

AN-ADB-029

130737

Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali



Astrid Bant y Angélica Motta

Género y Salud Reproductiva

**Escuchando a las mujeres de
San Martín y Ucayali**

Serie: Investigaciones cualitativas en salud reproductiva

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

Edición y corrección de estilo: Mariela Salla
Cuidado de edición: Amelia Villanueva
Diseño de carátula y diagramación: Allan Castañeda Vera
Impresión: Stampa Gráfica S.A.C.
Fotografía: Archivo Movimiento Manuela Ramos - ReproSalud y Fernando Mazza

Depósito legal N° 1501032001-3989
ISBN N° 9972-763-16-1
Lima, octubre de 2001

El desarrollo de esta investigación se ha realizado en el marco del proyecto ReproSalud, que recibe apoyo técnico y financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y su publicación ha sido posible gracias al apoyo de la International Women's Health Coalition (IWHC).

Astrid Bant, antropóloga y consultora en temas de género y Amazonia, junto con Angélica Motta, antropóloga e investigadora asistente, analizaron la información y elaboraron el texto que ahora presentamos.

Los hallazgos proceden de los autodiagnósticos en salud reproductiva realizados entre 1996 y 1999 por las mujeres de las organizaciones de base contrapartes del proyecto ReproSalud en los departamentos de San Martín y Ucayali. Ellas son las protagonistas de estas páginas.

Los equipos regionales organizaron y facilitaron el proceso reflexivo de los autodiagnósticos, además de tener a su cargo la elaboración de los reportes de las sesiones de los mismos, hasta diciembre de 1998:

Equipo regional de San Martín: Flor Angulo, coordinadora regional; Semira Pérez, Anita Linares y Rosa Vásquez, promotoras.

Equipo Regional de Ucayali: Nydia Villavicencio, coordinadora regional; Sonia Ríos, Marivel Saldaña y Julia Martínez, promotoras; Hilda Amasifuén y Esther Fernández, traductoras.

Ana Alcántara, en San Martín, y Rosa Olivia Méndez, en Ucayali, realizaron entrevistas complementarias y se encargaron de los reportes de los autodiagnósticos llevados a cabo durante el primer semestre de 1999.

Carmen Yon, responsable de la Línea de Investigación, tuvo a su cargo el diseño y la revisión de los documentos de sistematización de los autodiagnósticos y otros estudios complementarios.

Chaska Velarde, investigadora asistente, se encargó de la revisión de los informes de campo elaborados por los equipos regionales y el equipo de apoyo a los autodiagnósticos.

Susana Chávez, asesora de Salud Reproductiva, contribuyó con sus comentarios a las versiones preliminares del informe y participó en la elaboración del capítulo de recomendaciones.

Los autodiagnósticos son creación colectiva del equipo de ReproSalud, el cual es coordinado por Susana Galdos, Coordinadora Técnica y Susana Moscoso, Coordinadora Adjunta. Ellas hicieron importantes aportes al texto y especialmente, a las recomendaciones que se desprenden de él.

Índice

Presentación del Proyecto ReproSalud	7
Introducción	15
Una aproximación a las investigaciones en la región amazónica	17
Género, derechos humanos e interculturalidad	23
Aspectos metodológicos, ámbito de estudio y participantes	31
GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA EN SAN MARTÍN	35
I. Relaciones de género	37
II. Los sistemas de salud y las concepciones de bienestar	46
III. Procesos reproductivos, malestares y complicaciones asociadas	48
Menstruación	48
Embarazo	51
Parto	56
Puerperio	62
Menopausia / Edad crítica	66
IV. Problemas de salud reproductiva seleccionados como prioritarios	68
Embarazos no deseados y muchos hijos	68
Aborto	81
Descensos / aguas blancas / flor blanca	83
Prolapso / lisiadura / quebradura	93
V. Recursos de salud de las mujeres	97
GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA EN UCAYALI	103
MUJERES "MESTIZAS"	105
I. Relaciones de género	105
II. Los sistemas de salud y las concepciones de bienestar	110
III. Procesos reproductivos, malestares y complicaciones asociadas	112
Menstruación	112

Embarazo	115
Parto	119
Puerperio	122
Menopausia / Edad crítica	124
IV. Problemas de salud reproductiva seleccionados como prioritarios	127
Embarazos no deseados y muchos hijos	127
Aborto	134
Descensos / aguas blancas / flor blanca	135
V. Recursos de salud de las mujeres	144
 MUJERES SHIPIBAS	 149
I. Relaciones de género	151
II. Los sistemas de salud y las concepciones de bienestar	155
III. Procesos reproductivos, malestares y complicaciones asociadas	158
Menstruación	158
Embarazo	160
Parto	161
Puerperio	163
Menopausia / Edad crítica	164
IV. Problemas de salud reproductiva seleccionados como prioritarios	167
Embarazos no deseados y muchos hijos	167
Aborto	172
Descensos amarillos	173
V. Recursos de salud de las mujeres	176
 FORTALEZAS Y ÁREAS CRÍTICAS	 179
RECOMENDACIONES	187
BIBLIOGRAFÍA	231

Presentación del Proyecto ReproSalud¹

El proyecto Salud Reproductiva en la Comunidad (ReproSalud) es un convenio de cooperación entre el Movimiento Manuela Ramos, Alternativa y USAID, que se inició en octubre de 1995. Manuela Ramos es responsable de su ejecución y conducción.

ReproSalud surge como una respuesta al reto de acortar las grandes brechas en la situación de salud de las mujeres urbanas y aquellas que habitan en las zonas periurbanas y rurales, bajo el convencimiento de que la equidad en las condiciones de salud es fundamental para contribuir a un desarrollo humano sostenible. Asimismo, busca constituirse en un puente para acortar las distancias que existen entre la alta incidencia de problemas relacionados con la salud reproductiva que presentan las mujeres de las zonas rurales y periurbanas y la subutilización de los servicios de salud en estas mismas áreas.

El diseño del proyecto tiene como punto de partida un análisis de los esfuerzos realizados hasta el momento para atender las necesidades de salud de las poblaciones rurales y periurbanas a través del incremento del uso de los servicios. Si bien estos últimos han alcanzado mejoras con respecto al acceso geográfico, implementación y otros componentes de la calidad de los servicios, su uso sigue siendo limitado, dando como resultado una subutilización de su capacidad instalada. Estudios llevados a cabo por diversas entidades, incluyendo a grupos feministas peruanos, muestran que la baja utilización de los servicios de salud se encuentra muy asociada a barreras estructurales de género, etnicidad y clase.

En base a este análisis, ReproSalud enfoca su trabajo en la demanda y en aquellos aspectos estructurales que impiden la utilización de servicios y otras intervenciones en salud, dentro de los cuales se ubican las inequidades de género y la falta de autonomía de las mujeres para tomar decisiones reproductivas. Esta aproximación potencia y complementa las estrategias de provisión de servicios que se están llevando a cabo por el Ministerio de Salud, organizaciones no gubernamentales y otras agencias donantes. Asimismo, aporta a la implementación de los acuerdos de las Conferencias del Cairo y Beijing, relativos al empoderamiento de las mujeres y el logro de la equidad de género.

1. Propósito y objetivo

El propósito de ReproSalud es mejorar la salud reproductiva de las mujeres de zonas rurales y periurbanas. Su objetivo general es que las mujeres incrementen la utilización de intervenciones en salud reproductiva. Por intervenciones entendemos tanto las prácticas de salud bajo control de

¹ Texto adaptado de la traducción del documento de Barbara Ferringa (1999): Dos años en el campo: ReproSalud visto a través de los ojos de las mujeres y en menor medida, de otros documentos del proyecto.

las mujeres (autocuidado) como aquellas que dependen de los servicios de salud a los que acuden.

2. Ubicación

Se desarrolla en las zonas rurales y periurbanas de los departamentos de: Ancash, Ayacucho, Huancavelica, La Libertad, Puno, Lima, San Martín y Ucayali. La selección de estos departamentos respondió a una estrategia de USAID para asegurar la sinergia mediante la intervención en los mismos ámbitos donde se encuentra el Proyecto 2000, proyecto bilateral del MINSA y USAID, que tiene como objetivo mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud materna e infantil ofrecidos por el Ministerio de Salud.

3. Lineamientos

El proyecto ReproSalud se sustenta en los siguientes lineamientos:

- Enfoque de género, empoderando a las mujeres para que aumenten la confianza en sí mismas y ejerzan su capacidad de tomar decisiones.*
- Participación de la comunidad, para que las mujeres desarrollen habilidades individuales y organizativas, afirmando su capacidad para plantear sus necesidades y negociar con instituciones y autoridades.*
- Apoyo a las iniciativas de las organizaciones comunitarias de base, que muestren potencialidad para mejorar la salud reproductiva de la mujer y superar su situación a través de actividades generadoras de ingreso.*
- Fortalecimiento de las capacidades de las mujeres para la promoción y defensa de sus derechos, potenciando sus habilidades para la defensoría de sus derechos sexuales y reproductivos en el ámbito local, regional y nacional.*
- Sostenibilidad, para que las intervenciones de las organizaciones de mujeres sean perdurables; parten de ellas mismas y se sustentan en el desarrollo de sus potencialidades internas.*
- Flexibilidad, para irse adecuando a las necesidades y avances particulares de las propias mujeres y de las regiones.*

4. Ejes de trabajo

El proyecto proporciona asistencia técnica, capacitación y apoyo financiero a organizaciones comunitarias de base de mujeres en tres ejes de trabajo: Proyectos Comunitarios de Salud Reproductiva ("subproyectos"), Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres y Generación de Ingresos.

a) Proyectos Comunitarios de Salud Reproductiva

Los Proyectos Comunitarios de Salud Reproductiva son la columna vertebral del trabajo de ReproSalud, ya que constituyen el mecanismo más importante mediante el cual las mujeres de las organizaciones comunitarias de base se involucran con el proyecto. A través de este componente, ReproSalud busca que las mismas mujeres definan sus necesidades prioritarias en salud reproductiva y asuman la conducción de proyectos comunitarios para enfrentar los problemas que tengan prioridad en este ámbito. Asimismo, es a través de este eje de trabajo que se refuerza la estructura organizativa mediante la cual se realizan las otras actividades.

Los proyectos comunitarios se desarrollan fundamentalmente en ámbitos locales, ubicados en distritos que se seleccionan considerando los criterios de necesidad (pobreza y ruralidad), viabilidad (accesibilidad y existencia de organizaciones de base de mujeres) y cobertura (población). Estos se llevan a cabo en 91 distritos ubicados en 33 provincias de los 8 departamentos donde se encuentra Manuela Ramos.

En los distritos seleccionados se convoca a las organizaciones de base de mujeres (OCBs) para que concursen y se conviertan en contrapartes de ReproSalud. Las organizaciones en cuestión pueden ser clubes de madres, comités de vaso de leche, comedores u otras agrupaciones de las que caracterizan las comunidades rurales y asentamientos periurbanos del Perú. Las OCBs realizan dramatizaciones sobre sus problemas de salud reproductiva, siendo éste el principal mecanismo para evaluar la cohesión de la organización. Entre 1996 y diciembre de 2000, se han seleccionado 249 OCBs contrapartes.

Con las OCB ganadoras de los concursos se desarrollan autodiagnósticos en salud reproductiva. Los autodiagnósticos constituyen una aplicación de las técnicas de investigación participativa en el campo de la salud reproductiva. Mediante dinámicas grupales y otros ejercicios participativos se motiva a las mujeres a reflexionar sobre su salud reproductiva y el modo en que se relaciona con su situación como mujeres. Finalmente, las mujeres eligen el problema de salud reproductiva que consideran más importante (en base a los criterios de frecuencia y gravedad) y que desean enfrentar con el apoyo de ReproSalud, reflexionan sobre sus causas y consecuencias y las rutas que siguen para enfrentarlo. Entre 1996 y diciembre de 2000, se han realizado 245 autodiagnósticos. En estos autodiagnósticos han participado alrededor de 5,485 mujeres.

Con los resultados de los autodiagnósticos, las mujeres diseñan proyectos comunitarios a través de los cuales la OCB enfrentará el problema de salud reproductiva que ha elegido como más importante. Estos proyectos se implementan con la asistencia técnica y financiera de Manuela Ramos. El proceso permite a la OCB evaluar sus ventajas comparativas e identificar los actores de la comunidad que pueden influenciar positiva o negativamente en la planificación de sus proyectos. Las estrategias para relacionarse con estos actores son incorporadas dentro del diseño del proyecto. El proceso de planificación también motiva a la OCB contraparte para incorporar a otras OCBs de las comunidades vecinas dentro del proyecto, lo que incrementa la cobertura y costo-efectividad, estas organizaciones son denominadas "OCBs asociadas".

ReproSalud busca que las propias mujeres de la comunidad determinen la mejor manera de actuar para resolver sus problemas de salud reproductiva, bajo los lineamientos de flexibilidad, participación comunitaria y desde una perspectiva de género. Este modo de entender el trabajo con las mujeres de las OCBs, permitió que ellas tomen la decisión de incorporar a los hombres, así como a las y los jóvenes (categoría en la cual incluyen generalmente a mujeres y varones adolescentes y jóvenes que aún no tienen hijos) en las actividades que se iban a desarrollar en sus comunidades, lo que empiezan a plantear desde el diseño de los primeros proyectos comunitarios en 1997.

Las mujeres solicitaron a ReproSalud trabajar con sus compañeros, por razones prácticas y estratégicas. Para algunas, involucrarlos les permitía enfrentar la oposición inicial de estos a que las mujeres se comprometieran con ReproSalud. Otras, evaluaron como necesario cambiar las actitudes y comportamientos de los varones para mejorar su salud reproductiva, en la medida que

los identificaron como una de las causas de sus problemas de salud reproductiva. Las mujeres vislumbraron que los cambios en su salud reproductiva y la posibilidad de que éstos sean sostenibles y duraderos, no podía darse sin lograr cambios en los varones. Una lección de *ReproSalud* es que si se trabaja desde una perspectiva de género y derechos, las mujeres encuentran el modo más adecuado de involucrar a los varones, reafirmando su capacidad para tomar decisiones acertadas cuando tienen espacios de reflexión y autonomía para hacerlo.

En el caso de los y las jóvenes, las mujeres expresaron que era importante que las actividades también los involucrara para que sus hijas no tengan los mismos problemas de salud reproductiva que ellas.

Los primeros proyectos comunitarios son eminentemente educativos, debido a que una de las principales causas de los problemas de salud reproductiva que las mujeres identifican, es "no saber" o no conocer. Estos proyectos buscan incrementar los conocimientos de las mujeres sobre anatomía y fisiología, así como sobre las causas de los problemas tomados como prioridad en los autodiagnósticos y motivarlas para que se comprometan a llevar a cabo acciones específicas para prevenirlos o enfrentarlos. Se espera como resultado de estas acciones educativas que las mujeres incrementen sus prácticas de autocuidado y aumenten la confianza y capacidad para usar los servicios de salud.

Como parte de los proyectos comunitarios se forman promotoras y promotores que son capacitados por Manuela Ramos y luego se harán cargo de replicar las sesiones educativas con las mujeres y hombres de su comunidad, teniendo como apoyo módulos educativos diseñados para este fin.

Cada OCB puede llevar varios proyectos secuenciales a lo largo de la duración de *ReproSalud*, cada uno con una extensión promedio de nueve meses. Esta estrategia permite a las OCBs crecer en la capacidad gerencial e incrementa gradualmente la complejidad de las intervenciones de sus proyectos. En los siguientes proyectos comunitarios, las OCBs continúan desarrollando actividades educativas y otras de promoción y defensa, dirigidas a mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud desde la perspectiva de las mujeres. En la mayoría de los proyectos comunitarios las mujeres han identificado que los servicios de salud y los proveedores son importantes para la resolución de los problemas de salud reproductiva que han dado prioridad, lo que las ha llevado a mantener coordinaciones permanentes y a desarrollar acciones colaborativas que han contribuido de manera efectiva al acercamiento de las mujeres a los servicios y viceversa.

Una vez culminado cada subproyecto, las propias mujeres de la OCB realizan una evaluación del mismo con apoyo de *ReproSalud*. Un indicador son los resultados de las pruebas que se toman antes y después de las capacitaciones (pre y post test) para determinar el conocimiento ganado. Otros indicadores incluyen el número de beneficiarias que se ha alcanzado, versus el planeado, así como el grado de satisfacción de estas y la opinión de las autoridades.

Hasta agosto de 2001 se han ejecutado y evaluado 434 proyectos comunitarios. Se han beneficiado con las actividades educativas a 95,231 mujeres y a 46,253 varones. Asimismo, se han organizado 102 redes de promotoras comunitarias.

Proceso para realizar los Proyectos Comunitarios en Salud Reproductiva:

PROCESO	PRODUCTO
1. Diagnóstico Situacional	Manuela Ramos selecciona los distritos donde se realizarán las intervenciones
↓	
2. Selección de OCBs	Manuela Ramos selecciona a las OCBs contrapartes
↓	
3. Autodiagnóstico	La OCB identifica y selecciona los problemas de salud reproductiva más frecuentes y graves, analiza el problema más importante
↓	
4. Diseño subproyecto	La OCB desarrolla un plan de trabajo para enfrentar el problema seleccionado, incluyendo la participación de otras OCBs
↓	
5. Implementación del subproyecto	La OCB lleva a cabo las actividades planificadas para enfrentar el problema seleccionado.
↓	
6. Evaluación del Subproyecto	La OCB y Manuela Ramos evalúan y 'miden' el progreso realizado por la OCB

b) Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (Advocacy)

El Proyecto ReproSalud define la Promoción y Defensa o Advocacy como 'Promover y abogar ante las instancias de decisión local, regional y nacional para que las políticas y programas de salud sexual y reproductiva respondan a las demandas de las mujeres y se garantice el pleno ejercicio de sus derechos'².

El objetivo de este eje de trabajo es que las mujeres tengan una participación efectiva para canalizar sus problemas y propuestas de solución con las autoridades pertinentes, principalmente del Ministerio de Salud (MINSA). Este proceso busca a la vez afirmar la capacidad de autogestión de las mujeres y reforzar su empoderamiento en la interlocución y negociación con otros actores que pueden favorecer u obstaculizar su salud reproductiva.

ReproSalud identifica tres niveles de acción de la Promoción y Defensa: comunitario, departamental y nacional.

En el nivel comunitario, los esfuerzos se han enfocado en aumentar los conocimientos de las mujeres sobre sus derechos sexuales y reproductivos, así como en incrementar su capacidad de interlocución y negociación con los representantes del MINSA y de otras instituciones ante quienes es necesario realizar gestiones para mejorar la calidad de atención de los servicios de salud desde la perspectiva de las mujeres.

Además de los proyectos comunitarios de salud reproductiva, desde inicios de 2001 se han desarrollado proyectos específicos que buscan fortalecer la participación efectiva de las mujeres en la promoción y defensa de sus derechos sexuales y reproductivos, mediante la formación de defensoras comunitarias de los mismos. Estas defensoras elaboran agendas locales a ser presentadas a las autoridades de los servicios de salud. De la negociación sobre la implementación de la agenda resultarán los elementos centrales que servirán de base para la planificación y ejecución de un conjunto de actividades que les permitan lograr los puntos que han considerado prioritarios. Hasta agosto de 2001 se han formado 101 comités de defensoras en los departamentos de Ancash, Ayacucho, Huancavelica, La Libertad, Puno, Lima, San Martín y Ucayali.

En el nivel departamental y nacional, se impulsan cambios en la formulación e implementación (vigilancia y monitoreo) de políticas o normas. Se busca sensibilizar, formar opinión pública y movilizar apoyo para cambios que respondan a las necesidades y propuestas de las mujeres de las OCBs, las que forman parte de las agendas departamentales elaboradas a partir de las locales y luego confluyen en una agenda nacional.

En el nivel departamental se han establecido los Comités de Coordinación Regional (CCRs) como instancia de coordinación entre Manuela Ramos y diversas entidades del Estado y la sociedad civil; asimismo, se constituyen en foros para el diálogo entre las mujeres de la comunidad y estas instancias. Los CCRs tienen actividad prominente en la organización de actividades que conmemoran los días de los derechos y salud de las mujeres (8 de marzo, 28 de mayo y 25 de noviembre) reconocidos internacionalmente. Estas actividades promueven la toma de conciencia en el nivel comunitario y las autoridades departamentales y permiten a las dirigentas de las OCBs y a las autoridades estatales ejercitarse en el diálogo sobre asuntos relacionados con la salud reproductiva.

c) Generación de Ingresos

Este componente está orientado a fortalecer las capacidades de las mujeres para superar las barreras económicas y de género que les dificultan mejorar su salud reproductiva y el acceso a los servicios de salud existentes. Se espera que al iniciar o mejorar sus pequeñas actividades económicas, las mujeres vayan fortaleciendo su autonomía, incrementando su autoestima y mejorando las condiciones para la negociación con sus parejas. Asimismo, se busca que las mujeres dispongan de recursos económicos para la atención de su salud reproductiva, dándoles la oportunidad en la mayoría de los casos e incrementando en otros el acceso de las mujeres al crédito y al mercado y modificando el control de los recursos dentro del hogar.

Las actividades de generación de ingresos se realizan en las áreas geográficas de influencia de las intervenciones del componente de Proyectos Comunitarios de Salud Reproductiva. Su implementación se inició durante el tercer año de comenzado ReproSalud, debido a que se esperaba lograr primero un incremento de motivaciones y capacidades de las mujeres para mejorar su salud reproductiva, de tal modo que se asegurara una coherencia programática entre el componente de Generación de Ingresos y los objetivos del proyecto.

El componente de Generación de Ingresos comprende dos líneas de trabajo: Crédito para las mujeres a través de la formación de bancos comunales y la Producción y Comercialización de artesanías.

Los bancos comunales incrementan el acceso de las mujeres al microcrédito. Funcionan como un sistema de crédito y ahorro, donde el control social y la garantía solidaria son los elementos fundamentales del riesgo crediticio. Luego de una prueba piloto de un año Manuela Ramos decidió comenzar el proceso de formación de los bancos comunales concentrando su esfuerzo en 4 de los 8 departamentos donde está trabajando el proyecto: La Libertad, Puno (zona aymara), San Martín y Ucayali. Estos últimos fueron escogidos según varios factores claves que incrementan la sostenibilidad de los bancos comunales: mayor densidad poblacional, dinamismo económico, existencia de mercado y mayor grado de accesibilidad. Hasta agosto de 2001 se han establecido y están funcionando 461 bancos comunales, con 8,100 prestatarias activas, habiéndose movilizado en préstamos por US\$ 4' 791,430. El nivel de ahorros efectivos alcanzó US\$ 623,000. La tasa de mora es de 2.8%, tasa inferior al nivel estándar de programas similares y de lo establecido internacionalmente (5%).

La producción y comercialización de artesanías busca identificar los productos que las beneficiarias del proyecto puedan producir y que tengan una demanda real en el mercado. Las mujeres son consultadas sobre su interés de participar en esta actividad y luego de evaluar su disponibilidad de tiempo y sus habilidades, se diseñan los productos y se realiza la capacitación de las mujeres. Se trata de potenciar sus habilidades desarrolladas en experiencias anteriores, de manera que los productos alcancen las condiciones de calidad y cantidad para poder ser exportadas, se alcance eficiencia económica y rentabilidad en beneficio de las productoras. Estas actividades se vienen desarrollando en todos los departamentos donde se encuentra el proyecto.

Se han identificado tres grandes líneas de producción: tejidos, papel artesanal y productos de piasaba. A la fecha, seiscientas mujeres están involucradas en esta actividad, el 80% de ellas ya están produciendo para exportar a empresas estadounidenses ropa y accesorios para mascotas, juguetes y accesorios para decoración. En el año 2000 presentamos una propuesta para construir una empresa que construya la sostenibilidad a partir de la comercialización de estos productos y se ganó el concurso para iniciar el Mercomujer, "hija" de ReProSalud, que inició sus actividades en junio de este año y deberá consolidar la experiencia en los próximos tres años.

Es a través de estos tres componentes: Proyectos Comunitarios de Salud Reproductiva, Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos y Generación de Ingresos, que se está logrando que las mujeres de las zonas rurales y periurbanas logren mejorar su salud reproductiva, siendo gestoras de su propia salud y destino. Así lo demuestran los estudios de caso llevados a cabo en enero de 1999, en 13 comunidades de Ancash, Huancavelica y la zona quechua de Puno para conocer los resultados alcanzados en los dos años de implementación del proyecto en el campo. Éstos confirman que ReProSalud tiene resultados muy positivos en plazos relativamente cortos en poblaciones que han sido consideradas como difíciles de incorporar al sistema formal o poco receptivas a sus mensajes: está contribuyendo a que las mujeres tengan control sobre sus propias vidas, facilitando en ellas las condiciones para que ejerzan sus derechos reproductivos y ayudando a que sus parejas las apoyen en este ejercicio¹).

Susana Gallos - Coordinadora Técnica
Susana Moscoso - Coordinadora Adjunta

Bárbara Feringa - Asesora Técnica para el Proyecto ReProSalud de la Oficina de Salud, Población y Nutrición de USAID (hasta abril de 2000)

¹Feringa, Bárbara. 'Planificación Familiar en los términos de las mujeres ReProSalud, después de dos años en el campo'. 'Dos años en el campo ReProSalud visto a través de los ojos de las mujeres' (documento preliminar). 1999

INTRODUCCIÓN

Este documento presenta la información recogida sobre el tema de salud reproductiva en el marco del proyecto ReproSalud entre los años 1996 a 1999 en los departamentos de San Martín y Ucayali.

La fuente de información a través de la cual se obtuvo la mayor parte de la información la constituyen los autodiagnósticos en salud reproductiva realizados con mujeres de organizaciones comunitarias de base (OCBs), contrapartes del proyecto ReproSalud. Los autodiagnósticos son procesos de investigación participativa que se realizan mediante técnicas cualitativas durante cinco sesiones, en las cuales las mujeres reflexionan sobre su vida y su salud reproductiva, luego, en votación democrática, seleccionan el problema de salud reproductiva que quieren enfrentar y, finalmente, en función del problema elegido, describen sus causas, efectos, tratamientos y rutas de solución.

A lo largo de las siguientes páginas intentamos presentar la perspectiva de las mujeres. Por esta razón, hemos recogido los términos que ellas utilizan para denominar los procesos y problemas de salud reproductiva y hemos intentado reconstruir, en lo posible, la lógica desde la cual explican dichos aspectos.

La forma en que han sido organizados los temas que se incluyen en este documento responde en gran medida al esquema desde el cual se recogió la información en los autodiagnósticos, sobre todo en los capítulos en que se presentan los hallazgos sobre los procesos y problemas de salud reproductiva. La información de San Martín y Ucayali se presenta por separado, pero en ambos casos se sigue un esquema similar. En el primer acápite, se realiza una reflexión sobre las relaciones de género en la región, abordando el tema de los roles y responsabilidades de varones y mujeres en la vida cotidiana y se exponen algunas pistas sobre la dinámica de las relaciones de pareja y la manera en que se vive la sexualidad. El tema de género se considera un eje prioritario para comprender la problemática de nuestro interés. Las posibilidades que tienen las mujeres de prevenir y tratar sus problemas de salud sexual y reproductiva pasan necesariamente por la capacidad de negociación que tienen con su pareja.

En el segundo acápite se presentan algunas concepciones generales sobre salud y enfermedad y prácticas curativas que son características de los sistemas de salud amazónicos. En el tercer capítulo se abordan los procesos reproductivos y las complicaciones o malestares asociados a estos y en el cuarto capítulo, los problemas de salud reproductiva tomados como prioridad por las mujeres en los autodiagnósticos que realizaron en estos departamentos. Entre estos últimos, se encuentran los descendos, "muchos hijos", el aborto, y en el caso de San Martín, además, el prolapso. El capítulo cinco corresponde a los recursos de salud de las mujeres. En esta parte se presentan los recursos que utilizan las mujeres para enfrentar sus problemas de salud

reproductiva, tanto aquellos correspondientes al sistema local como los correspondientes al sistema biomédico. En cuanto a estos últimos se pone especial énfasis en lo que es la relación de las mujeres con los servicios de salud, y cuáles son las dificultades que ellas identifican para el acceso a los mismos.

Finalmente, identificamos las áreas críticas y fortalezas de las mujeres para enfrentar sus problemas de salud reproductiva y lograr una mayor equidad en sus relaciones de género, así como presentamos las recomendaciones que se derivan de éstas.

La mayoría de mujeres con las que se ha trabajado son "mestizas"⁴ y urbanas, de manera que los datos presentados corresponden en mayor medida a este tipo de población. En el caso de San Martín, aun cuando se trabajó con población del grupo étnico Lama, no se encontraron diferencias en relación a la información del conjunto de la población, que es en su mayoría mestiza (entre éstas existe una considerable proporción de migrantes andinas), por lo que no se realiza ningún tipo de diferenciación étnica. En el caso de Ucayali, por otro lado, se ha trabajado con mujeres del grupo étnico shipibo. A lo largo del texto se plantean ciertas especificidades encontradas en relación con esta población; sin embargo, encontramos que en la mayoría de casos hay aspectos compartidos. Este hecho puede responder a diversos factores:

- Se han realizado pocos autodiagnósticos con población shipiba (4 de los 15 autodiagnósticos fueron implementados con mujeres shipibas).
- Se ha realizado una aproximación fundamentalmente exploratoria y focalizada sobre el tema de salud reproductiva y género, que no profundizó en el conjunto de significados y símbolos culturales.
- Existiría un sustrato común de concepciones y prácticas entre shipibas y mestizas en relación a estos temas, dadas las características de movilidad de la población y su contacto con población urbana.
- La traducción de los autodiagnósticos, del shipibo al castellano y viceversa, dificultó una interacción fluida y no siempre permitió el nivel de profundización deseado. Sin embargo, se ha obtenido información muy valiosa a seguir explorando.

Dadas las características específicas de las mujeres con las que hemos trabajado, es importante señalar que la información contenida en estas páginas no se plantea como información generalizable a la totalidad de la población de los departamentos en cuestión, la cual está conformada por sectores diferenciados por características socio económicas y étnico-culturales, las que a su vez marcan diferencias en la manera en que se experimentan los aspectos aquí tratados, (aunque existen también aspectos comunes).

Adicionalmente, es importante mencionar que la información aquí presentada no pretende tampoco cubrir la totalidad de temas planteados; se trata de pistas valiosas, fruto de un acercamiento exploratorio que nos ayudan a tener un panorama amplio, pero no exhaustivo, en el tratamiento de todos los temas planteados. El mayor aporte de esta información es en términos de la identificación de problemas de salud reproductiva, rutas de solución y recursos utilizados por parte de las mujeres, aspectos fundamentales para diseñar e implementar acciones, políticas y programas.

⁴Este término es una categoría que las propias mujeres utilizan para clasificar étnicamente a las personas y por ello consideramos pertinente recuperarlo. Es importante precisar que dentro de esta categoría se ubica a un grupo heterogéneo de mujeres: colonas; migrantes andinas; ribereñas; provienen de la disolución o "campesinización" de grupos étnicos y tienen un amplio proceso de mestizaje. (Rodríguez, 1995: p 4).

UNA APROXIMACIÓN A LAS INVESTIGACIONES REALIZADAS EN LA REGIÓN AMAZÓNICA

Las primeras investigaciones en la Amazonía: la perspectiva colonialista

La investigación en la Amazonía tiene una larga trayectoria. A partir del siglo XVI, los cronistas, el clero y los exploradores, produjeron textos con el objetivo de 'mapear' la geografía, los recursos y la población de la región. Estos textos tuvieron objetivos y enfoques que fluctuaron entre lo militar, lo geopolítico, los evangelizadores y los científicos. En general, los textos tuvieron una mayor tendencia a la descripción que al análisis y estuvieron fuertemente influenciados por la cultura contemporánea de los autores. La "investigación social" de estos primeros siglos estaba inmersa en una perspectiva colonial que legitimaba la dominación y la explotación de los individuos y pueblos de cultura no occidental bajo el supuesto de que se trataba de formas de vida de menor valor y desarrollo dentro de un modelo evolutivo en el cual el hombre blanco occidental representaría la expresión máxima de la civilización, mientras que los pueblos indígenas se conceptualizaron como irracionales y emocionalmente incontrolados, siendo las mujeres quienes poseerían estas características en mayor medida. Las indígenas fueron percibidas, en este modelo, como seres cercanos al mundo de la naturaleza y el instinto. Estas ideas han estado presentes de diversas maneras en gran parte de la investigación social hasta los años 60 de nuestro siglo.

Mucho han cambiado en las últimas décadas los enfoques de las ciencias sociales, entre otras razones, gracias a la perspectiva feminista, que combate la idea de que 'la verdad', 'la justicia' y 'el progreso social' son asuntos del dominio exclusivo de los hombres blancos y occidentales.

Explicitando las relaciones de poder

Recién a partir de los años 60 y 70 surge una producción de textos que explicitan las relaciones de poder e inequidad entre los estados nacionales y las regiones amazónicas; y dentro de las mismas regiones, entre distintos tipos de poblaciones. El enfoque principal es el carácter extractivo y explotador del sistema económico en el cual se habría incorporado la Amazonía como fuente de materia prima, según el modelo de centro-periferia, de Wallerstein (1989). En este modelo se analizan las consecuencias de una dependencia económica impuesta para las relaciones sociales y políticas, que se desarrollan con el centro; es decir, las regiones (ciudades) donde están los mercados económicos y los centros políticos y administrativos principales, así como entre los representantes del "centro" y las poblaciones marginales dentro de las mismas regiones periféricas. En estos estudios se enfatiza procesos de explotación y marginación, como por ejemplo los que se dieron durante el "boom" del caucho lo mismo que el del petróleo, pero el tema de la inequidad de género aún no se elabora (Véase: Barclay, F. et al. 1991).

El contexto local: defensa de lo indígena

Durante el gobierno de Velasco, en los años 70, se observa un reconocimiento de la diversidad social y cultural del país, que se plasma en investigaciones, intervenciones y disposiciones legales en favor de la conservación de modos de producción pre-capitalistas. En la selva se inicia un proceso de formalización de Comunidades Nativas, proceso que conlleva a un conjunto de intervenciones de promoción, como extensión agrícola, organización comunal y federal, gestión administrativa, educación bilingüe y programas de salud, realizados por instituciones del Estado y ONGs. En esta etapa se publican muchos textos sobre las necesidades de los pueblos indígenas en el contexto de un Estado nacional en vías de desarrollo con un carácter de portavoz de las organizaciones indígenas que se empiezan a formar. Abogando por la autonomía y la supervivencia cultural y la conservación de los territorios de los pueblos indígenas, la mayoría de las publicaciones insisten en la regulación o la retención de los procesos de ocupación de las tierras amazónicas por poblaciones andinas migrantes, los llamados colonos (Mora, 1984). A pesar de que hay conciencia de que la colonización es un proceso que encuentra sus orígenes en la problemática de pobreza de las regiones andinas, los investigadores, mayormente identificados con la causa indígena, no adoptan la realidad colona como tema prioritario; una opción que hasta el presente se refleja en un menor volumen de investigación cualitativa sobre las poblaciones migrantes en la Amazonía.

La corriente ecológica y las investigaciones biológicas han aportado modestamente en cerrar esta brecha. Siendo temas de importancia la deforestación y los sistemas de uso de tierras, han habido programas de investigación sobre la dinámica de colonización y las prácticas de supervivencia de la población colona en la Amazonía, incluyendo las actividades y conocimientos de las mujeres. Sin embargo, en términos generales, estas investigaciones confirmaban la concepción que caracteriza a los nativos, y las mujeres nativas en particular, como protectores y conocedores del medio ambiente, mientras que a la población colona se la caracteriza como fuerza destructiva.

Un cierto acercamiento académico entre los medio-ambientalistas, biólogos y científicos sociales, ha resultado en una considerable producción de información sobre los conocimientos indígenas sobre la naturaleza, su funcionamiento y su uso, las llamadas etno-ciencias: etno-taxonomía, etno-farmacología, etno-fisiología, etno-medicina, etc. A través del estudio de las actividades de agricultura y recolección, el conocimiento y las prácticas de las mujeres han cobrado un lugar central en estos estudios, los cuales han aportado a una reorientación de las intervenciones de desarrollo hacia la inclusión de las mujeres.

La antropología en la Amazonía: visión utópica de las sociedades nativas

A pesar de que la investigación amazónica ha sido multi-disciplinaria y hay importantes contribuciones de médicos, lingüistas, abogados, biólogos, sociólogos y economistas, entre otros, los(as) investigadores(as) de las realidades amazónicas han sido en mayor proporción antropólogos(as). La tendencia hacia la investigación-acción y la organización comunal con fines de defender los derechos indígenas en la práctica de las décadas 70 y 80, predisponía hacia la conceptualización de los pueblos indígenas como sociedades internamente igualitarias, sin mayores jerarquías económicas o sociales. Las relaciones entre los sexos fueron vistas como roles complementarios en una división funcional de trabajo por sexo y si hubiera alguna desigualdad

interna, ella era estratégicamente desestimada en favor de la amenaza que representaban las relaciones de poder con el mundo externo para el colectivo.

