperio)

Paso 3 Imaginar el caso

Objetivo: Reconstruir hipotéticamente el proceso de muerte con la finalidad de identificar espacios de las entrevistas y posibles informantes

A partir de los datos contenidos en las listas elaboradas Reconstruir el posible proceso de actos y decisiones que condujo a cada muerte materna seleccionada

La información disponible variará de un caso a otro En todo caso, el ejercicio pretende llegar a establecer algunas pistas de exploración a fin de seleccionar a los informantes más pertinentes y poder establecer algún criterio para enfatizar algún aspecto de la entrevista

En ese sentido, la reconstrucción de casos debería poder identificar espacios en los que se produjo el proceso, momentos del mismo (incluso antecedentes, si es posible), personas relacionadas

Producto: Un corto relato hipotético del proceso de muerte para cada caso

Paso 4 Selección de informantes

Objetivo: elaborar una relación tentativa de las personas a entrevistar para la reconstrucción de cada caso de muerte materna. Es importante considerar que necesitamos variedad de puntos de vista sobre los casos, lo que supone que las personas entrevistadas deben corresponder a diversas posiciones en relación a la mujer fallecida.

En base a la información parcial que se maneja sobre cada caso, se hará una relación de informantes claves, escogidos de acuerdo a las circunstancias del caso.

Por ejemplo si existía un conflicto entre la familia de la mujer y su familia política habría que entrevistar a uno o más voceros de ambas familias.

Considerar además los espacios en los se produjeron los sucesos e identificar la localización de los informantes.

Por ejemplo si la mujer fallecida se sintió mal en su caserío pero falleció en la posta de salud hay que considerar informantes de uno y otro lado.

Aunque eventualmente se podría realizar a priori, pero lo más probable es que la selección se realice en la localidad de residencia o de deceso. En cualquier caso, una vez en el campo se debe verificar la accesibilidad de los posibles informantes, y añadir algunos nombres si es necesario (en reemplazo de alguno que no estuviera accesible o en caso de encontrar otro no considerado inicialmente y cuyo testimonio resulte pertinente).

Además, se debe pensar en las preguntas que se privilegiarán para cada informante, de acuerdo a quien es y al tipo de relación que tenía con la mujer fallecida. Será necesario adecuar las preguntas a las sensibilidades de los informantes y al rol que cada uno jugó en el suceso.

Producto: una relación de informantes claves para cada caso, indicando el tipo de preguntas que se privilegiará para cada informante (precisar categoría del informante familiar, vecino, especialista en salud, etc.)

Paso 5 Realización de entrevistas

Objetivo recolección de autopsias verbales, caso por caso

Aplicación de la guía de entrevista semi-estructurada a los/as informantes señalados para cada caso

Tener en cuenta que en el proceso de realización de las entrevistas podrían aparecer nuevas pistas o nombres de personas que sería conveniente entrevistar. No hay un orden para la realización de las entrevistas, pueden realizarse de acuerdo a la ocasión o a cuando se encuentran los informantes.

En caso de que las personas a entrevistar tengan poco tiempo, o poca voluntad, la entrevista podrá realizarse por partes

Profundidad de la entrevista de acuerdo a los casos, podrá ser una conversacion informal de caracter general o una entrevista a profundidad

Tanto para la selección de informantes como para la realizacion de las entrevistas debera tomarse en cuenta la relación costo beneficio insistir en aquellos casos en que la información es particularmente importante y desistir cuando el costo en tiempo o dinero no amerita la informacion a conseguir

Producto· El mayor numero posible de entrevistas registradas para cada caso (grabación o notas)

Paso 6 Traducción, ordenamiento y transcripción de las entrevistas

Objetivo· poner el material en condiciones para enviarlo al equipo central para su analisis

Es necesario revisar la informacion recopilada cuando todavia estamos en el campo ¿Se entrevisto a una cantidad suficiente de personas para cada caso?, ¿Se obtuvo informacion de una variedad suficiente de personas?, ¿Se ha incluido a todos los actores claves en la medida de lo posible?, ¿Las grabaciones son de calidad suficiente para permitir su transcripcion? Si se trabajo con apuntes en algunas entrevistas, ¿están completos los apuntes?, ¿es necesario volver para repreguntar sobre algunos datos criticos?

La transcripcion de la entrevista debe estar a cargo de la misma persona que la realizo Idealmente, las transcripciones se realizaran luego de regresar del trabajo de campo, de manera que se transcriba cuando el material este aun fresco en la memoria (en el trabajo de transcripcion, ayuda muchísimo que la persona recuerde aproximadamente qué se dijo y como era la persona entrevistada)

Quienes hayan realizado entrevistas en quechua, aymara o algun idioma nativo deberan además incluir una traduccion al castellano Es sumamente importante que la traduccion sea literal y respeto lo mas posible la manera de expresarse de las personas entrevistadas

OJO Tomar en cuenta que toda la informacion y todas las versiones expresadas en las entrevistas son importantes y rescatables No eliminar ningun tipo de informacion

Al final, es necesario hacer un recuento de la informacion recolectada (hacer inventario, caso por caso)

Productos finales (para cada caso)

Conjunto ordenado de informacion primaria, tal y como fue recogida (notas y grabaciones)

Transcripciones de las entrevistas en castellano (traducciones, si es necesario)

Relación de material recopilado por caso y zona

Una relacion de los informantes cuyos testimonios se incluyen en la autopsia verbal

PUCP
ANÁLISIS DE CASOS DE MORTALIDAD MATERNA

GUÍA DE ENTREVISTAS PARA LAS AUTOPSIAS VERBALES

(Todas estas preguntas tienen carácter referencial. No están concebidas para ser aplicadas directamente, deben ser 'traducidas' de manera que sean entendidas lo mejor posible por las personas a entrevistarse)

Recomendaciones generales

- no quedarse satisfechos con la primera explicación
- recordar que las explicaciones pueden variar de acuerdo al informante

1 - Sobre el/la informante

Usted, ¿que relación tenía con la señora que murió/con la mujer fallecida?, era su pariente?, ¿se conocían desde hace tiempo?, ¿desde cuando?

¿con qué frecuencia la veía?, ¿en que contexto, o en que circunstancias?

2 - Sobre la mujer que falleció

¿cómo vivió su embarazo?, ¿estaba contenta de estar esperando un bebé?, ¿que tiempo tenía el embarazo?, ¿nació el niño/a?, ¿quién lo/a atiende?

¿fue su primer embarazo?, ¿cuantos embarazos ha tenido antes?, ¿como los vivió?, ¿tuvo antes algun problema, alguna complicación?, ¿había sufrido recientemente de alguna enfermedad?, ¿ha usado algun metodo anticonceptivo?, ¿ha sufrido o se le ha practicado alguna vez un aborto?

¿cuantos hijos tiene? (si tiene hijos), ¿cómo estan sus otros hijos?, ¿quien los está cuidando?

¿era casada, conviviente, soltera ?

¿Que personas sabían del embarazo ? (en terminos de sus relaciones con la madre fallecida), ¿quiénes estaban al cuidado de la gestante?, ¿que tenían que hacer?

¿quienes iban a cuidarla y atenderla durante el parto?, ¿qué tenían que hacer?

¿cómo se le veía a la señora en su familia?, ¿como se llevaba con sus hermanos?, ¿era diferente a ellos en algo?

¿como se veía a la señora en la comunidad?, ¿era una persona importante?, ¿era una persona con muchas amigas o era mas bien solitaria?, ¿toda la gente

la conocía en la localidad?, ¿había ocupado algún cargo?, ¿pertenece a alguna iglesia?, ¿participaba en las reuniones de algún grupo, club o asociación en la comunidad (club de madres, asociación de padres de familia, grupo religioso, etc)?

¿cómo es su familia?, ¿qué posición ocupa en la comunidad? ¿qué tipo de relaciones tenía con su familia?, ¿y con sus vecinas?

¿qué tipo de actividades desarrollaba cotidianamente?, ¿viajaba?, ¿qué tipo de esfuerzos realizaba?, ¿con quienes trabajaba?

3 - Sobre el embarazo

¿era un embarazo normal?, ¿la madre se sintió mal previamente?, ¿cuánto tiempo se sintió mal?

¿se decidió llevarla a consulta?, ¿a quien?, ¿quién tomó la decisión?, ¿cómo la llevaron?

¿cómo se le atendió?, ¿qué tratamiento le aconsejaron?, ¿cómo evolucionó el paciente?

¿(la señora fallecida) tenía miedo frente al embarazo, el parto, el post-parto?, ¿tuvo algún presentimiento?, ¿creía que algo podía salir mal?

¿en qué circunstancias se produjo la muerte?, ¿fue durante el embarazo, el parto o el puerperio?

4 - Sobre el momento de la muerte

Solicitar un breve relato del suceso, dejar que la persona se exprese libremente ("Hábleme sobre cómo fue la muerte de...")

Luego, insistir en la narración del momento de la muerte, antecedentes y consecuencias, pedir que describan la escena de la muerte

¿dónde ocurrió?, ¿cómo fue?, ¿quienes estaban presentes?, ¿qué hacían?

¿cómo estaba días antes?, ¿qué se hizo al respecto?

¿qué paso después?, ¿qué se hizo después?

¿quienes intervinieron en algún momento del proceso?, ¿estuvo presente un especialista de salud? (esposo, hermanos/as, cuñados/as, familiares, compadres, personal de la posta, curanderos, parteras, autoridades, transportistas, etc), ¿cuál era su relación con la señora?

Preguntar luego sobre los funerales de la mujer fallecida ¿Cómo y dónde se le enterró?, ¿Quién organizó el entierro?, ¿Cuánta gente asistió?, ¿Quiénes asistieron?