El reconocimiento de la problemática de género y de los colonos

Bajo la influencia del surgimiento de una cierta conciencia y del movimiento feminista en el mundo académico occidental en los años 80 y 90, las investigaciones sociales en la Amazonia iniciaron estudios que, por primera vez, problematizaron las relaciones entre los sexos en términos de poder. Elementos de la antropología estructuralista, la práctica activista en defensa de los derechos indígenas y el movimiento emancipatorio de mujeres, confluían en una nueva generación de publicaciones de estudios de caso sobre la posición y las condiciones de mujeres en la Amazonia. En estas primeras publicaciones se resalta el efecto negativo que tiene la inserción en el sistema económico-mercantil y la formalización de la organización política para el estatus y las condiciones de mujeres indígenas (Véase, por ejemplo, Stocks y Stocks, 1984).

A lo largo de los años 90, las investigaciones han ido equilibrando sus interpretaciones de la desigualdad entre los géneros en las sociedades amazónicas, reconociendo tanto la desigualdad inherente a las sociedades indígenas como las desventajas y oportunidades que son producto de las transformaciones debidas a una progresiva incorporación en el sistema nacional (Bant y Basurto, Bant, Seymour-Smith).

Otro avance es el reconocimiento de la racionalidad de la población colono-campesina, y particularmente la situación de las mujeres colonas, a diferencia de las décadas anteriores, cuando la población colona fue conceptualizada como una población desadaptada, que presentaba una amenaza para el equilibrio ecológico y social de la región amazónica, e incluso a nivel global, por sus prácticas de deforestación, "quema" y la introducción de monocultivos. Hoy en día, los(as) investigadores(as) tienden a considerar la colonización como un elemento que tiene que ser incluido en la búsqueda de sistemas de producción sostenibles en la región. Janet Townsend, en su libro sobre mujeres colonizadoras de los bosques tropicales en América Latina, señala que se trata de personas con mucha capacidad para adaptarse a su nuevo hábitat, demuestra además que las ideas que tienen los colonos sobre el buen uso de la tierra son similares a las de los expertos en agricultura sostenible, pero no tendrían los recursos para poner dichas ideas en práctica (Townsend, 1994:2).

La población femenina está afectada por los procesos de migración y colonización de maneras específicas por su género. Tal como indica Townsend (1994) a nivel de América Latina y Rodríguez a nivel de Perú (1995), en las zonas de colonización se observa un desbalance demográfico entre hombres y mujeres a favor de los varones, lo cual afecta los roles de género, la cantidad de trabajo por mujer y, en algunas zonas, promueve la introducción de mujeres locales (indígenas) en la prostitución. El patrón particular a través del cual se han desarrollado las migraciones y colonizaciones, refuerza la estructura patriarcal de las relaciones entre hombres y mujeres. La estructura familiar patriarcal del lugar de origen se ve acentuada en las zonas de la frontera agrícola, por ser los hombres los primeros en haber llegado, adquirido la tierra y haberse insertado en el mercado. Un porcentaje muy bajo de mujeres poseen títulos de propiedad sobre las tierras, aun entre aquellas que son jefes de hogar. Las instituciones estatales y los bancos refuerzan la marginación económica de las mujeres campesinas a través de los requerimientos impuestos para obtener titulación y créditos. Además, las mujeres migrantes pierden las fuentes de ingresos que

pudieran haber tenido en su lugar de origen, como las procedentes de la crianza de animales o los pequeños negocios. En las fases iniciales de la colonización, su carga de trabajo generalmente se ve acrecentada. Las oportunidades de empleo en las zonas de colonización, por ejemplo en las empresas petroleras o madereras, favorecen a los varones. Las mujeres se ven inmersas en una situación de aislamiento social por la pérdida de su red de cooperación y ayuda mutua de parientes y amigas que, entre otros, repercute sobre su situación de salud. Muchas mujeres colonas dan a luz a solas por no tener a quien pedir ayuda.



Mujeres y niñas, mestizas y sh pibas, a orillas del río Ucayali.

Estudios de género en la Amazonía peruana

Una forma de determinar y evaluar los condicionantes e indicadores de la situación de la mujer y las relaciones de género, es la elaboración de investigación comparativa de los sistemas de género y de estudios de caso con un marco teórico o metodología que permita una comparación cualitativa y/o cuantitativa.

A nivel de Perú, Jeanine Anderson ha aportado a un marco cualitativo comparativo con un artículo llamado "Sistemas de Género e Identidad de Mujeres en Culturas Marcadas del Perú" (1990), que propone algunas hipótesis sobre la conceptualización y la inserción de las mujeres andinas y amazónicas en sus respectivas culturas y las consecuencias que ellas tienen para la participación de las mujeres en procesos de cambio. Una primera idea importante que se sostiene en este estudio es que en la Amazonía, a diferencia de los Andes, la solidaridad de género es un eje fundamental en la organización social. En ese mismo sentido se encuentra que la oposición entre los géneros se funda en una serie de intereses divergentes que se expresan claramente en una serie de mitos y rituales de la región. En este contexto, las uniones conyugales se describen como impuestas y no permanentes. La familia nuclear no sería una entidad fuerte y por sobre ella se situarían grupos mayores de personas del mismo género. Sobre las relaciones de dependencia y poder entre los géneros, se señala que aunque ambos géneros son complementarios, existe una subordinación de la mujer. Sin embargo, a lo largo de su vida cotidiana no interactúan muy

frecuentemente con los varones. Otro dato importante que señala el estudio es que en la Amazonía las mujeres son importantes como esposas y no tanto como madres, como sucede en la región andina. La mujer amazónica cumple en la estructura social una importante función en la formación de alianzas; mientras que la mujer andina, además de esto, tiene funciones importantes como hermana y madre o hija.

Otro estudio que señala aportes importantes sobre las relaciones de género en la Amazonia peruana es el realizado por el CAAAP en cuatro grupos étnicos (Ashaninka, Chayahuita, Shipibo y Yagua) (Heise et al. 1999), en este estudio se identifican ciertos rasgos de las propias sociedades, que influyen sobre la posición de las mujeres en el sistema de género y en la relación con la sociedad dominante y los procesos de desarrollo. Se concluye que la manera en la cual el sistema de parentesco se articula con el sistema de género es definitorio para la posición de la mujer en la sociedad, ya que este último se construye a partir del primero, lo mismo que todas las relaciones sociales significativas que organizan la sociedad (matrimonio, residencia, relaciones de producción, etc.). Se señala que el punto de partida en las relaciones de género es la matri o patrifocalidad y/o la matri o patrilocalidad del sistema de parentesco. El que la sociedad se organice de esta manera se generaría la posibilidad de establecer vínculos de cooperación que les permita dedicarse a otras actividades y tener más espacios de autonomía. Los resultados del análisis comparativo de los cuatro grupos mencionados demuestran que las mujeres en la sociedad shipiba -tradicionalmente matri focal y matrilo cal- tienen mayor libertad para movilizarse, mayor grado de cooperación intra-génerica, mayor producción y acceso al mercado, mayor manejo independiente de recursos monetarios, mayor libertad de elección de pareja, y mejor manejo del castellano.

En 1998, un grupo de trabajo del Tratado de Cooperación Amazónica inició la tarea de desarrollar un instrumento para la evaluación de las brechas de género en sociedades en procesos de cambio, que podría servir para el diseño de políticas públicas dirigidas a poblaciones de distintas características en los países de la delta amazónica. Se usó el marco teórico de transaccionalidad para analizar la situación de hombres y mujeres en relación al acceso y manejo de recursos (llamados "activos" o "capital" en este estudio) en las áreas legal, educativa, económica, cultural y social. El estudio de casos en Perú fue realizado con shipibos migrantes en el centro urbano de Yarinacocha. En términos generales se concluye que los varones de la región poseen más activos que las mujeres, aun cuando en algunos casos hay mayor nivel de igualdad y en otros cierta ventaja.

Por otro lado, de los resultados generales del estudio se deriva que un alto acceso de las comunidades, en general a los bienes y servicios (educación, trabajo, recursos naturales, centros administrativos, organización social), genera términos más igualitarios en las relaciones de género en estos campos, mientras que en situación de escasez o de poco desarrollo de uno u otro de los activos, las relaciones de género se tornan inequitativas en desventaja de las mujeres (Tratado Amazónico. 1998:61-69).

Estudios sobre género y salud reproductiva

Desde la perspectiva de la etno-medicina y la etno-botánica, así como desde el enfoque demográfico, se realizaron estudios sobre la salud reproductiva y las tecnologías para el control de la natalidad mucho antes de que se elaborase un marco de análisis que tomara en cuenta la

posición de la mujer dentro de los sistemas de género (Véase los estudios de Hern 1994a, 1994b, 1994c). Estos tempranos estudios, que trataban particularmente sobre poblaciones indígenas, ahora nos proporcionan interesantes fuentes de comparación.

En los últimos años se ha visto la emergencia de una corriente de estudios de temas de salud reproductiva que emplean un marco teórico que contempla la pluriculturalidad y la perspectiva de género, y que apunta a identificar patrones de aceptación y obstáculos en la interacción entre servicios de salud de la medicina oficial y la población a la que están dirigidos. En ese sentido, dos importantes estudios que fueron encargados por el Ministerio de Salud son: "Salvarse con bien: El Parto de la Vida en los Andes y Amazonía de Perú" (1999) y "Mujeres de Negro: La Muerte Materna en Zonas Rurales del Perú" (1999).

El marco teórico del estudio sobre el parto nos indica una nueva apertura en la conceptualización de los servicios públicos. Se plantea la necesidad de buscar una práctica basada en el conocimiento intercultural, horizontal y compartido. Por su parte, el estudio sobre muerte materna hace un importante aporte desde esta perspectiva, demostrando que factores de tipo social y cultural, como las rupturas en las redes de apoyo de las parturientas en situaciones de migración y embarazos "vergonzosos" y las diferencias culturales en las concepciones sobre la muerte y los cuidados pertinentes de los cadáveres, son centrales para entender las dificultades en el acceso a los servicios públicos en casos de emergencias obstétricas, desde la perspectiva de los usuarios.

Es en esta perspectiva que se insertan las investigaciones realizadas en el marco del proyecto ReproSalud. El proceso de investigación se ha dado desde técnicas de investigación participativa como son los autodiagnósticos. Una contribución importante de los mismos ha sido la identificación y prioridad de problemas de salud reproductiva desde la perspectiva de las mujeres de las poblaciones intervenidas; en ese sentido, por ejemplo, en la región amazónica se ha identificado como problema prioritario los descendos, el cual no había sido destacado anteriormente desde ningún diagnóstico de salud de la zona. Por otro lado, en dichos autodiagnósticos se ha explorado desde una perspectiva cualitativa el mundo cognitivo y los significados sociales relacionados con la salud reproductiva, la regulación de la vida sexual y el cuidado del cuerpo de las mujeres en las zonas de intervención. Temas que además fueron profundizados en estudios posteriores: "Prácticas y Representaciones de Género" de Ruiz Bravo et al. (1998), "Significados y Prácticas sobre Descenso Vaginal entre Mujeres de Áreas Rurales y Nativas del Perú" de Fuller (1998) y "Embarazo, Parto y Puerperio" de Diez (1998).

Un aporte importante de los resultados de las investigaciones de ReproSalud en el caso de la Amazonía son los hallazgos realizados sobre población no indígena. Revisando la bibliografía sobre mujeres y género en la Amazonía, llama la atención la escasez de estudios con enfoque de género sobre la población campesina, ribereña y urbana, las cuales forman la mayoría de la población. El interés por los grupos indígenas se justifica desde el punto de vista de la conservación de la diversidad cultural y la defensa de los derechos de los más débiles (en términos políticos); sin embargo, sería necesario contar con un volumen de estudios de comparable profundidad de los grupos no-indígenas, dada su significativa presencia en la región.

GÉNERO, DERECHOS HUMANOS E INTERCULTURALIDAD

La Declaración de los Derechos Universales (1948), ratificada por la República de Perú, reconoce el derecho a la salud, el bienestar y los avances de la ciencia y tecnología / la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres de todas condiciones y culturas.

Las Conferencias Mundiales sobre los Derechos Humanos (Viena 1993), sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994) y sobre Mujeres (Beijing, 1995), han retomado la idea de los derechos universales y avanzado la perspectiva de "derechos" en el análisis, las soluciones y la evaluación de la situación de sectores o grupos sociales estructuralmente discriminados, como son las mujeres. El enfoque sobre el acceso disminuido de grupos especiales a los derechos humanos, así como el progresivo reconocimiento que la salud es un estado, no sólo de ausencia de enfermedad, sino también de bienestar y potencial físico, psicológico y social, han contribuido a que el derecho a la salud haya adquirido nuevas dimensiones.

Una de estas nuevas dimensiones es la inclusión de la llamada esfera privada en dominio de los derechos humanos. En el pasado, violaciones de los derechos humanos, como violencia contra las mujeres, incesto, discriminación de homosexuales y trabajadores del sexo, entre otros, han podido continuar, en gran parte, impunes por la cobertura que les daba la idea que la esfera privada y la experiencia íntima no eran objeto de los derechos humanos. Los movimientos de mujeres, globales y locales, han logrado convencer a muchos actores que una de las principales causas de la postergación de las mujeres es precisamente el no-reconocimiento de sus derechos en la esfera privada e íntima. En particular, que la salud y bienestar de las mujeres depende de un ejercicio autónomo de su sexualidad protegido de coerción, discriminación y violencia, incluyendo a cuestiones de reproducción.

América Latina es una voz importante en el avance del concepto de los derechos sexuales y reproductivos y su introducción en las normas y legislaturas nacionales e internacionales. Se reconoció tempranamente que la lucha para la inclusión de los derechos sexuales y reproductivos dentro de los derechos humanos universales tiene una particular relevancia para el empoderamiento de las mujeres, especialmente para aquellas en situación de pobreza.

Los derechos sexuales y reproductivos integran derechos sociales, políticos y económicos. Sus objetivos varían desde la protección de la experiencia más personal e íntima hasta la participación política de todos y todas, e incluyen el derecho de disfrutar una sexualidad libre de coerción, dolor, enfermedad y riesgos, escoger parejas, tener información adecuada y completa, a la libre opción de tener hijos, de tener el número de hijos y el espaciamiento entre embarazos que se desee, a la maternidad segura y sana, de tener acceso a servicios de salud que respondan a los valores y necesidades de los(las) usuarios(as), la confidencialidad y al consentimiento informado, y a la no-discriminación por causa de orientación sexual. Aunque los derechos sexuales y reproductivos se

inscriben en los derechos universales, el énfasis y la relevancia de algunos de sus contenidos pueden variar según los distintos contextos culturales en los cuales se desarrollan.

Entonces, ¿cómo se relacionan los derechos universales con el derecho a la diferencia cultural? Esta pregunta se enmarca en el debate entre los universalistas versus los defensores del relativismo cultural. El universalismo afirma la igualdad de todos los seres humanos, basándose en la universalidad de las necesidades básicas compartidas por todos y que son fundamentales para el pleno desarrollo de la vida humana. Por su parte, el relativismo cultural pone en tela de juicio toda realidad objetiva, considerada como inexistente. Toda afirmación es resultado de la interpretación personal, interpersonal y cultural y no hay fundamentos objetivos para defender una jerarquía de valores o posiciones privilegiadas. El relativismo cultural, negando el absolutismo de verdades postulado por los universalistas, afirma el derecho universal a la diferencia, dando un soporte de legitimación a sistemas sociales diferentes.

Ambas corrientes pueden ser utilizadas a favor y en contra de procesos democráticos, el desarrollo humano y la libertad individual. Es un hecho que factores económicos, culturales, históricos, políticos y ambientales intervienen en la realización y la promoción del acceso a los derechos humanos universales en cada país, población y localidad. La realización de los derechos individuales depende de la realización de los derechos colectivos y viceversa.

En las conferencias mundiales de las Naciones Unidas, el derecho a la cultura propia ha sido utilizado por gobiernos de países con sectores fundamentalistas en el poder para negar el acceso a derechos a las mujeres. Los fundamentalismos se caracterizan por fundir los intereses del Estado con el control sobre los cuerpos de mujeres como instrumento de perpetuar y delimitar el sistema político patriarcal y dirigir la reproducción biológica, social e ideológica del pueblo. En oposición a los países conservadores extremos, los países y grupos progresistas, han tomado una postura principalista de afirmación de la universalidad de los derechos humanos. Desafortunadamente, la necesaria defensa de los derechos de las mujeres como universales, ha dejado poca apertura para encontrar una manera positiva de incorporar las diferencias o variaciones culturales o escuchar las opiniones de a las mujeres indígenas y de otras culturas.

Desde la postura feminista y desde el Perú, país multicultural, optamos por defender los derechos de las mujeres como individuos y como colectivos en los marcos culturales que estiman relevantes al pleno desarrollo de sus vidas. Pensamos que la salud sexual y reproductiva de las mujeres es, en gran parte, el resultado de la capacidad de ejercer derechos, entre ellos, los derechos sexuales y reproductivos. La capacidad de ejercer estos derechos está condicionado, por un lado, por las características de la situación particular de la mujer, como son, la distancia entre su cultura local y la cultura nacional, los parámetros particulares de los sistemas de género local y nacional, y los recursos personales y colectivos que tengan a su disposición.

Por otro lado, esta capacidad de ejercicio está sujeta a la oferta de servicios a los cuales la mujer tenga acceso para ejercer sus derechos. En este texto se muestra cómo las relaciones de poder entre culturas y entre géneros incide en la salud sexual y reproductiva y cómo los servicios de salud pueden transformarse en espacios de negociación de intereses, promoviendo la igualdad de condiciones, el ejercicio de derechos, y la salud sexual y reproductiva de todos y todas.

Diversidad, interculturalidad y conocimiento

En las últimas décadas han surgido teorías y prácticas que aproximan el desarrollo o la falta de desarrollo a la experiencia de la propia población involucrada. Los proyectos de desarrollo que se proponen partir de la perspectiva de los "usuarios" de los servicios y recursos ofrecidos, tienden a tomar en cuenta la cultura local y buscar la participación de la población, y apoyan el proceso en el cual la población formula sus necesidades y demandas hacia los programas y proyectos. ReproSalud es un proyecto que se inscribe en este enfoque.

Uno de los aportes más importantes de estas teorías es que incorporan un 'enfoque diferenciado', que enfatiza el impacto de las condiciones de edad, etnicidad, clase social y género, entre otras, sobre la experiencia de la pobreza, los cambios sociales y culturales, la salud, la crisis medioambiental, la marginalización, la participación y el desarrollo personal y colectivo. Las soluciones o estrategias de desarrollo deben comprender y responder a los conocimientos y experiencias acumulados desde las diferentes posiciones sociales.

La situación de pluriétnicidad y pluriculturalidad de nuestro país aporta matices especiales a los procesos de construcción de conocimiento. El contacto e intercambio entre distintos sistemas de conocimientos o culturas tienen el potencial de producir nuevos conocimientos que son más adaptados y útiles a nuevas condiciones de vida en situaciones de cambios sociales y ambientales.

En el área de salud, las distintas poblaciones han acumulado una gran riqueza de conocimientos propios, que se caracterizan por una visión holística de la salud humana, el conocimiento farmacológico de sustancias vegetales y animales y las prácticas curativas que integran la experiencia psicológica, la cosmovisión y lo biofísico.

La depredación de los recursos naturales, particularmente la deforestación, la penetración de la economía monetaria, la oferta de fármacos industriales y servicios de salud, y la migración hacia centros urbanos, son factores que llevan a una progresiva integración de los sistemas de salud tradicional y de salud moderna. Esta integración, sin embargo, se efectúa en términos que generalmente resulta en una desvalorización y pérdida de los conocimientos y prácticas propias. Por otro lado, los derechos intelectuales del conocimiento farmacológico indígena no están debidamente protegidos y es fácilmente expropiado por las industrias farmacéuticas y biomédicas.

El intercambio y el diálogo entre culturas está sujeto a las relaciones de poder y de estatus y el acceso a los recursos entre los grupos sociales involucrados. Es decir, los intercambios culturales se estructuran por principios "otros" que la mera motivación, la apertura y la necesidad de los grupos sociales y los individuos. La interculturalidad es una propuesta que parte de la validez intrínseca de cada cultura y la posibilidad del intercambio entre culturas y sus integrantes como iguales. Propone una transformación de las relaciones de poder a favor de la existencia de una diversidad cultural, relaciones horizontales y la construcción compartida de conocimientos. A través del intercambio y el diálogo, las culturas amplían sus horizontes y se promueve la comprensión, el aprendizaje, el respeto mutuo y la cooperación. Como señala Heise: "La interculturalidad es una apuesta por el respeto a la pluralidad de racionalidades y la heterogeneidad de formas de vida. Es un reto intentar establecer vínculos horizontales entre personas de culturas diferentes. La voluntad de comprender al otro sin ponerle condiciones

posibilita que la empatía y la comunicación fluyan superando los obstáculos que se originan en el temor a la apertura y a la inseguridad (Heise, et al. 1994:50-1).

Los conocimientos sociales y científicos que conforman la base de una cultura se construyen socialmente, no son una representación de un mundo objetivo. Conocimiento y poder están interrelacionados: "no existe relación de poder sin la constitución correlativa de un campo de conocimiento, ni conocimiento alguno que no presuponga y constituya al mismo tiempo relaciones de poder" (Foucault, 1979:27). Si bien es cierto que el proceso de construcción y resignificación de conocimientos es un proceso espontáneo y propio a la naturaleza humana, la desigualdad social, como la desigualdad entre grupos étnicos o culturales, o la desigualdad de género, condiciona el acceso a la información y la tecnología, la creación de nuevos conocimientos y su aplicación en la práctica, y, finalmente, la legitimación y aceptación de un conocimiento cultural como una verdad generalizada.

El conocimiento no es el simple reconocer o descubrir la esencia preexistente de una cosa o situación, sino como el ejercicio del derecho a creer y a la justificación social de una creencia u opinión intrínsecamente relacionado con los intereses humanos. El conocimiento no es tanto verdadero o falso cuanto legítimo o ilegítimo para un conjunto particular de relaciones de poder. Cuando se produzcan cambios en las relaciones de poder, se producirán cambios en el conocimiento o en su uso moral y práctico en la sociedad. A su vez, el conocimiento es potencialmente emancipatorio. La convicción de parte de los integrantes de que su patrimonio del saber tiene valor moral y práctico, forma la médula de la defensa, sobrevivencia y el desarrollo de una cultura minoritaria.

El conocimiento se construye y se legitima en el intercambio entre personas, hombres y mujeres de la misma o de diferentes culturas y con diferentes competencias y poder. En la vida cotidiana, la conversación es la manera básica de construir y evaluar los conocimientos. En el diálogo cotidiano intra- o intercultural, los individuos se informan, contrastan, resignifican y legitiman sus conocimientos continuamente.

Género, sexualidad y empoderamiento

El acceso, la experiencia y las necesidades con relación al cuerpo y la salud son diferenciadas por género y están mediadas por los sistemas de género vigentes en cada sociedad. Por género entendemos los significados y valores sociales y culturales que se dan a las diferencias biológicas empíricamente observables entre los sexos. El género es un criterio más de organización social, universal como la edad, inclusive en sociedades poco diferenciadas internamente.

Cuando hablamos de las relaciones de género nos referimos a las maneras en las cuales las sociedades y culturas estructuran la interacción entre las categorías sociales de "hombre" y "mujer" en un marco de distribución de poder, prestigio, responsabilidades, tareas y beneficios.

Hablamos de "sistemas de género", para expresar el conjunto de las maneras en las cuales una sociedad o cultura estructura las relaciones de género, que atraviesan todas las esferas y niveles de la vida social, interactuando en una dinámica social que da prioridad y refuerza determinados resultados. A pesar de que una dinámica social es un concepto abstracto y no tiene una intencionalidad como la podría tener un individuo o un grupo de individuos, el conjunto de

mecanismos y actores producen procesos sociales de continuidad y cambio que se caracterizan por un alto grado de consistencia y probabilidad, tal como si fuera un sistema.

La sexualidad y los cuerpos son el territorio por excelencia de la transacción y la negociación de los intereses compartidos y opuestos de hombres y mujeres, y sus resultados se encuentran expresados en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Para mejorar la salud sexual y reproductiva, es particularmente importante conocer el significado y el rol que tienen el cuerpo y la sexualidad en las vidas y las sociedades de las mujeres y hombres desde el punto de vista de las relaciones de género, así como el contexto para entender ideas y prácticas relacionadas a la salud y enfermedad. Un marco de análisis debe tomar en cuenta la diversidad de significados culturales, la subjetividad individual y los intereses de poder articulados que organizan el sentido que se da a la sexualidad y el cuerpo femenino y masculino y a los actos sexuales en sí. Dado que los roles sexuales generalmente refuerzan un desequilibrio de poder entre hombres y mujeres, la experiencia individual probablemente expresa también ese desequilibrio. Estos roles imponen un marco de referencia que, en el mejor de los casos, deja a las mujeres y a los hombres mal preparados para tener relaciones íntimas mutuamente satisfactorias (Zeidenstein y Moore, 1999:3).

Investigaciones sobre los sistemas de conocimiento del cuerpo demuestran que el poder es una dimensión clave en la construcción cultural del conocimiento médico y que los sistemas de conocimiento médico tienden a reproducir desigualdades y jerarquias en la sociedad mediante el "naturalizar" y "normalizar" las desigualdades a través de conceptos e imágenes del cuerpo (Ver: Anne Larme, 1998). A través de este mecanismo se categoriza ciertas interpretaciones culturales como si fueran hechos biológicos o del orden de la naturaleza, de manera que la desigualdad de género se "explica" por las diferencias biológicas entre los sexos. Unos ejemplos del "naturalizar" la desigualdad de género son: "por naturaleza, los hombres son agresivos y las mujeres pasivas", "los hombrecitos son más despiertos", "cuidar a los demás es parte de la naturaleza femenina", "los hombres no pueden controlar sus necesidades sexuales", "la sangre de la menstruación es mala y contaminante", "la mujer está hecha para dar a luz", etcétera.

Esta perspectiva -la relación legitimadora entre conocimiento médico y desigualdad de género- es importante para entender cómo la nueva información y capacitaciones son recibidas, interpretadas y resignificadas por los hombres y mujeres de la población. Los conocimientos y valores tradicionales sobre el cuerpo con relación a la sexualidad y la reproducción forman el fundamento de la creación y transmisión de nuevos conocimientos que son necesarios para el aumento y la introducción de prácticas saludables. Al mismo tiempo, los cambios en los sistemas de conocimientos preexistentes, pueden modificar la postergación de la mujer en las relaciones de género. En la medida que los conocimientos sobre los cuerpos femeninos y masculinos son una forma de reflejo de las relaciones de poder entre mujeres y hombres, indican cómo se desarrollan los cambios en los sistemas de género. Es decir, la manera de entender el cuerpo femenino y masculino y su salud, es a la vez producto y generador de las relaciones sociales que la sostienen.

Se puede tipificar la relación entre hombres y mujeres como una relación de "conflicto cooperativo" o "cooperación conflictiva"; es decir, una relación en la cual se negocia entre condiciones de interdependencia así como de intereses propios a cada género, como, por ejemplo, en la

sexualidad. Por lo general, en la práctica cada actor social identifica con cierta facilidad su propio interés y la justicia de los intercambios. El mayor problema está en el "cómo" se negocia. ¿Con qué peso y a través de qué mecanismos se introduce una propuesta o una demanda en una dinámica de negociación, como, por ejemplo, el uso de anticonceptivos? Los procesos de negociación ofrecen oportunidades y riesgos para alcanzar una mayor igualdad entre los géneros.

Aumentar los recursos individuales o colectivos altera las condiciones de negociación y puede resultar en la toma e implementación de decisiones más o menos justas. Aumentar los recursos de las mujeres (educación, leyes contra violencia familiar, reforzar la organización de mujeres, por ejemplo) debería resultar en mejores condiciones de la negociación de sus demandas y en decisiones que favorecen la equidad de género y la salud, particularmente la salud sexual y reproductiva. El proceso de fortalecer la motivación y la eficacia de un individuo o grupo en las negociaciones privadas y públicas a través de la acumulación y apropiación de existentes y nuevos recursos, es una forma de empoderamiento.

Diálogo, negociación y participación: políticas públicas y servicios de salud que promueven el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos

Las políticas públicas y los servicios de salud se encuentran ubicados en el complejo campo de las negociaciones y transacciones culturales y de género de la población. Sus mandatos fundamentales son los de garantizar que la población tenga acceso a los derechos universales de salud, bienestar e igualdad de condiciones. Sin embargo, las políticas públicas y los servicios mismos también responden, entre otros, a los sistemas sociales de cultura y género vigentes.

Frente a los desfases entre la oferta y los intereses y expectativas de la población, el Movimiento Manuela Ramos, se enmarca entre quienes proponen como necesario buscar vías de participación activa de los(as) usuarios(as) para incorporar sus demandas culturales y de género y facilitar los diálogos y las negociaciones entre hombres y mujeres y corrientes culturales. Se trata de establecer el diálogo y la negociación, con objetivos que vayan más allá de asimilar las poblaciones marginales a los servicios de salud públicos. La posibilidad de que esta propuesta se convierta en realidad, lo comprueba el caso de los cambios en el sistema de salud pública en Bolivia. La constatación que el 60% de la población boliviana hace uso de los servicios de los(as) curanderos(as) tradicionales, ha llevado al reconocimiento oficial de estos proveedores y la incorporación de sus prácticas y medicamentos en la oferta de los servicios públicos.

A pesar de que el objetivo final de las intervenciones es la mejora de la salud y el bienestar de individuos, las estrategias para llegar a los cambios deseados se apoyan sobre los procesos colectivos. Por esta razón consideramos que los ejes centrales de una política para disminuir las brechas entre oferta y demanda de los servicios de salud, debe contemplar:

- Mejorar las condiciones para ejercer los derechos sexuales y reproductivos.
- Fortalecer la posición de mujeres y sus organizaciones en las negociaciones de sus intereses.
- Proporcionar los recursos materiales, conocimientos y otros factores facilitadores para la participación en la gestión de recursos relacionados a la salud.

En la medida que se fortalezcan los procesos de empoderamiento en el ámbito de las organizaciones de mujeres, se propiciará un cambio en los estilos de liderazgo y de participación

en las organizaciones mixtas de la comunidad, haciéndolas más democráticas y participativas dentro del contexto de su propia cultura, y generando condiciones internas y externas positivas para la negociación y la movilización comunitaria a favor de los intereses de las mujeres y la concientización y la cooperación de los varones en la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Los procesos de empoderamiento individuales y colectivos tienen como resultado una mayor efectividad del grupo para satisfacer intereses individuales y colectivos.

Finalmente, el fortalecimiento de las organizaciones de base tiende a incrementar el flujo de intercambios de recursos e información sobre salud reproductiva dentro de las redes sociales de la comunidad. Siguiendo esta lógica, el propósito de "fortalecer las organizaciones de mujeres" puede ser un objetivo y un instrumento de los procesos de desarrollo y democratización. Es objetivo, en cuanto se crea condiciones para que la organización pueda generar beneficios y satisfacer con mayor eficiencia los intereses inmediatos de sus participantes. Pero, además, es instrumento o medio de desarrollo, pues a través de las organizaciones se puede "inyectar" recursos, como habilidades y nuevos conocimientos y actitudes hacia las esferas de afiliación e identidad menos permeables, pero más sostenibles, de redes ya establecidas o densamente relacionadas.

ASPECTOS METODOLÓGICOS Y CARACTERÍSTICAS DEL ÁMBITO DE ESTUDIO Y LAS PARTICIPANTES

La información que se presenta a lo largo de este documento es fundamentalmente cualitativa y, tal como se señaló anteriormente, proviene en su mayor parte de los 30 autodiagnósticos en salud reproductiva que fueron implementados en el marco del proyecto ReproSalud, entre los años 1996 - 1999. De los 30 autodiagnósticos, 15 se implementaron en el departamento de Ucayali y 15 en San Martín. También se incluye información obtenida a través de entrevistas y estudios complementarios que se realizaron en el marco del proyecto para lograr un mayor nivel de profundización sobre la información que se obtuvo en los autodiagnósticos. Los hallazgos recogidos por el proyecto se complementaron además con información de otros estudios sobre el tema y ha sido contrastada con información de tipo cuantitativo.

El autodiagnóstico como forma de investigación participativa⁵

La investigación participativa es una forma de investigación que integra la investigación social, el trabajo educativo y la acción (Hall y Kassam, 1988). Se caracteriza por involucrar como actores a los sujetos de investigación (no se consideran simples objetos de estudio, sino sujetos activos que contribuyen a conocer y transformar su realidad), por su carácter de adquisición colectiva de conocimientos y su utilidad social. Supone la simultaneidad de conocer y de intervenir, en la medida que el modo de realizar el estudio implica organización, movilización, sensibilización, reflexión, toma de conciencia sobre situaciones o problemas. El objetivo último es la mejora de las vidas de los sujetos implicados, siendo central el papel que se le asigna a fortalecer la toma de conciencia en la gente sobre sus propias habilidades y recursos (Rodríguez, Gil y García, 1996).

Los autodiagnósticos son procesos de investigación participativa que permiten generar conocimientos sobre la vida y la salud reproductiva de las mujeres desde sus propias lógicas de pensamiento. A la vez, son procesos educativos que promueven que las mujeres de las organizaciones comunitarias de base (OCBs) ejerciten y desarrollen sus capacidades para reflexionar, expresarse y tomar decisiones acerca de los problemas que consideran más importantes.

Los autodiagnósticos en ReproSalud tienen varios objetivos:

- Promover que las propias mujeres identifiquen y seleccionen problemas de salud reproductiva para definir las intervenciones que ellas van a desarrollar en este ámbito.
- Acercar a los proveedores de salud a las perspectivas y experiencias de las mujeres, a sus propios modos de pensar y entender su vida y su salud reproductiva.

- Recoger información que permita realizar sugerencias para mejorar los programas y políticas que se dirijan a mejorar la vida de las mujeres y en particular su salud reproductiva.
- Identificar temas prioritarios de investigación social y biomédica, que permitan profundizar, ampliar y contrastar los hallazgos de los autodiagnósticos.

¿Cómo se realizan los autodiagnósticos?

Los autodiagnósticos se realizan en cinco sesiones con grupos de 15 a 25 mujeres de la organización de mujeres contrapartes del proyecto ReproSalud. Se emplean, de modo creativo, un conjunto de técnicas cualitativas y participativas, las mismas que se desarrollan en plenarios y en grupos pequeños de mujeres (5 a 6 participantes).

En la primera sesión se busca generar una reflexión sobre la vida de las mujeres de la comunidad, para lo cual se solicita a las mujeres que elaboren, en grupos, la historia de una niña que nace en la comunidad, desde su nacimiento hasta su vejez. Asimismo, se busca identificar sus conceptos de bienestar y salud, para lo que se trabaja en plenaria la pregunta "¿cómo es una mujer feliz?".

La segunda sesión se propone conocer las concepciones y conocimientos de las mujeres sobre los procesos de salud reproductiva (menstruación, embarazo, parto, menopausia). Se les solicita a las mujeres que reflexionen y describan los procesos reproductivos, incluyendo sus experiencias, conocimientos y concepciones sobre anatomía y fisiología. Para que las mujeres reflexionen y expresen gráficamente sus concepciones sobre los procesos fisiológicos de su cuerpo, se realiza un ejercicio que consiste en dibujar los órganos y procesos en un chaleco de papel o una camiseta de algodón.

En la tercera sesión se busca que las mujeres reflexionen sobre sus problemas de salud reproductiva, los identifiquen y seleccionen, de acuerdo al criterio de frecuencia. Con esta finalidad se elabora una lista en base a sus experiencias y luego ésta se completa por medio de una consulta a la comunidad (cada una de las participantes del autodiagnóstico pregunta a varias vecinas y parientes). Finalmente, se reúnen en grupos para profundizar sobre las características y tratamientos de los problemas de salud reproductiva más frecuentes.

En la cuarta sesión, las mujeres, reunidas en grupos, analizan los cinco problemas más frecuentes de acuerdo a su nivel de gravedad. Luego, mediante votación individual, seleccionan cuál de todos ellos consideran como más importante y desean enfrentar con el apoyo de ReproSalud.

En la quinta y última sesión, las mujeres expresan sus experiencias y conocimientos acerca del problema seleccionado y cómo lo enfrentan. Con este fin, las mujeres, reunidas en plenaria, elaboran un árbol, donde el tronco representa el problema, las raíces las causas y los frutos las consecuencias del mismo. Finalmente, se dividen en grupos y elaboran un mapa donde indican las rutas y recursos que utilizan para enfrentar el problema.

En el anexo N° 2 se adjunta la guía elaborada por ReproSalud para el desarrollo de las sesiones del autodiagnóstico.