5 - Sobre las causas

Tratar de indagar sobre las causas del deceso, tanto desde el punto de vista clinico como de los procedimientos y de las acciones emprendidas al respecto (controles, atención durante o post parto, etc) Asimismo, indagar a quien o a qué se atribuye la causa o responsabilidad de la muerte, así como sobre las justificaciones que se puedan dar al hecho

Lo primero es preguntar cómo se explica la muerte, cuales son las causas principales segun el informante (se pedirá que se expliquen sobre la misma, que proporcionen toda la informacion que crean conveniente

¿porque se produjo la muerte?, ¿porqué cree ud que murio?

Luego, explorar sobre las posibles causas o explicaciones, de acuerdo a tres items

Causas clínicas o causas naturales de la muerte

Indagar sobre los sintomas experimentados por la madre y sobre complicaciones o problemas clínicos que puedan haber causado la muerte Tomar en cuenta que la enfermedad o causa directa de la muerte puede ser explicada tanto en términos clínicos occidentales como de acuerdo a razones o enfermedades culturalmente definidas (Procurar recoger ambas versiones, si existen)

¿la muerte se produjo durante el embarazo, el parto o el puerperio?

¿cual fue la causa principal de la muerte?, ¿hubo una segunda causa, cual?

¿que síntomas experimentó la madre?

¿se practico intento de aborto o aborto?

¿se presento hipertension inducida?

¿hubo hemorragia?

¿hubo infección?

¿la madre tenia alguna enfermedad, cuál?

Causas procesuales

Indagar si la muerte se atribuye a la falta de atencion o a una atencion deficiente Incluir en este acapite no solo la atencion en postas de salud u hospitales sino tambien de parteras, curiosos, curanderos, e incluso automedicacion si es el caso

Tambien si la causa se atribuye a otro tipo de factores como descuido, problemas de transporte, problemas economicos, mala percepcion o referencias de la posta o de la atención de salud, etc

Durante el embarazo

¿hubo complicaciones durante el embarazo?

¿cuanto tiempo transcurrió entre las complicaciones y la decisión de consultar con alguien?

¿se consultó algun especialista?

¿se hizo controlar en la posta?, ¿cuantas veces?

¿recibió buena atencion?

¿qué le dijo el médico, la obstetra, el curandero, la partera, etc ?
 si hubieron complicaciones y no se atendió ¿porque no acudio a cualquier tipo de consulta?

Durante el parto

¿hubo algun tipo de complicaciones?
 ¿demoró mucho en expulsar la placenta?
 ¿qué explicación dio la persona que la atendió?

Durante el puerperio

¿cómo se le atendió en su casa?, ¿descansó un tiempo o se puso a trabajar de inmediato?
 ¿tuvo sangrado muchos días?
 ¿consulto la madre algun especialista?
 si tuvo problemas y no recibio atencion, ¿porque no acudio a cualquier tipo de consulta?

Explicaciones culturales

Preguntar sobre otras explicaciones posibles de la muerte (enfermedades definidas culturalmente, daño, envidia, brujería, etc)

¿quienes sabían del embarazo?
 ¿como era vista la familia de la madre?
 ¿había alguien que no apreciara a la familia?
 ¿pasó algo extraordinario, fuera de lo comun o se hizo algo indebido, antes o después del parto?

6 - Sobre la red personal de la persona fallecida

¿recuerda alguna ocasión en que la señora necesitara ayuda de sus vecinos?,
 ¿la pudo conseguir?

¿recuerda alguna ocasión en que la señora necesitara ayuda de sus familiares?,
 ¿la pudo conseguir?

¿cómo se llevaba la señora con sus familiares políticos (suegra, suegro, cuñadas, cuñados, tíos o primos políticos?, ¿había bastante relación entre los familiares directos y la familia política?

Si la señora hubiera necesitado de emergencia que alguien le prestase 100 soles, ¿los podía conseguir?, ¿tenía algun relacionado que tuviera esa cantidad?

¿se le tomaba en cuenta cuando daba su opinion?

En caso de problemas, ¿tenía quien le pudiera defender? Recuerda alguna ocasión de ese tipo?

Tenia la persona alguien con quien compartir sentimientos intimos?

INFORMACIÓN DE LUGAR

Información anexa necesaria Datos sobre el lugar de residencia habitual de la madre fallecida

No preguntar durante las entrevistas recoger la información durante el trabajo de campo o consultando alguna autoridad o persona informada

Nombre de la localidad Distancia a otros poblados, medios de transporte (frecuencia y costo)

Servicios existentes Luz, agua, comunicaciones

Estado de las casas, material de construcción

Impresión general del lugar

Servicios de salud disponibles en el lugar o proximidad de los mismos

Especialistas en salud que hay en el lugar (médicos, enfermeros, técnicos en salud, obstétrices)

Especialistas tradicionales que atienden la zona (curanderos, parteras, herbolarios u otros)

AUTOPSIA VERBAL No _____
FICHA DE INFORMACION GENERAL
GLI No _____

DATOS GENERALES SOBRE LA FALLECIDA

- 1 NOMBRES Y APELLIDOS _____
 2 LOCALIDAD DE RESIDENCIA (Casero, Pueblo, Villa) _____
 DISTRITO _____
 PROVINCIA _____
 DEPARTAMENTO _____

SOBRE EL FALLECIMIENTO

- 3 FECHA ____ / ____ / ____
 4 LOCALIDAD _____
 DISTRITO _____
 PROVINCIA _____
 DEPARTAMENTO _____

5 LUGAR DEL FALLECIMIENTO

Tipo de lugar	Si/No				
a Domicilio		Especificar (tipo de establecimiento, de medio)			
b Establecimiento de salud			Propiedad del vehiculo	Desde	Hacia
c En desplazamiento			(Marcar una "X") a Privado _____ b Sector salud _____ c Otra institucion publica _____		
d Otro _____					

SOBRE EL RASTREO

- 6 ¿Que medios fueron empleados para la identificacion del caso (autoridades agentes de salud/ desarrollo, organizaciones vecinos)? _____

7 ¿Que fuentes fueron utilizadas para la identificación del caso? (registros publicos estadísticas de la region de salud, otras) _____

SITUACION DE LA MUERTE.

8 Intervencion de agentes de salud en el proceso del embarazo, parto y puerperio

	Intervino algún agente salud en el evento de la muerte (Si / No)	Intervino algun agente de salud en algun episodio del embarazo, parto o puerperio ANTERIOR a la muerte (Si / No)	Especificar que agente	Especificar el momento (embarazo, parto, puerperio)
Del sistema oficial				
Agente comunitario (partera, curandero, otro)				

9 ¿En que momento se produjo la muerte?

	Si / No	
Embarazo		Cuanto tiempo despues
Parto		
Despues del parto		

12 ¿El fallecimiento esta registrado en ?

(Marcar una "X")

	Si	No	No se sabe	Causa de muerte consignada	Observaciones
a Registro de defunciones del municipio					
b Parte policial					
c Estadísticas de la region de salud					
d Historia clinica del establecimiento de salud					
e Otro					

OBSERVACIONES SOBRE EL PROCESO DEL RASTREO DE CASOS

SOBRE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS

13 Numero de entrevistas _____

14 Fechas entre las que fueron realizadas Del ____/____/____
Al ____/____/____

CUADRO DE INFORMACION SOBRE LAS ENTREVISTAS

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENTREVISTADO/A	RELACION CON LA FALLECIDA	FECHA DE LA ENTREVISTA	LOCALIDAD Y DISTRITO	PROVINCIA	CODIGO	OBSERVACIONES SOBRE LA ENTREVISTA

OBSERVACIONES GENERALES SOBRE EL CASO

Estudio de Casos de Muerte Materna
 PUCP - Proyecto 2000 - MINSA

CASOS DE MUERTE MATERNA RASTREADOS POR EL GRUPO LOCAL DE INVESTIGACION
CUADRO DE INFORMACION

FECHA / /

No	NOMBRE DE LA FALLECIDA	AUTOPSIA VERBAL		¿COMO SE ENTERO DEL CASO?	SITUACION DE LA MUERTE				FECHA DE MUERTE (dia/mes/año)	LOCALIDAD-DISTRITO-PROVINCIA	CAUSA DE MUERTE SEGUN REGISTRO	
		Realizada (Si/No)	Por realizar (Si/No)		Intervencion de agentes de salud en el evento de la muerte		Muerte registrada				Registros/ estadísticas del sistema oficial de salud	Registros/ estadísticas de municipios/ comisarias
					Del sistema oficial (Si/No)	De agentes comunarios (Si/No)	Sistema oficial de salud (Si/No)	Municipio (Si/No)				
1												
2												
3												
4												

190

Instrumentos de recolección de la información· estudios de localidades

SEGUNDA PARTE DEL PROCESO DE INVESTIGACION

ESTUDIOS COMUNITARIOS OBSERVACION, ENTREVISTAS Y GRUPOS FOCALES

(Guia complementaria para la aplicacion de guias de observacion, guias de entrevistas a prestadores de salud y de servicios e instrucciones para la realizacion de los grupos focales)

Contiene una serie de instrucciones y recomendaciones para la aplicacion de los instrumentos y la ejecucion del trabajo de campo

Se divide en dos partes

Instrucciones y recomendaciones para el trabajo de campo

Instrucciones sobre la transcripcion y sintesis de la informacion recogida

INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJO DE CAMPO

1 - Antes de salir.