Posibilidades y limitaciones de los autodiagnósticos

Los autodiagnósticos nos ofrecen información inmensamente rica sobre la vida de las mujeres amazónicas y su salud reproductiva, **ello es producto de un proceso de interacción relativamente largo con ellas y de las posibilidades que ofrece la investigación participativa para que se expresen y decidan sobre los temas que más les interesa.** Han sido el inicio del proceso educativo que lleva a cabo ReproSalud con **las mujeres de las organizaciones de base mediante proyectos comunitarios de salud reproductiva.** Sus resultados han guiado nuestras intervenciones y los contenidos de las guías de capacitación, así como han servido para que las propias mujeres de base y los equipos regionales o nacionales realicen propuestas al Ministerio de Salud y otras instancias relacionadas con la **salud reproductiva** en el ámbito local, regional o nacional.

Los autodiagnósticos nos ofrecen una **versión inicial de un complejo panorama que nos ha permitido identificar algunos patrones comunes en las diferentes áreas geográficas de la sierra del Perú donde éstos se realizaron.** Los testimonios que se incluyen en el texto son aquellos que mejor ilustran las ideas vertidas por **las mujeres de estos ámbitos.** Tienen el mérito de mostrarnos temas fundamentales, pero a la vez **nos alertan sobre múltiples pistas de investigación e interrogantes que aún requieren ser profundizadas.**

Los autodiagnósticos con **mujeres shipibas se realizaron** en su propio idioma, recurriendo para ello a una traductora (previamente fue capacitada para desarrollar esta actividad), pues no fue posible contar con facilitadoras que **dominaran este idioma,** lo que hizo que se perdiera algo de fluidez.

Es importante resaltar que **la selección de los distritos, comunidades y participantes para la realización de los autodiagnósticos, responde fundamentalmente a la estrategia de intervención del proyecto y no necesariamente a una estrategia de investigación,** la que se ha realizado principalmente con el objetivo de **responder a los problemas de salud reproductiva de las mujeres desde su propia perspectiva y a partir de su propio proceso de autoreflexión.**

Características de las mujeres que participaron de los autodiagnósticos

La información que aquí **analizamos corresponde a 490 mujeres participantes de 30 autodiagnósticos realizados en San Martín y Ucayali.** Estas mujeres pertenecen a las organizaciones comunitarias **de base que son contraparte del proyecto ReproSalud.** La selección de las participantes la **realizaron las propias mujeres** de la organización contraparte, de acuerdo a algunos criterios proporcionados por el equipo regional, como: la inclusión de mujeres de diferentes grupos de edad (**se solicita una cuota para cada grupo de edad, pero esto es flexible, de acuerdo al universo de mujeres que forman la OCB**), que no sean mujeres con características socioeconómicas ni educativas **muy diferentes a las del promedio** y que no hayan recibido mayor capacitación en salud reproductiva que otras mujeres. Las participantes de 20 de los 30 autodiagnósticos realizados, **pertenecen a centros poblados urbanos o periurbanos.**

Edad

Las edades de las mujeres participantes de los autodiagnósticos cubren un amplio rango que va de los 15 hasta más de 50 años. Las más jóvenes, aquellas que tenían entre 15 y 20 años,

representaron el 8.4% del total de participantes. El 29.2% tenía entre 21 y 30 años, un 45.7% tenía entre 31 y 45 años y, finalmente, el 16.73% de mujeres tenía 46 años y más.

Nº de mujeres distribuidas por grupos de edad

Departamento	15-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-49	50 y más	Total
Ucayali	30	53	47	58	57	41	20	28	350
San Martín	11	23	20	25	27	22	11	23	165
Total	41	76	67	83	78	63	31	51	490

Número de hijos

Tanto en Ucayali como en San Martín, el grupo más numeroso de participantes de los autodiagnósticos tienen 5 o más hijos: 47% en San Martín y 40% en Ucayali. Cabe señalar que en Ucayali el porcentaje de participantes con más de 5 hijos es mayor entre las mujeres shipibas, tratándose del 44% de ellas.

% de mujeres según número de hijos

	Sin hijos	1 - 2	3 - 4	5 o más	Número de participantes
San Martín	1.9	29.2	21.4	47.4	334
Ucayali	4.7	24.8	29.9	40.4	156

Nivel educativo

Tanto en Ucayali como en San Martín (particularmente en este último departamento) el porcentaje más alto corresponde al grupo de mujeres que tiene algún grado de primaria. En el caso de Ucayali, la proporción de mujeres con algún grado de secundaria es significativo y bastante más alto que en San Martín. De otra parte, el porcentaje de analfabetismo entre las participantes shipibas en Ucayali, asciende al 12%, mientras que las que tienen algún grado de secundaria representan el 30%.

% de mujeres según número de hijos

	% analfabetas	% de mujeres con algún grado de primaria	% de mujeres con algún grado de secundaria	% de mujeres con algún tipo de educación superior	Número de participantes
Ucayali	4.59	48.51	42.62	4.25	334
San Martín	6.61	66.91	25.73	0.73	156

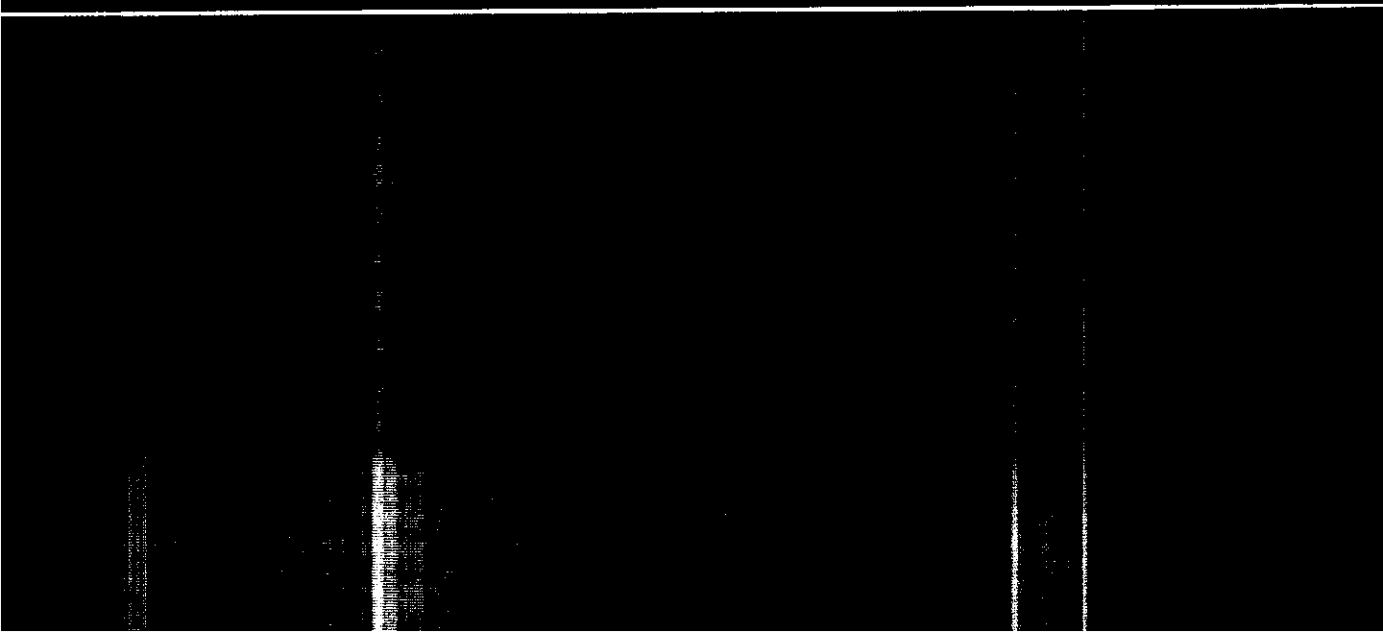
Uso de métodos anticonceptivos

El 68.14% de las participantes del departamento de San Martín usa algún método anticonceptivo. El método más extendido entre las usuarias es la ligadura (28.26%), seguido por la píldora (26.08%).

En el caso de Ucayali el 52.25% de las mujeres participantes usa algún método anticonceptivo. El método más extendido entre las usuarias es la inyección (35.25%), seguido por la píldora (22.30%). La ligadura también muestra un porcentaje considerable (19.42%).



GENERO Y SALUD REPRODUCTIVA EN SAN MARTIN



I. RELACIONES DE GÉNERO

El tema de las relaciones de género es un aspecto que incide fuertemente en la forma en que las mujeres experimentan los procesos y problemas de salud reproductiva. Es un tema que atraviesa prácticamente todos los temas trabajados en los autodiagnósticos, pero se indagó particularmente en el mismo en las dinámicas de la primera sesión (la construcción de historias de vida y al indagar cuando una mujer es feliz). El grueso de información sobre el tema fue obtenido a través de entrevistas en el distrito de Pinto Recodo y también encontramos algunos datos en un estudio complementario realizado por ReproSalud en la localidad de San Miguel del río Mayo.

La información que nos proporcionan los autodiagnósticos y las fuentes complementarias, nos presenta un especie de guión de cómo se construyen y se desarrollan las relaciones de género en la región. Sin la intención de minimizar la diversidad de las relaciones reales entre varones y mujeres, hemos intentado resumir la problemática de género a través de cinco temas: roles y responsabilidades de mujeres y varones, expectativas sobre varones y mujeres, relaciones de pareja, sexualidad y maltrato. Los cinco temas están intrínsecamente relacionados y refuerzan mutuamente los significados, valores y normas que rigen el sistema de género.

Roles y responsabilidades de mujeres y varones

Los roles adjudicados a cada sexo están claramente diferenciados. En el caso de las mujeres estamos, en su mayoría frente a mujeres de centros poblados rurales pobres, las cuales dedican la mayor parte de su tiempo a las labores domésticas (lavar, cocinar, limpiar la casa, atender al esposo y los hijos). Las mujeres, además, participan de las labores de la chacra y se encargan de la cría de animales menores. Las niñas tendrían la obligación de ayudar a sus madres en estas labores, lo que les estaría sirviendo de entrenamiento para el futuro.

Un tipo de trabajo que se mencionó con frecuencia en los autodiagnósticos para las mujeres jóvenes es el de empleadas domésticas. Parece ser una forma extendida que permite migrar a las mujeres del campo a la ciudad.

En lo referente a la educación, se menciona con frecuencia -en las historias de vida construidas en los autodiagnósticos-, que las jóvenes van a la escuela, sin embargo, en muchos casos, abandonan los estudios ya sea por la carencia económica de la familia o por salir embarazadas. Aun cuando existen estos problemas para el acceso a la educación, éste se habría incrementado en las generaciones más jóvenes.

Según las participantes de los autodiagnósticos, la principal actividad de los varones es la chacra. El rol que se les adjudica es el de proveedor de recursos económicos para la familia. En los autodiagnósticos no se encuentran mayores referencias en relación al tema. El estudio de Population Council corrobora esta información y señala, además, que en caso de tener un mayor grado de instrucción realiza trabajos remunerados en el sector público (y lo mismo en el caso de algunas mujeres, quienes no por eso dejarían de responsabilizarse por las labores domésticas).

En el desempeño de los roles y las responsabilidades, encontramos desde el lado de las mujeres una mayor flexibilidad para asumir labores fuera del ámbito que socialmente se le atribuye. No

pocas veces, por ejemplo, asume el rol de proveer a su familia de recursos mientras que en el caso de los varones difícilmente realizan labores del ámbito doméstico.

Mi pareja en la siembra sí ayuda, en la cocina no.

[...]

Algunos no ayudan, hasta sin comer tardan por no hacer. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

Sólo parece ser legítimo que el varón realice actividades del ámbito doméstico cuando la mujer atraviesa problemas de salud y aunque muchos no lo hacen, es una actitud valorada y esperada por las mujeres.

Bueno, según, porque veo en otras mis amigas, que sólo la mujer hace, pero yo hasta el momento no me puedo quejar así, cuando estoy media delicada mi esposo se levanta a cocinar a ver a nuestros hijos. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado rural)

Expectativas sobre varones y mujeres

Al tratar las expectativas de las mujeres respecto a los varones, los atributos o cualidades que se destacaron como más importantes fueron el que sean responsables y sobre todo trabajadores, características indispensables para garantizar que cumplan de manera cabal con su rol de proveedor, considerado el más importante.

Bueno, a mí me gustaría [...] me gustaría tener una pareja, ¿no? un hombre así de chamba, que sea bien trabajador porque yo tengo unos terrenos para trabajar y eso es lo que anhelo yo. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

...ella va, piensa en un hombre que sea más responsable que [el padre de su hijo] para su hogar que le quiera deverazmente, ya sea a ella, a su hijo que sea un hombre hogareño pensador. (Pinto Recodo, Centro poblado urbano)

Cuando las adolescentes salen embarazadas, la preocupación más grande de ellas y de sus padres es la posibilidad de que la pareja no asuma la responsabilidad, la abandone y entonces, queden "engañadas". El nudo problemático por encima de cualquier otra dificultad que pueda causar el embarazo a esta edad es el quedar sin una pareja. En este sentido, cuando son "engañadas" o abandonadas por las parejas, las mujeres generalmente buscan otro "compromiso", se señala que es frecuente que una mujer pase por más de una unión en gran medida por la necesidad de tener quién la provea de recursos a ella y a sus hijos.

Porque se ven solas ¿no? a veces no hay quien trabaje, a veces se quedan con bastante hijos, porque les piden comida todos los días, bueno, la madre no puede, no puede darles de comer así como es, debido del padre y a veces porque mucho problema hay, que la mujer busca otro marido para que le puedan mantener a sus hijos. (Pinto Recodo, Centro poblado rural)

Por otro lado, lo que se espera de la mujer por parte de los varones, según ellas mismas señalan, es que cumplan con el cuidado del hogar y sean fieles. Son los dos aspectos que se destacan con mayor énfasis "que sea de su casa", "que se haga respetar".

...que vea a una mujer que es de buen pensar, para su hijo, que es aseada en su casa, ser fiel en su casa y con su marido. (Pinto Recodo, Centro poblado urbano)

La fidelidad es un aspecto que reclaman enfáticamente los varones de las mujeres. Existe un temor constante en los varones (según señalan las mujeres) en relación con la fidelidad al punto que es una causa bastante mencionada de maltrato.

Por parte de las mujeres, en cambio, existen discursos de tolerancia frente a la posibilidad de que los varones estén con varias mujeres.

A veces eso [la infidelidad] es normal para la mujer, a veces "con tal que le atiendan bien a mis hijos", "con tal que pongan algo económico", o sea "con tal que no falte nada en mi casa", a veces otras tienen cólera, celos, a veces mala vida pasan por eso y otros la reacción que tienen es "yo si le hago no le va a gustar" y así... pero más que todo dicen "con tal que en mi cocina no falte nada", "que sea responsable con los hijos y conmigo". (Pinto Recodo, Lamas, Centro poblado urbano)

La principal exigencia puesta sobre el varón es que provea al hogar de recursos económicos y si esto sucede, la infidelidad puede ser pasada por alto, aunque no exenta de ciertas molestias y conflictos. Además, existe la idea de que el hombre es por naturaleza infiel y esto de alguna manera plantea la situación de infidelidad como inevitable y hasta tolerable.

El hombre por ser hombre es mujeriego, se va sin dar pena a la mujer y el hombre para eso al hombre no le puedes quitar pues aunque él te quiera ¿no?, tú le puedes hacer las mil maravillas a tu marido y cuando él se quiera ir o vea quizás como de la señora Laurita, puede ver mejor que uno ya buscaría otra mejor que uno, como dice aunque te arregles ya no es igual que el estar viendo a la otra. (Agua Blanca, E. Dorado, Centro poblado urbano)

Relaciones de pareja

La relación con la pareja es un aspecto considerado central en la vida de las mujeres. En los autodiagnósticos se da prioridad, junto con el rol de madre, como eje central en la definición que elaboran de una mujer feliz.

*Hay que tener esposo, siempre se necesita que nos quieran.
El esposo es el que nos hace feliz (Tabalosos, Lamas, Centro poblado urbano)*

No importa no saber leer y escribir, pero si vives bien con tu marido, eres feliz. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

De acuerdo con cifras de la ENDES 2000⁶, el 69% de las mujeres entre 15 y 49 años en el departamento de San Martín vive en unión conyugal (el 37.2% formalmente casada y el 31.8% conviviente). La pareja es vista como un complemento necesario por su apoyo en diversos aspectos de la vida:

Necesitamos un hombre que nos ayude a pensar, a trabajar y salir adelante juntos.

Necesitamos al esposo para que ponga respeto. (Dos mujeres, Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)

Sin embargo, aun con la importancia que tiene el formar una pareja, esta no parece ser un núcleo sólido; es frecuente que las mujeres pasen por más de una unión a lo largo de su vida.

Un eje central en la dinámica de vida en pareja es el tema del control por parte del varón hacia la mujer. Esto se expresa en los testimonios de las mujeres participantes de los autodiagnósticos, quienes enfatizan la necesidad de obedecer y darle gusto al marido en diversos aspectos de sus vidas: sexualidad, cumplimiento de tareas y roles, parámetros de conducta, toma de decisiones y expresión de opiniones. Esta situación afecta seriamente la posibilidad de la mujer de intervenir activamente en lo que pasará con su vida y con su familia. Las posibilidades de negociación con el esposo son en general bastante restringidas y uno de los principales mecanismos de control en esta estructura en la que se organiza la vida de pareja es la violencia doméstica, como veremos con mayor detalle más adelante.

La sexualidad

La manera en que las mujeres de la región viven su sexualidad, en los diversos momentos del ciclo vital, está caracterizada por una evidente ausencia de autonomía y posibilidad de decidir sobre sí misma.

El inicio de la vida sexual de la mujer suele darse de manera temprana, en un contexto de desconocimiento, inexperiencia y relaciones de poder inequitativas que la colocan en una posición bastante vulnerable frente a la posibilidad de tener embarazos no deseados o contraer enfermedades de transmisión sexual. Como correlato de esto, encontramos en el departamento de San Martín uno de los índices más altos de embarazos en adolescentes existentes a nivel nacional: 21.1% (ENDES 2000). Estos embarazos en adolescentes van generalmente asociados al abandono por parte de la pareja y en algunos casos a la práctica de abortos inducidos, realizados en condiciones de riesgo para la salud.

Más adelante, una vez que han establecido relaciones de pareja estables, la sexualidad de las mujeres suele ser un campo de decisión en el cual el poder se encuentra en manos de su pareja. Es él quien decidirá sobre su capacidad reproductiva y sobre cuándo tener relaciones sexuales.

⁶Las referencias que hacemos a la ENDES son en algunos casos las correspondientes al año 1996 y en otros casos al año 2000. Esto se debe a que en el momento en que se realizó este texto aún no se encontraban disponibles los datos de la ENDES 2000 desagregados por departamentos.

a) Iniciación sexual temprana

En las diversas fuentes con que contamos, el inicio de la actividad sexual se caracteriza como temprano. Se señalan con frecuencia los 14 ó 15 años como la edad en que ocurrirían los primeros encuentros sexuales (hay testimonios que señalan los 11 y 12 años). De acuerdo con la ENDES 2000, la edad mediana de la primera relación sexual (de las mujeres de 25-49) en el departamento de San Martín, va entre 16.6 a 16.9, mientras que este mismo dato a nivel nacional es de 19 años.

De acuerdo con los autodiagnósticos, el despertar sexual de las mujeres se relaciona con la menstruación. Este proceso fisiológico está cargado de diversas significaciones sociales que lo convierten en un hito importante en la vida de la mujer. Según señalan, la joven, una vez que empieza a menstruar cambia de intereses, se preocupa por relacionarse con personas del sexo opuesto, por arreglarse, ya no juega, se siente una "señorita".

A mí me dio [la menstruación] de once años, desde ahí yo cambié mucho, ya no jugaba como antes, me volví una señorita. (Zapatero, Lamas. Centro Poblado rural)

[una vez que a la muchacha le llega la menstruación] sus actitudes iban cambiando, en las mañanas cuando se levantaba se arreglaba el cabello, trataba de vestirse bonito y se esmeraba en estar siempre limpia; hacía amistades con chicos del barrio. (Tabalosos, Lamas. Centro Poblado urbano)

De acuerdo con los autodiagnósticos, en la etapa de la adolescencia (marcada por el inicio de la menstruación) las jóvenes se "inquietan" se vuelven "turbachas". Con esto se determina a la actitud de salir a buscar la compañía de los chicos en actitud coqueta o tener enamorado y mantener relaciones sexuales.

Es que a veces la adolescencia le agarra muy fuerte, se hacen unas chicas turbaditas y cuando tiene enamorado se entregan pues a su enamorado. (San José de Sisa, El Dorado. Centro Poblado urbano)

Se menciona una actitud activa por parte de las mujeres, en esta etapa, en la búsqueda de pareja. Según señalan, este tipo de actitudes se han ido acentuando en las nuevas generaciones (muchos de los testimonios tienen una carga de censura hacia esta actitud de las adolescentes) que estarían revelando conflictos generacionales en el tratamiento de la sexualidad.

A veces la mujer es la que más le sigue al hombre, se nota eso bastante que las chicas son las que fastidian al hombre. Aunque se les dice, a veces les aconseja uno al contrario todavía nos rechazan "quien eres tú para que me digas eso" dicen a veces. (Pinto Recodo. Centro poblado urbano)

En esta etapa es la madre quien tendría que encargarse de guiar a la adolescente en lo referente a sexualidad. En ese sentido, encontramos que en algunos centros poblados rurales (Zapatero, Poloponta) las madres realizan algunas prácticas (especie de ritos) asociadas con este nuevo status

de la mujer, que están destinadas básicamente a lograr un comportamiento sexual dentro de ciertos límites.

Mencionaron las señoras que al conversar con la madre sobre la aparición de la menstruación, la madre aconseja diciendo por ejemplo: "así es, esa es la salud de la mujer", "tengo que hacerte remedio para que te dure solo tres días", una señora dijo: "también ahí nos hacen remedio para no ser turbacha", una señora contó: "el remedio es recibir vapores de albahaca", "a tu calzón le frotaban con alcanfor para que te quite la fuerza de la adolescencia", "te convidaban albahaca negra y nos ponían en el calzón para que tengas un solo gallo". (Síntesis elaborada por el equipo regional. Zapatero, Lamas. Centro Poblado rural)

Un estudio de Population Council⁷ menciona que los padres también perciben la sexualidad de sus hijas como un aspecto que debe ser supervisado por la madre.

b) Acceso a información sobre sexualidad en las jóvenes

Según manifiestan las mujeres en los autodiagnósticos, las jóvenes reciben muy poca o ninguna información de sus madres respecto a su sexualidad y para cuando les viene la menstruación, por ejemplo, no tienen mayor conocimiento de lo que se trata. Llegado este momento, las madres proceden generalmente a advertirles de los "peligros" de relacionarse con personas del sexo opuesto, pero según dicen no siempre explicitan el fondo del asunto.

"el joven te puede pellizcar y te embarazas", "te puede hacer algo y te quedas preñada". A la pregunta de qué es ese pellizco o ese algo, contestaron: "nunca nos dicen claro qué nos harán los jóvenes". (Síntesis elaborada por el equipo regional. Rurnizapa, Centro Poblado urbano)

Según sugiere un testimonio de San Miguel del Río Mayo, la dificultad de acceso a información en temas de sexualidad se expresa además en dificultades para acercarse a los establecimientos de salud y consultar respecto al uso de métodos anticonceptivos ya que esto sería una manera de delatar sus prácticas sexuales a los padres y la comunidad frente a lo cual habría temor.

Las niñas tienen miedo de que sus padres se enteren de que se cuidan o que van a la posta médica. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

Esto revela una probable actitud punitiva por parte de los padres en relación a la sexualidad de las jóvenes.

No hay comprensión, porque la niña al estar en esta edad de la adolescencia, quiere tener su enamorado, quiere tener esa libertad pero la mamá no le deja, de manera que siguen los problemas entre la mamá y la hija. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

⁷"Hombres como socios en la salud" llevado a cabo en dos localidades mestizas del departamento de San Martín: Shapaja y Chazuta

Las dificultades que tendrían las madres para hablar a las hijas habrían disminuido en las nuevas generaciones, según ellas mismas señalan. Además, los jóvenes ahora tendrían más acceso a información a través de una instancia como es el colegio.

Ahora todos los muchachos ya saben, desde el colegio su profesor les dice. (Rumizapa, Lamas Centro Poblado urbano)

c) La sexualidad mas allá de la adolescencia

Luego de la etapa de la adolescencia, cuando la mujer es adulta y forma una pareja estable vive su sexualidad en un esquema en el que difícilmente tiene el control de lo que pasa con su cuerpo y su capacidad reproductiva, existen dificultades para negociar estos aspectos con el varón. Esta situación desventajosa se relaciona claramente con el sistema de género y la forma en que está distribuido el poder para la toma de decisiones al interior de la pareja, en la cual el varón tiene todas las prerrogativas. Sumada a esta posición desventajosa por ser mujer, se da muchas veces una situación aún más desventajosa por haber sido 'engañada' o madre soltera. Este es un aspecto señalado con frecuencia como causa de recriminaciones por parte de la pareja.

Según señalan los testimonios de la mayoría de mujeres en los autodiagnósticos, se percibe que la mujer tiene la obligación de mantener relaciones sexuales con su pareja cuando éste lo desee. Aun cuando ella no lo desea o cuando por motivos de salud le es perjudicial hacerlo.

Otro aspecto que caracteriza la vida sexual de la pareja es que la mujer se esfuerza en desarrollar una pericia sexual elevada, esto es algo que muchas mujeres señalan (a diferencia de la región andina). Sin embargo, esta preocupación en el desarrollo de sus capacidades sexuales parece estar en función de la satisfacción de la pareja antes que en beneficio de ella misma y de su propio placer. Este aspecto se señala como un mecanismo para 'retener' a la pareja y que no se vaya con otra.

"Mala vida" / maltrato

Las mujeres de la región llaman "mala vida" a la situación de constante conflicto con la pareja y los hijos, pero principalmente con la primera. La describen como una circunstancia en la que son frecuentes las discusiones y el maltrato tanto físico como emocional y psicológico (es un problema bastante presente y las mujeres lo denuncian en la mayoría de autodiagnósticos). Las expresiones de maltrato físico que se manifiestan son bastante graves.

"Hay hombres que golpean brutalmente con palos o con sogas, si se podría decir ¿no?, y yo, por ejemplo, he visto un caso de mi cuñado que a su esposa le daba así, por simple nomás se enfadaba y le daba con la manguera, o le daba con la soga de caballo; bien brutalmente le golpeaba...". (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado rural)

Las causas del problema que identifican las mujeres tienen que ver fundamentalmente con situaciones en que la mujer no cumple con las obligaciones que tendría para con su hogar, su cónyuge y/o sus hijos (esto último en menor medida). El maltrato aparece como un mecanismo de control de la vida de las mujeres a través del cual los varones reforzarían su autoridad y el esquema

de dominación en el que la dinámica de pareja se desarrolla. Un aspecto frecuentemente mencionado es el incumplimiento de las labores domésticas

Ellos se enojan ¿no? a veces cuando no encuentran la casa que está arreglada, que está en desorden, o a veces no encuentran la comida hecha, por eso a veces hay problemas, se discuten ¿no? con el esposo. O a veces él dice: "no, seguro por estar con la vecina, por estar chismeando, no haces la comida, no has lavado ¿no?" y por eso se discuten con el esposo. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado rural)

Otro aspecto que es importante controlar para los varones es la sexualidad de las mujeres. Las relaciones sexuales están consideradas dentro de los deberes y obligaciones de las mujeres. De acuerdo con múltiples testimonios, muchos varones llegan a utilizar la violencia física para forzar a sus parejas a mantener relaciones sexuales en caso de que se nieguen. Aun cuando la negativa se dé por estar ellas enfermas e indispuestas.

Cuando estamos enfermas de descensos no queremos estar con nuestro esposo, ahí nos pega. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

Una negativa a mantener relaciones sexuales se asocia generalmente con infidelidad, éste es un temor constante y motivo muy frecuente de violencia física contra la mujer. El temor frente a la infidelidad parece ser un sentimiento bastante exacerbado, al punto de que otra causa de maltrato, además de la infidelidad de la propia pareja, sea el hecho de que familiares de ésta, vecinas u otras mujeres cercanas a su entorno, hayan sido infieles con sus propias parejas. El castigo por adelantado sería una forma de prevenir que esto suceda.

Porque mi cuñada le sacaba la vuelta a mi cuñado, por eso señora yo sufría bastante y por eso señora a mí me pegaba mi esposo. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado rural)

El involucramiento de las mujeres con otros varones es una situación difícilmente perdonada por sus parejas y si finalmente las perdonan o pasan por alto este tipo de circunstancia luego se genera una situación de constante desconfianza y posibles represalias.

Otro aspecto que el varón intenta controlar es la vida social de su pareja; en el estudio complementario se menciona que es él quien tiene que dar el "visto bueno" para que la mujer salga a reuniones con sus amigas, lo cual está estrechamente relacionado con el mencionado temor frente a posibles infidelidades.

No, no le gustaba, me decía que no debo estar conversando nada con nadie porque de repente me pueden estar diciendo que me vaya a meterme con otra persona. (Pinto Recoco, Lamas. Centro Poblado rural)

La capacidad de movilidad de las mujeres y de expansión de sus redes sociales, se ven bastante restringidas con este tipo de actitud.

El hecho de que el varón tenga otra mujer también se menciona como causa de maltrato.

Después los hombres tenían mujeres en la calle por ahí es lo que nos odiaba a uno.

Volviendo de onde la otra mujer, ya nos pegaban ya. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado urbano)

Otro tipo de situación que desencadena maltrato es cuando los varones ingieren alcohol, esta situación parece ser muy extendida y en estos casos se manifiesta que generalmente los varones golpean sin motivos aparentes.

Sí, se dan casos todavía aquí, hay hombres cuando se marean [...] a veces en la casa siempre les golpean, siempre se da ese caso acá. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

El maltrato en general es vivido por las mujeres como una situación injusta; sin embargo, se encuentran casos en que es justificado por ellas mismas, generalmente cuando no cumplen con sus funciones y no son "obedientes" con sus maridos. Parece ser algo con lo que muchas se han acostumbrado a convivir

Nos pegan con razón por no ser obedientes.

Nos pegan pero también se vive bien. (Dos mujeres, Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

La actitud que toman muchas mujeres frente al maltrato suele ser bastante pasiva. Señalan que es algo que tendrían que soportar, que es mejor quedarse calladas y en general no responder para no propiciar mayor conflicto. Actitud que asumen aun cuando piensan que no es lo más justo.

-¿Qué hacen las mujeres frente a los esposos pegalones?

Nada. Qué vas a hacer pues señorita, no se los demandaban, callado se quedaba la esposa como nada, callado se quedaba, no les demandaba. (San José de Sisa, El Dorado, Centro poblado urbano)

...el hombre ya dice que cuando la mujer le contesta le da mas colera... hay que oír calladas porque más se enoja el hombre; pero en realidad no debe ser así uno también hay que defenderse como mujer ¿no? (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

Según sugieren algunos testimonios, el acceso a información en relación con los derechos de las mujeres y la presencia de ciertas instituciones podría estar propiciando cierto nivel de cambio de esta situación.

Ahora, como dicen, la mujer, con el tiempo se está dando cuenta, y los hombres también tienen que respetar a eso, tienen que respetar que la mujer es por ahora de otra clase, no es como antes. Antes, dicen los viejos, les pegaban brutalmente y las mujeres no tenían defensa, ya ahora

hay algo, como dicen, el "Prodemu" de las mujeres, a eso también los hombres tienen miedo. Cuando por ejemplo aquí hay un señor que siempre hasta en la calle le golpeaba a su mujercita y ella se ha ido a "Prodemu" y ella, pues, le denunció ahí y por eso el esposo se ha arreglado, se ha moderado de lo que era; por eso, ya viendo eso, los demás hombres tienen miedo; porque dicen ya que la mujer ya tiene defensa; no hay que golpearla ya como antes, como era, les golpeaban pues, ahora ya no es así. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano).

II. LOS SISTEMAS DE SALUD Y CONCEPTO DE BIENESTAR

Como ya ha sido señalado, la región amazónica es una zona de vasta riqueza natural y cultural en la que se han desarrollado tradiciones médicas locales diversas. Se trata de un profuso campo de conocimiento que la población indígena, fundamentalmente, ha generado a través de una experiencia empírica milenaria y que tanto ellos como también otros sectores de la población mantienen vigente en buena medida. De acuerdo a lo observado en San Martín, las prácticas y concepciones de los sistemas médicos tradicionales conviven con aquellas del sistema médico oficial, el cual también tiene una presencia importante en la zona. Esta convivencia se caracteriza por ser bastante fluida. Al parecer, habría una considerable apertura hacia las prácticas biomédicas.

Un rasgo central y muy importante de las prácticas curativas en San Martín y en la Amazonía en general, es el énfasis puesto en ciertas acciones sobre el cuerpo que restauran la salud, tales como limpiezas corporales y simbólicas (purgas, lavados, baños de vapor y humo, provocación de vómitos, dietas, prohibiciones de conducta e ingestión de alucinógenos naturales). Todas estas técnicas parecen estar dirigidas a la expulsión de la enfermedad fuera del cuerpo. La mayor parte de estas prácticas alteran el estado en el cual se encuentra el organismo del paciente -algunos métodos tienen efectos colaterales violentos- para posteriormente restaurar el estado de salud del mismo.

Proponemos, a manera de hipótesis, que tal vez este aspecto del sistema de salud amazónico, es decir, el concepto de que la curación se logra a través de la aplicación de tecnologías y sustancias que intervienen sobre el cuerpo -alteran el estado natural, tienen efectos colaterales y, finalmente, resultan en una mejora de la salud- explica por qué la medicina occidental tiene una aceptación relativamente mayor en la Amazonía que en el mundo andino. El sistema tradicional andino se basa en el concepto de salud como un equilibrio interno del cuerpo, que es frágil y vulnerable, y debe ser protegido de influencias externas que puedan alterar su equilibrio. Esta manera de entender la salud es evidentemente más reservada frente a la ingestión de sustancias no conocidas y de intervenciones invasivas, y tiende a interpretar los efectos colaterales como un resultado negativo, es decir, como la alteración de un estado de salud y no como en la selva, donde los efectos colaterales serían considerados un estado necesario como parte del proceso curativo.

Las comunidades con las cuales ha trabajado el proyecto ReproSalud en San Martín son en su mayoría mestizas. Allí encontramos una creciente convivencia entre concepciones y prácticas de sistemas médicos locales como las antes descritas y las del sistema oficial de salud, conjunción en

³Se refieren a la ONG: Promoción y desarrollo de la mujer de Tarapoto.

la que si bien existe una jerarquía de poder, por la cual el sistema oficial se sitúa por encima del tradicional, a la vez la vigencia de este último se mantiene por formar parte de una cosmovisión general propia de la cultura en que desarrollan sus vidas diarias, y además, por aspectos prácticos como la accesibilidad económica y geográfica. Algunos datos parecen indicar que en esta convivencia, en la que, como ya señalamos, existe una jerarquía de poder, la asimilación de nuevas prácticas (de la medicina moderna) no necesariamente responde a una comprensión y manejo de la lógica de la que forman parte. Por ejemplo, en la Amazonia existe un considerable nivel de información y uso de métodos anticonceptivos modernos y planificación familiar. Sin embargo, parece tratarse al mismo tiempo de un proceso de incorporación de conocimientos aún incompleto (las explicaciones fisiológicas de los procesos reproductivos en los autodiagnósticos son sumamente pobres y confusos en muchos casos, lo mismo que las explicaciones de cómo funcionan los métodos anticonceptivos modernos en el cuerpo). Así, por ejemplo, si bien los métodos ofrecidos responden a cierta demanda, no están plenamente incorporados en un sistema de conocimientos, ni propio, ni nuevo, y esto tiene consecuencias para un uso óptimo de estos métodos, para la autonomía en la toma de decisiones respecto al uso de métodos y para el reconocimiento de efectos colaterales que pueden representar un riesgo para la salud. Por lo tanto, es muy importante que los proveedores presten servicios que se basen en el manejo de conocimiento y lógica de la población en cuestión y que las consultas sean personalizadas y respeten las necesidades y concepciones de cada mujer y pareja.

Nociones de bienestar y salud

Las participantes de los autodiagnósticos exteriorizan sus ideas sobre bienestar en una dinámica de lluvia de ideas que se genera a partir de la pregunta: ¿cuándo una mujer es feliz? Sus testimonios hacen alusión a diversos aspectos, pero aquellos sobre los que más se insiste son: la necesidad de conformar una familia, tener pareja e hijos y sobre todo, el lograr una convivencia armónica con ellos.

Para ser feliz, debemos tener nuestro esposo, ser parejas para ser feliz y tener nuestros hijos, y donde hay comprensión con nuestros hijos se vive feliz. (San Jose de Sisa, El Dorado. Centro poblado urbano)

Otro aspecto también muy importante que mencionaron las participantes fue el estar sanas. Para ellas, esto se asocia a la ausencia de enfermedades y dolencias, a estar bien alimentadas, 'gordas', con energía y fuerza para trabajar.

*Tiene que estar sana del cuerpo.
Nosotras que tenemos hijos, sanas del vientre.
Sanas que se puede trabajar.
Sanas con ánimo, con valor, comiendo, tomando.* (Varias mujeres.
Chazuta, San Martin. Centro poblado urbano)

[una mujer feliz es] gorda, hermosa. Sana de salud, que no tiene dolores.
(Zapatero, Lamas. Centro poblado urbano)

[eres sana cuando] *comes tranquila, tomas tranquilo, duermes tranquilo en tu cama. No te duele nada pues el cuerpo, estás tranquila.* (Agua Blanca, El Dorado. Centro poblado urbano.)

En una localidad señalan la importancia de estar "sanas de espíritu" lo cual se define como tener buenas relaciones con su entorno social.

- ¿Cómo sería estar sana del espíritu?

No preocuparse de los vecinos, de las personas, no estar hablando de ellas.

- Ya, eso es estar sana del espíritu, ¿qué más?

Estar en paz

- Estar en paz qué significa. ¿Cómo entendemos esto?

Estar en paz quiere decir que... debe ser... no tener pleitos... Sí, no tener pleitos, y no tener algunas cosas más o menos del machismo, no tener peleas o guerras, no tener maltratos, insultos, calumnias. (Agua Blanca, el Dorado. Centro poblado urbano)

También se menciona la necesidad de contar con los recursos materiales para estar bien y ser felices, pero este factor, lo mismo que la educación -aunque de gran importancia para muchas de ellas-no se es prioridad tanto como la salud y las relaciones familiares.

Aunque no tengas plata, si se es sana, estimada por el esposo y los hijos, se es feliz. (Chazuta, San Martín. Centro poblado urbano)

III. PROCESOS REPRODUCTIVOS, MALESTARES Y COMPLICACIONES ASOCIADAS

MENSTRUACIÓN

Características de la sangre de la menstruación

La sangre de la menstruación es caracterizada en la mayor parte de testimonios como sangre mala:

Es cochinada y a veces sale con trocitos. (Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)

Mala, porque es una cosa que ahí se le tiene guardado durante el mes que viene a salir, por eso digo que es mala. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado rural)

Existe además una concepción que adjudica a la sangre de la menstruación propiedades contaminantes de manera que cuando la mujer se encuentra en este proceso reproductivo debe mantenerse aislada de ciertas actividades y personas para evitar la contaminación de los mismos.

Se le prohíbe ir a la chacra porque podría secar los frutos.

Algunas mujeres, estando con la regla, son venenosas cuando tocan o cogen algún fruto, la planta se seca.

Muchas mujeres cuando están con su regla no se van a la chacra para no secar sus plantaciones. (Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)

Se le prohíbe tener relaciones sexuales porque podría causarle efectos perjudiciales al varón.

Al hombre cazador le hace daño la relación sexual cuando se está con la regla, ya no cace a ñuje.

El hombre no quiere porque le vuelve haragán. (Zapatero, Lamas. Centro poblado rural)

También se señaló que se considera peligroso que tengan contacto con los recién nacidos.

No podemos tocar a los recién nacidos porque les hacemos daño. (Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)

Sin embargo, no todas las mujeres aceptan este tipo de concepciones.

No sucede nada señorita, porque yo no soy así, no soy venenosa, cualquiera cosa puedo hacer.

Yo hago de todo, no soy venenosa.

Yo también hago cualquier cosa. (Tres mujeres, San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado rural)

Una concepción bastante persistente en relación a la menstruación es la posibilidad de suspensión, la cual, dado el carácter nocivo y contaminante de la sangre menstrual, se considera muy perjudicial para la salud de la mujer. Según manifiestan, la sangre que se suspende sube a la cabeza ocasionando dolores, cambio en el carácter, palidez y males como la anemia, inclusive se señala la posibilidad de muerte.

Cuando da la suspensión, la sangre va a la cabeza. (Sauce, San Martín. Centro poblado urbano)

Si no se elimina la sangre se tiene dolor de cabeza y una se vuelve rabiosa. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

Las causas que se le atribuyen a la suspensión son el consumo de helados, alimentos ácidos como los cítricos, y también el contacto con el agua (bañarse o lavar).

No nos dejan comer ácidos y helados porque la sangre puede subir a la cabeza, que eso es malo y nos puede matar.

[...]

Nos prohíben bañar porque se puede cortar la sangre. (Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)

¿Qué pasa con el cuerpo de la mujer durante la menstruación?

La bajada del flujo menstrual se explica por la apertura de algo al interior de la mujer. Este algo es generalmente el ovario pero también se menciona con frecuencia el útero y en menor medida la vejiga.

La menstruación nos da cuando se abre el ovario y ahí sale la sangre. (Sauce, San Martín. Centro poblado urbano)

En nuestra vejiga hay como una rosa que se abre y revienta y de ahí sale la sangre. (Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)

El ovario va abriéndose como una rosa cuando corrige (baja) la regla y cuando nos deja, el ovario vuelve a cerrarse. (Zapatero, Lamas. Centro poblado urbano)

En algunas localidades señalaron que se trataba de sangre que venía de todo el cuerpo se juntaba en el útero, para de ahí bajar.

Pienso así ¿no?, de todo el cuerpo viene al útero a juntarse en una porción de sangre y cuando ya llega el mes que se viene a enfermarse, ya viene derramando gota por gota la sangre. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado urbano)

Basándose en la concepción de que cuando está bajando la menstruación el interior de la mujer (ovario/útero) se abre, algunas afirman que habrían mayores posibilidades de que la mujer quede embarazada.

Cuando uno está menstruando, el cuello del útero siempre se encuentra abierto y hay mayor facilidad de encontrarse embarazada una. Supongo que porque sale del útero pues la regla. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado urbano)

En otros casos se señala que es inmediatamente después de la menstruación que el útero está abierto y además débil, condiciones que facilitarían que la mujer quede embarazada.

Cuando el útero se encuentra recién que nos enfermamos, se está débil el útero y nos quedamos embarazadas, cuando pasamos uso sexual con el esposo. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado rural)

En relación a esta idea de la posibilidad de embarazo durante la menstruación, existe un imaginario que habla de la posibilidad de que las mujeres queden embarazadas de seres míticos como el arco, el sapo, cuando están menstruando.

[cuando estamos mestruando] no nos vamos a la chacra porque nos puede empreñar el sapo, la culebra, el bufeo, todo de esas cosas.

Sí, sucede porque antes a una chica así le ha pasado. (Agua Blanca, El Dorado. Centro poblado urbano)

En general, la menstruación es vista como un proceso reproductivo en el que el cuerpo de la mujer se encuentra débil y vulnerable, por lo cual no es recomendable que se hagan esfuerzos físicos fuertes, incluidas las relaciones sexuales. En caso de hacerlo esto le podría ocasionar prolapsos e inflamaciones.

[Si hacen esfuerzo físico] les puede bajar el útero y tener quebradura. (Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)

[Pueden dar] inflamaciones, hasta a uno también porque nuestro útero está en ese momento [de la menstruación] débil, si está débil nuestro útero, nos puede dar inflamaciones...

Útero enfermo, o sea es como tener un bebé.

Está delicado el útero, no puedes hacer relaciones. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado urbano)

En algunos lugares se recomienda evitar el consumo de carne de res durante la menstruación. Este animal se considera de mucha sangre por lo que se asocia analógicamente a la posibilidad de que baje sangre en exceso en este periodo.

A veces también nos dicen, que cuando se está con la regla no se come la carne de la res, porque te viene cantidad de sangre. (Shatoja, El Dorado. Centro poblado urbano)

EMBARAZO

Cómo se produce el embarazo

La posibilidad de tener un(a) hijo(a) se asocia de manera clara con la menstruación. Es a partir de la primera menstruación que una mujer se considera apta para o 'en pelgro de' quedar embarazada.

Ya es una mujer competente y corre peligro de embarazo. (Sauce, San Martín. Centro poblado urbano)

El proceso de la concepción o inicio del embarazo se explica a través de la relación sexual y la conjunción de fluidos u otros elementos (*yumay*, *microbios*, *leche*) del varón y la mujer. Sin embargo, aun cuando se considera que es necesario el aporte de ambos para concebir un nuevo ser, la mayoría de explicaciones que se formulan tienden a dar un mayor peso al aporte del varón; el semen y el espermatozoide son los fluidos identificados con mayor claridad y frecuencia.

Se produce del semen del hombre, por el uso sexual, por eso vienen los hijos. (Zapatero, Lamas. Centro poblado urbano)

[el bebé se forma] *con el espermatozoide del hombre, como acá nosotros le llamamos hablando así, el semen, así hablamos difícil el esperma sino semen del hombre, así hablamos nosotros, o sino su leche también decimos* [ríe la señora]. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

Sobre el aporte de la mujer no se tiene una idea clara, se sabe que hay algo en la mujer que interviene en el proceso pero en muy pocas ocasiones se identifica.

...nosotras no tenemos semen [...] pero algo debemos tener, aunque no sabemos su nombre sino cómo sale nuestra fisonomía en nuestros hijos. (Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)

No, en realidad sobre ese punto no, no tenemos la idea, porque nadie no ha dicho, nadie ha inculcado esas ideas, cómo se puede llamar de la mujer. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

Al referirse a la parte del cuerpo en que esta unión se realiza, surgieron versiones diversas, se señaló *la madre* (útero), el vientre, la barriga, el ovario.

Se forma en la barriga con el semen del hombre. (Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)

En la [...] matriz de la mujer.

En el ovario también me parece que es [...] ahí es donde que el niño va desarrollando, haciéndose un coágulo de sangre. (Agua Blanca, El Dorado. Centro poblado urbano)

Sexo del bebé y cambios en el cuerpo de la mujer

Algunos cambios en el cuerpo de la mujer y algunas características de las molestias que sienten se relacionan en diversos testimonios con el sexo del bebé. Salvo aquella referida a la forma de la barriga, no se trata de asociaciones que cumplan con un patrón regular pero lo que sí es estable y recurrente es la necesidad de explicar molestias y los cambios en la forma del cuerpo de la mujer a través de categorías de género.

Cuando es mujer, las nalgas se anchan, están gordas y cuando es varón, tiene caderas secas. (Zapatero, Lamas. Centro poblado urbano)

Si, si, si, duele cuando es varón, duele la vejiga y la cintura. Cuando es mujer solamente duele la vejiga. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado rural)

Se manifiesta que cuando va a ser varón el feto está formado desde muy pequeño.

Varón cuando va a ser señora desde dos meses, ese tamañito pero bien formadito ya, todo completo de hombrecito, ya piquito, todo tiene. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado rural)

Mientras que de la mujer se dice que se mantiene como "una bola de carne" y probablemente en relación con esta idea es que se señala que al bebé varón se le siente y se mueve desde meses más tempranos.

Cuando es varón se mueve de dos meses, cuando es mujercita, se mueve de cuatro meses. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado urbano)

Cuidados a seguir durante el embarazo

Una gran cantidad de testimonios de los autodiagnósticos sugieren la presencia de cuidados particulares asociados al proceso de embarazo. Se encuentran referencias sobre el control en establecimientos de salud y también sobre cuidados de tipo casero. El estudio complementario a los autodiagnósticos que realizó Alejandro Diez, por encargo de ReproSalud, afirma para el caso de San Miguel del Río Mayo que: *la mayor parte de las mujeres se hacen controlar de alguna manera durante su embarazo, sea en la posta, donde un especialista tradicional o en su propia casa, con un familiar (por lo general la madre). (Diez, 1998)*

Los cuidados que las mujeres mencionaron y sus respectivos objetivos son los que se observan en el siguiente cuadro:

Cuidado	Objetivo
Control Prenatal	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar la buena salud de la madre y del niño • Prevenir problemas en el parto • Tener disponibilidad del servicio en el parto en el caso de que se presentaran complicaciones
Frotaciones / Sobadas	<ul style="list-style-type: none"> • Regresar al bebé a su sitio • Calmar dolores • Prevenir complicaciones en el parto
Ingesta y lavados de infusiones de vegetales	<ul style="list-style-type: none"> • Calmar dolores, comezones, gases
Disminución de esfuerzos físicos grandes	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar caídas o golpes que puedan devenir en hemorragias o aborto
Evitar el frío	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de dificultades en el momento del parto
Evitar el contacto con ciertos animales	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de posible daño a la criatura

Control prenatal en los servicios de salud

El control del embarazo en establecimientos de salud es percibido por una gran proporción de mujeres participantes de los autodiagnósticos como importante y necesario.

Es muy necesario el control prenatal porque de esa manera los doctores que te controlan dicen si el bebé está en buenas condiciones, esta bien acomodadito, el bebé respira bien; y todo eso nos dice el médico ¿no?, eso es una cosa muy importante para la mamá el control prenatal. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

Cuando se está embarazada nos dieron el control del embarazo en la Posta 2 de Mayo, mensual para que nuestro niño sea sano y bueno. (Sauce, San Martín. Centro poblado urbano)

Esta situación sería producto de un cambio cuya tendencia, según señalan las mujeres, es a que cada vez se utilice más el servicio de salud para el control del embarazo.

Antes, brutalmente se tenían nuestros hijos.

Antes, no nos controlábamos porque no había costumbre.

Ahora pensamos que nuestras hijas deben controlarse.

Hasta las indias ya se controlan. (Varias mujeres, Zapatero, Lamas. Centro poblado rural)

Sin embargo, los motivos por los cuales se considera necesario este control no se refieren únicamente a la posibilidad de prevenir problemas en el embarazo y parto y en general controlar el buen estado de salud de la madre y el bebé. Este objetivo es señalado pero además se hace referencia a la motivación de estar en condiciones de ser aceptadas en el establecimiento de salud en caso de presentarse complicaciones en el parto.

Según afirman, un requerimiento para que las mujeres sean aceptadas en los establecimientos de salud en el momento del parto es que hayan pasado por el control prenatal. Si bien el uso de los establecimientos de salud en el parto no está muy extendido, sí se les considera como un recurso de reserva importante para casos de emergencia y por esta circunstancia muchas mujeres acuden al control.

Otra motivación que se menciona para acudir al control pre-natal es el poder obtener de manera gratuita la papeleta para registrar a sus niños.

... o sea que ahorita la mayoría se va al centro de salud porque ya las papeletas no son, ya no son pagadas sí... si sigues acudiendo a tu control ya no te cobran, sólo te cobran de la cama, ¿no?... de eso nomás, ya no te cobran de la papeleta. (Pinto Recodo, Centro poblado rural)

Por otro lado, cuando se trató el tema del control, si bien la mayoría de testimonios afirmó que había una considerable asistencia y que esto era lo más deseable, no dejaron de expresarse algunas dificultades de acceso.

Dificultades para acceder al control prenatal

Las riñen cuando tienen muchos hijos	<i>Pero a veces, cuando ahora, por decir, se van algunas mamás que ya tienen los cinco hijos, seis hijos, siete hijos, si les riñen dice por no cuidarse. Así me han contado una señora. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado urbano)</i>
Desconfianza en los diagnósticos de los médicos	<i>aunque muchas veces los doctores también son mentirosos nos engañan, [...] el doctor me dijo 'hija, la bebé está bien mal, tienes que venir a dar a luz a Tarapoto', me dijo, 'la bebé está atravesada y debes venir a atenderte aquí en mi clínica', entonces me fui a una partera y la viejita me dice 'no, hija, tu bebé está bien derecha y vas a tener un parto normal', 'no creo en los doctores porque a veces nos engañan para que les demos plata', me dijo la viejita, y yo me he tranquilizado cuando me dijo así, y he tenido a mi hija en casa, bien derecho mi bebé, a veces los doctores te engañan, por eso no tengo fe en los doctores. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)</i>
Acceso geográfico	<i>... queda lejos de mi chacra, de aquí es a 5 horas y cuando se está ya gorda, para estar yendo y viniendo, no quería venir a mi control, solamente recién cuando he tenido mi bebé, recién a sacar la partida venía al hospital. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado rural)</i>

Los problemas que pueden surgir en el embarazo

Problema	Causa	Tratamiento
Bebé atravesado		· Frotaciones / Sobadas
Hemorragia o amenaza de aborto	· Golpes o caídas · Exceso de trabajo (o de esfuerzo físico en general)	
Descensos	· Relacionados a infecciones y también a la mala posición del bebé (en los casos en que se elaboraron explicaciones)	
Hinchazones	· Anemia	· Inyecciones
Dolores de cintura		· Piñon colorado · Albahaca con Antaigina
Anemia	· Mala alimentación (falta de vitaminas) · Falta de recursos económicos	· Tomar vitaminas que se consiguen en el servicio de salud y buena alimentación

Un factor que en general se asocia a problemas en el embarazo es la edad y el hecho de haber pasado por muchos embarazos, las mujeres que son mayores y ya han tenido muchos hijos se consideran proclives a sufrir complicaciones en este proceso.

Ya cuando estamos de edad avanzada ya, ... ese embarazo te choca ya, cuando estás de más edad ya, ... se ve a varias mujeres que tienen de cinco, de seis sus hijos, se embarazan y ya viven ya enfermas... bien delicado de salud, arrojando, no le gusta nada, les duele la cabeza, eso es ya pues, cuando no nos queda, el embarazo. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado rural. Tomado del Estudio "Salvarse o no salvarse")

PARTO

La gran mayoría de mujeres participantes de los autodiagnósticos ya había pasado por un proceso de parto, de manera que las descripciones y reflexiones realizadas estuvieron muy marcadas por las experiencias de cada una y en esa medida se encuentra una gran variedad de información que a la vez que enriquece el panorama, nos enfrenta con dificultades para trazar líneas estables en la descripción y análisis.

El proceso de parto

a) Parto en casa: la alternativa más frecuente

De acuerdo con lo manifestado en los autodiagnósticos, la mayoría de partos se realiza en casa de las mujeres, también se dan casos de atención en servicios de salud, pero es menos frecuente y generalmente ocurre cuando se presenta alguna complicación. Según las cifras de la ENDES 2000, el 45.8% de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años en San Martín tuvo lugar en un establecimiento de salud, mientras que el 51.7% tuvo lugar en la casa de la mujer. Las cifras varían de manera bastante significativa al considerar el área de residencia y el nivel educativo de las mujeres, por lo que la cifra de atención de partos en establecimientos serían menores en estos grupos poblacionales. En tanto no contamos con cifras actuales desagregadas por área de residencia a nivel departamental, mencionamos de modo referencial los datos de la ENDES 96, según la cual, en el área urbana el 64% de nacimientos en los últimos cinco años ocurrieron en servicios de salud mientras que el 33.5% en la casa. Por su parte, en el área rural estas cifras son: 19% y 79%, respectivamente.

El tipo de asistencia más frecuente en el departamento, de acuerdo con esta misma encuesta (2000), corresponde a profesionales de salud (48.4%) situándose en segundo lugar la partera (40.7%). Tendencia global que cambia también con el área de residencia. Acudiendo nuevamente a datos de la ENDES 96, encontramos que en el área rural el 67% de partos fueron atendidos por comadronas o parteras mientras el 26% lo fueron por profesionales de la salud.

Tal como señalan testimonios de las mujeres y sugieren las cifras, los partos en casa eventualmente son atendidos por proveedores de los servicios salud, pero no se trata de una opción frecuente. De acuerdo con datos de la ENDES 2000, del 48.4% de nacimientos que fueron atendidos por profesionales de salud, el 45.8% ocurrieron en establecimientos de salud, por lo tanto, debemos suponer que el 2.6% restante son los partos atendidos en casa u otro lugar por profesionales de salud, lo cual no es una proporción muy significativa.

Teniendo como referencia los datos antes presentados, podemos concluir que la forma más frecuente de dar a luz en los poblados rurales del departamento es en la casa de la mujer y con la asistencia de una partera o comadrona. Es de este tipo de parto del que nos ocuparemos a continuación.

■ Desarrollo del parto en casa

Las mujeres se dan cuenta de que ya es la hora del parto una vez que empiezan a sentir dolores y en algunos casos se señalan ciertos fluidos (*descensos, flemas y sangre*). Una vez que la mujer

se da cuenta que ya llegó el momento del parto, generalmente avisa al esposo o un familiar cercano, quien a su vez llama a la partera para que acuda a atenderla.

De acuerdo con el estudio que se realizó de manera complementaria a los autodiagnósticos, el momento mismo del parto se desarrolla de la siguiente manera: ' Durante el parto, primero se pulsea para ver a qué hora será. Se verifica la posición y se acomoda, de ser necesario. Se prepara el material: pañal, bombilla, guantes, mandil, Guillette. Se le dan calentitos a la mujer (y huevo crudo para que la placenta no demore). El parto puede ser echada o arrodillada; el esposo, cuando está, tapa la boca y nariz, sujeta la cabeza de la mujer. La partera recibe al bebé. Tras el parto, la comadre entra y corta el ombligo. Se lava a la paciente (con agua hervida con vegetales) y le cambia la ropa; se lava al bebé con jabón. Dan de comer doble comida a la mujer. Le ponen inyección contra infección (mandan a poner inyección contra el tétano)'. (Diez, 1998. P. 88)

■ Personas presentes en el momento del parto

Las personas que generalmente están presentes acompañando a la mujer son la partera, el esposo, la madre de la mujer y a veces otros familiares:

*Siempre está con nosotras, además de la partera, la mamá y el esposo.
A veces también está la suegra o alguna tía.
La partera no quiere más gente a su lado en esa hora. (Varias mujeres,
Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)*

Aunque se encuentran testimonios de mujeres que señalan preferir parir solas, esto es infrecuente y en la mayoría de casos se considera muy importante contar con redes de apoyo en este proceso. El vivir una complicación estando sola es considerado riesgoso, podría ocasionar gran sufrimiento e incluso la muerte de la mujer.

A veces el esposo te deja en la chacra, sabiendo que estás embarazada. A la madrugada, ahí te puede dar el dolor del hijo y no sabes ni a quién le vas a decir, a pedir apoyo, a que te auxilia, a que te acompañe. Hay una señora que ha muerto así solita, le dejaba su marido a montear. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado urbano)

Funciones de las personas presentes en el momento del parto

Persona	Funciones
Esposo	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar decisiones • Buscar al especialista que se hará cargo del parto • Colaborar activamente en la solución de eventuales problemas • Sostener a la mujer, ayudarla a hacer fuerza • Apoyar emocionalmente
Partera	<ul style="list-style-type: none"> • Dar indicaciones a la mujer respecto a lo que debe hacer • Recibir al bebé y atenderlo • Sacar la placenta
Madre de la parturienta	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la partera (en algunos casos cumple sus funciones) • Dar apoyo emocional a la mujer

■ Prácticas culturales asociadas al parto

Posición para dar a luz	<ul style="list-style-type: none"> • Echadas o arrodilladas
Para apurar la salida del bebé...	<ul style="list-style-type: none"> • Conservar el cuerpo de la mujer caliente a través de : • Consumo de mates calientes de hierbas • Sobadas
Para la salida de la placenta	<ul style="list-style-type: none"> • Comer huevo crudo, esto ayudar a a que "resbale", (probable asociación analógica entre la consistencia del huevo y la facilidad para que algo resbale) • Soplar botella • Provocarse náuseas (en los dos últimos casos se trata de prácticas que propician una presión en el vientre que podría ayudar efectivamente a que se cumpla el cometido)
Destino de la placenta...	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez que terminó el parto, la mayoría coincide en señalar que lo preferible es que la placenta sea enterrada. Quien se encarga de enterrarla es generalmente el esposo, a veces la madre o la misma partera.

b) El parto y los servicios de salud

La tendencia general parece ir hacia una mayor utilización del servicio por parte de las mujeres más jóvenes. Sin embargo, parece ser una tendencia bastante lenta y que enfrenta resistencias fundamentalmente en las zonas rurales. Esto contrasta con la atención del control prenatal en los servicios que tiene una aceptación bastante más extendida. En el momento del parto, el servicio se considera un recurso potencialmente utilizable para casos de emergencia, cuando se enfrentan complicaciones que los agentes locales, como parteras o comadronas, no son capaces de resolver. Al parecer, existirían ciertas dificultades de acceso particular al tipo de atención que se espera en el parto.

c) Ventajas y desventajas asociadas a la atención tradicional y aquella recibida en el servicio de salud

Entre los testimonios que encontramos al respecto se perfilan posiciones que atribuyen ventajas y desventajas a ambas formas de atención (con un balance final que favorece ampliamente la atención tradicional). En el caso de la atención en el servicio, los puntos débiles enfatizados giran en torno al trato brindado por los proveedores, el sentimiento de vergüenza que les produce exponer su cuerpo frente a los proveedores (sobre todo en el caso de varones), la incompatibilidad de prácticas culturales relacionadas con el proceso del parto y el factor económico, mientras que las ventajas que se le reconocen giran en torno a la eficacia en el tratamiento de complicaciones.

De manera correspondiente a lo mencionado respecto al servicio, en el caso del parto en casa con atención prestada por parte de parteras y/o familiares, las ventajas identificadas tienen que ver con la calidez en el trato, el ambiente de privacidad que se genera, la accesibilidad económica y la compatibilidad de prácticas culturales, mientras que las desventajas giran en torno a la competencia:

	Parto en el Servicio de Salud	Parto tradicional
Acceso económico	<i>A veces en la posta nos cuesta muy caro ¿no? y no tienen recursos económicos (Pinto Recodo, Lamas Centro poblado urbano)</i>	<i>Porque es economía como te digo cuando una mujer da a luz en su casa todo se comparte, se ahorran los gastos por eso la mayoría opta por dar a luz en su casa (Pinto Recodo, Lamas Centro poblado urbano) en la partera nos cuesta un poco cómodo ¿no?, a veces según la amistad no nos cobran... (Pinto Recodo, Lamas Centro poblado urbano)</i>
Nociones de pudor y vergüenza	<i>En el caso de un hospital, dicen, el que ya ha experimentado eso, le desnudan, le manosean todo calatas, para mí no sería conveniente eso y mejor sería tenerlo en la casa. (Pinto Recodo, Lamas Centro poblado urbano)</i>	<i>cuando es un parto normal en nuestra casa se tiene tranquilo a nuestra bebe, y no nos están manoseando, viendo un doctor (Pinto Recodo, Lamas Centro poblado urbano)</i>
Trato / Calidez	<i>Pero hay algunas enfermeras que a veces son malagracia, a veces cuando una no se puede hacer fuerza luego del parto quieren molestar, hasta nos riñen a veces. (Pinto Recodo, Lamas Centro poblado urbano)</i>	<i>Mejor me parece que mas mejor trato que en el hospital nos va en la casa, porque en el hospital ni caso nos hacen aunque estes gritando ahí, no hay ningún auxilio te dicen falta, falta, falta pero en cambio en tu casa te están haciendo cualquier remedio, la partera te esta sobando, te esta tanteando cuanto falta, te ayuda. (Agua Blanca, El dorado Centro poblado urbano)</i>
Competencia técnica	<i>[se atiende el parto con un proveedor de salud] Para verse más seguro [...] para que tenga un parto normal ¿no?, para que allí la atiendan como ellos también tienen experiencia esos que estudian mejor ¿no? avanza la ciencia (Pinto Recodo, Lamas Centro poblado urbano) Esto, en la posta porque a veces una mujer sufre y una así, una partera nunca se sabe lo que es cosas de medicina para que un... y en cambio sanitario o doctor si sabe (Pinto Recodo, Lamas Centro poblado urbano)</i>	<i>En la casa la partera hace pupar antes, porque quiere hacer nacer y ahí le maiogran el parto (Zapatero, Lamas Centro poblado urbano) Una señora refiriéndose al tratamiento de la partera dijo ¡ah! mira mi bebe, se quedo atajado en la cabeza (Equipo regional, A Zapatero, Lamas Centro poblado urbano)</i>

Otra dificultad de acceso al servicio que no se mencionó de manera muy extendida es la distancia geográfica de establecimientos en los cuales consideran que sí pueden encontrar una atención competente y eficaz.

Es peor cuando uno está pobre y no tiene recursos para curarse; además, cuando se vive muy lejos de la ciudad o del hospital así como aquí en distrito Pinto Recodo, no hay unos mejores médicos para una buena operación ¿no? y por eso, este, digo, depende la suerte a veces. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

Complicaciones en el parto

Las complicaciones en el parto no fueron de prioridad en los autodiagnósticos como problemas que afectan de manera significativa la vida de las mujeres de la región. Sin embargo, identifican una gran variedad de complicaciones asociadas a este proceso.

a) Parto complicado - Parto normal

El parto ideal desde la perspectiva de las mujeres de la región, es aquel que transcurre en un periodo de tiempo no muy prolongado, sin mucho dolor ni complicaciones.

Bueno para mí es un parto lindo cuando no te ataca los dolores demasiado, tantas horas o días y noches ¿no?, para mí eso es un parto lindo que le tengas rapidito a tu bebé, sin ningún problema. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

Las complicaciones identificadas por las mujeres tienen que ver en su mayoría con la demora de la salida del bebé, como se puede observar en el siguiente cuadro. Otras complicaciones identificadas son: demora en la salida de la placenta y hemorragia.

Complicaciones en el parto que ocasionan demora en la salida del bebé

Mala posición del bebé.	<i>Los partos a veces son rápidos y otras veces no, cuando el niño está atravesado o de potito, ahí hay que llevarlos al Centro de Salud. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano) Si el niño está de potito, de través, sentado o parado. (Zapatero, Lamas. Centro poblado urbano)</i>
Estrechez de la mujer	<i>A veces somos estrechas y el niño no puede salir, ahí sufrimos. (Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)</i>
Bebé muy grande	<i>Hay unas mamás también que no pueden tener al niño porque es demasiado grande, se desarrolla demasiado y también eso es una de las causas también que una mamá no pueda tener su bebé normal, o sea que tiene que hacer la cesárea porque el niño es demasiado grande ¿no?, por eso también a otros le hacen la cesárea. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)</i>
Pujar mal	<i>También se tiene sufrimiento en el parto cuando la partera nos hace pujar antes de su hora. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano) Hay mujeres que no saben pujar, pujan por arriba y vuelve el bebé. (Zapatero, Lamas. Centro poblado urbano)</i>
Falta de fuerza	<i>Hay mamás que son un poco flojas, se niegan a hacer fuerza y el parto se hace difícil. (Zapatero, Lamas. Centro poblado urbano) También por dejadas, la madre no hace fuerza y le matan a la criatura, ese es un mal parto.. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)</i>
Parto seco	<i>El parto seco es que nace el bebé así: No quiere hacer. No tiene nada de agua más es lo que viene la hemorragia, pura sangre, agua no tiene, eso se llama el parto seco, mientras que el parto bueno primerito viene a derramarse el agua, sale buena cantidad de agua y enseguida viene el niño ese es el parto bueno y el parto seco es sangre. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado urbano)</i>
Tela que envuelve al niño muy 'doble'	<i>La bolsa que está el niño estaba doble, no rompía ¿no?, no quería romper y cuando lo quisieron cortar acá, un auxiliar que vivía aquí -porque antes no había doctor todavía- este... no pudo, mejor dicho porque era doble y estaba bien pegada a la cabeza, no lo podía cortar porque lo malograba al niño ¿no?, por eso también nos mandó de emergencia al hospital y allí me dijeron que no iba a poder nacer normal el bebé porque como nos habían dicho acá: está bien doble la tela del niño -como se dice aquí- por eso más bien es que me operaron y así nació el niño; normal, porque no lo podía tener yo. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)</i>
Bebé enredado con el cordón umbilical (*)	
Placenta previa (*)	

(*) Problemas mencionados en una sola ocasión y respecto a los cuales no se dan mayores explicaciones.

Otras complicaciones en el parto

Retención de placenta	A veces hay la placenta que no quiere caer. Yo eso sí me sufrí, en mi bebé a las once de la noche tenía mi mamá y como mi abuela y me aquí cerca, le llamo y me sobaba pues en mi barriga, con calientes, más calientes y no quería salir la placenta, como decía la partera, una vezita, 'se ha pegado' en su que, quizás. Y le han calentado no se con que hojas, le han apretado en ese cordón, ahí le han apretado y después he sentido lo que se baja. (San José de Sisa, El Dorado, Centro poblado urbano)
Hemorragia	A veces tenemos hemorragia en el momento que ha nacido el bebé y si no estas cerca al centro de salud, te mueres. (San José de Sisa, El Dorado, Centro poblado urbano)

Cuando se presentan complicaciones y no pueden ser resueltas por la partera, se considera que lo ideal es acudir al establecimiento de salud. Dependiendo de la gravedad del caso y de la accesibilidad del servicio se acude a la posta, centro de salud local o al hospital del distrito.

Las comadronas cuando no pueden atender el parto nos recomiendan ir a la posta. (Zapatero, Lamas, Centro poblado urbano)

Cuando te toca un mal parto [...] te hacen correr al centro de salud ahí ya le hacen nacer a la criatura, derrepente te pueden cortar más fácil, cortado te puede nacer la criatura. (Shatoja, El Dorado, Centro poblado urbano)

b) Factores de riesgo y posibilidad de prever complicaciones en el parto

Una vez que va a empezar el trabajo de parto se señala que no es posible saber si sucederán o no complicaciones, sólo se registró un testimonio en que se asocia la bajada de flemas al inicio del parto con la presencia de complicaciones.

...te baja, dice, te baja como sangre mezclado con flemas, como dicen, eso primerito te baja, eso dice es parto para padecer, pues te baja sangre con flema, y si es un buen parto dice te baja sólo purita sangre. (Shatoja, El Dorado, Centro poblado urbano)

Sin embargo, un factor de riesgo que se identifica es la edad, se menciona que las mujeres muy jóvenes y aquellas de edad avanzada tienen mayores posibilidades de sufrir complicaciones. El estudio complementario encontró que en el caso de las primeras es, fundamentalmente, en el primer parto y por la inexperiencia que podrían surgir problemas: por no saber cómo pujar y cómo hacer fuerza. En ese sentido, la ayuda de las mayores es de considerable importancia ya que son las encargadas de dar las indicaciones necesarias a la primeriza. Para el caso de las mujeres mayores el problema es la debilidad del cuerpo y la falta de fuerza, que además de estar asociada a la edad misma se relaciona al hecho de haber tenido muchos hijos.

Otro factor importante de controlar y que en caso de no hacerlo podría ocasionar complicaciones es la temperatura. Se considera necesario mantener a la mujer caliente, en caso de que le dé el aire o se enfríe por algún otro motivo, esto podría ocasionar dificultades. En el estudio complementario, esta es la causa central para explicar la retención de placenta, se señala que si se le da el aire a la mujer la placenta se resfría, se coloca hacia un lado y sale con mucha dificultad.

A consecuencia de las complicaciones y sufrimiento en el parto, se señala que la mujer se debilita y pueden generarse problemas como prolapso, descensos, anemia, infecciones y si es de mayor gravedad, puede inclusive llegar a morir ella, la criatura o ambos.

PUERPERIO

Una vez que termina la labor de parto se considera que la mujer queda con el cuerpo vulnerable, se encuentra con heridas y debilitada por la energía gastada en el parto, razón por la cual deberá pasar por un periodo de recuperación y descanso. Generalmente se considera necesario un tiempo de reposo absoluto de ocho días en cama, en el que la mujer debe guardar cuidados tales como evitar el esfuerzo físico (como sería el realizar sus labores cotidianas o cargar mucho peso), hacerse lavados con vegetales, evitar tener relaciones sexuales, ingerir ciertos alimentos y evitar otros y, finalmente, se considera de suma importancia el mantenerse dentro de la temperatura adecuada (evitar el frío). Una vez pasados los ocho días, la mujer ya podría levantarse (en algunos testimonios se señala que luego de los ocho días se baña y se levanta), pero es preferible que no salga de la casa (para evitar el frío), puede realizar algunas labores pero que no impliquen mucho esfuerzo físico. Este nivel de cuidados se considera necesario por un tiempo de 1 a 3 meses.

Los cuidados

Un primer aspecto importante son los lavados con vegetales y la ingesta de brebajes y purgas inmediatamente después del parto para evitar la infección y curar las heridas que se producen a causa del mismo.

Según decían las viejitas, para que nos curen disque nuestras heridas, que cuando nació nuestro bebé dice que se queda mal con algunas heridas, no sé qué, así me decían, para curar. Eso ya se toman nuestros preparados. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado urbano)

Las mujeres nos hacemos lavados vaginales con cortezas, además se toma purga, para curar la parte interna del cuerpo... (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

Otro aspecto importante es la alimentación, en el proceso de parto se considera que la mujer se desgasta y debilita en gran medida y, por lo tanto, debe reponer energías a través del consumo de alimentos (generalmente calientes), el caldo de gallina se menciona con mucha frecuencia.

Después de que te has librado te traen tu caldo de gallina. Nos dan nuestros calientes de cacao con maíz molido. Cuando hay nos dan también quaker. (Varias mujeres. Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

También se señala la necesidad de evitar ciertos alimentos. La res y el venado, por ejemplo, son considerados peligrosos en el periodo posterior al parto ya que podrían causar hemorragia. Esto es explicado de manera analógica: se trata de animales que tendrían mucha sangre y por lo tanto podrían causar hemorragia a la mujer que los consume. Además, también se evitan alimentos considerados irritantes o inflamatorios como el pescado.