Verificar que se han entendido los instrumentos y que esta claro lo que se tiene que hacer en la comunidad

Recolectar informacion basica sobre el lugar en el que se va a trabajar De ser posible conseguir nombres de personas a quienes contactar (autoridades o personas que trabajen ahi, funcionarios, maestros, promotores de ONGs, etc)

Tener clara la estrategia para la realizacion de los grupos focales y prever los 'incentivos' para los participantes (ver si se pueden comprar en el lugar o si es necesano llevarlos) Hay un presupuesto de S/ 50 00 por cada uno de los grupos focales para cubrir gaseosas, galletas, o lo que se presente como refrigerio, segun el lugar

Hacer un estimado del tiempo necesario para el trabajo

Pensar en una division del trabajo en la comunidad (tentativa)

2 - Al llegar al lugar

Nota se sobre-entiende que el trabajo de campo es realizado por el conjunto del equipo y que sus miembros permanecen en la zona durante el mismo

1er dia

Instalacion del equipo (alojamiento y otros)

Contactar a las autoridades locales segun sea el caso (alcalde, gobernador u otros) Informes del proposito de la visita y recoleccion de informacion general sobre el lugar (datos basicos pero tambien personalidades a entrevistar, instituciones importantes a las que visitar, etc)

Primera aproximacion del lugar, observacion del espacio (Ojo el trabajo de observacion general de la comunidad se desarrolla de manera permanente a lo largo de trabajo de campo)

A raz de la presentacion y conversacion de autoridades mas el recorrido por el lugar, elaborar (o revisar, si es el caso) lista de instituciones a rastrear, relacion de posibles personas a entrevistar (prestadores de salud, gente de servicios o de ONGs, autoridades comunales, maestros, etc)

Razonar a quienes invitar a los grupos focales y sobre el mejor mecanismo para reclutarlos,

Pensar en los contactos necesarios para ambas tareas

Distribucion preliminar de tareas entre los miembros del equipo y del tiempo necesario para realizarlas

2do dia

Realización de contactos para entrevistas y desarrollo de las mismas

Contactar al personal de salud, explicar el proyecto y concertar entrevistas

Escoger la mejor estrategia para la observacion de la atencion en el centro de salud

Comenzar convocatoria para los grupos focales

Eleccion del local para realizacion de los GF y de la fecha probable de su realizacion

Por la noche, balance del dia, evaluacion de tareas y distribucion de las mismas para el dia siguiente

OJO

Deben realizar un minimo de tres entrevistas en el sector salud

- 1 Director/a del Centro de Salud - Instrumento 2 Personal de Salud
Instrumento 3 Red Local
- 2 Agente Comunitario de Salud - Instrumento 2 Personal de Salud
- 3 Enfermera, obstetriz u otro
Personal del establecimiento - Instrumento 2 Personal de Salud

Días siguientes

Realizacion de entrevistas

Continuacion de observacion del lugar (elaboracion de croquis y otros)

Observacion del procedimiento de atencion en los servicios de salud

Convocatoria definitiva a participantes para los grupos focales (cuando sea pertinente)

Realizacion de los grupos focales recordar que son tres por comunidad uno con hombres adultos, otro con mujeres adultas, y uno tercero con jovenes de ambos sexos

OJO

- 1 Se recomienda encarecidamente no identificarse con el centro de salud para no sesgar la participacion de la gente El equipo debe aparecer como independiente de las autoridades de salud de la localidad
- 2 Grabar todo lo que se pueda entrevistas y grupos focales y, de ser posible, conversaciones sueltas que contribuyen a completar la guia de observacion

3 - Antes de retirarse del lugar.

Verificar que se tiene toda la informacion necesaria, (hacer un recuento de lo trabajado y recolectado y una pequeña evaluacion en relacion a las guias de trabajo)

Despedirse de las autoridades del pueblo y del responsable del establecimiento de salud

INSTRUCCIONES SOBRE LA TRANSCRIPCIÓN Y SÍNTESIS DE LA INFORMACION RECOGIDA

1 - Material mínimo para el trabajo de campo

- las guías (observación, entrevistas y grupos focales)
- cuaderno de campo (por cada miembro del equipo)
- material para elaboración de croquis u otros (no indispensable puede ser en el cuaderno de campo)
- material de grabación (grabadoras, pilas, cassettes en cantidad suficiente)
- material de fotografía

2 - Registro de información

Tener cuidado de registrar todos los elementos descriptivos y de apreciación pertinentes, por escrito, grabación o fotografía

En que caso de no poder hacerlo inmediatamente, cuidar de que el tiempo entre la observación (o la entrevista) y el registro sea lo menos dilatado posible

Tomar precauciones de seguridad en el procedimiento de registro. De ser posible, y necesario, consultar con gente autorizada en la localidad (autoridades p e) sobre la conveniencia de una u otra forma de registro

3 - Orden para el procesamiento de la información

Recomendamos procesar la información en el orden siguiente

- Transcripción y ordenamiento de notas de campo y guía de observación
- Transcripción de los grupos focales
- Transcripción de las entrevistas

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES DE LOS GRUPOS FOCALES

Cada grupo local de investigación realizará tres grupos focales en cada una de las dos capitales de distrito en las que se desarrollará el estudio comunitario (seis en total) Los participantes de los grupos focales deben cumplir las siguientes características

- Haber tenido al menos un hijo (esté vivo o no)
- Residir en el distrito estudiado (al menos tres años)

Los seis grupos focales se distribuirán de la siguiente manera, según se trate de la comunidad con situaciones distintas de acuerdo, según el sexo/genero de los y las participantes, así como el grupo etareo al que pertenecen (adultos o jóvenes)

Comunidades	1	2
Sexo-genero		
Mujeres	1 grupo de adultos (30 a 50 años)	1 grupo de adultos (30 a 50 años)
Hombres	1 grupo de adultos (30 a 50 años)	1 grupo de adultos (30 a 50 años)
Mixto	1 grupo de jovenes (18 a 25 años)	1 grupo de jovenes (18 a 25 años)

25/11/97

**FICHA DE DATOS BASICOS DE LOS PARTICIPANTES DEL GRUPO FOCAL
Y OBSERVACION DE SU DESARROLLO**

Datos de la localidad

1

Localidad	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
GLI No	

Datos generales sobre el grupo focal

2

DATO	ESPECIFICACION
Sexo/genero	(Marca una "X") Hombres _____ Mujeres _____ Mixto _____
Grupo de edad	(Marca una "X") 18 a 25 años _____ 30 a 50 años _____
Fecha	/ / 197
Hora de inicio	
Hora de fin	
Local donde se desarrollo	

Sobre la estrategia empleada para la convocatoria

3 Detalla el proceso de la convocatoria medios utilizados (instituciones organizaciones promotores, lideres de la comunidad, otros actores comunitarios, otros) y instrumentos (cartas de invitacion, otros)

Observaciones sobre el desarrollo el grupo focal

4 Comenta la participacion del grupo en su conjunto (posibles razones que limitaron o promovieron la participacion o sesgaron la informacion empatia conflictos o diferencias previas otros)

5 Comenta la presencia de miembros del grupo focal especialmente / poco participativos (hacer referencia al nombre en lo posible) Plantea posibles razones ("personalidad" rol en la comunidad informacion)

Datos de los participantes

6

Participante No	Nombre	Sexo-genero (M/F)	Edad	Nivel educativo alcanzado (primaria/secundaria/superior)	Lengua materna	¿Donde nacio? (Distrito y provincia)	Actividad economica (detallar)	¿Desde hace cuanto tiempo vive en el distrito? ¹
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

7 Dibuja la ubicacion de los participantes moderador/a y asistente numerando segun la numeracion del cuadro anterior

¹ NO olvidemos que los participantes deben haber resicido al menos 3 años continuos en el distrito

Estudio de Casos de Muerte Materna

**CONVOCATORIA PARA LOS GRUPOS FOCALES ¹
FICHA FILTRO**

Convo cado/a No	Nombre - -	Sexo- - genero (M/F)	Edad ²	¿Desde hace cuanto tiempo vive en el distrito? ³	¿Realiza alguna labor vinculada al area de salud? (prestador "oficial", agente comunitario, promotor/a o similar) Detallar cual ⁴
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

¹ Esperamos entre 8 y 10 participantes. Puede ser útil convocar un número mayor (15 aproximadamente). Sin embargo el grupo no debe pasar de 12, ni ser menor de 6. Para esto debemos tratar de confirmar la asistencia de modo que sepamos que no serán ni muchos ni muy pocos.

² DEBEMOS hacer lo posible para que estén representados diversos subgrupos de edad al interior de un grupo de edad. Así, si estamos convocando un grupo de 30 a 50 años debemos tratar que la mitad se encuentren en el rango de 30 a 40 y la otra mitad de 41 a 50 (igualmente, la mitad de 18 a 21 y la otra de 22 a 25).

³ NO olvidemos que los/ las participantes deben haber residido al menos 3 años contínuos en el distrito.

⁴ NO olvidemos que los/ las participantes NO pueden ser agentes del sistema oficial de salud o agentes comunitarios de salud, u otros actores comunitarios especialmente informados. Su particular capacitación o perspectiva puede diferenciarlos como una población "profesional" o "especializada" y desalentar la participación de los demás.

GUIA PARA LOS GRUPOS FOCALES

1 PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE LAS MUJERES EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Objetivo Reconocer cuales son, para la comunidad, los principales problemas de salud que enfrentan las mujeres durante el proceso del embarazo, parto o puerperio, en el contexto de los problemas de las mujeres de la comunidad como de la comunidad misma

Preguntas

Los principales problemas de la comunidad y de salud las mujeres

¿Cuales son los principales problemas de la comunidad?

¿Cuales son los principales problemas de las mujeres de la comunidad?

¿Cuales son los principales de salud de las mujeres de la comunidad?

Si una persona tuviera tuberculosis (malaria), por ejemplo, ¿que pasaria con esa persona?

¿Que futuro tendria? (aqui, en las condiciones de este lugar)

Si una persona de pronto cayera con una pneumonia (disenteria)m ¿que le pasaria? ¿que futuro tendria?

La gente de este lugar, ¿cuanto dinero dispone para resolver problemas de salud? ¿de donde consigue dinero?

¿Cuanto esta dispuesta a gastar para resolver problemas de salud?

Si se trata de una mujer ?

Si se trata de un varon ?

Si se trata de un niño ?

Si se trata de un adulto ?

¿Quienes estan mas dispuestos a gastar dinero para solucionar los problemas de salud las mujeres o los hombres?

2 PERCEPCIÓN EN TORNO A LAS CAUSAS DE LAS MUERTES MATERNAS

Objetivo Explorar los casos de muerte materna que los pobladores recuerden especialmente, buscando reconstruir los relatos en torno a alguno/s, en particular en relacion a las causas percibidas

Preguntas

¿Ha habido ultimamente alguna muerte de una mujer en esta comunidad? ¹

¿Cual es el caso que Uds recuerden mas? ¿Cuando ocurrio? ¿A que se debio? ¿Que otros casos ha habido? ¿Cuando ocurrieron? ¿A que se debio?

¹ Podria mencionarse algun caso ya conocido de muerte materna en la comunidad, que haya sido identificado en la Fase Operativa 1

(Si no se menciona el proceso del embarazo, parto o puerperio como causa de las muertes preguntar)

¿Por que otras razones se mueren las mujeres en esta comunidad?

¿Ha ocurrido alguna muerte de una mujer durante su embarazo, en el parto o despues de el?

¿A que se debio?

(Continuar con las siguientes preguntas una vez centrado el dialogo en casos de muerte materna)

¿Cual es el caso que Uds mas recuerden? ¿Cuando ocurrio? ¿Con que frecuencia ocurren estos casos? ¿A que se debio? ¿Por que otras razones ocurren estos casos?

- 3 SIGNOS Y SINTOMAS

Objetivo Reconstruir la percepcion de los pobladores sobre los signos y sintomas que ubican como parte del proceso de complicacion de la salud materna

Preguntas

En casos como el/ los anterior/es ¿que sienten las mujeres? ¿como se dan cuenta que algo esta pasando? (explorar por signos y sintomas como fiebre, malestar, dolor, e o) ¿los demas se dan cuenta? ¿quienes se dan cuenta? ¿como se dan cuenta?

En esos casos, ¿que hacen por lo general las mujeres?

¿que hacen sus parejas (esposos, etc)?

¿que hacen otros familiares?

¿que hacen los vecinos?

4 ATENCION Y TRATAMIENTO

Objetivo Reconocer el proceso que sigue un caso de complicacion de la salud materna en relacion a la atencion y tratamiento – momento en que se percibe la importancia de la atencion y con quién (agentes de salud involucrados), tipo de tratamiento, continuidad

Preguntas

Decisión de la atención

¿Cuando se preocupa una mujer que esta embarazada o que acaba de dar a luz?

¿Cuando deberia preocuparse una mujer que esta embarazada o que acaba de dar a luz?

¿quien lo decide?

¿Que hace por lo general una señora que esta embarazada o acaba de dar a luz y tiene un malestar?

Redes personales y agentes de salud “tradicionales” en la busqueda de atencion

¿Habla con alguien? ¿Que hace despues? ¿Que pasa si se sigue sintiendo mal?

¿Que hace si se empeora? ¿Los esposos hacen algo? ¿Los familiares?

¿A quien acude? ¿Las mujeres se atienden con las *parteras*? ¿Hay alguna partera a la que vayan mucho las mujeres de la comunidad?

¿que cosas recomiendan las *parteras* (a quien acude)?

¿que cosas han escuchado que son buenas cuando una mujer que esta embarazada se siente mal? (referir, como ejemplo, sintomas y signos mencionados anteriormente)

¿que cosas han escuchado que son buenas cuando una mujer que acaba de dar a luz se siente mal?

¿a quienes mas van las mujeres cuando están embarazadas y tienen un malestar? ¿luego de dar a luz?

5 LOS SERVICIOS DE SALUD OFICIALES Y SU ROL EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Objetivo Explorar la percepcion de la comunidad en relacion a los servicios de salud el personal de salud, la relacion establecida con este, su habilidad para resolver eficazmente el problema de salud especifico, la infraestructura y equipamiento del servicio, y en general las limitaciones percibidas para acudir a el como los beneficios potenciales

Preguntas

(Si no se menciona al centro o puesto de salud, preguntamos)

Los servicios de salud en el embarazo, parto y puerperio

¿Las mujeres que estan embarazadas van al centro/ puesto de salud? ¿en que ocasiones van? (indagar por los controles pre-natales) ¿para que? ¿por que van?

Ademas de ir al centro/ puesto de salud ¿se hacen ver con alguien mas (que no sea de alli)? ¿con quien?

¿Por que algunas no van?

Luego del parto, ¿las mujeres van al centro de salud? ¿en que ocasiones? ¿para que? ¿por que van? Ademas de ir al centro/ puesto de salud ¿se hacen ver con alguien mas (que no sea de alli)? ¿con quien?

¿Por que algunas no van?

Los servicios de salud ante la necesidad de atencion

¿Las mujeres que están embarazadas o que acaban de dar a luz van al centro/puesto de salud cuando se sienten mal? ¿en que ocasiones van? ¿por que?

Ademas de ir la centro/ puesto de salud, ¿se hacen ver con alguien mas (que no sea de alli)?

Beneficio percibido de la tencion

Si una mujer que esta embarazada o acaba de dar a luz ir, ¿le ayuda ir al centro/puesto de salud? ¿Como se sienten despues de haber ido al centro/ puesto de salud?

Descripcion del servicio

¿Como es el centro/puesto de salud de la comunidad? ¿Tiene los equipos necesarios para atender los controles, en el parto, despues del parto?

¿Como son las personas que atienden a una mujer que esta embarazada cuando va para que

la vean?

¿Una mujer que esta embarazada / que acaba de dar a luz puede hablar con confianza con quienes atienden en el servicio? ¿por que?

¿Como es el trato a una mujer que esta embarazada en el centro/puesto de salud?

¿Como es el trato a una mujer que ha dado a luz en el centro/puesto de salud?

6 PREVENCIÓN

Objetivo Reconocer que posibilidades de prevencion de los casos de muerte materna percibe la comunidad, a nivel familiar y comunitario, y con la participacion de que actores y agentes

Preguntas

¿Podria hacerse algo para que no se produzcan esas muertes? ¿que podrian hacer las mujeres que estan embarazadas? ¿que podrian hacer sus esposos? ¿que podrian hacer sus familias?

¿Quienes mas podrian hacer algo para que no se produzcan esas muertes? ¿Quienes tendrian que hacer algo?

¿Que podria hacer la comunidad (municipio, centro/ puesto de salud, educacion, e o)?

7 MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Objetivo Reconocer que tipo de medios de comunicacion tienen mayor importancia con relacion a la salud de las mujeres entre los pobladores de las comunidades estudiadas, particularmente en el proceso del embarazo, parto y puerperio

Preguntas

¿Como se entera la gente de aqui sobre las cosas que pasan en la comunidad? ¿y de lo que pasa en el pais? ¿como se entera la gente lo que hay que hacer si uno se siente mal?

¿Como se enteran las mujeres de que tienen que hacer durante el embarazo? ¿en el parto? ¿luego del parto? ¿si hay un malestar en el embarazo o luego del parto? ¿con quienes hablan?

25/11/97

Aplicar a Personal de los establecimientos y los agentes comunitarios de salud

Instrucciones Esta es una guía de entrevista semi-abierta para aplicarse a los agentes de salud –de los establecimientos del MINSA y comunitarios—en las comunidades de concentración del estudio. El hecho que sea semi-abierta significa que tu, al realizar la entrevista, podras hacer cambios en la forma de plantear las preguntas y en el orden, adaptandolas a la persona a quien estas entrevistando. Lo importante es asegurar que se ha tocado todos los temas, de una manera u otra

Hay diferencias importantes entre el contexto y el modo de trabajo de estos dos grupos de actores. Por eso, debes trabajar con todos los entrevistados las secciones que son comunes (no tienen ninguna clave). Debes elegir para cada grupo (profesionales, agentes comunitarios) las preguntas o secciones que estan marcadas para uno u otro, que usan las claves **EEE** para “establecimiento” y **CCC** para “comunitario”

La seleccion de las personas para entrevistar

a Establecimientos de salud –

Prioridad 1 Director del establecimiento

Prioridad 2 Responsable del Programa Materno-Perinatal

Prioridad 3 Responsable del Programa de Salud Reproductiva y Planificacion Fam

b Agentes comunitarios de salud –

Prioridad 1 Partera

Prioridad 2 Promotor-a

Prioridad 3 Curandero-a

La regla con respecto al numero de entrevistas es **MAS ES MEJOR**

Dentro de los limites de tiempo que hay para el estudio en la comunidad, y de acuerdo a la disponibilidad de estas potenciales entrevistadas, realizar entrevistas con el mayor numero posible

Como minimo, debes entrevistar a por lo menos una persona en cada categoria (establecimiento y agente comunitario)

Anotar

Cargo de la persona entrevistada (si es EEE) _____

Funcion (EEE y CCC) _____

Sobre la persona entrevistada

Introducir el tema “Primero, quisiera que me cuente algo sobre usted

1 ¿Usted es de este lugar? Si no lo es, ¿ como llego aqui? ¿Desde cuando vive (trabaja) aqui?

¿De donde es?

2 ¿Que educacion tiene usted?

EEE ¿Cual es su formacion? ¿Donde se formo? ¿Cuanto tiempo practica como profesional (enfermera, sanitario, obstetra etc , segun el caso)?