Esos animales [res, venado] tienen mucha sangre y a la parturienta le pueden producir hemorragias. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

Después que nace el hijo se come comida suave, caldo de pollo de chacra; no es bueno comer sopa de res, porque produce hemorragia; ni pollo de granja y pescado con muela, porque no deja que se cierre la herida que se produce en el parto. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

Un día yo cuando he comido pescado me ha dado bastante descensos amarillos porqueapestaba a pescado. Fui al hospital. Me dijo el doctor que estoy con bastante inflamación y de esa manera ya no como pescado cuando daba a luz. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado urbano)

Evitar el esfuerzo físico, el frío y las relaciones sexuales son aspectos centrales en la gama de cuidados que se consideran necesarios y, como se verá más adelante, se asocian a la posibilidad de que a la mujer le dé el sobreparto. Esto al parecer tiene que ver en gran medida con la idea de que el cuerpo de la mujer, luego del parto, queda débil y vulnerable y tanto el esfuerzo físico como la baja temperatura podrían afectarlo negativamente. En ese sentido, por ejemplo, el esfuerzo físico se relaciona de manera directa con el prolapso.

El prolapso, de cuando se alza, pesado, estando nuevo dado a luz, hasta los tres meses cuando uno se cuida bien, eso no pasa. (Zapatero, Lamas. Centro poblado urbano)

Se mencionaron⁹ además, ciertos cuidados que parecen ser concepciones culturales instituidas como mecanismos para asegurar que conductas como el reposo y la atención del esposo se cumplan, se trata de prohibiciones que de no cumplirse causarían perjuicios a la criatura.

Después de dar a luz, se reposa, no se levantan cosas pesadas, no hay que coser ni pegar animales porque eso le enferma al niño. El padre no debe patear pelota, ni matar culebras y no debe tener relaciones sexuales con otras mujeres porque el ombligo del bebé sangra. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

¿Todas cumplen los cuidados?

Para poder tener el periodo de descanso señalado, una ayuda importante la constituyen las redes de familiares, mujeres y la pareja.

⁹Sólo se encontró una mención por lo que la explicación tiene calidad de hipótesis.

No se lava en agua fría, ahí nos ayudan la mamá, las hermanas o las comadres, nos cuidan. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

Sí, después del parto nos cuidamos bastante porque a los ocho días recién te levantas y no tienes que hacer nada, durante ese tiempo una se busca una chica o un familiar ¿no? Quien te cocine, quien te lave, quien te atienda por un mes, pero yo justo a los doce días me he ido a trabajar porque no tenía quién me ayude. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

Sin embargo, no siempre cuentan con esta ayuda, algunas señalan la posibilidad de contratar a alguien para que las ayude, pero se trataría de una modalidad bastante restringida dada la escasez de recursos.

La posibilidad de cumplir con esto es particularmente difícil para las madres solteras o abandonadas

Como no tengo marido, tengo que ir a la chacra a ver mi plátano, mi leña, al mes de tener mi hijo. (Chazuta, San Martín. Centro poblado urbano)

Por otro lado, en algunas localidades se manifestó que las jóvenes ya no practican estas prohibiciones: ya no honran al parto y se levantan a la vez el mismo día. (Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)

Los problemas luego del parto

a) Sobreparto

■ Descripción de la enfermedad

Luego del parto, el mayor riesgo identificado por las mujeres es la enfermedad del sobreparto. Se trata de un conjunto de malestares como fiebre, escalofríos, dolor de vientre, vómitos, dolor de cabeza, diarrea y debilidad general. En algunos lugares también se menciona la hemorragia como una manifestación del sobreparto. Se describe como una enfermedad que puede llegar a ser grave e inclusive causar la muerte de la mujer.

Presenta escalofríos, vómitos, diarrea, fiebre, dolor de estómago, eructo pesado, dolor de cabeza. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

Nuestro cuerpo se pone débil, se quiere morir, no se tiene valor ni para levantar, se está con diarrea. Igualito, el dolor de hijo se siente en la barriga. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado rural)

Se considera particularmente riesgoso cuando no se cuenta con redes de cuidado que puedan acudir a ayudarlas de inmediato en un momento de peligro.

... te mueres cuando no hay quién te haga remedio, si estás sola.
Te mueres cuando no nos hacen encontrar el remedio, no nos curan rápido. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado rural)

■ Causas

Este problema, según manifiestan las mujeres en los autodiagnósticos, se produce como consecuencia de no haber guardado los cuidados requeridos (desmando) durante el periodo de descanso.

Causas del sobreparto

Temperatura (frio, aire)	Acá sí, del frío, porque varias mujeres también cuando así hace mucho frío y no se abrigan, éste tiene sobreparto ¿no?, por eso aquí mayormente las mujeres nos cuidamos bien ¿no?, o nos abrigamos bien durante un mes entero porque se teme al sobreparto, porque aquí varias mujeres también tienen esa enfermedad. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)
Esfuerzo físico	O sea, te levantas muy temprano de tu cama y en la re que te da temprano, eso son pues los desmandos, así nos dicen acá los viejos. También desmando es cuando altas ollas grandes para cocinar, nuestro bañe grande de esos desmandos también nos dicen que nos da el sobreparto. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado rural)
Alimentación	Algunas somos delicadas, si comes carne de chancho, esa grasa de ahí, segundo también te da el sobreparto. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado rural)
Relaciones sexuales	[da sobreparto] Cuando hace relación sexual antes de los tres meses. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)
Maltrato por parte de la pareja	El sobreparto también te da si tu esposo te riñe y lloras, las lágrimas te hacen daño. A veces ya quieren que te levantes a ajuaranes en el trabajo, te dicen ociosa. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

■ Tratamiento

Una primera forma de intentar solucionar este problema es a través de remedios caseros entre los que se consideran los vegetales, la Antalgina y ciertos preparados. En caso de no funcionar se acude al recurso de la medicina formal en cuyo caso la fórmula más mencionada son las ampollas.

Yo he tomado, señora, para el sobreparto, el aguardiente ardido con azufre y tres tabletas de Antalgina, con eso me ha pasado. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado rural)

El sobreparto se trata con remedios caseros, té de hoja de puspuroto, té de canela con Antalgina y si no hay mejoría se acude al médico. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

El doctor te cura con ampollas. (Zapatero, Lamas. Centro poblado urbano)

b) Entuerto

Se menciona que luego del parto se forman "bolas" de sangre debido a que no 'corrige' la sangre (es decir que queda detenida y no sale del cuerpo). Estos entuertos causan fuertes dolores a la

mujer. Los tratamientos que se mencionan para este problema son las sobadas con algo caliente, lavados con vegetales y la ingesta de brebajes calientes.

Le queman la sal y ese caliente, bien caliente, le envuelven en un trapo y le apretan en la parte que te duele, donde está la bola, le aprietan hasta donde puede aguantar, de ahí le dan su café o su árnica y así le va pasando ya y corrige la sangre, normal ya. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado urbano)

Nos hacíamos lavados con hojas para corregir el entuerto. Tomábamos vino caliente con árnica para corregir la sangre. (Dos mujeres, Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)

MENOPAUSIA / EDAD CRÍTICA

Descripción

La edad en que viene la menopausia, según señalan las participantes de los autodiagnósticos, fluctúa entre los 40 y 50 años. Las mujeres no elaboran muchas explicaciones de lo que pasa con el cuerpo en este proceso fisiológico. Sólo en Chazuta y Tabalosos se encuentran testimonios que señalan que:

Ya no hay el ovario, no está en su función, los ovarios se reducen, está tranquilo, durmiendo. (Chazuta, San Martín. Centro poblado urbano)

El útero ya esta seco. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)



Participante de los autodiagnósticos y perteneciente al grupo de mujeres mayores.

Se manifiesta que la regla se vuelve irregular antes de desaparecer totalmente.

Antes de desaparecer la regla viene irregular, a veces les da dos veces al mes, a otras les desaparece por varios meses y cuando vuelve les da como hemorragia. (Sauce, San Martín. Centro poblado urbano)

En algunos casos se explica que en la edad crítica la sangre que ya no baja subiría a la cabeza causando algunos malestares como el dolor de cabeza, subida de presión y mareos.

La sangre, cuando ya no menstrúas, sube a la cabeza, al cerebro, por eso se sufre presión alta y nos da mareos. (Sauce, San Martín. Centro poblado urbano)

Porque no bota la sangre en la menstruación sube a la cabeza, por eso le duele. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

Al describir el periodo de la edad crítica o menopausia, el aspecto que más destacan las mujeres es la serie de malestares que lo acompañan. Debido a estos malestares, algunas afirman que se trata de una enfermedad mientras que otras señalan que es algo natural que le sucede a toda mujer. La primera parece ser la idea más extendida, ya que inclusive en algunas localidades se seleccionó entre los problemas de salud reproductiva más frecuentes.

Se identifican malestares a nivel físico (dolor de cuerpo, de cabeza, mareos, reumatismo, manchas en el cuerpo, comezones, náuseas, sordera, subida de presión, se calientan: bochornos) y además alteraciones del carácter.

Bueno, yo... puedo hablar sobre la menopausia de que siempre nos pone un poco colérica, un poco, este, de cuerpo cansado, te da sueño... y cuando sigue la edad te pone ya un poco rabiosa, no te gusta nada y así sigue yendo la edad, pero como a veces uno... siempre uno, como se dice, se lo carga la enfermedad, no se le hace caso... te pasa. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

Cuando no se menstrúa, viene el ataque de nervios insomnio, mal carácter [todo da cólera], se tiene miedo, hay que ir al médico para que nos recete vitaminas. (Chazuta, San Martín. Centro poblado urbano)

La edad crítica es vivida con sentimientos de tristeza que se relacionan con todas las molestias experimentadas y con las limitaciones que originan para llevar a cabo cualquier actividad, señalan que ya no pueden trabajar de la misma manera. Además, en esta etapa la mayoría señala que pierde el deseo sexual y esto genera conflictos con la pareja.

No se tiene ganas ya ni de hacer contacto, no nos gusta ya, cuando nuestro esposo nos fastidia ya, de ahí vienen los problemas, se molesta contra uno porque a veces a uno ya no nos complace, nos dice, y el dice "por qué tienes otro hombre, porqué me estás buriando, no quieres estar conmigo". (Agua Blanca, El Dorado. Centro poblado urbano)

Por otro lado, además de este sentimiento de tristeza, señalan que sienten cierta tranquilidad por ya no estar en riesgo de tener más hijos y porque se sentirían con más libertad de movimiento.

... después ya no se menstrúa nunca, ya no hay peligro de hijos, cuando nos deja la menstruación, ya se está tranquila. (Chazuta, San Martín. Centro poblado urbano)

Cuando ya no tenemos la regla ya no hay peligro de embarazo, ya no nos sigue la víbora. (Zapatero, Lamas. Centro poblado urbano)

Se siente libre, como el hombre fácilmente puede salir a cualquier parte. (Zapatero, Lamas. Centro poblado rural)

Tratamiento

Al parecer, los malestares mencionados estarían asociados a un debilitamiento del cuerpo, propio de esta etapa, y que en algunos casos se asocia a la mala alimentación. Según señalan, se podrían prevenir tomando tónicos y vitaminas (haciéndose tratamiento en el establecimiento de salud).

Sin embargo, muchas afirman que esto sería difícil de llevar a cabo dadas las limitaciones económicas pero que entonces también se puede utilizar vegetales.

... nos sale unas manchas en nuestro cuerpo, algunas comezons a base de que no nos tonificamos, algunas personas que tienen recursos se tonifican y algunas que no tenemos, no. (Agua Blanca, El Dorado. Centro poblado urbano)

Los pobres no nos mandamos curar, sólo chuchuhuasita tomamos. (Zapatero, Lamas. Centro poblado urbano)

Yo también, señora, este... tomo vegetales, hace pocos días que he terminado de tomar la resina del Llanchara y después ahora estoy tomando el sangre de grado y después estoy por hacerme remedios de un día para ver mi mejoría como va. (Agua Blanca, El Dorado. Centro poblado urbano)

IV. PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA SELECCIONADOS COMO PRIORITARIOS

EMBARAZOS NO DESEADOS Y MUCHOS HIJOS

¿Cuándo empezar a tener hijos?: el embarazo en adolescentes como problema

En el departamento de San Martín se observa una alta incidencia de embarazos en adolescentes. Según la ENDES 2000, el 21% de las mujeres de 15 a 19 años de edad ya son madres (19.6%) o están gestando por primera vez (1.5%); se trata de una alta proporción teniendo en cuenta que el promedio nacional, según esta misma fuente, es de 13%.

El embarazo en adolescentes es considerado un problema por las mujeres que participaron en los autodiagnósticos, quienes lo ubican dentro de los cinco más frecuentes en sus comunidades. Ellas consideran que se trata de un problema por diversos motivos, los que priorizaron de manera más recurrente son los siguientes: porque generalmente son abandonadas por las parejas, porque si luego de esto establecen otra relación de pareja ésta probablemente sea conflictiva debido al antecedente de haber sido "engañada", porque ya no podrían continuar sus estudios -con lo que anulan la perspectiva de un mejor futuro-, porque en caso de optar por un aborto este se da generalmente en condiciones de riesgo para la joven, porque cuando es muy joven se considera probable que se den complicaciones en el parto.

Un aspecto crítico en relación al tema es el estigma que existe frente a las madres solteras, esto hace que las redes sociales de las mujeres se debiliten enormemente. En muchas ocasiones esto determina que muchas veces sus siguientes parejas no las consideren de la misma forma.

Bueno, ella está sufriendo también de hemorragias porque no está bien tratada por su esposo, desde que se casó con el joven él le trata mal por el otro hijo [que tuvo con una pareja anterior] y después de haber tenido el hijo (con su actual pareja) ella ha desmandado su tiempo de descanso y por eso ella está con hemorragia. (Pinto Recodo, Lamas Centro poblado urbano)

En muchas ocasiones además la familia le quita el apoyo a la joven, por la vergüenza que representa este "fracaso", (esto es frecuente sobre todo en un inicio, luego las madres suelen prestar apoyo a las jóvenes). Este conjunto de condiciones favorecen la opción de un aborto, probablemente en malas condiciones (por las limitaciones económicas y la condición de ilegalidad del mismo). Además, en caso de que se presenten complicaciones, es probable que sin redes de apoyo sea más difícil que las pueda enfrentar de manera exitosa (ya sea durante el aborto o si decide tenerlo, durante el embarazo o parto). J. Anderson, en un estudio¹⁷ que realiza sobre muerte materna en zonas rurales del Perú, observa que las redes sociales son un recurso de vital importancia para enfrentar complicaciones. Un accionar eficiente de las redes sociales pueden determinar el acceso de la mujer a los recursos necesarios y a tiempo.

¿Cuántos hijos tener?

■ Número ideal de hijos

La mayoría de opiniones vertidas por las participantes de los autodiagnósticos acerca de cuál es el número ideal de hijos, coincidieron en referir que estaría entre dos y tres. Algunas mujeres mayores señalaban que ellas habían tenido muchos hijos (5, 7, 9, 10, 14) y que también podían ser felices con sus hijos, pero recomendaban un menor número como ideal.

Bueno, necesario para ser feliz es dos o tres hijos. (Shatoja, El Dorado. Centro poblado urbano)

Ahorita están cambiando mucho de la gente, pues, en vez la gente campesina ya está dándose cuenta lo que es la vida ¿no? Más antes no ha sido eso, más antes la gente ha sido totalmente más ignorante, querían tener muchos hijos, pero ahorita ya no, de tres hijos si es por mucho que quieren tener. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado rural)

Este número ideal de hijos coincide con aquel señalado por los varones en el estudio de Population Council.

■ Criterios que intervienen en la configuración de las preferencias reproductivas de varones y mujeres

Los criterios que manejan varones y mujeres para definir el número ideal de hijos muestran importantes diferencias, aun cuando comparten lugares comunes también importantes. Teniendo en cuenta los hallazgos del estudio del Population Council en relación a la perspectiva de los varones y lo que encontramos respecto a las mujeres en los autodiagnósticos, pareciera que el ideal respecto al número de hijos en el caso de estas últimas responde al balance de una complejidad más vasta de aspectos que en el caso de los primeros, lo cual es en cierto modo esperable dada la mayor significancia e implicancias que tienen los hijos en la vida de la mujer.



Mujer en la chacra terminando de dar de lactar.

Mujeres

De acuerdo con el análisis elaborado por C. Yon¹¹ respecto a las preferencias reproductivas de las mujeres de la sierra que han participado del proyecto ReproSalud, el número ideal de hijos resultaría de la confrontación y equilibrio entre diversos aspectos, tanto positivos como negativos asociados a hijos e hijas. Aplicando esta perspectiva al caso de San Martín encontramos que el balance se hallaría entre los siguientes aspectos:

¹¹Preferencias Reproductivas y Anticoncepción: hablan las mujeres andinas. Carmen Yon. Movimiento Manuela Ramos-ReproSalud. 2000.

Positivos	Negativos
<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de la maternidad • Fuerza de trabajo • Soporte afectivo y defensa • Apoyo económico y a nivel de cuidado en la vejez • Posibilidad de obtener ayuda alimentaria • Expulsión de la mala sangre 	<ul style="list-style-type: none"> • Escasez de recursos • Perjuicios para la salud de la madre • Mayor carga laboral para la madre y postergación de sus necesidades • Conflictos con la pareja

■ Aspectos positivos

Importancia de la maternidad

La maternidad parece ser un eje muy importante de la identidad de las mujeres en San Martín. Entre los aspectos que las participantes de los autodiagnósticos identificaron como importantes para ser felices, uno de los más destacados fue la necesidad de tener hijos: ser madres.

Las mujeres necesitamos tener hijos para ser felices.

Las monjas no son felices porque no tienen hijos.

Para eso nos quiere el hombre, para tener hijos. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

En el estudio del Population Council también se destaca la importancia de la maternidad. Se menciona como uno de los principales ejes de la identidad femenina.

Los hijos como fuerza de trabajo

Una de las principales ventajas asociadas a los hijos e hijas tiene que ver con el aporte que representan en términos de fuerza de trabajo a la unidad doméstica. Se considera importante tener hijos de ambos sexos para que ayuden respectivamente al padre y a la madre en el cumplimiento de las diversas labores asociadas a la división de roles por género.

Yo vuelta quiero tener hijas mujeres, porque las hijas mujeres ayudan a la mamá pues, en algunas cosas de las así, que se trata de a la cocina y vuelta ellos quieren para que les ayude así a veces en agricultura, todo eso que trabaja en la chacra pues, más dicho. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado rural)

Soporte afectivo y defensa

Las mujeres relatan situaciones de violencia doméstica en las cuales los hijos juegan un importante papel brindándoles apoyo emocional y defensa frente a las agresiones de las que son objeto por parte de sus parejas.

Cuando estaban ahí mis hijitos mayorcitos, ellos se paraban en medio. Si señora, unito de mis hijos, el que ahorita está en el ejército, él señora, no le permitía que su papá se ponga violento y le decía: 'qué pasa viejo, no molestes a mi madre'. Un día cuando le halló que le estaba queriendo

pegarme, mi hijo se paró en medio y le dijo: "antes has hecho lo que has querido con mi mamá, pero ahora no va a ser así, ya hay quien va a defenderla", así señora le dijo mi hijito. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado rural)

Apoyo en la vejez

Una ventaja que se asocia con frecuencia a los hijos es el apoyo que pueden representar para sus padres en la vejez. Se menciona su aporte a nivel económico y de recursos materiales y además a nivel de cuidado. Esto segundo se asocia en mayor medida a las hijas mujeres quienes, por la división de roles de género correspondientes, son las que están involucradas en roles de cuidado, por lo que serían más apegadas al hogar.

Los hijos ya crían a su madre, a su padre. Cuando ya se quedan solos los dos, algunos de sus hijos ya se compadecen de sus padres. (Shatoja, El Dorado. Centro poblado urbano)

Posibilidad de obtener ayuda alimentaria

Se encontró el testimonio de una mujer quien había recibido sugerencias de tener más hijos para de esa manera recibir mayor ayuda alimentaria del programa del gobierno. Esto nos sugiere que dicho estímulo podría estar incidiendo en la decisión de tener un mayor número de hijos.

Expulsión de la mala sangre

Este último beneficio también se encontró en una sola localidad. Se explicó que a través de los partos la mujer botaba la mala sangre y que en caso de que no se tuvieran hijos o se tuvieran muy pocos el cuerpo de la mujer se enferma y vive con múltiples dolencias.

■ Aspectos Negativos

Estos aspectos fueron manifestados en su mayoría como efectos perjudiciales de tener muchos hijos.

Falta de recursos

El efecto en que más énfasis se hace cuando se describe el problema de "muchos hijos" es la escasez de recursos que impide cubrir necesidades básicas de los hijos y la familia tales como: educación, comida, vestido y recursos materiales en general.

No nos alcanza para hacer educarles. Cuando se tiene muchos hijos te ha de faltar uno y otra cosa ya no se alcanza en la cocina, hay que pensar por el vestido, cuando se enferman también es un pensamiento para la madre cuando no hay con qué hacerles curar a nuestro hijos. A veces han de

enfermar dos o tres al mismo tiempo y eso ya es peor. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado rural)

Perjuicios para la salud de la madre

Se señalan diversas enfermedades como descensos, prolapso y sobreparto y también dolor y desgaste del cuerpo. Estas enfermedades y molestias se relacionan con los múltiples partos y el esfuerzo que demandan.

No se queda muy sana, se queda delicada, a veces, cuando tienes muchos hijos, te agarra el sobreparto, te quedas ya a la vez maltratada, ya tu interior ya. (Shatoja, El Dorado. Centro poblado urbano)

...la mujer tiene un cuerpo débil, como una cuando ya tiene hijos no es igual que una señorita que no ha pasado nada, como una mujer que ya tiene hijos; tus órganos ya no son sanos de tanto tener hijos. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

El problema, además, le causa a la mujer preocupaciones constantes que afectan su estado emocional, dichas preocupaciones tienen que ver fundamentalmente con la falta de recursos y además, con la interacción cotidiana con los hijos. Se menciona que la relación con los hijos resulta particularmente problemática cuando se trata de una madre muy joven.

Problemas con la pareja

Se menciona que los hijos son en ocasiones fuente de conflicto en la pareja por los desacuerdos que pueden surgir en la manera de criarlos, se señala por ejemplo que surgen desavenencias en el caso de que uno de los dos opte por la violencia física y el otro no esté de acuerdo. Otro factor es que el varón suele atribuirle a la mujer la culpa por actitudes de los hijos que considere incorrectas, fundamentalmente si se trata de hijas mujeres.

Porque a veces, cuando se tiene hija mujer, a veces quedan engañadas y el padre nos hace por eso nos hace lío, nos hace sufrir el padre cuando se tiene hijas mujeres. (Shatoja, El Dorado. Centro poblado urbano)

Mayor carga laboral para la madre y postergación de sus necesidades

Una vez que la mujer se une a una pareja y tiene hijos, la mayor parte de su tiempo lo dedica a su familia y en particular a los hijos, esta situación representa un incremento significativo de su carga laboral; además, la mujer suele postergar sus propias necesidades por cubrir las de los hijos. También suele verse limitado su acceso a actividades en provecho de sí misma tanto a nivel de interacción social, como de esparcimiento y capacitación.

Ya no puede salir a las diversiones como cuando no tenía hijo. Tampoco puede asistir fácilmente a las reuniones del Club de madres, ni a capacitaciones. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

Nuestra vida cambia, en los quehaceres ya se tiene más que lavar, en el vestir, el hijo nos hace andar con la ropa sucia, también en el trato con el hombre ya no se le hace mucho caso, más atención se le da al hijo. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

Varones

Según el estudio del Population Council, serían básicamente dos los criterios que intervendrían en la configuración de las preferencias reproductivas de los varones. El primero y más importante es el económico, se señala que el varón decidirá limitar el número de hijos de su familia cuando empiece a sentir que los ingresos que genera no son suficientes. Este criterio económico es un aspecto, que como hemos visto, es compartido por las mujeres que participaron de los autodiagnósticos, ellas también señalan la necesidad de limitar el número de hijos en relación a la carencia de recursos. El segundo aspecto es la necesidad de tener un hijo varón. Se señala que en el caso de tener sólo hijas mujeres deseará seguir teniendo hijos hasta encontrar el varón, aun cuando su situación económica sea precaria. La importancia del hijo varón se relaciona con el prestigio asociado a los varones y al aporte como fuerza de trabajo. (Estudio Population Council). En el discurso de algunas mujeres también encontramos este criterio, establecido como mandato.

Ya se decide tener dos hijos, varón y mujer. Si nacen mujeres, tienen que seguir teniendo hasta que nace un varón, si nacen sólo varones se sigue hasta cuatro hijos, a ver si sale mujer. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

Según el referido estudio, dentro de los criterios utilizados por los varones para decidir limitar el número de hijos no se toma en cuenta el punto de vista de su pareja *ni las consideraciones acerca de la manera en que ella experimenta el embarazo, el parto y la crianza en general*. La omisión de estas dimensiones que atañen directamente a la mujer es una situación que ratifican las mujeres participantes de los autodiagnósticos, ellas perciben que sus parejas no comparten este tipo de inquietudes.

El hombre puede querer aumentar, el dolor no aguanta él. (Zapatero, Lamas. Centro poblado rural)

Los hombres también quieren que uno se cuide, ya no quieren más hijos, pero la mujer se preocupa mucho más, porque nosotras nos embarazamos y criamos a los hijos. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

Una situación que potencialmente puede conllevar una divergencia de perspectiva entre varones y mujeres en el tema del número de hijos, es el hecho de que las mujeres con frecuencia pasan por más de una unión a lo largo de su vida, y en cada una de ellas generalmente tienen hijos. Para el varón es siempre importante tener hijos propios lo cual conlleva a que la mujer tenga más hijos de los que probablemente hubiera preferido.

a) ¿Quién decide cuántos hijos tener?

La mayoría de participantes de los autodiagnósticos describen la participación del varón en la planificación familiar como importante y necesaria, tal como corresponde a su rol de tomador de decisiones en todos los asuntos relevantes que conciernen a la familia. Con frecuencia señalan que es en el acuerdo entre ambos que esto se decide; sin embargo, en muchos testimonios encontramos que es la voluntad del varón la que más incide en la decisión final. El estudio del Population Council confirma este hallazgo señalando (para el caso de Chazuta y Shapaja) que es el varón quien decide cuándo y cuántos hijos tener; según este estudio, los varones con los que se trabajó manifestaron que se llega a un acuerdo con la pareja, pero la idea de acuerdo se describe como una interacción en la que el varón propone a la mujer su decisión en espera del consentimiento de ésta.

b) ¿Es considerado el número de hijos un problema?

Tener "muchos hijos" es un problema que se menciona como parte de la vida de buena parte de las mujeres (sobre todo las mayores), atribuyéndose principalmente a la falta de acceso a información. Sin embargo, no fue un problema tomado como prioridad en los autodiagnósticos (salió elegido como el de mayor importancia sólo en 2 de los 15 autodiagnósticos realizados en la región). Esto parece obedecer a que la mayoría sabe cómo prevenir el problema. Hecho que se corrobora en las cifras respecto al uso de métodos anticonceptivos en departamento y particularmente en el caso de las mujeres participantes de los autodiagnósticos como veremos con:

Las más jóvenes ya no tenemos más hijos, las mayores son las que han aumentado porque no han sabido cómo cuidarse. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

Los métodos anticonceptivos

a) Métodos modernos

■ Información y uso

Diversos testimonios de mujeres de la región revelan que entre ellas se maneja un regular nivel de información de la gama de alternativas existentes y disponibles de métodos anticonceptivos, aun cuando la mayoría señala no tener alguna idea de cómo funcionan. El 57.5% de mujeres unidas en el departamento utiliza algún método anticonceptivo moderno (ENDES 2000) y el 74% en el caso de aquellas que participaron en los autodiagnósticos.

...ahora hay diferentes clases para cuidarse, así con botica y vegetal, en primer lugar las pastillas, ampollas, T de cobre y los óvulos, condón que le dicen. (Agua Blanca, El Dorado. Centro poblado urbano)

El acceso a la información se da principalmente a través de los servicios de salud; sin embargo, habrían además otros agentes involucrados que facilitarían el acceso a información, se menciona a las parteras y familiares mujeres.

Las enfermeras llegaron a nuestra casa ¿no?, a buscarnos para entrar en la planificación familiar y cuidarnos con las pastillas, ampollas o ligadas, o el T de cobre, tantas cosas, después el condón. (Agua Blanca, El Dorado. Centro poblado urbano)

Después que damos a luz, el médico nos enseña cómo cuidarnos. Las comadronas de ahora también nos dicen para cuidarnos. (Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)

Los métodos modernos de mayor utilización por parte de las mujeres son la inyección (18.2%), la esterilización femenina (17%), la píldora (12.9%) y el DIU (4.9%). (ENDES 2000)

Un dato particularmente interesante en relación al uso de métodos anticonceptivos modernos es que aun cuando asocian su uso a ciertos malestares, esto no se presenta como una barrera insalvable para el uso de los mismos. Las mujeres muestran flexibilidad para cambiar de uno a otro método adecuándose al que mejor se adapte a su cuerpo.

"A otras nos queda las ampollas y a otras les queda muy bien el DIU" una señora expresó: "las píldoras que reparten en la posta nos da dolor de estómago, nos mancha la cara y nos da náuseas; pero lo que compramos en la farmacia nos queda muy bien". Una de las señoras [la más joven] dijo: "yo me cuido con el ritmo y me va muy bien, mi esposo es el encargado de llevar la cuenta de los días". (Equipo regional, Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)

... me ha caído mal las pastillas, le dije al doctor que me cae mal las pastillas, entonces, me dice, vamos a ponerte las ampollas, me dice la señorita y aurita me estoy cuidando con las ampollas hace 5 meses y me está yendo normal también. (Agua Blanca, El Dorado. Centro poblado urbano)

La decisión respecto a qué método utilizar parece ser un ámbito que involucra una buena cuota de autonomía por parte de la mujer; tal como se ha señalado, es ella quien -a medida que va experimentando las reacciones de su cuerpo- decide si permanece con o cambia de método anticonceptivo. Esto también se afirma en el estudio del Population Council.

■ Falta de uso de métodos anticonceptivos

Como se señaló anteriormente, el uso de métodos anticonceptivos modernos está bastante extendido en la región; sin embargo, algunos testimonios manifiestan ciertos obstáculos que aún persisten y que estarían impidiendo su plena utilización.

Temores en las mujeres jóvenes

Los temores que enfrentan las mujeres jóvenes es un tema bastante importante ya que se relaciona de manera directa con el problema que representa la alta incidencia de embarazos en adolescentes registrada en la región. Los temores en parte parecen tener que ver con el hecho de hacer público

que mantienen relaciones sexuales, lo que sucedería, según afirman, en caso de ir a la posta.

Las niñas tienen miedo de que sus padres se enteren de que se cuidan o que van a la posta médica. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

Pero, por otro lado, también pueden estar interviniendo en este temor otros factores propios de la atención que no se ajusten a los requerimientos de esta población.

Oposición de la pareja al uso de métodos anticonceptivos

Si bien no se trata del tipo de actitud al que más se hace referencia, algunos testimonios señalan que existen varones que se oponen al uso de métodos anticonceptivos, las razones son diversas.

Temor a efectos secundarios	<i>De mí, mi esposo nunca ha querido que tome ninguna pastilla, dice que voy a tener cáncer, nunca quería que tome ninguna pastilla, ni ampollas y por eso he aumentado ocho hijos, sino me hubiera mandado ligar, hubiera tenido por lo menos otros diez hijos. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)</i>
Desacuerdo con que la mujer sea vista por un proveedor	<i>Algunos maridos están de acuerdo, otros no, porque no están de acuerdo con que les vea su vagina el doctor. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)</i>
Asociación entre uso de métodos e infidelidad	<i>A veces el esposo no quiere y piensa mal, pues cuando se lo dice que se quiere usar un método para no tener hijos, hay algunos que dicen '¿te cuidas ya me vas a sacar al vuelta?', yo he conversado con varias mujeres que les han contestado así. (Shatoja, El Dorado. Centro poblado urbano)</i>
Concepción de la mujer como hecha para tener hijos	<i>Ahí tenemos un vecino también, cuando se lo dice así: [pa a que su esposa ya no tenga más hijos] dice: 'la mujer ha tenido para que tenga hijos, la mujer por algo tiene esposo, para que tenga cualquier cantidad de hijos, hasta vieja'. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado urbano)</i>
Falta de compromiso con la responsabilidad que representan los hijos	<i>La negativa de los varones al uso de métodos anticonceptivos las asocian las mujeres en buena medida al hecho de que finalmente son ellas quienes enfrentan las preocupaciones y problemas que acarrearán los hijos, ya pues, hay veces que nuestro marido no quiere ¿d? pero hay que tratar de convencerle, de hacerle entender las cosas de que como sufren nuestros hijos, tanto el hijo como la mamá porque el hombre muy poco, con salir a, a veces se va al peón, ya la mamá es la que queda con los hijos a sufrir. (Shatoja, El Dorado. Centro poblado urbano)</i>

Efectos secundarios asociados a los métodos anticonceptivos

Hemos señalado que en muchos testimonios encontramos que las mujeres muestran una gran flexibilidad en la elección de los métodos anticonceptivos a utilizar, siendo capaces de pasar de uno a otro en busca del que mejor les asiente. En ese sentido, afirmamos que los efectos secundarios no siempre se constituyen en un obstáculo insalvable para persistir en el uso de métodos anticonceptivos modernos; sin embargo, en algunos casos, esto sí aparece como dificultad. A continuación, presentamos los efectos y temores que las mujeres identifican en relación a los diferentes métodos. Se puede observar que en una buena proporción estos coinciden con aquellos reconocidos por el sistema médico oficial.

Efectos reconocidos por las mujeres	Efectos reconocidos desde la perspectiva biomédica
Pildora <ul style="list-style-type: none"> • Dolor de estómago • Dolor de cabeza • Dolor de cintura • Manchas en la cara • Náuseas • Pérdida de peso 	Pildora <ul style="list-style-type: none"> • Malestar estomacal • Dolor de cabeza • Sangrado entre reglas • Cambio de humor
T de cobre <ul style="list-style-type: none"> • Temor a que no sea eficaz • Heridas • Descenso • Dolor • Ardor • Hemorragias y sangrado antes de tiempo • Pérdida de peso 	T de cobre <ul style="list-style-type: none"> • Puede salirse, especialmente durante el primer mes • Existe mayor posibilidad de inflamación pélvica si la usuaria contrae una enfermedad de transmisión sexual • Sensación molesta después de la inserción del DIU • Los periodos menstruales pueden ser más copiosos y prolongados.
Ampollas <ul style="list-style-type: none"> • Descensos • Dolor • Aumento de peso 	Ampollas <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en los patrones de sangrado menstrual Sangrado leve entre los periodos y después de un año con frecuencia amenorrea. • Dolor de cabeza • Aumento de peso
Condón <ul style="list-style-type: none"> • Palidez del varón 	Condón
Norplant <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones de peso • Granitos 	Norplant <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el sangrado menstrual (sangrado leve entre periodos, goteo o amenorrea) • Dolor de cabeza

■ ¿Cómo actúan los métodos en el cuerpo de las mujeres?

La mayoría de testimonios expresan desconocimiento en relación a cuál es la acción de los métodos anticonceptivos en el cuerpo.

Todas nos cuidamos, pero no sabemos cómo actúan los métodos en el organismo de la mujer.

El médico nos dice cuál es bueno para nosotras y eso usamos. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

Sin embargo, se manifestaron algunas ideas:

Método	Acción en el cuerpo
Píldora	<i>La píldora desvanece el semen del hombre</i> (Tabacosos, Lamas. Centro poblado urbano)
T de Cobre	<i>La T de cobre está amarrado al cuello del útero</i> (Tabacosos, Lamas. Centro poblado urbano) <i>Bueno ¿de la T de cobre? Bueno, yo pienso que la T de cobre impide que el espermatozoide ingrese por las trompas y se de el embarazo</i> (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)
Ampollas	<i>La ampolla le envenena el cuerpo para que no salga embarazada</i> (Tabacosos, Lamas. Centro poblado urbano) <i>Este, sobre esos, pues son hormonas que nos ponen a la mujer ¿no? que tienen que mejor dicho, matar a los óvulos de la mujer, creo que al espermatozoide no, claro le mata al, al a los óvulos de la mujer este cuando ya se tiene relaciones ya, del hombre se va pero ya no, ya no mejor dicho ya no hay una evolución, un... como se puede decir... ya no hay mejor dicho un embarazo, así es</i> (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)
Ligadura	<i>En el cuello del útero le cortan y luego le amarran</i> (San José de S.Sa, El Dorado. Centro poblado rural) <i>Ahi es donde le trozan a las trompas de falopio como se dice, y ahí le impide pues que entre ya al óvulo de la mujer y no poder embarazar</i> (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano) <i>Yo pienso que la ligadura, lo amarran a las trompa de falopio ¿no? para que el espermatozoide del hombre no ingrese hacia los ovarios, y le encuentre con el huevo de la mujer ¿no?, que es el, el... o sea el huevo de la mujer pues</i> (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

b) Uso de métodos anticonceptivos tradicionales

Además de los métodos anticonceptivos modernos también se registra el conocimiento de una serie de recursos tradicionales en relación a la anticoncepción. Sin embargo, su práctica parece ser más limitada: el 12.1% de mujeres unidas en el departamento usa algún método tradicional (ENDES 2000), mientras que en el caso de las participantes de los autodiagnósticos la proporción es de un 14%. Como se puede observar en las cifras de la ENDES 2000, de los métodos considerados en este grupo el más utilizado es el ritmo (abstinencia periódica) 11.5%, el retiro representa el 0.6% y los métodos denominados folklóricos el 3.0%.