CCC ¿Usted ha estudiado para ser (partera, promotor, curandero etc)? ¿Como aprendio? ¿Cuanto tiempo lleva en eso, desde que comenzo a practicar? ¿Ha hecho un curso de capacitacion?

3 ¿Le gusta su trabajo? ¿Que le motivo para hacer este trabajo? ¿Le trae satisfacciones? ¿Le trae algunos disgustos tambien, posiblemente?

Como ve el pueblo / la comunidad

4 ¿Como es para usted esta comunidad /este pueblo /distrito? ¿Que impresion le causa? (Sugerir, si es necesario progresista, estancada, integrada, conflictiva, pobre, aislada, activa, pasiva, unida etc)

5 ¿Cual es el estado de salud de la gente, en general? ¿Buena, mala, mezclada? ¿Que enfermedades hay mas?

6 ¿La gente busca ayuda para sus problemas de salud o los deja asi nomas? ¿La gente se cura sola? ¿Es una poblacion bastante preocupada por su salud?

7 Por ejemplo, ¿cuando ha sido la ultima vez que se hizo una campaña de vacunacion? ¿La gente acudio?

El manejo del embarazo en la poblacion

Quisiera que hablemos sobre el manejo del embarazo en este lugar

8 ¿Cuales son los signos que reconocen las mujeres para darse cuenta que estan embarazadas? ¿Que precauciones toman las mujeres cuando conocen de su embarazo?

9 ¿En que momento busca una mujer embarazada la ayuda de alguien? ¿En quien busca la primera ayuda? ¿Familiares?, ¿En que momento toma contacto con una partera o comienza a acudir a un control prenatal en el establecimiento de salud?

10 ¿Cual es la tendencia general controlarse con un-a especialista tradicional, controlarse en un establecimiento de salud, o no llevar ningun tipo de control en el embarazo? ¿Que hace la mayoria de mujeres embarazadas?

11 ¿Existe alguna costumbre que se practica durante el embarazo que usted considera dañina? (Cerciorarse si esta practica o costumbre implica la participacion de los familiares, de un-a curandero-a, partera, personal de salud)

- 12 ¿Cuales son las practicas o costumbres en el embarazo que usted considera positivas o que ayuden a un buen resultado en la madre y/o en el bebe? (Cerciorarse si estas practicas o costumbres implican la participacion de los familiares, de un-a curandero-a, partera, personal de salud)
- 13 ¿Usted mismo-a realiza controles prenatales o de algun modo ayuda a las mujeres en el embarazo? ¿De que manera?
- 14 ¿Que se hace cuando hay un embarazo dificil? ¿Quien lo decide? ¿En base a que? ¿Donde pueden ir las mujeres en estos casos? ¿Usted lo considera muy peligroso? ¿existen formas de prevenir los riesgos?
- 15 ¿Se practica el aborto en la comunidad / el pueblo? ¿En que condiciones? ¿Lo considera usted riesgoso? Que usted conoce, ¿han habido casos de muerte de mujeres en este lugar, que se hayan practicado abortos?

El manejo del parto

Ahora quisiera que hablemos sobre como es el manejo del parto en este lugar

- 16 ¿Quien atiende la mayoria de los partos? ¿El establecimiento de salud, la partera, los familiares, otro?
- 17 ¿Que diferencias hay en la manera como se atiende el parto, por cada uno de estos (establecimiento, partera, familiares)? Describir cada uno
- 18 ¿Que riesgos hay en la atencion del parto, en el caso de cada uno (establecimiento, partera, familiares)? ¿Que cosas pueden fallar? ¿Quien y como definen los riesgos?
- 19 ¿Como percibe la poblacion el riesgo en cada tipo de atencion (establecimiento, partera, familiares)? ¿Que tipo de parto prefieren?
- 20 ¿Como se resuelve una situacion de parto riesgoso? ¿Existen formas de derivar a las mujeres a un hospital u otro tipo de atencion mas especializada? ¿Adonde se refieren los casos que no se pueden tratar en el mismo lugar?
- 21 Que usted conoce, ¿han habido casos de muerte de mujeres en el parto en este lugar?

Manejo del puerperio

Ahora quisiera que me hable sobre los cuidados que reciben la madre y el wawa en la etapa post parto / el puerperio (hasta los 42 dias de nacido)

- 22 ¿Hay algun tipo de cuidados especiales para las madres despues del parto? ¿Existen diferencias en los cuidados segun el tipo de parto (establecimiento, partera, familiares)?

- 23 ¿Cual es la costumbre tradicional para el cuidado de la madre y el bebe en esta etapa? ¿Las mujeres reciben algun tipo de ayuda en sus casas? ¿De quien? ¿Existen costumbres que usted considera dañinas?
- 24 ¿Existen costumbres tradicionales para el cuidado de la parturienta y el recién nacido que usted considera especialmente positivas? ¿Cuales son?
- 25 ¿Cuales son los riesgos de esta etapa, para la madre y para el recién nacido? ¿Que cosas pueden fallar?
- 26 ¿Que se puede hacer en casos de riesgo? ¿Existen formas de derivar a las madres o a los bebes a un hospital u otro tipo de atencion mas especializada? ¿Quien lo decide? ¿Adonde se refieren los casos que no se pueden tratar en el mismo lugar?
- 27 ¿Recuerda usted algun caso de muerte de una madre en la etapa post-parto?
- 28 ¿Usted personalmente se ocupa de madres y/o bebes en la etapa post-parto? ¿Como lo hace?

La relacion con otros prestadores de servicios de salud

- 29 Ademas de usted, ¿que otros especialistas, promotores, servicios o establecimientos de salud existen en esta comunidad /este pueblo?

Distribucion de roles/reparto de tareas

- 30 ¿Como se relacionan todos ellos? ¿Hay coordinacion y cooperacion? ¿O se critican entre ellos? ¿Pelean?
- 31 ¿Existen grandes discrepancias entre todos estos especialistas y servicios de salud respecto a como manejar el embarazo, el parto, el puerperio?
- 32 ¿Cual de estos cree usted tiene mayor cercania con la poblacion?
- 33 ¿Usted ve alguna practica dañina en uno u otro de estos especialistas o servicios de salud? ¿Ve que se le engaña a la poblacion o que se le maltrata de alguna manera?
- 34 ¿Que cree usted que son practicas especialmente positivas de las diferentes alternativas de atencion de la salud que existen en el lugar curandero-a, partera, promotores de salud, el establecimiento de salud?

25/11/1997

Guia de entrevista a responsables de servicios (Programas y proyectos en la localidad)**Indicaciones**

Esta guia sirve para conocer la red local de instituciones, programas y proyectos. La finalidad es ubicar al establecimiento de salud dentro de esta red para conocer el grado de coordinacion y cooperacion con otros actores en la localidad. Las entrevistas deben realizarse con el mayor numero posible de personas responsables, empleados o voceros de los diferentes servicios, proyectos, e instituciones que existen en la localidad. Podrian ser, por ejemplo el director de la escuela (o un maestro antiguo), una animadora de PRONOEI y/o de Wawa Wasi, un responsable de PRONAA, representante de iglesia local, representante municipal o de la gobernacion, otros. Normalmente estas personas serian profesionales (medico-a, enfermero-a, profesor-a, ingeniero-a, contador-a etc) o paraprofesionales (promotor-a, animador-a etc). De preferencia, la entrevista se hace a la persona de mayor jerarquia (director-a, coordinador-a), por ser quien mas sabe del manejo y las relaciones con otros actores.

Nombre de la persona entrevistada**Servicio que representa**

- 1 ¿Cual es el servicio que (su programa o institucion) presta aqui en la comunidad? ¿En que consiste su programa?
- 2 ¿Cuanto tiempo lleva usted aqui en su actual puesto? ¿Ha trabajado en otras localidades similares a esta?
- 3 Respecto a la comunidad, ¿considera usted que es "como todas" o que es una comunidad inusual en algun sentido? ¿De que manera?
- 4 ¿Como se da la relacion entre su (servicio)(programa) y las autoridades de la comunidad? ¿Hay buena comunicacion? ¿Le prestan apoyo?
- 5 ¿Como es la relacion de la poblacion con su (servicio)(programa)? ¿La gente se acerca, entiende lo que usted trata de hacer por ellos? ¿Lo ven como una ayuda, un apoyo?
- 6 Para usted, ¿esta es una comunidad integrada o es una comunidad particularmente conflictiva, internamente?
- 7 Aparte del suyo, ¿que otros programas, proyectos o servicios existen en la comunidad? (Hacer una lista, usando la ficha adjunta "a")

- 8 Quisiera que me diga cual fue el ultimo contacto o coordinacion que usted (su programa o servicio) realizo con (cada uno de ellos) (Recoger un caso o situacion para cada institucion, programa, proyecto, o servicio que se ha consignado en el formato Por ejemplo, podrian haber coordinado para realizar un desfile de 28 de julio, para hacer la publicidad de una campaña de inscripcion de nacimientos, para reparar una calle, para hacer una propuesta al gobierno local etc) (consignar en la ficha "b.")
- 9 Los prestadores de servicios y/o responsables de programas y proyectos en la comunidad, ¿realizan reuniones formales? ¿Tienen algun mecanismo establecido de coordinacion o comunicacion? Por ejemplo, ¿el alcalde o la gobernacion los convoca a reuniones, regular u ocasionalmente? (consignar en la ficha "c")
- 10 ¿Tiene usted --como programa, institucion, servicio o proyecto-- conflictos con algun otro de los programas o instituciones en la localidad? ¿Que tipo de conflictos? (Consignar en la ficha "d")
- 11 ¿Como ve la poblacion (la otra institucion, programa, proyecto)? ¿Les presta un buen servicio? ¿Es util y valorado por la poblacion? ¿La gente acude? (consignar en la ficha "e")
- 12 Aparte del establecimiento de salud (centro de salud, posta sanitaria, lo que hubiera), ¿usted coordina con algun especialista de salud tradicional partera, curandero-a, curioso-a, herbolero-a u otro? ¿Podria describir la ultima ocasion cuando se dio una coordinacion de este tipo entre su servicio y algun especialista tradicional de la salud? ¿Que opinion tiene de estas personas y de lo que hacen?
- 13 Para usted, ¿cual es el servicio que mas hace falta en la comunidad?

RESUMEN DE VINCULOS INTERINSTITUCIONALES

N#	A Institucion (Programa proyecto)	B ¿Cual fue su ultimo contacto o Coordinacion?	C ¿Participan juntos en reuniones formales? ¿De que?	D ¿Han tenido algun conflicto o roce? ¿Por que motivo?	E ¿Como es visto la Institucion (programa proyecto) por la poblacion?
1	(entrevistada)				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

(Usar mas hojas si es necesario)

25/11/1997

Guia de observacion de las comunidades (aplicar en las 2 localidades seleccionadas)**Indicaciones generales**

Cada Grupo Local de Investigadores va a producir 2 estudios a profundidad de comunidades para su zona de trabajo. Los instrumentos para eso son varios (1) las guias para grupos focales (2) las guias de entrevista a los profesionales y agentes comunitarios de salud, (3) las guias de entrevista a responsables de diversos servicios, programas y proyectos a fin de conocer la red interinstitucional y (4) la guia de observacion. Ademas, deben llevar en forma de notas de campo (en un cuaderno) todos los apuntes posibles sobre hechos que llaman la atencion, conversaciones sueltas que se tengan con los habitantes, y ocurrencias durante la estadia en la comunidad.

Debe formarse el habito desde el primer dia de anotar el nombre de la comunidad en cada hoja del cuaderno de campo y en cada pagina de la guia de observacion (Las hojas se pueden separar accidentalmente). Asimismo, anotar la fecha y el nombre de la persona (ademas del sexo, cargo u ocupacion) con quien se conversa, a quien se observa, o a quien se hace una entrevista. Asegurar que estos datos basicos estan registrados en cada grabacion.

Informacion basica

Para cada comunidad, debe obtenerse la siguiente informacion. Puede obtenerse a traves de la observacion (simplemente mirando lo que ocurre en su alrededor y/o yendo a los puntos claves -- por ejemplo, se puede sentar en un cafe frente al establecimiento de salud para observar el movimiento durante un tiempo). Tambien la informacion que necesitamos puede tomarse a traves de una entrevista a una autoridad o cualquier persona especialmente informada acerca de los asuntos locales. El profesor o la profesora del colegio seria un-a excelente opcion, por ejemplo. Tambien valen las conversaciones informales con diversas personas dispuestas a ayudar.

- 1 Entorno del distrito: ¿cuantos anexos hay, distancias aproximadas, poblacion dispersa o concentrada?
- 2 Gobierno de la comunidad (¿que tipo de autoridad existe ademas del alcalde del distrito: gobernador, presidente de la comunidad campesina, otro?)
- 3 (lo mas completo que sea posible) Un listado de las principales organizaciones (Club de Madres, comite de regantes, clubes de futbol, comite de salud)
- 4 Presencia de escuela/s (¿cuantas y de que grados?)

5 Presencia de iglesia (Catolica) y de templos o lugares de reunion de grupos evangelicos (¿cuantas y cuales?)

6 Numero y tipo de tiendas (¿que especialidades hay? Ejm Licores, abarrotes, zapatos, utiles escolares, farmacia) ¿Hay una feria que toma lugar en la localidad? ¿Con que frecuencia?

7 ¿Se venden pañales desechables en alguna tienda o en la feria? ¿Biberones de plastico? ¿Leches de formula tipo "Nan"? ¿Toallas higienicas? ¿Leche Gloria?

8 Medios de transporte de personas

Dentro de la comunidad (¿todo a pie? ¿caballo o burro? ¿colectivos? ¿taxis?)

Fuera de la comunidad lineas de omnibus y colectivo - ¿frecuencias? ¿distancias que van? ¿Hay conexion directa con la capital de la provincia? ¿La hay con la capital departamental? ¿Cuantas horas se demora en omnibus para llegar a la capital del departamento, tomando la ruta mas corta?

¿Que tipos de caminos son?

9 Medios de transporte de productos ¿Hay camiones que pasan regularmente? ¿Con que frecuencia? ¿Que utiliza la gente para sacar sus productos? ¿Hacia donde los saca? ¿Hay un mercado regional en la comunidad misma (con que frecuencia se reune)?

10 Medios de comunicacion ¿Hay algun medio propio de la comunidad (periodico o boletin local periodico mural, emisora de radio, otro?) ¿Que radio se recibe (de donde llegan las emisoras)? ¿Se recibe television? ¿De donde? ¿Que programas de radio y television gustan mas?

¿De donde toman informacion sobre temas de salud?

11 Programas estatales que se encuentran presentes PRONAA (¿que programas de alimentos funcionan?), FONCODES (¿que proyecto hay?), Ministerio de la Presidencia (¿que obra o proyecto?), PAR, Wawa Wasí, otros

12 ¿Que proyectos hay en la localidad de ONG's, iglesia, otras agencias?

13 Base de la economia local ¿Que produce? ¿Es autoconsumo o se exporta?

Descripcion de lugares claves

- 1 Breve descripcion de la Plaza de Armas (plaza central) ¿como esta adornada o arreglada - arboles, veredas, bancos, plantas, tierra? ¿que casas o edificios hay alrededor? ¿quien la usa niños, escolares, señoras, viejos, perros?
- 2 Croquis del establecimiento de salud (posta sanitaria, centro de salud, lo que hubiera) en relacion con otros servicios alcaldia o gobernacion (si hay), escuela, iglesia, alguna oficina publica ¿Cuales son las distancias entre estos?

Preguntas de juicio u opinión (consultar a varias personas)

- 1 ¿Hay algunas familias o individuos que se conocen como muy ricos, a comparacion de los demas? ¿Hay algunas familias o individuos que son muy pobres, comparativamente? ¿O todo el mundo tiene mas o menos una situacion homogenea?
- 2 ¿Hay fuertes conflictos en el interior de la comunidad - mas de lo normal para las comunidades de la zona? Por ejemplo, ¿hay una larga historia de un conflicto entre familias o por tierras?
- 3 ¿Se trata de una comunidad con espiritu de superacion? ¿O la gente es muy conformista? ¿Hay factores particulares que han impulsado a un progreso o modernizacion mas alla de lo comun para la zona?

Observacion a los servicios de salud

- 1 Evaluar el movimiento de gente alrededor de los servicios existentes, oficiales y tradicionales ¿Cuanto de cola se forma todos los dias? ¿Quienes estan en la cola (adultos de que sexo, niños de que edades? ¿Cuanto se espera para la atencion?
- 2 Conocimiento de la disponibilidad de servicios ¿La poblacion tiene una idea clara de la oferta de servicios de todos los programas que existen en la comunidad? ¿Existe confusion respecto a lo que ofrecen?
- 3 ¿Que se comenta sobre la eficacia de los establecimientos de salud para los casos de embarazo y parto? ¿Para la atencion a la madre y el niño pequeño?
- 4 ¿Que se comenta sobre las personas que trabajan en los servicios de salud sus motivaciones, su grado de competencia, su trato con la gente, su posicion en la comunidad?

- 5 ¿Cuanta oferta hay de consultorios privados en la localidad? ¿Es comun que el personal del establecimiento de salud trabaje, ademas, en consultorios privados?
- 6 ¿Cuanta oferta hay de especialistas tradicionales de la salud parteras-os, curanderas-os, curiosas-os, brujos-as aborteras-os? ¿Que se comenta sobre estas personas? ¿Como son vistas en la comunidad (negativa o positivamente)?

25/11/97

Instrumentos de procesamiento de la información

Estudio de Casos de Muerte Materna
PUCP - Proyecto 2000 - MINSA

Propuesta de codigos para el material recogido en la segunda parte del estudio estudio comunitario

El siguiente codigo es un ejemplo

1c2r4

- El primer numero, al igual que con las autopsias verbales, representa el GLI
 - 1- Puno
 - 2- Ayacucho, Apurimac, Huancavelica
 - 3- La Libertad, Ancash
 - 4- San Martin
 - 5- Ucayali
- La letra que sigue representa ' comunidad ', siendo el numero que le sigue 1 o 2, dependiendo de si fue la primera comunidad que se trabajo en la zona o la segunda
- La letra siguiente representa el instrumento que se utilizo para recoger la informacion. Existen las siguientes posibilidades
 - 1- **o** Observacion Todo lo que tenga que ver con la guia de observacion del lugar
 - 2- **s** Entrevista al personal de salud Este puede ser tanto formal como informal
 - 3- **r** Red inter-institucional
 - 4- **g** Grupos focales A diferencia de los anteriores, estos se van a diferenciar entre si, no por simples numeros, sino por letras
 - I **v** varones
 - II **m** mujeres
 - III **j** jovenes
- Por ultimo, el numero al final sirve (con la excepcion de los grupos focales que utilizan letras) para diferenciar las diferentes entrevistas del mismo tipo entre si