■ Método del ritmo

Las explicaciones que se realizan del método del ritmo o calendario son en su mayoría acertadas. Hecho que corrobora el estudio realizado por el Population Council. Sin embargo, existe otro grupo que maneja una idea diferente sobre los días en que hay riesgo de quedar embarazada, perciben que durante la regla habría peligro de quedar embarazadas, algunas debido a concepciones etnofisiológicas particulares y otras que explican la cuenta de los días de manera equivocada.

Concepciones sobre la menstruación en relación al periodo de la fertilidad

Una primera concepción opuesta a la lógica del método del ritmo es la explicación etnofisiológica que no pocas mujeres en diversas localidades elaboran sobre la menstruación. Según dicha

concepción, el útero/cuello del útero/ovario (se mencionaron estos diferentes órganos -pero uno por vez-) se abre para que baje la sangre, esta apertura produciría a la mujer una mayor probabilidad de quedar embarazada.

Cuando uno está menstruando, el cuello del útero siempre se encuentra abierto y hay mayor facilidad de encontrarse embarazada una. Supongo que, porque sale del útero pues, la regla. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado rural)

Los días correspondientes a la menstruación serían, dentro de esta lógica, días de peligro de embarazo.

Por otro lado, el periodo de la menstruación se considera un momento de vulnerabilidad del cuerpo de la mujer en el cual no es recomendable que mantenga relaciones sexuales porque esto le podría ocasionar lesiones tales como el prolapso e inflamaciones.

Finalmente, otra concepción cultural que considera inconveniente que la mujer mantenga relaciones sexuales los días de la menstruación, es aquella que le adjudica a la sangre de la menstruación cualidades contaminantes. En relación con esto, se levantan varias prohibiciones a la mujer que pasa por este proceso, entre ellas figura la de no mantener relaciones sexuales porque podría perjudicar al varón en sus actividades de caza y volverlo haragán.

Al hombre cazador le hace daño la relación sexual; cuando se está con la regla, ya no caceca añuje.

El hombre no quiere porque le vuelve haragán. (Zapatero, Lamas. Centro poblado rural)

Relación con los establecimientos de salud

Los testimonios manifestados por las mujeres en relación al tema de los servicios de salud y la planificación familiar, sugieren la primacía de una visión positiva. La mayor parte señala que les dan un buen trato.

Yo también siempre me voy [al puesto de salud], y me tratan bien, me ponen mi inyección, me hacen algunas preguntitas y me despachan. (Shatoja, El Dorado. Centro poblado urbano)

Una ventaja que destacaron fue la información que recibieron de los servicios.

La gran mayoría de mujeres nos cuidamos con algún método, la obstetriz nos explica de todos los métodos y nos hace escoger para una misma elegir el método que queremos. (Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)

Sí, todo, la forma cómo te cortan, cómo le amarran al cuello del útero, todo nos han explicado, cuando uno va a nuestro control de planificación familiar ahí nos explica el doctor cómo es para no dejar ser engañadas por

otras personas. Ellos nos indican bien cómo es, qué nos sucede durante el tiempo de la ligadura y uno ya en el momento que nos van a ligar, uno ya conoce ya, pues. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado rural)

Sin embargo, es importante recordar que cuando se indagó acerca del funcionamiento de los métodos en el cuerpo de la mujer, no se encontraron mayores explicaciones al respecto.

Otra ventaja destacada en una localidad fue el acceso gratuito.

Todo nos dan gratis, no se paga nada. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

ABORTO

El aborto es una realidad, al parecer, bastante frecuente en la región. No se cuenta con cifras estadísticas al respecto, pero los testimonios de las mujeres sugieren que se trata de una práctica que les resulta familiar como estrategia para impedir el nacimiento de hijos no deseados (relatan experiencias propias, pero fundamentalmente experiencias de otras mujeres de sus comunidades).

Las mujeres en este tiempo que se embarazan y no quieren tener hijos, lo primero que hacen es mandarse a poner inyecciones y muchas veces ir al doctor para mandar extraer. (Sauce, San Martín. Centro poblado urbano)

Las mujeres elaboran una clara distinción entre lo que son abortos inducidos y espontáneos. En ambos casos se considera que se trata de problemas de salud reproductiva, debido a sus posibles consecuencias. Nos referiremos a los primeros en tanto fueron asociados por las mujeres a mayores complicaciones.

De acuerdo con los testimonios de las participantes de los autodiagnósticos, las mujeres que recurren al aborto son de diversas condiciones, solteras, casadas, jóvenes, adultas... sin embargo, enfatizan que quienes más recurren a esta práctica son las mujeres jóvenes y que no tienen una pareja estable (habría que tener en cuenta que se trata de la versión de mujeres en su mayoría no jóvenes y que probablemente prefieren referirse a casos que no las atañen directamente). Las principales motivaciones de este grupo de mujeres serían el no truncar sus estudios, evitar las responsabilidades que representa un hijo y que no están en condiciones de enfrentar (sobre todo si se tiene en cuenta que la mayor parte de las veces la pareja no se hace cargo), evitar la vergüenza que representa ser madre soltera y evitar conflictos con los padres.

En menor proporción, también se señala el caso de mujeres casadas o con pareja estable que lo harían principalmente porque ya no quieren tener más hijos.

La mayoría de testimonios hacen referencia a abortos inducidos a través de la ingesta de vegetales (amargos) algunas veces mezclados con Mejoral o Antalgina, también se señalan la introducción de ciertos vegetales en la vagina. Además, se señala el recurso de las inyecciones o ampollas.

Escucho que toman vegetales, dumbó, cocinados, su hojas de cocinado, otras toman este Mejoral con café, otras toman, semilla de palto bien

hervido, hervidito [...] de toda cosa escucha ¿no? (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

...yo he visto a una señora que le gustaba hacer sus abortos; esa señora se puso la "yuquilla", no sé si debes conocer, se fue así poniéndose la yuquilla de costumbre nomás, que en paz descanse, dice, fue a leñar y se cayó y según dicen, la yuquilla se había introducido dentro de la vagina y según la yuquilla ha ido a estropear adentro, esa señora ha muerto escurriendo hediondo.

- ¿Cómo es la yuquilla?

La yuquilla es un palito así blanquito pero afecta, por ejemplo, si te estás haciendo algo en tu cuerpo, te da igual que la picadura de la candela y todas esas cosas usaban antiguamente las mujeres ¿no? (Pinto Recodo. Centro poblado rural)

Muchas veces son las mismas mujeres las que se realizan el aborto, pero también se menciona con frecuencia la asistencia de comadronas o parteras.

El riesgo de complicaciones por someterse a un aborto con personas no capacitadas es una circunstancia que las mujeres participantes de los autodiagnósticos identificaron, sin embargo, se percibe como algo difícil de transformar debido a la escasez de recursos económicos que les impiden hacer uso de otros servicios a los que sí acceden otras mujeres con mayores recursos económicos.

Los que abortan en manos de comadronas y sanitarios corren riesgo y cuando hacen los doctores es más seguro, pero cobran caro, los que recurren a las comadronas es por falta de dinero. (Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)

Las complicaciones mencionadas con más frecuencia por las participantes de los autodiagnósticos fueron: en primer lugar, las hemorragias.

Isabel tenía 19 años, se encontró por segunda vez embarazada, en esos días que el compañero suyo que pensó tenía esposa y ella era amante. Trató de extraer el feto, buscó medios, se inyectó ampollas, producto de eso la hemorragia la mató. (Sauce, San Martín. Centro poblado urbano)

También se mencionan las infecciones vaginales y descensos, se señala que la mujer luego de un aborto queda debilitada y algunas veces con anemia.

Un efecto problemático que sólo aparece con una mención es la posibilidad de ir a la cárcel, pero refieren que es poco frecuente. También señala que la ilegalidad del aborto las limita para buscar ayuda en los servicios en caso de complicaciones; sin embargo, algunas dicen que en caso de complicaciones se acude al hospital.

Otras se ponen ampollas fuertes, otras usan yerbas venenosas y así sucesivamente. De eso vienen las hemorragias muy fuertes que la sangre

no quiere detener hasta que otras las llevan al hospital y ahí las sanan.
(Sauce, San Martín. Centro poblado urbano).

DESCENSOS / AGUAS BLANCAS / FLOR BLANCA

En el proceso de reflexionar con las mujeres participantes de los autodiagnósticos sobre sus problemas de salud reproductiva, el descenso fue destacado con especial incidencia por la mayoría de ellas como un problema que afecta en gran medida su vida y su salud. Este problema fue elegido como el más importante en 7 de los 15 autodiagnósticos realizados en la región; además, en dos de ellos se eligió "inflamación al vientre o vagina" que se describe de manera similar y en otros cuatro el problema se ubicó entre los tres de mayor votación. El estudio de prevalencia de infecciones genitales desarrollado en el marco del proyecto ReproSalud corrobora la existencia de un porcentaje importante:

Prev. Total	RPR(*)	Cervicitis	Tricomonas	Vaginosis Bacteriana	Gonorrea	Candida
78.4%	3.8%	40%	3.8%	29.5%	...	1.3%

(*) Prueba rápida para el diagnóstico de sífilis

Las denominaciones utilizadas por las mujeres para referirse al problema además del término descenso son: agua blanca y flor blanca, en este documento utilizaremos el término *descenso* por ser el de uso más extendido.

Cómo se producen los descensos

El descenso¹² es considerado por las mujeres como una enfermedad.

Una enfermedad de la vagina, que deja manchas blancas o amarillas. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado urbano)

Las explicaciones fisiológicas que elaboran las mujeres para describir el origen y el recorrido que hace el descenso al bajar distan de ser uniformes en cuanto a identificación exacta de los órganos involucrados; en el caso del origen se señala el vientre, los ovarios, el útero y el cuello del útero; y para señalar por dónde baja, la mayoría coincide en que es por la vagina.

Bueno yo diría que nace de nuestro vientre, de los ovarios, del cuello del útero; de allí nace y viene por la vagina. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

Me parece que baja por la vagina, digamos... sale del Utero y... viene por la parte de la vagina, por lo que se orina... no sé. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

¹²El flujo es una expresión de dicha enfermedad y al parecer es la característica más importante (o visible para ellas) y como tal le da el nombre a la enfermedad.

Sin embargo, aun cuando no se identifican los órganos de manera uniforme y exacta, se observa en sus explicaciones una clara identificación (bastante recurrente) del flujo de descensos como producto de una irritación inflamación o herida de los órganos internos (reproductivos) de la mujer.

Los descensos nos provienen de las heridas o úlceras que tenemos en el cuello del útero. (Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)

Las causas que pueden ocasionar dichas inflamaciones, irritaciones o heridas son diversas. Un ámbito particularmente destacado es el referido a problemas y procesos reproductivos (aborto, parto, complicaciones en el parto). Al parecer, se trata de momentos de vulnerabilidad y debilitamiento de los órganos involucrados que son particularmente propicios para los descensos.

Por otro lado, la relación de los descensos con las heridas internas no es considerada unidireccional; algunos testimonios señalan que si bien la herida produce descenso también el descenso puede agudizar las heridas en un espiral de agravamiento.

Como la diarrea del bebé le carcome su ano, así el descenso carcome el cuello del útero y tienes el descenso. (Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)

Además de la heridas, inflamaciones e irritaciones, otras causas que se mencionaron para explicar el descenso tienen que ver con la higiene, el contagio sexual, el frío y el consumo de alimentos blancos.

Causas de los descensos

Heridas, inflamaciones e irritaciones internas	<p>Las cuales se asocian a las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fuerza excesiva durante el proceso del parto - Partos sucesivos - Uso de la T de Cobre - Mantener relaciones sexuales estando delicado el cuello del útero - Retención del placenta - Abortos realizados en condiciones de riesgo - Embarazo - Exponerse al calor o trabajo intenso - Consumo de alimentos irritantes - Prolapso - Muchas relaciones sexuales - Falta de cuidado luego del puerperio o <i>desmando</i>.
Microbios / Contagio / Falta de higiene	Este eje explicativo asocia al descenso con la presencia de parásitos y microbios que son transmitidos por contagio del esposo infiel, el cual tendría relaciones con mujeres enfermas. En estas circunstancias, el desarrollo de la enfermedad se ve favorecido, además, por la falta de higiene luego de la relaciones sexuales.
Frío	Se explica que habría un resfrío de los órganos femeninos, generalmente asociado a situaciones de trabajo intenso en las que la mujer tiene que lavar en los ríos o tiene contacto con la lluvia.
Consumo de alimentos blancos	Se trata de alimentos como el arroz y la yuca, los cuales se identifican como causa de la enfermedad por una asociación de la consistencia y color de los mismo con el flujo del descenso

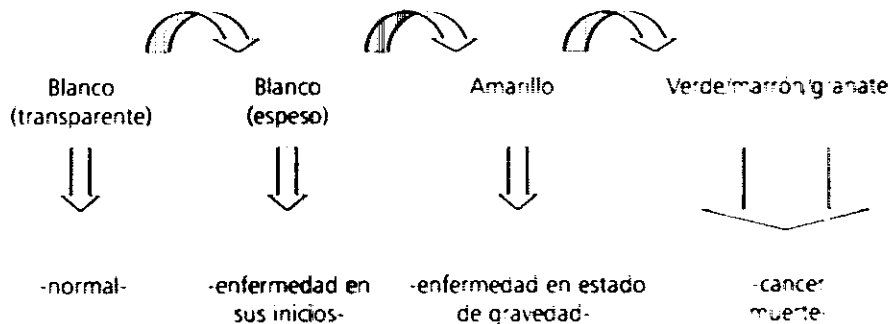
Tipología de los descensos

El flujo denominado descenso se describe en función a diversas características, principalmente el color, pero también la consistencia, la cantidad y el olor. Son dos los tipos que se identifican en la mayoría de autodiagnósticos: el blanco y el amarillo. También se hace referencia a descensos verdes (*verdosos, verduscos*) y en menor medida a descensos marrones o granates. Estos diferentes colores siguen una progresión que se asocian a diferentes niveles de gravedad.

En principio, no es amarillo señora, sino medio transparente, entonces cuando ya va avanzando se hace blanco espeso, poco a poco ya se pone amarillo. También cuando es más grave se pone amarillo. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado rural)

Bueno, cuando uno está enferma primero te baja unos líquidos blancos, y ya no claro, unos líquidos espesos y luego últimamente, según me cuentan las mujeres, vienen unos líquidos blancos más oscuros ya; cuando ya no se tratan vienen los líquidos color verdusco o más amarillo y huelen feo. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

La progresión de la enfermedad y gravedad según las mujeres es como sigue:



a) Descenso blanco

No existe una idea homogénea y clara en relación al flujo normal y a partir de cuándo se considera enfermedad. En la descripción del descenso blanco se encuentran versiones en que este es descrito como un flujo normal que le da a toda mujer; otras, que diferencian lo que sería el flujo normal (descenso blanco claro o transparente) de lo que sería un primer momento de la enfermedad (descenso blanco espeso) y, finalmente, quienes identifican un sólo tipo de descenso blanco como enfermedad. Sin embargo, aun cuando es considerado enfermedad, el descenso blanco se percibe como de baja gravedad y, según manifiestan, baja en poca cantidad, sin color ni olor. Usualmente no les impide realizar sus actividades cotidianas.

El blanco es así que te baja poquito, a veces uno se siente tranquilo con eso, digamos no huele, cuando te baja en cantidad me imagino que ya cambian las cosas. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

El descenso blanco no viene así con dolor, nos baja simple, normal, y se pueden hacer cosas: se puede caminar, hacer nuestras cosas normales ¿no? cualquier cosa se puede hacer, como te vuelvo a repetir, no es un descenso con dolor ¿no? (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

b) Descenso amarillo

Este tipo de descenso es unánimemente reconocido como un estado agravado (*apeorado*) de la enfermedad acompañado de malestares como una humedad abundante y constante, dolor y olor desagradable. Se manifiesta que en esta etapa del descenso la mujer tendrá dificultades para realizar sus actividades cotidianas. A nivel fisiológico, el hecho de que sea amarillo se asocia con la presencia de materia por una infección interna.

... en algunos casos que tienen el descenso amarillo ya bien apeorado viene ya con bastante dolor, tiene dolores de orina y con eso ya no se está una mujer normal con ese dolor ya no se puede hacer nuestras cosas en orden o tranquila ¿no? es diferente en eso. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

El descenso es amarillo cuando ya hay pus, porque tenemos alguna enfermedad interna vaginal, una úlcera o una infección al útero. (Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)

c) Descenso verde

Este tipo de descenso es mencionado en menor medida que los dos anteriores y en general no se tiene mucha información acerca del mismo (parece ser menos frecuente). Al igual que en el caso del descenso amarillo, se manifiesta que corresponde a una etapa de gravedad del descenso. En algunos testimonios se asoció con las hemorragias y con legrados.

Menos se sabe del verde, como se sabe de esos verdes, aquí en Pinto Recodo son de los legrados que no se han curado de mamás y chicas solteras, como se dicen, que tienen fuertes descensos. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

Bueno, eso también viene de cuando se sufre de hemorragias y no se hacen curar bien, a veces queda algo de descenso verde, porque yo sabía de una señora que tenía descenso verde y se ha hecho curar y no podía sanar, le venía unas cosas verdes, la señora se ponía paños. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

Además de los colores antes mencionados, se indicaron de manera menos frecuente la posibilidad de que hubieran descensos marrones, granates, 'como agua de frijol', todos los cuales se identifican con un nivel alto de gravedad.

Relación con cáncer

Se manifiesta que cuando llega a un alto nivel de gravedad, el descenso podría derivar en cáncer, el que a su vez podría ser causa de muerte.

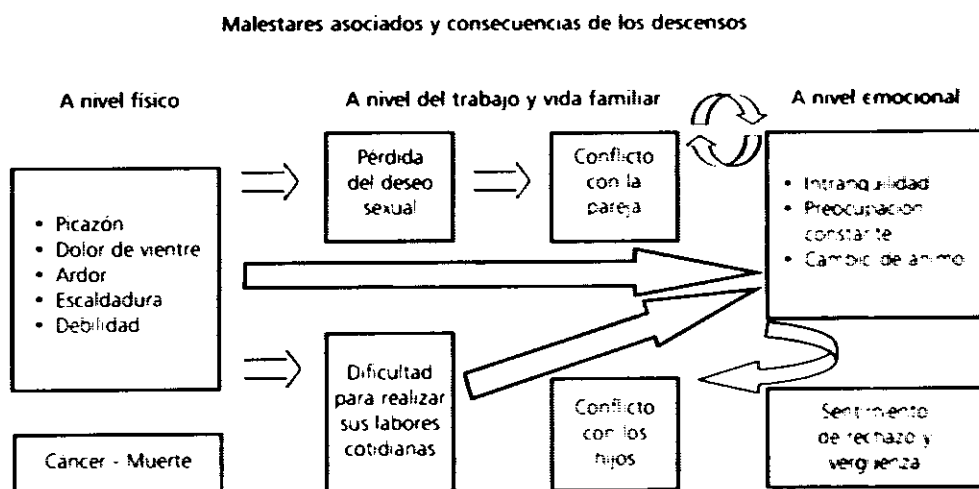
Yo creo que también tiene, por ejemplo, cuando el descenso está bien empeorado, me parece que de ahí también ya se voltea al cáncer, cuando es el descenso incurable, con el tiempo ya se hace el cáncer ¿no? (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

El cáncer se describe como un estado de agravamiento y putrefacción de las heridas internas.

Yo creo que el cáncer ya es cuando una herida que no se ha cicatrizado del descenso se ha hecho ya grande y se ha empezado a carcomerse la carne, el ovario; allí es donde es el cáncer, se empieza ya podrir, mejor dicho, y eso es lo que es el cáncer. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

Consecuencias

Tal como se observa en el gráfico, las mujeres identifican una serie de malestares físicos y emocionales en relación con la enfermedad y además dificultades concretas en el desempeño de sus labores cotidianas y su vida familiar.



Tratamiento

El tipo de tratamiento más practicado por las mujeres de la región, según manifiestan, es a base de vegetales. A este tipo de tratamiento se le atribuye eficacia, básicamente cuando la enfermedad no se encuentra en un estado de gravedad, cuando se agrava y ya presenta una coloración amarilla se considera necesario acudir a un establecimiento de salud. Sin embargo, aun cuando pasan a ser prioridad un tratamiento del establecimiento de salud, generalmente no dejan el tratamiento vegetal, muchas veces señalan el uso combinado de recursos de ambos recursos.

Después de ese legrado que yo tuve, sí, tuve un descenso medio amarillito con un olor medio feo, pero gracias a Dios mi esposo me ha hecho curar con el doctor y también he tomado remedios, remedios de aquí caseros, más que todo yo no puedo estar húmeda, porque si estoy húmeda y como estoy gordita, de allí me viene la escaldadura. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

a) Tratamiento vegetal

En los autodiagnósticos se han mencionado plantas diversas preparadas en combinaciones también bastante diversas. La ingestión por vía oral y los lavados son las formas más mencionadas de aplicación, pero además se mencionan las "ligadas" y baños de asiento.

Lavados	Se manifiesta la práctica de lavados internos y externos. Algunos testimonios señalan que no es adecuado realizar lavados internos, pero la mayoría afirma su utilidad y eficacia, sobre todo cuando son con bombillas.
Ligaduras o Ligadas	Las ligaduras o ligadas consisten en exponer las partes afectadas por la enfermedad al vapor de las hierbas medicinales.
Baños de asiento	Se remojan las partes afectadas en el agua de hierbas medicinales.

La preferencia por el uso de vegetales, según manifiestan, tiene que ver con su eficacia, pero sobre todo con su accesibilidad económica.

Nosotras primero recurrimos a las plantas porque eso no nos cuesta. (Zapatero, Lamas. Centro poblado rural)

*Tenemos mucha fe en los vegetales.
Los vegetales nos hacen gastar menos.* (Dos mujeres. A. Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

b) Tratamiento biomédico

Según datos de la línea de base del proyecto ReproSalud, sólo el 15% hicieron uso de los servicios para buscar ayuda frente a este tipo de problema. En el caso de los tratamientos prescritos en los establecimientos de salud señalan como los más frecuentes: los óvulos, ampollas, pomadas, DHF. En general, se les reconoce como tratamientos eficaces.

La enfermera nos sana con óvulos. (Rumizapa, Lamas Centro poblado urbano)

... hay varias mujeres que si se han sanado cuando han ido al centro de salud, pero continuamente cuando vienen también y le dan sus remedios y compran esos remedios si se sanan. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

Sólo en algunos casos se señala la necesidad de realizarse análisis preventivos de manera que el mal no avance y no se convierta en cáncer. El papanicolaou no es mencionado con frecuencia.

[el cáncer] creo que cuando es avanzado de repente algo pudre ya; el cuerpo y es la que queda allí la que produce el descenso que se está pudriendo y se cancera; porque nunca se manda a chequear o a hacer una ecografía, un análisis. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

... el doctor nos recomienda hacer la papanicolaou, nosotros a veces lo hacemos y a veces no y seguimos con la enfermedad. (Agua Blanca, El Dorado. Centro poblado urbano)

Por otro lado, pareciera que existe una confusión en cuanto al alcance del papanicolaou. Según observan integrantes del equipo de trabajo de ReproSalud en la región, en algunas ocasiones, las mujeres perciben el papanicolaou como un recurso para tratar y curar la enfermedad cuando en realidad se trata de una técnica de diagnóstico y prevención. Esta confusión podría haber surgido por el hecho de que en los establecimientos de salud se les ofrece este servicio cuando ellas solicitan atención para el problema.

c) "Dietar" al varón

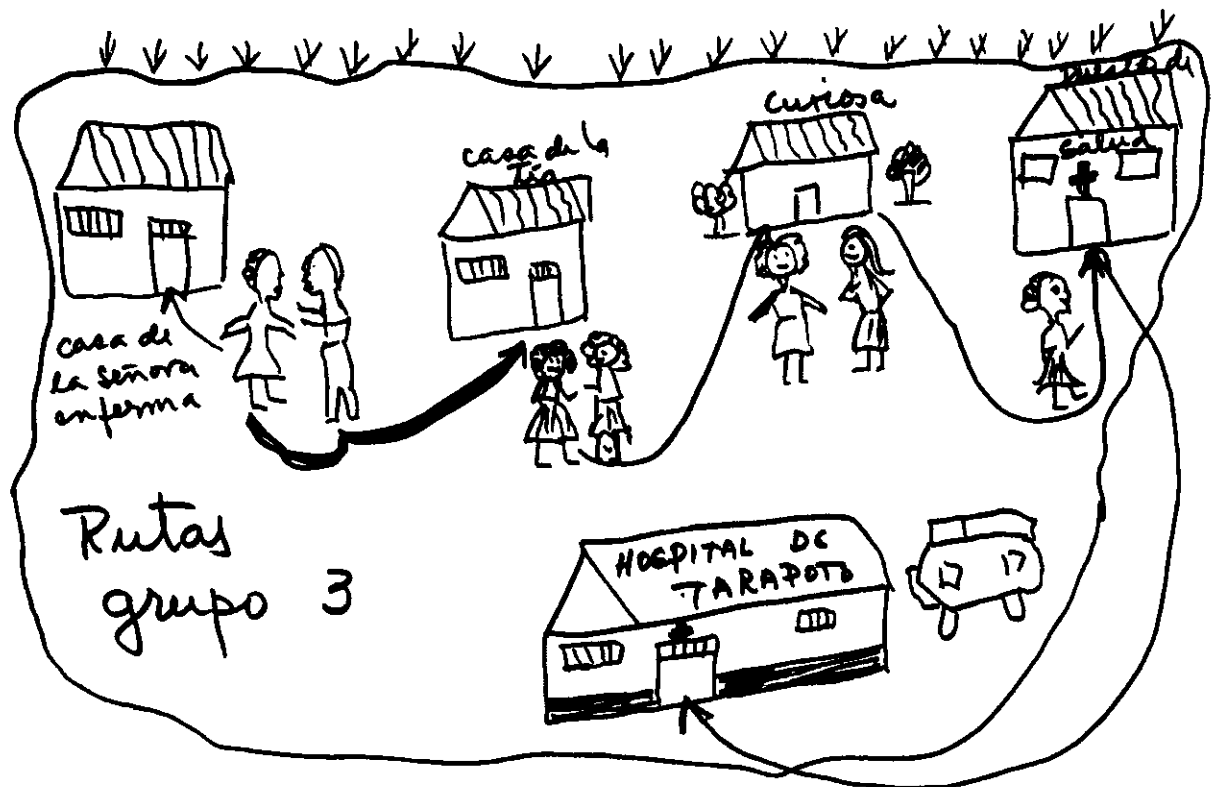
Un aspecto que señalan como algo importante en cualquiera de los tratamientos elegidos es la necesidad de "dietar" a su pareja, es decir, no mantener relaciones sexuales con él ya que esto se asocia con el agravamiento de la enfermedad.

...en una cosa el hombre es bien malo, nosotros pensamos que el hombre es un veneno cuando nosotros estamos enfermas, es igual cuando una toma un remedio te dice que no debes tener relaciones se debe dietar al hombre para que uno se pueda curar. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

... los descensos es una enfermedad que cuando sigue haciendo relaciones puede seguir avanzando ¿no?; porque de repente le afecta la herida, puede seguir avanzando la herida y debe hacerse curar bien para que tenga relaciones sexuales. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

Rutas y recursos

En el desarrollo de los autodiagnósticos realizados con las mujeres, una de las dinámicas que se implementó en la última sesión fue aquella en la que describieron las rutas que siguen (o que piensan que deberían seguir) para enfrentar el problema elegido como más importante. En esta dinámica se describen todas las instancias a las que acuden en búsqueda de ayuda para solucionar el problema y los diversos recursos que utilizan.



(Ruta graficada por mujeres de Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)

Tal como se observa en el gráfico, las principales instancias que consideran las mujeres son los recursos locales, sólo luego de intentar resolver el problema con estos y no lograrlo es que acudirían a los servicios de salud. Los recursos son:

- a) La mujer, sus propios conocimientos sobre vegetales y su capacidad para tomar decisiones.

En varias de las rutas se señala que lo primero que la mujer enferma hace es intentar solucionar el problema a partir de sus propios conocimientos de los vegetales. Además, encontramos que en la

mayoría de rutas, la mayoría de pasos implican una evaluación por parte de la mujer, de sus necesidades de salud y sus posibilidades en función de lo cual toma decisiones respecto a qué otras instancias consultar y qué otros recursos utilizar.

b) Esposo

En buena parte de las rutas se señala que la primera persona a quien la mujer informa de la enfermedad es el esposo. En casi todos los casos éste inmediatamente recomendará la consulta a la vecina, amiga o alguna familiar. Al parecer, tiene una función fundamentalmente de consulta, esperarían además que las apoyen (les hagan curar) y además se considera importante mantenerlo informado.

Porque los dos tienen que ver; el esposo debe de saber que se va a curar y cuál es necesario para que se haga curar, como esposo debe saber todo lo que sucede a su mujer, a su señora, para que él pueda comprender los motivos. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

Sin embargo, en muchos casos señalan que la enfermedad es más bien motivo de conflicto: porque puede ser asociada con una supuesta infidelidad, porque no les creen que efectivamente estén enfermas, o porque aun creyéndoles insisten en mantener relaciones sexuales. Son pocos los testimonios que hablan de una actitud de preocupación y colaboración pero es importante señalar que también se encontraron. Un aspecto en el que se reconoce la colaboración de la pareja es en la recolección de las plantas para la elaboración del remedio vegetal.

c) Amiga / vecina / familiar mujer

Las redes sociales conformadas por las amigas, vecinas o familiares mujeres, son un recurso de particular importancia cuando las mujeres deciden buscar una solución al problema de los descendos. En casi todas las rutas aparecen entre las primeras instancias de consulta a las que acuden las mujeres. Estas personas representan un recurso para la mujer enferma ya sea como consejeras y compañía para acudir a otra instancia o como las directamente llamadas a recetar y/o preparar el remedio vegetal (esta última capacidad es una importante diferencia con el esposo por ejemplo).

d) Vegetalista / curiosa / curandero

En aproximadamente la mitad de las rutas se menciona esta instancia en la búsqueda de una solución al problema y en todos los casos se recurre a la misma cuando los intentos de la mujer por curarse ella misma con vegetales y/o cuando las recetas de las amigas, vecinas o familiares no han dado resultados. Estas personas, además de tener conocimientos sobre vegetales, en algunos casos manejan conocimientos de la medicina moderna, esto, al parecer, les da una mayor legitimidad.

*El tío José es bueno, no sólo nos receta vegetales, nos receta también ampollas, óvulos.
Él sabe porque también es promotor de salud, en el centro de salud le instruyen. (Dos mujeres. Zapatero, Lamas. Centro poblado rural)*

e) Establecimientos de salud

En todas las rutas graficadas se hace referencia a establecimientos como una instancia de consulta pero sólo en 3 de ellas se trata de la primera instancia a la que se acude en búsqueda de tratamiento, en las demás se acude luego de que el tratamiento vegetal ha fallado. En la mayoría de ellas la mujer enferma llega a un servicio de tercer nivel (hospital), luego de haber pasado por instancias de menor nivel como postas o centros de salud. El tipo de recetas que reciben en los centros de salud, según refieren, son: desinflamantes, óvulos, DHF y pomadas. Al hospital recurren en caso de gravedad (en caso de haber necesidad de someterse a análisis o cauterizaciones, por ejemplo).

La insistencia de las mujeres, en los tratamientos en base a vegetales y el dejar la asistencia a los establecimientos de salud, solo para cuando la enfermedad se encuentra en un estado de gravedad pronunciado, es una actitud que en una primera instancia ellas explican aludiendo a la falta de recursos económicos; sin embargo, parece ser que ésta no es la única dificultad de acceso a los establecimientos de salud que identifican. Encontramos que además de esto hay aspectos relacionados con sus nociones de privacidad. En varios testimonios señalan tener vergüenza de ser revisadas y sobre todo en los casos en que los prestadores del servicio son varones.

Algunas mamás tienen vergüenza de hacerse ver interiormente y por eso no acuden a un centro de salud para que se hagan un papanicolaou; no vienen porque tienen vergüenza de hacerse ver "que me va a ver ese doctor o esa obstetra", por eso es que algunas no vienen y no se hacen curar, no se hacen tratar ¿no? de sus enfermedades. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

f) Otros recursos

Además de los recursos mencionados en las rutas, al hablar de otros recursos existentes en su comunidad, en algunas localidades se mencionó que instituciones como el municipio, organizaciones de mujeres o la parroquia eran instancias que, en caso de gravedad en algunas ocasiones colaboraban con recursos económicos, movilizando a la población para realizar colectas. Sin embargo, se manifestó que la ayuda de este tipo se daba sólo en algunas ocasiones y cuando ya la persona estaba muy mal.

Sí, pero cuando ha estado viva, para su salud nada, no le han ayudado nadie, cuando han escuchado que está en su agonía de muerte, ya se han ido a apoyarlo a hacer algo, arrocito, fideito, papita, cualquier cosita, pero cuando ha estado bien, así enferma no le han apoyado nadie. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado rural)

Otros recursos mencionados de manera más tangencial fueron bodegas y tiendas en las que según dijeron podían conseguir sustancias de uso curativo como timolina, agua florida o alumbre en cualquier momento.

PROLAPSO / LISIADURA / QUEBRADURA

San Martín es uno de los departamentos de intervención del proyecto ReproSalud en el que se dio prioridad en mayor medida el problema de prolapso. Este fue elegido como el más importante en dos localidades y tuvo lugares prioritarios en la votación en 5 de ellas.

Descripción

El prolapso se describe como un tumor, bulto, bola... (etc.) que cuelga por la vagina.

Baja como un tumor por la vagina o es igual que un huevito. (Zapatero, Lamas. Centro poblado urbano)

Es como un tomatito rojo al comienzo que se siente en nuestra parte. Cuando se apeora es como una manzana. Cuelga como tripita... yo le jalaba porque quería sacarlo de una vez, pero estaba bien pegada... el mio no se sale todavía afuera, pero siento lleno en la vagina. (Chazuta, San Martín. Centro poblado urbano)

Cuando yo tuve quince años tuve un niño, he sufrido tres días, a los ocho días he sentido que me bajaba una cosa como si fuera globito, yo lo siento cuando hago algún esfuerzo, como si bajara mi ovario -encuentro- desde mi cintura. (Sauce, San Martín. Centro poblado urbano)

En general, no se realiza una definición clara de este tumor o bulto, algunas señalan que se trata del ovario y una mujer en Rumizapa señaló que se trataría del útero.

Los malestares asociados a la enfermedad que se mencionaron fueron: ardor al orinar, imposibilidad de contener la orina, dolores, comezones, escaldaduras. Esta enfermedad, además, se asoció al flujo de descensos y mal olor.

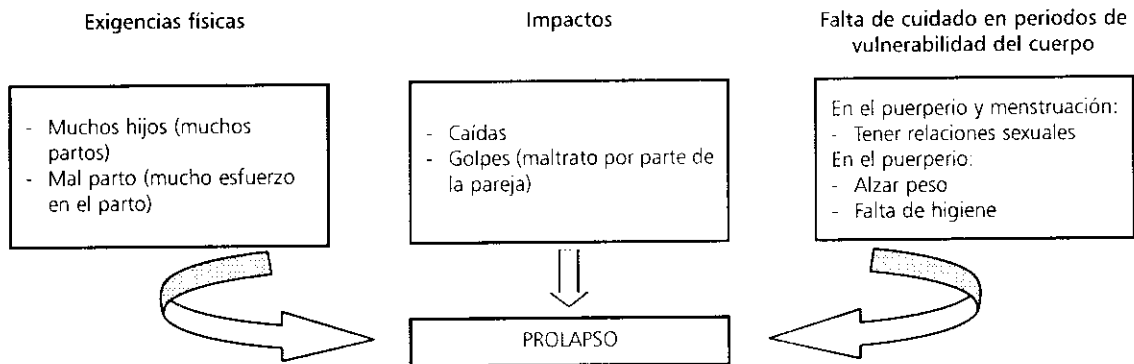
Yo siento ardores en el ovario, ardor al orinar. A veces, cuando se hace fuerza, viene la orina, cuando se rie, cuando se estomuda ishá sale! (Zapatero, Lamas. Centro poblado urbano)

Se escurre dice, di señora, cuando se tiene esa enfermedad, escurrido vives. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado urbano)

El prolapso se describe como una enfermedad que puede llegar a agravarse hasta convertirse en cáncer y producir la muerte de la mujer.