FAMILIA DE LA FALLECIDA

FAMILIA COMPARTIDA
NO DETERMINADA

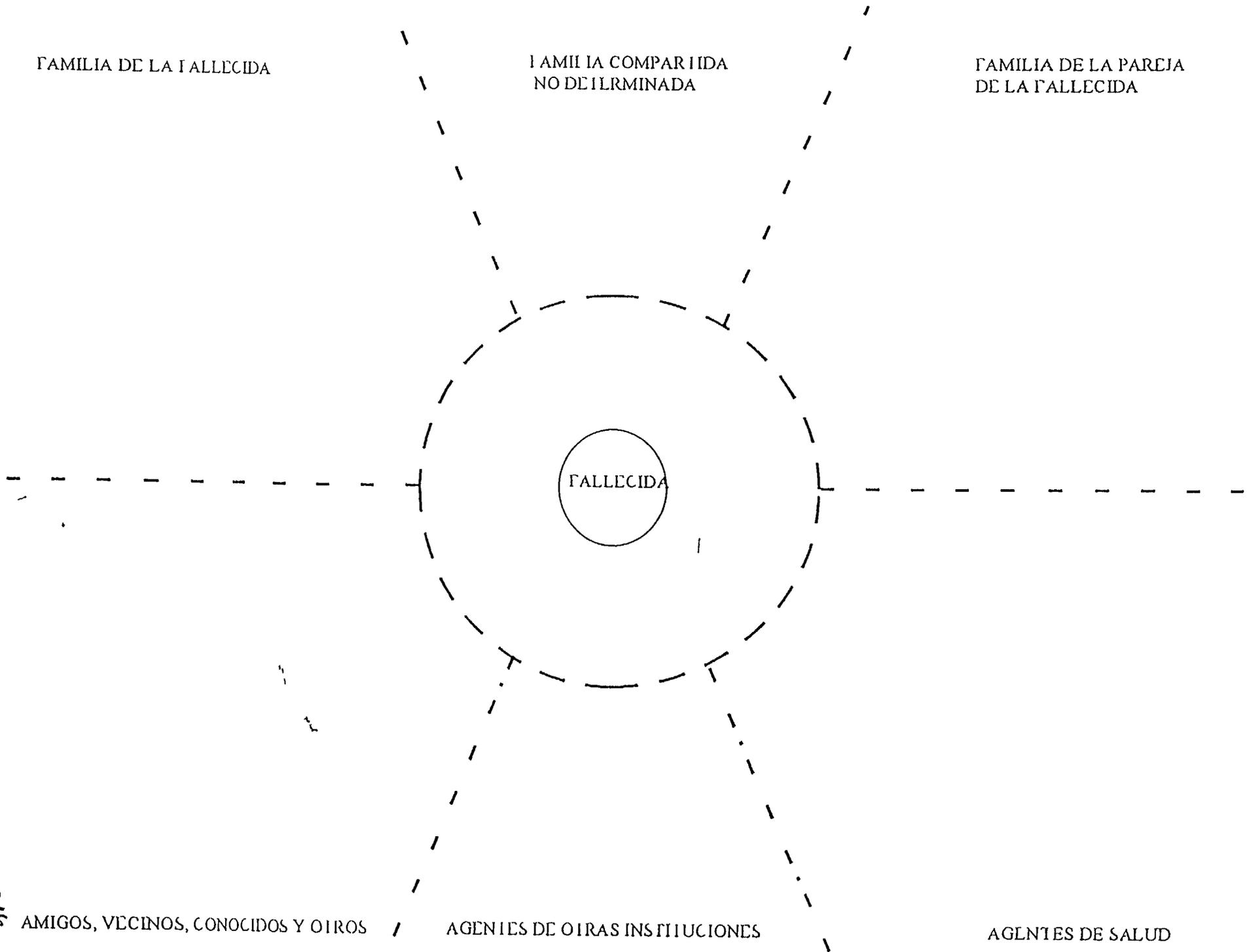
FAMILIA DE LA PAREJA
DE LA FALLECIDA

FALLECIDA

216
AMIGOS, VECINOS, CONOCIDOS Y OTROS

AGENCIAS DE OTRAS INSTITUCIONES

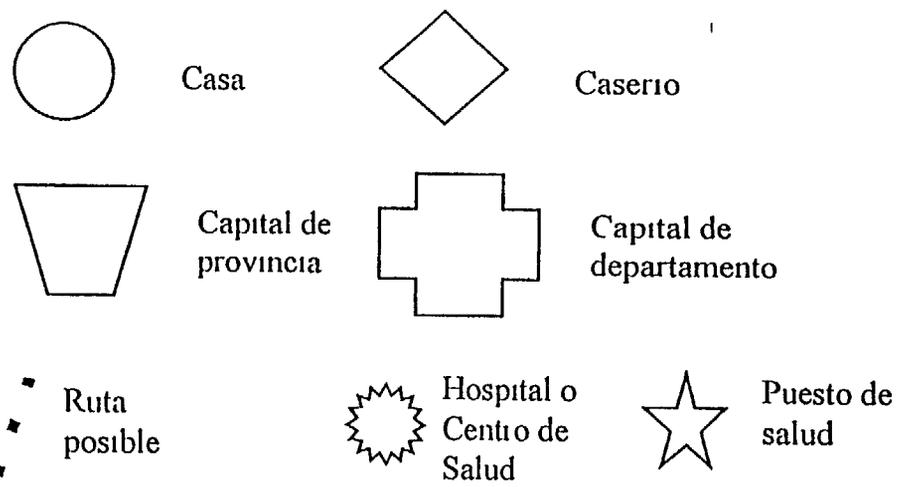
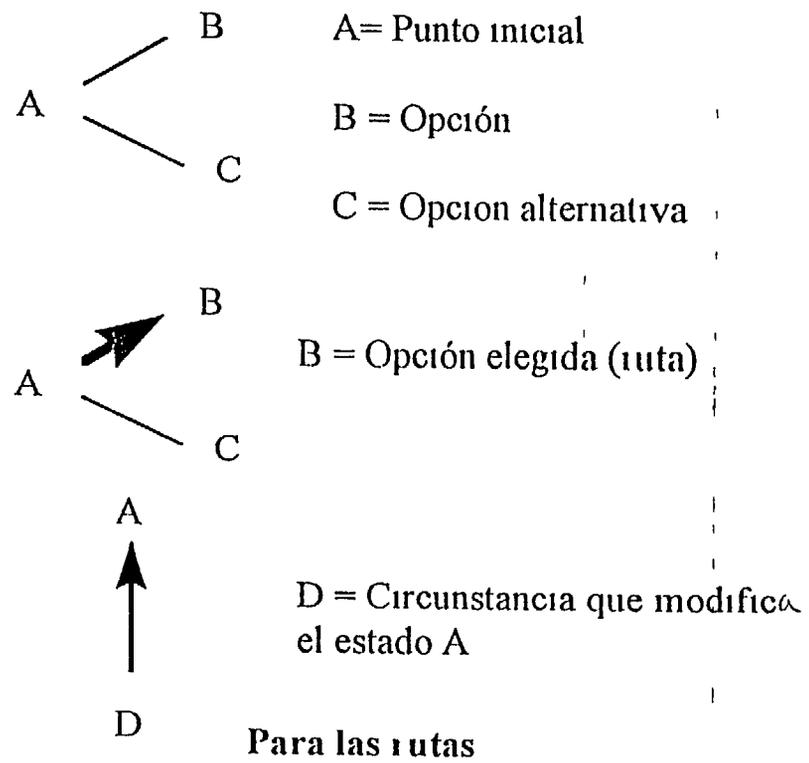
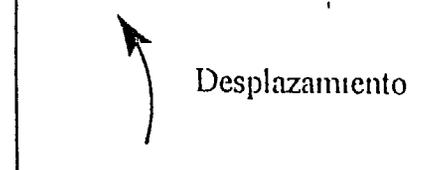
AGENCIAS DE SALUD



LEYENDA

	MUJER FALLECIDA
	MUJER
	HOMBRE
	NIÑO
	NIÑA
	MUJER PRESENTE AL MOMENTO DEL DECESO
	HOMBRE PRESENTE AL MOMENTO DEL DECESO

Para el esquema



Para los espacios

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LAS AUTOPSIAS VERBALES

LOS RECURSOS RELEVANTES Y SU DISTRIBUCION EN EL MEDIO

- Por recursos relevantes se quiere decir esos recursos que resultan de alguna manera importantes para la resolución positiva de una crisis de muerte materna. En otras palabras si estos recursos son accesibles o están presentes, la probabilidad de que una situación de riesgo termine en muerte materna es menor. Y si no se tiene acceso a estos recursos, entonces la probabilidad de que una situación de riesgo termine en muerte materna es mayor.
- Por su distribución en el medio se quiere decir su ubicación lo cual es otra manera de decir su accesibilidad. ¿Son estos recursos accesibles o no? Se trata de alguna manera de mapear los recursos y de determinar si una madre en riesgo de morir por una emergencia obstétrica (y su familia, si es que la tiene) puede tener acceso a estos recursos.

Sin embargo se pueden encontrar 2 tipos diferentes de recursos

A Todos Recursos relevantes posibles

A nivel de la unidad doméstica

- 1 Animales tierra productos agrícolas dinero, fuentes de ingresos
- 2 Medios de transporte propios
- 3 Conocimientos sobre el embarazo y el parto, sean estos modernos o tradicionales. Información y conocimientos sobre que hacer en una situación de emergencia.
- 4 Redes personales fuertes que hacen posible el acceso a cualquiera de los recursos mencionados anteriormente. Este factor no es propiamente un recurso material, sin embargo por eso no deja de ser un recurso. Por otro lado, esto vincula directamente la cuestión de recursos relevantes con la cuestión de redes personales de la que habla Oscar ayer.