Esta enfermedad es de gravedad, se forma tumor y se cancera. El cáncer ya es lo que nos mata. (Zapatero, Lamas. Centro poblado urbano)

Causas



La mayor parte de las explicaciones elaboradas por las mujeres sobre la forma en que se origina el prolapso tienen que ver con exigencias físicas, como son los esfuerzos que demanda el proceso de parto; en ese sentido, tener muchos hijos es una causa de prioridad.

Del desmando del parto se voltea el útero, baja el útero, le llaman prolapso. (Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)

Cuando el niño nace de pie, se hace demasiada fuerza y por eso se tiene prolapso. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

Por las muchas fuerzas al dar a luz.

Cuando el útero se adelanta y cuando al nacer el bebé quedas ofendida, ahí te baja el prolapso. (Zapatero, Lamas. Centro poblado urbano)

Además, se mencionan los esfuerzos generados por sus labores diarias.

Las mujeres que no van a la chacra también tienen prolapso porque alzan peso. (Chazuta, San Martín. Centro poblado urbano)

Los esfuerzos físicos se consideran particularmente perjudiciales cuando el cuerpo se encuentra vulnerable y débil, como es el periodo del puerperio. Durante este periodo y durante la menstruación, además, se considera necesario "dieta" de las relaciones sexuales.

... a varias personas he escuchado decir que cuando se está así con la regla, se tiene relaciones, se tiene el prolapso, cuando ya va pasando los tiempos. (Shatoja, San Martín. Centro poblado urbano)

El prolapso también da cuando a la mujer que ha dado a luz el marido la fuerza. Esto se debe dieta tres meses, ahora con las justas se dieta 45 días. A una señora, a los 17 días de dar a luz, su esposo le hizo relaciones y le dio el prolapso. (Sauce, San Martín. Centro poblado urbano)

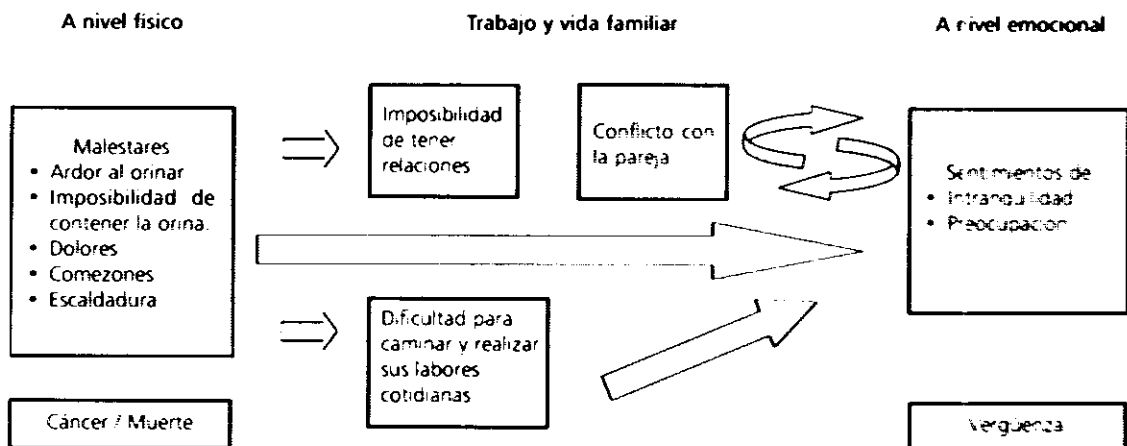
En el puerperio, además, se considera necesario guardar otro tipo de cuidados que se relacionan con la higiene y la temperatura para evitar el prolapso.

Finalmente, las caídas y golpes son otra causa identificada, al mencionar los golpes se señala el maltrato por parte de la pareja.

El prolapso le puede dar a todas las mujeres por una caída fuerte o un buen resbalón, ya puedes tener prolapso. (Tabalosos, Lamas. Centro poblado urbano)

Puede ser también por maltrato, cuando el marido les pateo en la vejiga. (Zapatero, Lamas. Centro poblado urbano)

Malestares asociados a la enfermedad y consecuencias.



Al igual que en el caso del descenso y tal como se observa en el gráfico, los efectos del prolapso se extienden a diversas esferas de la vida de las mujeres. Además de afectar su bienestar físico, afecta su trabajo, sus relaciones con su pareja y les causa sentimientos de intranquilidad y vergüenza. Este último es un aspecto crítico pues dificulta el tratamiento temprano de la enfermedad.

Se mezquinan de hablar, de vergüenza no quieren hablar lo que tienen, recién empeorando hablan, recién cuando les baja agua hedionda. (Chazuta, San Martín. Centro poblado urbano)

Nunca cuentan cuando tienen quebradura, calladas norr ás están. Cuando sufren de eso, las mujeres ocultan su mal, yo tengo pena de contar mi enfermedad. (Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)

Tratamiento

a) Los vegetales

Al igual que en el caso de los descensos, el primer intento de curación de la enfermedad es con los recursos del sistema médico local; es decir, a través de preparados vegetales, en varias localidades hablan de purgas, también se mencionan las aplicaciones externas (emplastos) y los sudores.

El médico vegetalista le convida purga, le hace emplastos de estas resinas en la vejiga y en la rabadilla. (Zapatero, Lamas. Centro poblado urbano)

Se toma chuchuhuasi bien cargado y eso le jala o sea le suspende. (Chazuta, San Martín. Centro poblado urbano)

b) Dieta de relaciones sexuales

Dentro de lo que son las prescripciones del sistema local, un aspecto importante que se considera debe formar parte de todo tipo de tratamiento es la dieta de relaciones sexuales.

Si no dietas el uso sexual es mejor que prepares tu ataúd. (Zapatero, Lamas. Centro poblado urbano)

Sin embargo, es una práctica que enfrenta serias dificultades para llevarse a cabo debido a la resistencia de los varones a respetar el periodo de abstinencia sexual.

Además, en una localidad (Zapatero) también se menciona la dieta de ciertos alimentos como la manteca y la sal.

c) La operación

En algunos casos se menciona que los tratamientos vegetales son efectivos, pero la mayoría reconoce la necesidad de recurrir a la operación en un establecimiento de salud para lograr una solución definitiva.

[con vegetales] algunas sanan y otras no, más es lo que sanan con operación. (Zapatero, Lamas. Centro poblado urbano)

Según manifiestan algunos testimonios, el recurso de la operación es ahora más utilizado que tiempo atrás.

Ahora en este tiempo se operan ya pues. porque he tenido una, mi nuera ha tenido esa enfermedad, le han operado y está bien ahora. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado urbano)

Sin embargo, parece ser que aun cuando la situación está cambiando, persisten importantes resistencias como el temor frente a este tipo de intervención.

Tienen miedo de la operación, no quieren ir al hospital. (Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)

V. RECURSOS DE SALUD DE LAS MUJERES

Las mujeres de la región manifiestan hacer uso de recursos diversos en el cuidado de su salud. Mencionan tanto recursos del sistema médico local como aquellos del sistema oficial

Recursos del sistema médico local

De acuerdo con lo mencionado por las participantes de los autodiagnósticos al describir las rutas que siguen al enfrentar los problemas de salud reproductiva que las aquejan son las personas de su entorno inmediato (esposo, amigas, vecinas y familiares) y/o prestadores de servicios del sistema local (vegetalistas, curiosas, parteras), a quienes primero acuden. En la mayoría de los casos, sólo cuando no se encuentra solución en estas instancias o cuando el problema pasa a un estado crítico, es que se considera necesario acudir a un servicio de salud del sistema oficial.

Establecimientos de salud

La percepción que las mujeres participantes de los autodiagnósticos tienen de los servicios de salud, dista de ser homogénea. Se presentan posturas diversas, podemos encontrar posiciones que expresan un rechazo tajante, otras que expresan aceptación y otras que reconocen aspectos tanto positivos como negativos en los servicios. Pero haciendo un promedio general de lo manifestado se podría afirmar que existe un nivel elevado de aceptación (sobre todo si se contrasta con lo manifestado por mujeres de la región andina).

A continuación, presentamos los diferentes aspectos sobre los cuales las mujeres se expresan al describir su relación con los servicios de salud, organizados en tres categorías: el acceso económico, la interacción entre proveedores y usuarias y los aspectos técnicos y logísticos.

a) Acceso económico

El factor económico es la dificultad que las participantes de los autodiagnósticos mencionan de manera más frecuente para explicar por qué no acceden a los servicios de salud del sistema oficial.

Si además aquí (en el establecimiento de salud) no nos quieren atender mientras que no tengas dinero, no tengas algo para que vendas. (Agua Blanca, El Dorado. Centro poblado urbano)

Un aspecto importante de mencionar en relación con esto es que en la lógica de gasto de la economía familiar se da generalmente prioridad de otras necesidades y no necesariamente la salud, aspecto que Jeanine Anderson señala, en el estudio complementario³ realizado en el marco del proyecto ReproSalud, como una característica de sociedades rurales en general. A lo que se

³Modelos de calidad de atención de salud desde las usuarias rurales y los proveedores de servicios

suma un postergamiento de las necesidades de las mujeres tal como lo señala el siguiente testimonio.

Lo que se sufre acá en el pueblo señora es que no se tiene cómo comprar nuestras medicinas aunque uno desea porque a veces ni el producto se vende [...] por eso uno lo que no puede curarse, no puede comprar lo que uno desea, algunos se desea irse no al hospital porque también los hijos en el colegio nos piden algunas cosas y que solamente para ellos se trabaja y para uno que no hay. (Agua Blanca, El Dorado. Centro poblado urbano)

b) Interacción entre proveedores/as y usuarias

■ Trato recibido por parte de los proveedores(as)

A pesar de la relativa aceptación de nuevos conocimientos y prácticas médicos, existen otros problemas socio-culturales en la relación usuaria-proveedor(a), muchos de éstos se expresan en la relación interpersonal, entre ellos en la consulta o en la vida comunitaria. Las diferencias e inequidades culturales, sociales y en términos del poder entre la usuaria y el(la) proveedor(a) y sus respectivas culturas y grupos sociales, generan muchas veces, desde la perspectiva de las usuarias, maltrato o trato inadecuado por parte de los proveedores, lo que se presenta como un obstáculo para el acceso a los servicios.

Una vez que mi sobrina fue a dar a luz allí, la trató como una manera que no debe ser de un empleado, de una persona, una persona que trabaja así de esa forma no debe tratar así a las personas, porque un enfermo que culpa tiene un enfermo, él necesita el mejor trato de una persona que le pueda tratar y a veces te ponen mala cara, malos gestos. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

En algunos testimonios, los entrevistados asocian el maltrato recibido con una situación de discriminación por su condición socio económica.

Bueno, las enfermeras a veces humillan porque nos ve pobres, digo yo, a veces ¿no?, porque las ven ignorantes por eso se aprovechan de eso para humillar a las personas.

[...]

... un trabajador debe mirar a todos, siendo pobres, siendo ricos, ellos deben tratar a una persona, por algo han estudiado ¿no?, un médico debe ser amable con todos a mi parecer. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

Frente al maltrato por parte de los proveedores se encuentran posturas diferenciadas, en algunos testimonios se justifica este maltrato. Ocurre una legitimación de las relaciones de poder que existe entre ellas y los proveedores, llegando a culparse a sí mismas de este tipo de hechos, lo atribuyen por ejemplo a su incapacidad de comprender las explicaciones o a sus hábitos de limpieza.

Esto a mí me parece que está bien, porque la doctora del centro de salud a veces nos riñe para nuestro bien, porque a veces no entendemos sus consejos que nos da ella. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado rural)

O sea las pacientes tiene que estar ¿no? O sea, que hay algunas que se van a hacer su consulta no se van lavándose y por eso ¿no?, las enfermeras le riñen a las pacientes que siempre deben ir lavadas y hay algunas que no se van lavadas y ahí es lo que las enfermeras se amargan ¿no? (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado rural)

Asociada a esta actitud justificatoria del maltrato, se señala que en muchos casos aceptan este trato sin alegar nada y que así es como debía ser. La capacidad de negociar un trato apropiado desde el punto de vista de la usuaria es débil.

A veces no dicen nada, a veces también contestan; ellos también quieren igualarse a la doctora. Pero más que todo no dicen nada; callada escuchan. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano).

[no se le debe contestar a la doctora] porque cuando la doctora le dice y alguna no obedece, mejor es quedarse callada y no contestar. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado rural)

Pero también se encuentran posiciones que demandan la necesidad de que los proveedores tengan paciencia y las atiendan de buena forma.

...tiene que tener amabilidad a la gente para que nos atiendan, porque a veces la gente de la chacra no sabemos, no comprendemos ¿no?... (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado rural)

Al referirse a los problemas y describir el trato en general, suelen hacer referencia a ciertos proveedores en particular y en ese sentido, se podría aplicar la afirmación de Jeanine Anderson, quien en el estudio de modelos de calidad de atención antes mencionado señala que se suele personalizar la relación con los proveedores e identificar la calidad, eficacia y buen trato con los individuos no [con] los establecimientos o instituciones. La expectativa de una relación personal y cotidiana con el proveedor responde a la relación del usuario y el proveedor tradicional, cuya cercanía e integración en la comunidad sigue siendo la norma positiva.

Pero no todas [tratan mal], hay personas feo, medio colérica, hay otras personas y una doctora Angulo, ella es buena. Buena doctora, yo me voy donde ella. (San José de Sisa, El Dorado. Centro poblado urbano)

El equipo percibe que las señoras tienen una relación afectiva con la enfermera de la posta sanitaria, sienten que es ella como persona quien las ayuda y apoya más que el servicio de salud como tal. (Equipo regional. Rumizapa, Lamas. Centro poblado urbano)

La mayor parte de testimonios de las entrevistas de mujeres a las que se preguntó la importancia de que los proveedores compartan actividades en diferentes momentos con la comunidad (como jugar vóley, o estar en un velorio), señalaron que era algo deseable.

... ellos también, como buenos educados, deben dar un buen trato a la gente ¿no?, o sea que ellos se relacionen con la sociedad y la gente les puede decir este doctor es bien alegre o bien se relaciona con la sociedad, pero no es como algún doctor o un trabajador del centro de salud vive cerrado, metido ¿no?, dicen de repente "ese doctor no sale por no querer conversar con las personas" o no quiere este... conversar de repente porque se sobra o se sobra de que él tiene su profesión ¿no?, por eso también creo que es importante eso. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

También se encontraron testimonios de marginalización de proveedores de servicios de salud por parte de personas de la comunidad, lo cual puede ser un indicio de cierta resistencia o rebeldía contra las relaciones de poder establecidas entre usuarios y proveedores.

Yo creo que todo trabajador debe tener armonía, amistad, respeto, también acá en la comunidad y espero que a él también le respete; porque también hay "pichiruches" que se burlan también de un doctor que sea viejo, joven le empiezan a insultar y a veces el mismo doctor no le gusta a veces esas bromas ¿no? y quisiera que el doctor, las enfermeras que trabajan en el centro de salud que sea bien llevado con la comunidad. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

■ Temor y vergüenza

Las actitudes frente al cuerpo y la sexualidad en San Martín, generalmente se caracterizan por un menor grado de vergüenza y represión que en la región andina. Sin embargo, las mujeres muestran resistencia a ser revisadas (especialmente si se trata de que les revisen los genitales) y con mayor razón si se trata de proveedores varones, lo que representa una dificultad medular en la atención de problemas de salud reproductiva, tal como se ha señalado en el caso de la atención de los descendos y el parto, fundamentalmente.

En todos los autodiagnósticos se encuentran testimonios que manifiestan la preferencia por ser atendidas por mujeres en lo que se refiere a sus problemas de salud reproductiva.

c) Aspectos técnicos y logísticos

Equipamiento

Las mujeres perciben deficiencias en relación al equipamiento de los establecimientos de salud, principalmente de aquellos que se sitúan cerca de o en sus localidades (postas y centros de salud). Entre sus demandas de lo que debe mejorar en los servicios estos son aspectos destacados.

...cuando el centro de salud estuviese bien con todas sus cosas, sus instrumentos para hacer operaciones o algunas medicinas que nos corresponda a uno ¿no? y teniendo bien sus enfermeras, obstetrices bien informada, aquí seguro sí sería bien eso. (Agua Blanca, El Dorado. Centro poblado urbano)

Yo creo que aquí mayormente faltaría un -como puedo decir- un laboratorio para que así puedan ver qué enfermedades pueda tener un paciente, cómo detectar que pueda tener algo un paciente, mejor dicho ¿no?, por ejemplo, también puede haber este... para que vea algunos aparatos, para que vean si la mujer interiormente tiene una enfermedad así como cáncer ¿no?, o pueda tener alguna enfermedad más en el ovario, por ejemplo, no hay esos aparatos para que nos den esos resultados acá mismo, respectivamente ¿no?; eso es lo que aquí hace falta. También hace falta muchas otras cosas más que aquí mayormente no las tenemos o no las tienen ellos para sus trabajos respectivos. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

Tiempos de espera y horarios

Otra dificultad que manifiestan las mujeres en relación con la atención en los establecimientos de salud es que en algunas oportunidades les han hecho esperar hasta 2 ó 3 horas para atenderlas. La principal molestia que esto les causa es que se trata de tiempo que podrían invertir en las múltiples labores de las que son responsables. Por otro lado, el horario que ellas considerarían más adecuado para ir a los servicios no siempre coincide con el que el servicio ofrece. Finalmente, cuando hay emergencias fuera de los horarios de atención, muchas veces no reciben ningún tipo de ayuda, situación que las tiene bastante insatisfechas.

... en Gerillo nos atienden dentro de dos, tres horas, a veces hasta cuatro. ...me ocurrió una vez en Gerillo, que no me atendían rápido, quería regresarme lo más pronto porque a veces mis hijos cuando estaban estudiando tenía que hacerles almuerzo y a veces que no nos atienden rápido allí y eso a veces nos da cólera. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado rural)

Yo creo que [deberíamos esperar] solamente media hora, porque una hora ya es mucho estar sentada ahí esperando y se pierde su tiempo de poder hacer algo en sus casas, estando esperando mucho tiempo ya. (Pinto Recodo, Lamas. Centro poblado urbano)

Por otro lado, se encontraron quejas en relación a que no les entregan los resultados de sus exámenes de papanicolaou en un plazo de tiempo que consideren adecuado.

... una vez me he ido para que me hagan papanicolaou ¿no?, pero no me han dado ningún resultado, "no llega, no llega" nos dicen nos hacen hacer nuestro papanicolaou a todas las personas de aquí del pueblo, pero cuando nos vamos a saber nos dicen que todavía no llega, y nos olvidamos. (Agua Blanca, El Dorado. Centro poblado urbano)



GENERO Y SALUD REPROD. EN LA BAJA CALIFORNIA
MULHERES MESTIZAS

CON UN FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN DE LAS MUJERES

EN EL DISEÑO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

DE SALUD REPRODUCTIVA

Y DE EQUIDAD DE GÉNERO

EN LA BAJA CALIFORNIA

CON EL APOYO DE

EL GOBIERNO FEDERAL

Y DEL GOBIERNO DEL ESTADO

DE CALIFORNIA

CON EL APOYO DE

EL GOBIERNO DEL ESTADO

DE CALIFORNIA

CON EL APOYO DE

EL GOBIERNO DEL ESTADO

DE CALIFORNIA

CON EL APOYO DE

EL GOBIERNO DEL ESTADO

DE CALIFORNIA

CON EL APOYO DE

EL GOBIERNO DEL ESTADO

DE CALIFORNIA

CON EL APOYO DE

EL GOBIERNO DEL ESTADO

I. RELACIONES DE GÉNERO

El tema de las relaciones de género es un aspecto que incide fuertemente en la forma en que mujeres y varones experimentan procesos y problemas relacionados con su salud reproductiva. En los autodiagnósticos realizados con mujeres del departamento de Ucayali, se generaron reflexiones en las que encontramos el tema de género presente y atravesando prácticamente la totalidad de aspectos. Los hallazgos más relevantes en relación con dicho tema tienen que ver, principalmente, con los roles y responsabilidades de varones y mujeres, las relaciones de pareja y la sexualidad.

Es difícil presentar un panorama general de lo que son las relaciones de género en la región, fundamentalmente porque se trata de población heterogénea. En este departamento se encuentra población shipiba y ashaninka, así como población mestiza distribuida en zonas rurales y urbanas. Estas particularidades marcan diferencias relevantes en diversos aspectos. Los hallazgos de los autodiagnósticos nos hablan de algunos de estos elementos particulares, pero también, y en gran medida, de elementos comunes en la vida de las mujeres y en sus relaciones con los varones. Sirviéndonos de los mencionados hallazgos y de alguna información complementaria, intentaremos presentar un panorama de las relaciones de género en las poblaciones mestizas.

Nos parece relevante mirar las relaciones de género desde una perspectiva transaccional; es decir, entender que las relaciones entre hombres y mujeres se desarrollan en una constante negociación de intereses que pueden ser más o menos coincidentes y, en algunos casos, incluso contrapuestos. Los arreglos a los que se lleguen en estas negociaciones y lo favorable que puedan resultar para unas y otros dependerá, en gran medida, de los recursos con que cada uno cuente para enfrentar la negociación (son recursos particularmente importantes: la educación, el nivel de acceso a información, el acceso a recursos económicos, etc.). Es un dato generalizado que en mayor o menor medida los arreglos y negociaciones en las diversas sociedades suelen ser favorables a los intereses masculinos ya que los varones generalmente tienen mayor disponibilidad de recursos de todo tipo. Las sociedades sobre las que vamos a tratar no escapan a esta norma.

Veamos en primer lugar el arreglo que tiene que ver con la distribución de roles al interior de la pareja:

Roles y responsabilidades de varones y mujeres

Para el caso de las poblaciones mestizas, en los autodiagnósticos se señala que las mujeres tienen una labor importante en el plano reproductivo; es decir, se encargan de preparar los alimentos, limpiar la casa, lavar, cuidar de los hijos y la pareja, y también se menciona su participación en labores productivas como son las labores de la chacra.

La labor fundamental de los varones es en la chacra y también trabajos estacionales que implican alejarse de sus poblados por periodos de tiempo largo.

Entre las mujeres mestizas se encuentran testimonios en los que nos hablan de una fuerte expectativa del varón como proveedor de recursos, aun cuando se trata de un mandato con el que éste no siempre cumple.

Relaciones de pareja e inestabilidad

Una primera característica importante respecto a las relaciones de pareja en la región, es su fragilidad. De acuerdo con el estudio complementario de Patricia Ruiz Bravo, realizado en un centro poblado urbano con mujeres mestizas, existe un ideal de pareja en el imaginario social, pero que es frágil en la vida cotidiana: *hombres y mujeres tienen varios compromisos y relaciones que se van definiendo a lo largo de su vida*. En asociación con esto, se señala que la familia no funciona como sistema, lo que se expresaría en el *abandono de hijos y orfandad constante*.

Según datos cuantitativos proporcionados por la ENDES, el 63.1% de las mujeres entre 15 y 49 años vive en unión conyugal y de éstas el 45.4% son convivientes y el 17.7% están formalmente casadas. Un 26.8% son solteras mientras que las viudas, separadas y divorciadas conforman el 10.1%. (ENDES 2000)

Un aspecto que se encuentra siempre presente como amenaza de la estabilidad de la pareja, es la infidelidad, la cual es socialmente aceptada en el caso de los varones. Testimonios de muchas mujeres en los autodiagnósticos manifiestan una alta incidencia de infidelidad masculina (la femenina también se menciona, pero en menores proporciones) frente a lo cual las mujeres expresan sentimientos de disgusto y temor por el riesgo de abandono con el que lo asocian.

Según afirma el estudio complementario de Ruiz Bravo, cuando se comete una infidelidad, la censura social recae generalmente en la mujer, aun cuando ésta sea realizada por la pareja. Se afirma que la infidelidad masculina generalmente se entiende en función de la mujer ya sea en el caso de la esposa que no complace a su pareja (porque no le atiende bien o porque ya no es tan atractiva) o es el de la amante que busca al varón. En los autodiagnósticos encontramos de manera muy persistente la primera idea. Tanto la infidelidad como el abandono se explican debido a que la mujer no complace al hombre como debiera.

El hombre le abandona a la mujer porque le ve más bonita a la otra y porque le complace con las cosas que él quiere, le mima, le cariña; en cambio, cuando la mujer no tiene esa atención, la otra le atiende mejor, por eso le abandona. (Nueva Requena, Coronel Portillo, Centro poblado urbano)

Al parecer, las mujeres asumen la infidelidad masculina como un estado de las cosas que difícilmente podría ser de otra manera; por lo tanto, queda como responsabilidad de ellas mantener las condiciones óptimas para que sus parejas no incurran en esta conducta. En el caso que la pareja se fuera con otra, esto se atribuye a un desempeño deficiente del rol de esposa. Un aspecto que se enfatiza como clave para "retener" al varón es brindarle satisfacción sexual. Se trata de un ejercicio de la sexualidad que hace hincapié en el placer y satisfacción del varón como el objetivo central.

Esta visión de la sexualidad femenina al servicio del varón se presenta como un serio obstáculo para la negociación entre varones y mujeres. El terreno de la sexualidad se configura como un aspecto de la vida de la pareja que el varón controla, de manera que será él quien tenga en sus manos la toma de decisiones sobre cuestiones como la capacidad reproductiva de la mujer y sobre

cuándo tener relaciones sexuales; en muchas ocasiones, al margen de la voluntad de su contraparte. En un esquema como éste las mujeres difícilmente pueden plantear sus demandas.

La sexualidad

En el plano de la sexualidad los arreglos entre hombres y mujeres se caracterizan por normas culturales que limitan las maneras en las cuales las mujeres pueden plantear sus intereses.

En los autodiagnósticos, las participantes hablan de un despertar sexual temprano y de relaciones y acuerdos que entablan con los varones, que muchas veces no tienen un final feliz para las mujeres, y más bien les traen como consecuencia embarazos no deseados en adolescentes y el "engaño", que es como denominan a la situación en la cual son convencidas por la pareja de mantener relaciones sexuales y luego, si resultan embarazadas, son abandonadas.

Patricia Ruiz Bravo, en el estudio complementario a los autodiagnósticos que realizó, por encargo de ReproSalud, en una comunidad mestiza de Ucayali: "Prácticas y representaciones de género", señala en relación con el tema que en esta comunidad, las mujeres se refieren a su cuerpo y a su sexualidad como los recursos más importantes con los que cuentan para asegurarse mejores condiciones de vida. Se daría una suerte de negociación con los varones que, sin embargo, no siempre ocurre de acuerdo con sus expectativas, siendo frecuentes las situaciones en que serían "engañadas". Esto se grafica de manera bastante clara en la situación que se da alrededor de la presencia de la base naval que existe en la comunidad. La presencia de los marinos, según señala el estudio, es una fuente de muchas expectativas para las jóvenes. Ellas consideran la posibilidad de establecer una relación estable con un marino como una forma de salir de su comunidad y con ello lograr un mejor futuro. Sin embargo, sus expectativas suelen verse frustradas ya que mientras ellas buscan casarse con los marinos, estos buscan únicamente mantener contactos sexuales con ellas y esto se mantiene así aun cuando ellas queden embarazadas, caso en el que generalmente ellos no asumen ningún tipo de responsabilidad.

Pasada la etapa de la adolescencia, una vez que las mujeres son adultas y se involucran en relaciones que ellas consideran de carácter más estable, el poder de decisión respecto a lo que sucede con su cuerpo y su sexualidad no suele cobrar mayores márgenes de autonomía. En los autodiagnósticos encontramos dos aspectos, mencionados de manera recurrente, que muestran claramente los limitados márgenes de decisión y la baja capacidad de negociación de las mujeres sobre aspectos relativos a su sexualidad: la dificultad que tienen para controlar su capacidad reproductiva y las relaciones sexuales forzadas.

Yo conozco de una familia donde la mujer quiere ir a planificarse, porque ya tiene cinco hijos,... su marido no quiere que se planifique y encima viene, le masea (le pega) y le usa (tiene relaciones con ella). (Calleña, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Esta situación tiene serias implicancias en su salud reproductiva. Algunas de las enfermedades que describen (como los descensos e inflamaciones) y algunas etapas de su vida (como el puerperio, por ejemplo) según ellas mismas afirman, requieren periodos de descanso de actividad sexual, aspecto que como ya señalamos, difícilmente pueden controlar y en ese sentido, desembocan en el surgimiento y/o agravamiento de enfermedades.

Por otro lado, el no controlar su capacidad reproductiva las lleva muchas veces a tener más hijos de lo que quisieran, situación que también identifican con una serie de problemas de salud reproductiva, entre otros efectos negativos a nivel social y psicológico.

El tema del control por parte del varón marca la dinámica general de la vida en pareja; además de estar presente en el terreno de la sexualidad lo encontramos en diversos ámbitos y uno de los mecanismos más frecuentes para ejercerlo es el maltrato.

Maltrato

Las mujeres participantes de los autodiagnósticos describen el maltrato por parte de la pareja como un problema cotidiano que afecta en gran medida su salud y su vida en general. Señalan que éste puede ser físico y también psicológico.

Es maltrato cuando nos agrede con palabras o golpes [...] También hay maltrato con palabras, golpes, lapos, patadas, correazos, puñetes en los ojos, en la boca, te jala de tu pelo. Nos bota cuando está borracho, te saca sangre golpeándote, nos bota de la cama. No te deja entrar en la cama, no te deja entrar a la casa, nos hace correr de la casa. También hay maltrato con las palabras, nos insultan, nos putean, nos conchean, nos humillan. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

El maltrato, como señalamos anteriormente, es un mecanismo a través del cual el varón intenta controlar la conducta de la mujer. Las causas más mencionadas tienen que ver con este carácter de control. En ese sentido, un aspecto particularmente destacado son los celos. Al parecer, es frecuente que se generen situaciones de violencia a causa de sospechas de infidelidad. A veces simplemente se toman este tipo de argumentos como pretextos para desencadenar actitudes violentas.

Otra situación que genera violencia es la negativa de las mujeres a mantener relaciones sexuales con sus parejas. Esto sucede mayormente cuando ellas adolecen de enfermedades como inflamaciones o descensos, situación en que les resulta doloroso tener relaciones sexuales y por lo mismo se niegan.

[las inflamaciones e infecciones] provienen por las incomprendiones en el hogar, por el esposo, cuando no se quiere dar nuestra palomita, le deja más inflamado. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

De lo anterior, entonces, observamos que el maltrato pasa por la violencia sexual y éste, en general, es un problema que sucede dentro y fuera de la pareja. En diversos testimonios se hace referencia a violaciones.

Estando sola un vecino le preguntó por su mamá. Le dijo que se fue a la chacra y el vecino abusó sexualmente y la violó. La niña resultó embarazada, los padres la botaron de su casa. (Callería, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

También es una causa mencionada de maltrato el incumplimiento de obligaciones que se consideran propias de las mujeres, como por ejemplo el no tener la comida lista.

También cuando no encuentra el desayuno hecho, él le pega, por eso, para no tener problema, la mujer debe ser buena, cariñosa en su hogar. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

El que acudan a reuniones de su organización, en algunos casos también se menciona como causa de conflicto.

Cuando se viene a la reunión también se amargan, por eso ya no vienen algunas. También cuando se sale tarde han rabiado. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Otras situaciones que generan actitudes violentas en los varones, según señalan las participantes, son: el consumo de alcohol, los problemas económicos, la incompatibilidad de caracteres en la pareja y el que tengan otra mujer.

Hay casos que cuando los maridos llegan borrachos le pegan a su mujer por celosos, por borrachos, drogadictos y por machistas. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

[el maltrato] se produce cuando hay incompatibilidad de caracteres, por falta de recursos económicos, por la falta de trabajo, cuando hay infidelidad. Muchas veces por sobreproteger a los hijos, porque sólo el esposo quiere tener toda la potestad sobre ellos. (Yarinacocha, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

También hay hombres que golpean a su mujer [...] cuando tienen otra mujer en la calle y la mujer la reclama, es allí que le pega. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Se mencionan diversos efectos perjudiciales del maltrato para la vida de la mujer, tanto a nivel físico como emocional: tristeza y preocupación constante, traumas, miedo al esposo y separación. El maltrato se identifica como causa de que se produzcan y agraven diversos problemas de salud reproductiva de los cuales el descenso, las inflamaciones y el aborto son los más mencionados.

En las explicaciones de las mujeres sobre las situaciones de violencia, se expresan, en algunos casos, actitudes justificadoras del maltrato, fundamentalmente cuando éste surge por haber incumplido con la conducta que se espera de ellas. Mencionan tener responsabilidad, además porque consideran que ellas deberían tomar un tipo de actitud 'comprensiva' para evitar que esto suceda. Esta concepción desde las propias mujeres se constituye en un área crítica importante que estaría dificultando de manera grave la posibilidad de superar el problema.

Por mala comprensión, un pequeño problema lo agrandan, no le comprende la mujer. En vez de apaciguar nos alteramos y ahí viene la

discusión y la pelea. Porque no se les obedece cuando nos dice que hagamos algo.

[...]

A veces queremos ser más que el hombre, le queremos dominar. Por conchudas nos pegan cuando llegan y no encuentran el almuerzo. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

La mujer debe ser comprensiva, debe apaciguarle esa cólera que trae de la calle. Cuando él viene de cólera se le dice, "qué te pasa mi amor, que te hice yo", a veces cuando pelea con la otra mujer viene amargo a la casa. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

En la localidad de Nueva Requena, más que manifestar posturas de sumisión frente a la pareja en las situaciones de violencia, tal como señala el último testimonio, también se expresan algunas posturas más reivindicativas del derecho a no ser maltratadas.

Cuando te achicas él hace lo que le da la gana, hay que enseñarle a respetar, si no qué enseñanza le va a dar a sus hijos, hay que frenarle. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Las medidas que toman las mujeres frente a la violencia, según afirman, son: el recurrir a la familia en busca de apoyo y consuelo. En Villa Nueva Requena se menciona que frente a la violencia contra la mujer las redes de vecinos pueden ser, en algunos casos, un recurso de defensa.

En algunos sitios le palean al hombre, por Pucallpa y aquí también señorita; una vez le han paleado a un hombre porque le estaba pegando a su señora. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Otra medida señalada es denunciar el maltrato en instituciones públicas (lo que se mencionó de manera menos frecuente). El abandono de la pareja también se considera una salida, pero generalmente se ve frenada por considerarse perjudicial para los hijos. También se encuentra entre los testimonios la alternativa de no hacer nada:

Aguantarse nomás, para no dar mal ejemplo a los hijos, para que no digan: mi mamá por loca nos ha dejado. Como estamos acostumbradas no vemos la gravedad. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

II. LOS SISTEMAS DE SALUD Y CONCEPCIONES DE BIENESTAR

Al igual que en el caso de San Martín, en Ucayali observamos que en las prácticas y conocimientos de las participantes "mestizas" hay una convivencia del sistema tradicional de salud y el sistema oficial. Sin embargo, son evidentes las jerarquías y desconfianzas que se suelen establecer entre ambos sistemas. De otro lado, la incorporación de los conocimientos de la biomedicina es sólo parcial y da cuenta, muchas veces, de inseguridades y sincretismos.

En lo que se refiere a los conceptos de bienestar y salud, se cuenta con información de los autodiagnósticos que se recogieron a través de una dinámica de *lluvia de ideas* en la que se

preguntó a las mujeres cuándo una mujer es feliz. En sus respuestas encontramos que dichos conceptos se definen en relación a diversos aspectos. Una mujer sana se describe como aquella que tiene buen humor, es alegre, tiene energía para trabajar, no tiene dolencias y es gorda.

Estar sana es trabajar, tener valor, alegría, fuerza. (Iparia, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

Una mujer sana es alegre, gorda, eso es una mujer sana (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

... no se siente ni qué clase de dolencias...

Cuando está cansada, cuando trabaja. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

A una mujer feliz, se le ve sana, está alegre con ánimos de hacer las cosas en la casa, de trabajar... criar sus animales. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Los hallazgos del estudio sobre parto realizado por el CMP Flora Tristán y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (2000), coinciden con lo anterior al señalar que para las sociedades mestizas de Ucayali: 'la salud es conceptualizada como ausencia de enfermedad o de 'dolencias' que impiden la dedicación a las actividades cotidianas' (p. 182).

Otro aspecto al que las participantes de los autodiagnósticos dan prioridad en su descripción sobre una mujer sana y feliz, es el de sus relaciones sociales. Ellas consideran indispensable mantener relaciones armónicas con las personas de su entorno social y especialmente con su pareja, para considerarse sanas y felices.