A nivel de la comunidad/localidad

- 1 Recursos que tienen que ver con el transporte y la comunicación
 - Carreteras vías de comunicación en general en buen estado o en términos más generales aun (pensando en la selva donde puede no haber carreteras) accesibilidad a un centro de salud.
 - Localidad en donde existen medios de transportes que pueden ser utilizados para llevar a una madre hasta un centro de salud cercano o para traer a personal de salud rápidamente.
 - Medios de comunicación con los cuales es posible comunicarse a otros lugares que están en mejores condiciones de atender las emergencias.
- 2 Recursos que tienen que ver con el sistema de salud
 - Un establecimiento de salud cercano.
 - Personal de salud sea este comunitario u oficial capaz de resolver el problema.
 - Un sistema de salud comunitario u oficial con los recursos materiales necesarios para resolver el problema.

- Un sistema de salud "comunitario" u "oficial" con los recursos "culturales" necesarios para resolver el problema. Con recursos culturales se quiere decir, en pocas palabras un trato adecuado por parte de los prestadores de salud que tome en cuenta las costumbres, las percepciones y las realidades de las personas a quienes estos prestadores atienden
- 3 Se puede ver también como recursos relevantes a las instituciones presentes en la comunidad, además de las de salud y la relación que estas tengan con la población local. Se puede pensar por ejemplo en
 - El municipio y sus recursos
 - Diferentes ministerios que puedan estar presentes (el sector educación, el ministerio de agricultura, etc)
 - Programas de vaso de leche y clubes de madres
 - FONCODES
 - El ejército, la policía
 - ONG's
 - La iglesia o las iglesias, y otros

B Recursos relevantes desde el punto de vista de las familias campesinas (algunos de la lista)

De un total de recursos que podrían ser usados (la totalidad de recursos con los que se cuenta) algunos son utilizados y otros no. Es decir algunos recursos son vistos como válidos de ser usados, y otros que si bien pueden estar a la mano, no son vistos como recursos, o no son vistos como recursos que pueden o deben ser utilizados.

Por ejemplo, lo primero que se menciona en la lista son los animales. Ya hubo una discusión acerca de cómo muchos esposos decididamente no iban a vender sus animales para conseguir el dinero para salvar a sus esposas. Esto para nosotros era considerado como una desvalorización de la pareja, de la mujer, pero a lo mejor desde otra perspectiva se trata de otra concepción de lo que constituye un recurso relevante. Puede ser que un jefe de familia no esté dispuesto a comprometer la viabilidad de su unidad doméstica, de su familia, por la vida de su pareja. A lo mejor se trata de eso. Sin embargo sea cual fuere la explicación, los animales no son vistos como recursos válidos (en algunos casos) para esa situación. En otra situación a lo mejor sí son válidos.

Es muy importante determinar, para cada localidad cuáles son los recursos que efectivamente son utilizados por la población local y cuáles son los recursos, que a nuestro entender pueden ser utilizados, pero para el suyo no necesariamente.

IDENTIFICACIÓN DE ESTOS RECURSOS EN LAS AUTOPSIAS VERBALES

- La principal dificultad para poner este análisis en marcha es que las autopsias no fueron pensadas en primer lugar para recoger este tipo de información. Así que esta no se encuentra sistemáticamente en las entrevistas. En los casos en que se incluyeron fichas de información del lugar se encuentra algo más de información pero sino es necesario satisfacerse con los datos aislados que surgen de casualidad en las entrevistas. Esto es cierto especialmente de los recursos materiales de la unidad doméstica y de la comunidad.
- Por otro lado en lo que se refiere a los recursos y las características del sistema médico se encuentra mayor cantidad de información porque por la naturaleza del relato estos surgen más fácilmente.
- Lo que se está haciendo para analizar este aspecto es leer entrevista por entrevista cada una de las autopsias verbales y recoger sistemáticamente cada referencia que se haga por vaga que sea a los recursos relevantes que han sido mencionados anteriormente. La idea es formar en la medida de lo posible una imagen sobre los recursos a los que podría tener acceso la fallecida y su familia.

- Tambien es importante determinar cuales son los recursos a los cuales no tenian acceso ni la fallecida ni su red pero esto resulta mas dificil de hacer porque no es posible saber con exactitud que cosas son las que no tiene y que cosas simplemente no se menciono que tiene En este caso puede ser que las tuviera, como puede ser que no las tuviera, no se sabe
- Finalmente es importante determinar que recursos, especialmente al nivel de la unidad domestica, de la familia, eran considerados como utilizables, validos por los actores mismos, y cuales, si bien podian estar presentes no eran considerados como utilizables
- Lo que se planea hacer despues es resumir la informacion de todas las entrevistas que tenga una autopsia verbal y armar en la medida de lo posible una lista de recursos con los que contaba en cada caso

1 SITUACION Y ANTECEDENTES DE LA MUJER

Codigo	Edad (años)	Nivel educativo (1)	Ocupacion (2)	Carga de trabajo (3)	Ayuda con que cuenta (4)	Pertenencia a organización (5)	Ha sido dirigente ? (6)

- 1 - nivel educativo - clasificacion (analfabeta, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, estudios superiores)
- 2 - ocupación - clasificacion (agricultora, vendedora de mercado, ganadera etc)
- 3 - carga de trabajo diaria el peso de las obligaciones que tema
- 4 - la cantidad de ayuda que contaba de adultos-as alrededor ademas de hijos mayores
- 5 - pertenencia a una organización local (club de madres, Vaso de Leche etc) - si/no
- 6 - habia sido dirigente - si/no

221

5 INTERVENCION DE AGENTES DE SALUD EN EL EPP

CODIGO	A Intervencion de agentes del sistema oficial de salud				B Intervencion de agentes comunitarios de salud				C. Atención del parto		
	1 Nivel establec	2 Agente s control	3 Lugar control	4 Advertencia	5 Agentes comunidad	6 Visita a agentes	7 Tipo de Atención	8 Advertencia	9. Parto	10 Lugar	11 Agentes

- 1 Nivel de establecimiento del Sist Ofic disponible (PS/ CS/ HOSP)
- 2 Agentes que controlaron el embarazo (categoria del personal)
- 3 Lugares donde controlaron (domicilio, establecimientos)
- 4 Advertencia de riesgo en la visita (pedido de atención en EESS, referencia, otro)
- 5 Agentes comunitarios que existen en la comunidad (parteras, curiosos/as, otros)
- 6 Visitas a agentes comunitarios (partera, curioso/a, otros)
- 7 Tipo de atencion en la visita (acomodo, aborto, aplicación de hierbas, otros)
- 8 Advertencia de riesgo en la visita (pedido de atencion en EESS, referencia otro)
- 9 Hubo parto o no (S i/No)
- 10 Lugar del parto (domicilio, establecimiento de salud, otro)
- 11 Agente que atendió parto (PPSS, familiar, pareja, partera, otro)

205

7 ECONOMIA DE LA MUERTE

Codigo	Gasto			Lugar del entierro (4)	Aportantes				Sistema de salud			
	Control pre-natal (1)	Crisis (2)	Entierro y velorio (3)		Durante embarazo (5)	Durante crisis (6)	Durante el velorio (7)	Decisiones (8)	Gratuito (9)	Crédito (10)	Cobros (11)	Pagos (12)

- 1 - inversión en controles prenatales – texto (referencias a montos de dinero, tiempo en viajes hechos al puesto o centro de salud fuera de la localidad)
- 2 - inversión en medidas relacionadas con la crisis – texto (referencias a montos de dinero medicamentos comprados, sangre reunida etc)
- 3 - gasto en el velorio y entierro – texto (referencias a montos de dinero numero de animales sacrificados asistentes al almuerzo, licor consumido etc)
- 4 - lugar del entierro – clasificacion (al lado de la casa o en el campo, cementerio de caserio o pueblo, cementerio “formal”)
- 5 - quienes aportaron antes de la crisis – texto (personas que contribuyeron dinero u otros recursos durante el proceso del embarazo, “financiando” los controles prenatales, idas a la partera etc)
- 6 - quienes aportaron durante la crisis – texto (personas que contribuyeron dinero u otros recursos)
- 7 - quienes aportaron en el entierro y el velorio – texto (personas que contribuyeron dinero u otros recursos)
- 8 - quién controló decisiones sobre dinero y otros recursos durante el proceso –
- 9 - aporte sistema de salud gratuito – texto (en que consistió el aporte, qué puso el establecimiento)
- 10 - aporte sistema de salud crédito – texto (en que consistió el aporte, que puso el establecimiento)
- 11 - que cobró el sistema de salud – texto (en qué consistió el aporte, que puso el establecimiento)
- 12 - monto de pagos a uno o más establecimientos de salud involucrados en el caso – cantidad de S/

8 RED PERSONAL Y ENTORNO EMOCIONAL DE LA MADRE FALLECIDA

A

CODIGO	Red personal normal		Grupo terapeutico		Red en la crisis		Red en la muerte		Relaciones/ vínculos claves	
	Tamaño red "normal"	Vinculos red "normal"	Tamaño de grupo terapeutico	Vinculos grupo terapéutico	Tamaño de red en la crisis	Vinculos de la red en crisis	Tamaño de red en muerte	Vinculos presentes en la muerte	Vínculos claves soporte emocional	Vinculos claves en soporte material

- 1 Numero de miembros en la red "normal"
- 2 Tipos de vinculos reportados en la red "normal" Categorías posibles pareja, hijos, familia de la madre, familia extensa, familia de la pareja, vecinos, instituciones, agentes oficiales de salud, agentes comunitarios de salud
- 3 Numero de miembros en la red "normal"
- 4 Tipos de vínculos reportados en la red "normal"
- 5 Numero de miembros en la red "normal"
- 6 Tipos de vinculos reportados en la red "normal"
- 7 Numero de miembros en la red "normal"
- 8 Tipos de vinculos reportados en la red "normal"
- 9 Relaciones/ vínculos claves en su soporte emocional (Usar las mismas categorías)
- 10 Relaciones/vínculos claves en su soporte material (Usar las mismas categorías)