... estar feliz es estar bien de salud ¿no?, es compartir con tu esposo, con los hijos, es estar sano para estar bien con tu esposo. (Iparia, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

Gorda, chaposa, hermosa y está feliz con su marido y se siente con sus hijos feliz, no hay preocupación de nada, estás contenta con tu esposo, te sientes alegre. (Iparia, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

Cuando se introdujo el tema del dinero y la educación y si estos eran necesarios para que sean felices, las participantes respondieron en sentidos diversos, algunas consideraban que si se trataba de aspectos importantes, mientras que otras señalaban que aun sin ellos era posible alcanzar la felicidad.

Por lo descrito sobre las definiciones de salud y bienestar de las mujeres, podemos afirmar que se trata de un concepto integral que incluye aspectos físicos, emocionales y sociales.

Otro estudio¹⁴ realizado con población mestiza amazónica en el departamento de Loreto, también refiere el manejo de una concepción integral de la salud: "La enfermedad es un concepto amplio, que puede incluir molestias somáticas y psíquicas, problemas emocionales y económicos. No ser amado, dificultades en relación con otra gente, mala suerte en los negocios, holgazanería, excesos sexuales, alcoholismo, todo esto puede ser considerado como enfermedad y, por lo tanto, objeto de la acción curativa de un vegetalista". (Luna 1986: 4)

Las mujeres mestizas que participaron de los autodiagnósticos, comparten también algunas de las concepciones de las mujeres shipibas, tales como la "cutipa"¹⁵. También existiría entre esta población, la concepción de la enfermedad como producto de la acción de la brujería. Otros estudios, siguiendo esta misma línea, dan cuenta de dos formas frecuentes en que se manifiesta el ataque de la enfermedad: el robo del alma y a través de la introducción en el cuerpo de elementos nocivos, como dardos mágicos, por ejemplo.

Se menciona que la concepción de introducción de elementos nocivos en el cuerpo como causa de enfermedad está bastante extendida entre la población amazónica; en ese sentido, además de los dardos mágicos, se mencionan las flemas: "...se piensa que la enfermedad es una impureza, una cochinada, que penetra el organismo. Cuando una persona no sigue una dieta adecuada, estas impurezas se acumulan en el organismo y son la causa de enfermedad. La ayahuasca y otras plantas tienen propiedades eméticas y/o catárticas, expulsan la flema del organismo". (Luna: 1986, p.8)

III. PROCESOS REPRODUCTIVOS, MALESTARES Y COMPLICACIONES ASOCIADAS

MENSTRUACIÓN

La primera menstruación

La primera menstruación es un acontecimiento que suele presentarse en la vida de las mujeres en un contexto de mucha desinformación y en ese sentido, es fuente de temores y vergüenza.

Por falta de información de nuestras mamás, al ver la menstruación tuvimos vergüenza. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

Yo me acuerdo que cuando me dio mi regla me asusté, me daba miedo y le tuve que decir a mi mamá y ella ya me explicó. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

La mayoría de mujeres señala a la madre como la primera persona a la que se acude en busca de una explicación, se trata de un momento que consideran muy difícil por la falta de confianza que sienten para hablar de estos temas. Sin embargo, señalan que ahora las jóvenes cuentan con otras vías por las cuales informarse, como las amigas y medios de comunicación, como la televisión.

... a veces las madres no dan confianza a sus hijas, pero ahora las chicas ya saben ya, pero no por sus madres, sino por las amigas, por otras

¹⁴Luis Eduardo Luna, 1986: Vegetalismo y chamanismo entre la población amazónica del Perú

¹⁵Ver página 157.

personas o por las propagandas de la tele, que una mujer pasa por esa etapa. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Una vez que ocurre la primera menstruación, la sexualidad de las jóvenes empieza a ser controlada por las madres ya que aparece la amenaza de embarazo. Una forma de control que manifiestan es el verificar cada mes, con ayuda del calendario, que la menstruación les baje puntualmente.

Mi mamá me llamó la atención, me dijo esto sucede así, le sucede a todas las mujeres la regla, y me dijo: 'ésta es tu menstruación y de acá para adelante te voy a controlar', y de ahí me ha empezado a controlar mi mamá.

- Controlarte ¿de qué?

De que pueda embarazarme.

- ¿Cómo les controla?

El calendario pues, ese día que te toca te está diciendo pues ya estarás con tu regla. (Iparía, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

Ahora vamos a lo más importante, le dice la mamá a la niña que debe cuidarse para que no deba hacer contacto sexual, desde ese tiempo la chica ya debe tener más cuidado para no tener relación sexual con un chico, porque la niña desde ese momento ya puede quedar embarazada, están en peligro porque ve su regla. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Cómo se produce la menstruación

En relación a la parte de cuerpo de donde proviene la sangre señalan órganos diversos: el útero -es el que más se menciona-, las trompas de Falopio y los ovarios. Hay algunas que señalan que se trata de sangre que proviene de todo el cuerpo. Manifiestan que el útero se abre en esos días para la salida de la sangre y luego se cerraría.

Del útero viene la menstruación, por aquí sale la sangre, se reúne en el útero y cada mes sale por la vagina, el útero se abre en estos días para que por ahí salga la sangre. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

[la menstruación es un] *flujo de sangre que le viene cada mes.*

- ¿De dónde?

De la trompa de Falopio y del cuello uterino, al inicio se va abriendo y al final se cierra. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

La sangre que baja durante la menstruación es considerada mala, sangre de la cual el cuerpo debe deshacerse. El momento de la menstruación es visto como una depuración, un momento de limpieza del organismo y, en ese sentido, para ellas resulta peligroso que la sangre no baje. Esto se asocia a una serie de riesgos para la salud. Manifiestan que la sangre podría subir a la cabeza y ocasionar hemorragias nasales o derrame cerebral e incluso llevar a la muerte.

[La menstruación es] *una depuración de sangre, una limpieza del cuerpo.* (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

[Cuando la sangre no sale] *le da dolor de cabeza, hasta puede tener derrame, puede darle hemorragia, no ves que cuando no sale la sangre, esta sangre mala se mantiene allí y hasta puede morir.* (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Cuando mucho sube la sangre a la cabeza, se puede tener hasta derrame cerebral. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Cuando te suspende tu regla es porque estás embarazada [...]. O sino se sube la sangre a tu cabeza y tienes hemorragia nasal. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

En relación con esto, manifestaron que en los casos en que no les baja la menstruación era recomendable ingerir preparados vegetales, con el fin de que ayuden a que la sangre baje.

Cuando no veía mi regla dos meses, mi mamá decía que estaba embarazada, pero no estaba embarazada, más que la sangre no venía y ya tenía dolor de cabeza, fiebre, también la sangre venía por la nariz. Entonces, para eso hay un modo de curar que es el cuerno de la vaca con la uña de sachavaca, eso se lo hace oler. Se raspa la uña de gato y se lo quema el casquito y cuando ya está saliendo la sangre se quema y luego se lo amarra y lo haces tomar con agua de coco y le mojas su cabeza. Ahora, el cuero de vaca se lo raspa con algodón y se lo hace quemar y todo eso lo haces oler y eso va a absorber por la nariz, por su boca y le va cortar, luego le vas a dar de tomar su té de canela y eso lo sacas con su jugo de frejol y ese juguito poquito lo vas a dar y al instante viene la regla. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

También el uvo se hace hervir en el jugo de frejol y de allí sale una corteza amarga. Es una carapa que se lo hace hervir y se toma de allí ya viene la regla. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Otros aspectos a los que se refirieron la mujeres fueron las molestias y la cantidad de días de duración de la menstruación. Las molestias más recurrentemente mencionadas fueron los dolores de vejiga y cintura, también se mencionan dolor de cabeza, de riñón, mareos y fiebre. En cuanto a los días de duración, la mayor parte señaló un número de tres o cuatro, manifestaron que en un inicio podría durar más, entre siete u ocho días, pero que luego al "madurar" estos pasarían a ser tres o cuatro.

Nos da de tres a cuatro días, los primeros días es más oscuro y los últimos días más claro. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

En sus inicios dura ocho días, para luego pasar a tres días cuando se está ya maduras. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

Cuando nos da la primera vez nos duele los riñones, la vejiga, nos da ocho días, siete días, pero con el tiempo a todas las personas les da cuatro o tres días, a algunas les da con dolor de cintura. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Prácticas y concepciones

Se mencionan una serie de cuidados y prohibiciones para el momento de la menstruación, como el evitar comer cosas heladas o ácidas y el bañarse. La temperatura fría y lo ácido se asocian a que el flujo menstrual se detenga, mientras que el bañarse en el río se considera riesgoso por la posibilidad de quedar embarazadas de algún animal.

- ¿Qué cosas nos prohíben cuando estamos con la regla?

Comer ácido, helados, bañarnos también. (Iparia, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

Como dice ella, porque se mojan a veces, toca helado a veces, cuando se toma limón nos corta la sangre qué sé yo. (Iparia, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

No bañarse en el río porque puede embarazarse de cualquier animal. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Por otro lado, también se considera conveniente evitar hacer esfuerzos físicos tales como cargar cosas pesada ya que esto propiciaría que haya una mayor abundancia de flujo con riesgo de hemorragia.

Cuando cargamos cosas pesadas baja más; a veces da hemorragias cuando cargamos cosas pesadas. (Iparia, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

EMBARAZO

El embarazo es un proceso que las mujeres participantes de los autodiagnósticos en el departamento de Ucayali describen como una experiencia que encierra sentimientos encontrados y así como puede ser causa de alegría (asociada al nacimiento de un nuevo ser y la experiencia de la maternidad) también puede serlo de tristeza y conflictos. Muchas mujeres señalan que el primer hijo(a) se tuvo a temprana edad y sin planificación y por lo tanto, la experiencia del embarazo les generó temores y conflictos con la familia.

Sentimos alegría al saber que íbamos a ser madres por primera vez y tristeza porque no pensaban estar embarazadas. Además era un embarazo no deseado. (Calleria, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Cuando su papá se entera [de su embarazo] tiene rabia y está triste por su hija. Su papá y su mamá acuerdan que aborte. (Ha. de vida, Nueva Requena Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Para entender los sentimientos asociados al proceso de embarazo, probablemente haya que tomar en cuenta que los mismos están frecuentemente asociados con: la incapacidad de controlar el número de hijos que quieren tener, el tener muchos hijos, tener abortos complicados y el riesgo de ser abandonadas por sus parejas.

Cómo se produce el embarazo

Las mujeres de la región, explican el inicio del embarazo a través de la unión sexual entre el varón y la mujer.

Ahora, al respecto de la fecundación, es entre dos personas ¿no?, que hacen relaciones sexuales y en eso una se queda embarazada. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Entre los testimonios revisados no se encuentra un cuerpo de conocimientos estructurados respecto a lo que sucede en el organismo de la mujer durante la concepción y el desarrollo del embarazo. En general, se identifica que ocurre la unión entre el óvulo y el espermatozoide (*gusano*), en relación al lugar en que se realiza esta unión, se señalan diversas partes del aparato reproductivo: el útero, el cuello del útero, las trompas de Falopio y en menor medida el ovario. En ocasiones, el uso de estos términos no hace referencia a su contenido exacto.

En cuanto al desarrollo del bebé, una explicación recurrente giró en torno a las diferencias que marcaba el sexo del mismo. Se señaló que los bebés varones se formaban antes que las mujeres.

Cuando la mujer está embarazada y está esperando mujer, al mes es carne y es pura sangre hasta los cuatro meses; pero si es varón, al mes y medio ya está enterito, ya éste es el embarazo hasta los cuatro meses y sus senos de la mujer ya están empezando a llenarse, la derecha del seno es grande y el izquierdo es chico. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Probablemente en relación con esta concepción es que se considera que el bebé se mueve desde meses más tempranos cuando es varón. Lo que además, según señalan, permite a la madre darse cuenta del sexo del bebé.

Cuando es varón se mueve bastante y se le siente desde el primer mes, se le siente una bolita que late y a la mujer se le siente a los cuatro o tres meses. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

A medida que avanzan los meses se mueve y cuando se mueve nos damos cuenta si es varón o mujer. A los hijos hombres se les siente de uno a dos meses. A las hija mujeres se les siente de cuatro a cinco meses. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Además, el sexo del bebé es un aspecto que se menciona para explicar algunos cambios que ocurren en el cuerpo de la mujer y algunos malestares.

Dependiendo del sexo. Si es niño tiene malestar en la cintura y cadera. Si es niña en el vientre. (Callería, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Cuidados que se deben tener durante el embarazo

El siguiente cuadro muestra los diversos cuidados que las mujeres participantes de los autodiagnósticos mencionaron como necesarios durante la etapa del embarazo y el objetivo que tendrían desde su perspectiva:

La posibilidad de cuidarse de trabajos físicos fuertes es un aspecto frente al cual expresan dificultades. Señalan que difícilmente pueden dejar de cumplir con sus obligaciones y en ese sentido, muchas se quejan del poco apoyo que reciben de su pareja. Sin embargo, también hay algunas que expresan con satisfacción que cuentan con este apoyo.

Cuidado	Objetivo
Evitar el esfuerzo físico y los golpes	• Evitar la caída del bebé
Evitar el frío	• Parto más rápido
Ejercitarse	• Evitar que el bebé crezca mucho
Evitar las relaciones sexuales	• Evitar posibles daños en el cuerpo de la mujer que estará vulnerable
Acudir a la partera	• Acomodar al bebé cuando este está en mala posición • Recibir tratamientos con vegetales para los dolores
Ingerir infusiones de ciertos vegetales y ligadas	• Que el parto sea más rápido • Evitar la ventosidad
Control en el centro de salud	• Evitar problemas o complicaciones en el parto

Sobre los problemas que se identifican en el embarazo

Las mujeres participantes de los autodiagnósticos no enfatizaron en la presencia de problemas de gravedad en la etapa del embarazo. Hicieron referencia a una serie de malestares y síntomas de este periodo, que al parecer no los consideran como algo fuera de lo normal como son las náuseas, vómitos, mareos, dolores, sueño, pereza, cambio de carácter y antojos. No satisfacer estos últimos, según señalan, podría causar la caída del bebé.

Un problema que se mencionó como causa de preocupación fue la hinchazón de piernas las cuales, según afirman, se trata con ligadas de vegetales o con ampollas. Finalmente, otra situación que se considera problemática en el embarazo es la anemia ya que, según mencionan, genera una serie de malestares como cansancio constante, desmayos y mareos y se asocia además con la hinchazón de pies.

PARTO

Señales de que la mujer ya está por dar a luz

En algunas localidades se encuentran testimonios que hacen referencia a señales a través de las cuales se puede saber que ya llegó la hora del parto. En Nueva Requena un testimonio señala que se agitan, les bajan flujos flemosos, agua y sangre y que se les calienta la *corona* (cabeza). En la

localidad de Campo Verde se hizo referencia a diferentes maneras de percibir que ya es tiempo de dar a luz; por un lado, están las parteras, quienes *calculan por el pulso o la corona que caldea*, y por otro lado, el personal del servicio de salud: *ellos te ven la dilatación*.



Participantes de los autodiagnósticos explican el proceso de parto.

Parto en casa: la alternativa más frecuente

Según manifiestan las mujeres participantes de los autodiagnósticos, tanto shipibas como mestizas, la mayoría de partos ocurren en casa, también se encuentran testimonios que refieren atención en establecimientos de salud, pero se trata de una alternativa menos frecuente. Según la ENDES 2000, el 52.8% de partos de los últimos cinco años en el departamento de Ucayali, tuvieron lugar en casa de las mujeres, mientras que el 46.3% se dieron en los servicios de salud. La diferencia a favor de los partos en casa se acentúa notablemente en el área rural. La ENDES 1996 señala para el área rural una atención del 82.14% de los partos en casa, mientras que en el área urbana es de 43.6%.

En cuanto al agente preferido para la atención del parto, la ENDES 2000 señala que el 32.2% de partos en los últimos cinco años en el departamento fue atendido por una partera, el 19.8% fue atendido por otra persona, mientras que el 45.8% lo fue por un médico, obstetriz o enfermera. Estas cifras cambian considerablemente en el área rural. Según datos de la ENDES 96 el 39.4% de partos de los últimos cinco años fue atendido por partera, el 33.1% fue atendido por un familiar, mientras que el 19% lo fue por un médico, enfermera u obstetriz.

En concordancia con estas cifras, encontramos en los autodiagnósticos testimonios que nos hablan de una preferencia de las mujeres por ser atendidas en sus casas por una partera.

La preferencia por dar a luz en casa y con atención de la partera tiene que ver con una serie de ventajas asociadas con esto y a la vez con desventajas identificadas en la atención en establecimientos de salud.

	Ventajas asociadas al parto en casa con atención de la partera	Desventajas asociadas al parto en los establecimientos de salud
Calidad en el trato y seguimiento durante la atención.	<ul style="list-style-type: none"> • Atención personalizada, apoyo y seguimiento constante. <i>Mis diez hijos he tenido en partera porque me siento más segura. Te apoya, te da paico, te hace recibir vapor, te está mirando, te controla. En el hospital te dejan allí, agarrate y puja.</i> (Nueva Requena, Coronel Portillo, Centro poblado urbano) • Posibilidad de contar con el apoyo de la pareja <i>Por ejemplo, mis tres chicos los he tenido en mi casa, mi marido me ha ayudado para el corte de su ombligo con cuchillo.</i> (Irazola, Padre Abad, Centro poblado rural) 	<ul style="list-style-type: none"> • Maltrato <i>Ahora son maleados, antes los gringos eran buenos, ahora te pegan cuando gritamos, para que abres tu pierna!, te dicen 'harinacocha.</i> (Coronel Portillo, Centro poblado urbano) • Descuido <i>En el centro de salud ni siquiera te atienden, te dejan, en tu casa estas segura con la partera.</i> (Campo Verde, Coronel Portillo, Centro poblado urbano) • Maltrato <i>A mí me han cosido [en el hospital] como costal viejo, sin anestesia, yo he gritado.</i> (Narinacocha, Coronel Portillo, Centro poblado urbano)
Privacidad y confiabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor confianza por la familiaridad que se tiene con la partera. <i>También hay confianza en las parteras porque llegan a ser consejeras y nos dan esa amistad, de ser comadres y de los niños son sus madrinan, nos dan confianza hasta que se muera.</i> (Campo Verde, Coronel Portillo, Centro poblado urbano) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vergüenza acentuada por el hecho de que se trata de varones <i>No vamos a doctor por vergüenza, se ha tenido más confianza con una partera que con el doctor.</i> (Campo Verde, Coronel Portillo, Centro poblado urbano) • Vergüenza <i>Nos avergonzamos cuando un hombre nos mira al momento del parto, muchas veces de mala intención, por eso mejor nuestra madre nos atiende.</i> (Masisea, Coronel Portillo, Centro poblado urbano) • Vergüenza <i>Nosotros no queremos que nadie sepa cuando damos a luz. En el día tenemos más vergüenza.</i> (Masisea, Coronel Portillo, Centro poblado urbano)
Prácticas culturales	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos especiales para mantenerlas calientes y así agilizar el parto <i>La partera les da hierba, les saba la barriga. Eso es cuando está en tratamiento y para que no esté fría.</i> <i>Para que venga el dolor directo le saca su frío, le saca el aire.</i> (Nuevo Requena, Coronel Portillo, Centro poblado urbano) • Posibilidad de guardar el periodo de descanso que consideran necesario <i>Yo he tenido en mi casa y he dietado ocho días, mi esposo me ha ayudado y me ha servido.</i> (Campo Verde, Coronel Portillo, Centro poblado urbano) • Pueden enterrar la placenta <i>En la posta no vemos que le harán a la placenta, en la casa le entierra nuestro marido.</i> (Campo Verde, Coronel Portillo, Centro poblado urbano) 	<ul style="list-style-type: none"> • No les cuidan del frío <i>En el hospital todavía no me han abrigado nada, no me han dado ni mi bata, con mi ropa simple así nomás era con mi vestido, yo pense que van a dar una bata, nada, toda la noche y así con mi dolor, todavía me han puesto enema cuando ya está por nacer, cinco días con dolor y de esa manera ya no hay que ir al hospital, casi lo mata a mi bebé, oraba, gritaba y al doctor le pedía auxilio, el doctor no llegó a las siete de la mañana todavía, cuando ha llegado me han puesto ampolia, recién ha nacido la bebé, jalando todavía le han sacado, así, señorita eso es de frío.</i> (Ipana, Coronel Portillo, Centro poblado rural) • Les hacen levantarse y bañarse muy pronto <i>A los ocho días te debes levantar, en el hospital a la hora nomás te hacen caminar, en el hospital, al segundo día ya te estás yendo a tu casa a la hora que has dado a luz te dicen 'camina para que baje el a sangre', 'anda bañate', te dicen.</i> <i>En la casa no nos bañamos, solamente te haces tus lavados nomás.</i> (Nana, mujeres, Nueva Requena, Coronel Portillo, Centro poblado urbano) • Falta de recursos <i>Yo no me he atendido en el hospital porque no tenía dinero y cuando me fuí a registrar a mi hijo no han querido, porque dice no había nacido aún, me dijeron que tenía que pagar \$ 5.00 de multa, para que recién me lo registren.</i> (Masisea, Coronel Portillo, Centro poblado urbano)
Acceso económico		<ul style="list-style-type: none"> • Falta de recursos <i>Yo no me he atendido en el hospital porque no tenía dinero y cuando me fuí a registrar a mi hijo no han querido, porque dice no había nacido aún, me dijeron que tenía que pagar \$ 5.00 de multa, para que recién me lo registren.</i> (Masisea, Coronel Portillo, Centro poblado urbano)

Una ventaja que en cierta medida se le reconoce a los establecimientos de salud es su capacidad resolutoria frente a situaciones de emergencia. En caso de presentarse complicaciones, consideran que el camino a seguir es el acudir a los servicios de salud.

En el estudio ya mencionado, "Salvarse con bien", realizado por el CMP Flora Tristán y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (1999) se señala además, otro aspecto importante en relación a las ventajas del parto en casa y atendido por parteras(os) o familiares, que es la posibilidad de la parturienta de expresar su parecer respecto a la marcha del parto y dar indicaciones que sean tomadas en cuenta, generándose un contexto en que se comparten las relaciones de poder.

En el tipo de relaciones de poder vigentes entre medicina moderna y tradicional se viene dando una pérdida de legitimidad del saber y los conocimientos de esta última, ya que es un saber mal visto e invalidado desde la perspectiva del sistema oficial. Como consecuencia, su práctica habría empezado a darse de manera clandestina (en algunos casos) perdiéndose la posibilidad de que se desarrolle y tenga continuidad. Esta situación estaría afectando la práctica de atención tradicional del parto.

Algunas características del parto y prácticas asociadas al mismo

En general, el parto se describe como un proceso doloroso: *Todos los partos son dolorosos, el 1% será sin dolor.* (Campo verde) y que conlleva riesgo de muerte: *todas nos sentimos contentas al ser madres y quedar con vida.* (Campo verde). Este temor, al parecer, sería más acentuado en el primer parto.

La práctica más mencionada para aliviar los dolores es la ingestión de infusiones de hierbas (*té de albahaca, algodón, sharamasho*). Además de aliviar los dolores, el consumo de hierbas tiene la finalidad de calentar a la mujer, con lo cual, según afirman, se aceleraría el parto. Con este fin además, se realizan sobadas. También se mencionan las ligadas para los gases.

Para el ventos hay que ligarse con hojas amarillas de los árboles, que han caído al suelo. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Sobre la posición para dar a luz encontramos referencias al parto de rodillas y al parto echadas. Entre mujeres mestizas encontramos testimonios que hacen referencia a ambas posiciones. No podemos afirmar cuán extendida estarían cada una de estas prácticas ya que si bien la posición echada se asocia al parto, al establecimiento de salud, y el de rodillas al parto en casa, con la partera, en algunos casos se señala haber dado a luz echadas en casa.

Varios testimonios hicieron hincapié en la importancia de la presencia de la pareja como una situación de parto ideal, aunque no todos lo cumplieran.

... acá en la selva mayormente el esposo [ayuda], porque va a nacer su hijo, el esposo tiene que estar con la madre, claro que hay algunos que no quieren. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

La ayuda que éste puede brindar es: cortar el cordón umbilical, tal como seña a un testimonio antes citado, y también agarrar a la mujer y darle fuerza.

...cuantos esfuerzos se hace, a veces a esprimones sale, tenemos que tener a nuestro esposo a nuestro lado para que nos agarre para poder botar a la criatura. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Complicaciones en el parto

Las complicaciones durante el parto no fueron un problema de prioridad por las mujeres participantes de los autodiagnósticos. Sin embargo, se identificaron algunas complicaciones.

Parto seco	<i>Josefina se embaraza y cuando llegó el momento del parto sufrió intensos dolores que la hizo padecer cuatro días porque tenía parto seco. (Calleña, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)</i>
Retención de la placenta	<i>Primer parto no podía dar a luz, a las cuatro de la mañana [...] y después que di a luz cayó mi placenta y desde las siete de la mañana hasta las seis de la tarde y me tuvieron que llevar, tuve que partir, la partera me hizo todo lo que sabía, me dio todas las plantas que se toma. (Iparia, Coronel Portillo. Centro poblado rural)</i>
Bebé en mala posición	<i>La señora dio a luz y en su parto su bebé nació de pie y no podía nacer ese bebé, porque un pie nomás sacaba y el otro no. (Campo verde, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)</i>

De los problemas antes mencionados, el más reiterado fue el de parto seco, éste se describe como un parto en el que se pierden grandes cantidades de sangre y, al parecer, no sale el líquido amniótico.

El parto seco no tiene agua, es pura sangre y es más doloroso y más peligroso, porque puede darle una hemorragia interna y se muere. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Nos damos cuenta que es parto seco porque viene mucha sangre y demora bastante. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Se le considera una complicación de gravedad y posible causa de muerte materna.

Cuando tienen parto seco muchas mujeres mueren, especialmente cansadas con el dolor del cuerpo, no han tenido valor. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano.)

No se encuentran muchos testimonios que expliquen el por qué de esta complicación. En una localidad se señala que podría ser por "raza" y en otra, se dice que es por el exceso de calor y, en ese sentido, se recomienda tomar bastante líquido y bañarse.

No sabemos por qué es el parto seco, dicen que es por raza... (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado urbano).

Tenemos parto seco por el mucho calor; por eso para evitarlo hay que tomar bastante líquido, bañarse. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Hablando de los factores que pueden determinar dificultades en el parto en general (sin especificar qué complicaciones) en algunas localidades se señaló la edad de la parturienta. Se manifestó que el primer parto suele ser difícil por la inexperiencia de la mujer, que no sabe qué es lo que debe hacer, y porque al ser muy jóvenes su cuerpo no estaría preparado para afrontar un parto.

[cuando se embarazan muy jóvenes] se perjudican ya que el cuerpo de ellas no es adecuado para que el bebé se desarrolle normalmente porque su cuerpo no está desarrollado y apto para tener un bebé. (Campo verde, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Por otro lado, ser mayor también se identifica como problemático. Junto con una edad muy temprana se asocia a la posibilidad de partos prematuros.

El parto es un problema de cada mamá cuando es por primera vez, por ejemplo, mamá de menor edad y de mayor edad más de 34, el niño nace de siete a ocho meses y es prematuro. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Otros factores que se asocian con complicaciones en el parto, tal como se mencionó al hablar de los cuidados en el embarazo, son el no cuidarse del frío, el excesivo trabajo y el permanecer muy sedentaria durante el embarazo.

PUERPERIO

Luego del parto se considera que el cuerpo de la mujer queda delicado, a causa de esto se considera necesario el guardar un periodo de reposo de ocho días en cama en el cual se debe evitar todo tipo de esfuerzo físico (incluidas las relaciones sexuales) y además debe evitarse el frío.

Para que no te dé sobreparto, dolor de estómago, cólicos para que no te dé tienes que guardar ocho días después de dar a luz, porque si te desmandas te puede mandar a la tumba. Tienes que dietar. (Campo verde, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

En ese sentido, ellas sienten un desfase con las prácticas propias de la atención en establecimientos de salud.

[luego del parto] A los ocho días te debes levantar, en el hospital a la hora nomás te hacen caminar. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Pasados los ocho días se considera que la mujer puede bañarse y levantarse pero durante un periodo de varios meses deberá seguir guardando cierto nivel de cuidado, no podrá hacer esfuerzos muy grandes ni tener relaciones sexuales.

Los problemas luego del parto

El incumplimiento de los cuidados se relaciona con ciertas complicaciones como el sobreparto o el entuerto.

a) Sobreparto

En Campo Verde se describe el sobreparto de la siguiente manera:

*Te da escalofríos, te comienza a dar dolor de cabeza y fiebre.
Hay diferentes clases de sobreparto, algunos con diarrea cólicos fuertes, fiebre. Otro es cuando abusas, por descuido, todas las mujeres tenemos costumbre de cuidarnos.
También hay que cuidarse de hacer mucho esfuerzo, cuidarnos en la casa.
En el sobreparto también botas sangre. (Varias mujeres. Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)*

Se asocia directamente con la falta de cuidados antes descritos. El tratamiento más recurrente que se menciona para este problema es con vegetales, como cáscara de coco y piri-piri⁵. Pero también se mencionan ampollas para controlar la fiebre, la diarrea y el vómito.

b) Entuerto

Según señala un testimonio en Nueva Requena, el entuerto (bola de sangre) se forma por el frío que le da a la mujer cuando da a luz, manifiestan que el frío puede entrar porque la mujer habla al momento del parto.

Del entuerto eso cuando hablan, la mujer a veces cuando da a luz habla y ese frío se va a la cabeza. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

En varios testimonios de distintas OCBs, se menciona como característica del entuerto que ocasionan cólicos y es doloroso.

Los tratamientos descritos son a base de vegetales: mates, sobadas y emplastos.

Dos cucharadas de café y emplastos acá en el vientre y se sale la bola de sangre y se queda sin sangre. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

⁵De acuerdo con indagaciones de la coordinadora regional de ReproSalud, el término Piri - piri se utiliza para denominar a diversos vegetales los cuales tienen variados usos medicinales pero siempre relacionados a problemas de salud reproductiva de la mujer.

Es importante que el tratamiento sea a base de cosas calientes, pues esta temperatura ayudaría a que la sangre se disuelva y baje.

La sangre se acumula en el vientre, será pues, y ese coágulo de sangre y eso es lo que duele y cuando te baja la sangre, coágulo se hace y tú tienes que tomar algo caliente o sobar con algo caliente para que te corrija tu sangre, a eso le llaman entuerto. (Irazola, Padre Abad. Centro poblado urbano).

MENOPAUSIA / EDAD CRÍTICA

Las mujeres de las localidades mestizas de Ucayali denominan a esta etapa de la vida como edad crítica.

Respecto a lo que ocurre en el cuerpo, señalan que la sangre que deja de bajar circularía por todo el cuerpo y el útero se cierra.

... Después llega la edad, nos deja la regla ya y cuando ya no nos baja la regla ya corre la sangre, ya circula por todo nuestro cuerpo, ya queda bonito ya una señora como una niña. (Iparía, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

Circula ya pues por todo el cuerpo, ya queda normal ya la sangre, ya queda el útero cerrado, nos ha dado ya la edad crítica. (Iparía, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

Sobre lo que más inciden al describir esta etapa de sus vidas es sobre los múltiples malestares que se asocian a la misma: dolor de cabeza, mareos, fallas en la visión, falta de apetito, alteraciones en el estado de ánimo (sentimientos de rabia), alteraciones mentales.

A algunas les agarra con rabia, nos cambia bastante, somos rabiosas, a veces nos da dolor en el vientre, peor cuando estamos anémicas, se lo siente al cuerpo que no se quiere hacer nada, estamos de pereza. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

La menopausia, nos da con dolor de cabeza, continuos mareos, dolor de cuerpo, aburre y es horrible estar con la menopausia, nos sube la presión, la cabeza se calienta.

También se siente debilidad del cuerpo, cólera, aburre tener relaciones sexuales, calentamiento del cuerpo.

A algunas, la menopausia nos agarra con síntomas, les hace locas, rabiosas, malagracias, arrechona, se van a buscar hombres, les agarra con derrame cerebral, hemorragia y hasta se quedan paráliticas. También ataca al corazón, se siente aflicción; todo eso nos da la menopausia. (Varias mujeres. Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Esa enfermedad ataca a la cabeza, no se puede ver, la vista más que todo se opaca [...]. Es muy grave, porque nos deja con parálisis, no se puede hablar, nuestra lengua se jala por adentro. Hasta se muere. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Descomposición, no tienes a veces ganas de trabajar, no tienes ganas de lavar, no tienes ganas de cocinar, quieres dormir, descansar, tienes sueño, eso es lo que siento yo en mi cuerpo, yo también cuando estoy haciendo algo me ataca el sueño, yo digo eso es la edad crítica, ya me está que me agarra. (Iparía, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

Para aliviar los mencionados malestares consideran necesario tomar tónicos, vitaminas y tener una buena alimentación, según señalan algunas, es por la carencia de éstos elementos que se producen los desarreglos. Además, también se mencionan una serie de preparados vegetales.

Si estás bien nutrida, bien alimentada, no sientes nada, a veces uno no se puede alimentar Por falta de recursos, todavía a mi me dicen así deben tomar todas sus vitaminas. (Iparía, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

Nos tenemos que tonificar, cuando se siente estos ma'estares hay que tonificarnos a tiempo, tienes que tener tratamiento de dolor de cabeza, mareos, porque eso ataca más. Pero para la menopausia también preparan unos remedios: limón con huevo, eso se toma como un jarabe, algunos le ponen el vino Abuelo, miel o azúcar y eso es el jarabe. Pero siempre hay que seguir nuestro tratamiento, porque siempre nos da la presión alta que es bueno tomar jugo de limón y jugo de naranja. (Varias mujeres. Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

También se señala la presencia de hemorragias como algo previo a que les deje definitivamente de bajar la menstruación. Para aliviar las hemorragias se señala que es adecuado recurrir a ampollas, pastillas y también vegetales como el piri-piri.

La menopausia, nos curamos cuando tenemos un largo tratamiento, cuando nos da con hemorragia lo cortamos con ampollas. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

En la Posta nos dan cuando tiene hemorragia unas pastillitas blanquitas, chiquititas, porque no hacen daño, yo también he tenido hemorragias, tres meses no me ha dado mi regla, me ha dado bastante después, ya yo decía que estaba embarazada, me mandé a examinar no estaba el embarazo, nada, el doctor me dice así es cuando ya nos va a dejar la regla. (Iparía, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

El uso de preparados vegetales parece ser lo más extendido por la frecuencia con que se menciona. En muy pocas ocasiones se señala la visita a los servicios de salud.

Algunas participantes señalan que durante esta etapa pierden el deseo sexual, pero por otro lado, mencionan que habrían mujeres a quienes se les incrementa el deseo y buscan a otros hombres, además de sus parejas. También manifiestan que algunas empiezan a actuar como si fueran adolescentes y buscan hombres jóvenes para relacionarse con ellos. Esta actitud se explica argumentando que se trataría de mujeres que cuando jóvenes no habrían disfrutado lo suficiente de su vida.

[la edad crítica] hasta me quitó el querer hacer el uso sexual, no me importaba de eso y empecé entonces a preocuparme y me fui a Pucallpa a consultar con un doctor por qué estoy así y entonces el doctor, ¿saben lo que me dice?, "gracias señora que a usted le da así, de no querer hacer el uso sexual, porque hay mujeres que les agarra con querer más, como una adolescencia" ya, dice, te vuelves como una adolescente, ya no te contenta tu esposo y empiezas a tener otra vida con otros hombres, eso me dijo el doctor. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Así dicen pues la gente, así nomás dicen [...] la edad crítica les agarra por querer jovencitos. (Iparía, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

Dicen que la edad crítica pues así se pasa a veces, que a esa edad la mujer ya se cree jovencita.

Nosotros decimos así ¿ve?, seguro de señorita no ha gozado y de viejita goza [risas]. (Dos mujeres. Iparía, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

Mencionan también el caso de mujeres que quedan embarazadas justo durante la edad crítica, antes de que se les vaya definitivamente la menstruación.

-¿Qué otra cosa saben a ver más de la edad crítica?, ¿qué otra cosa?, ¿Julia, Edita?

Algunas se embarazan, último, último bebé (hablan varias a la vez)

A los 48 años [...] [comentan varias a la vez]

-¿Y para qué se embarazan?, ¿porque quieren?

No, el último, dice, la menopausia le da con embarazo, para que les deje la regla están diciendo ellas. (Varias mujeres. Iparía, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

Según indagaciones de la investigadora de campo, el tener un bebé en esta etapa es considerado favorable por las mujeres, ya que a través de esto eliminarían los malestares a través de la eliminación de la sangre mala.



Mujer, rodeada de sus hijos, descansando luego de sus labores de lavado en el río

IV. PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA SELECCIONADOS COMO PRIORITARIOS

EMBARAZOS NO DESEADOS Y MUCHOS HIJOS

¿Cuándo tener hijos?: el embarazo en adolescentes como un problema

De acuerdo con datos de la ENDES 2000, el 27.0% de las mujeres entre 15 y 19 años en el departamento de Ucayali ya son madres (23.6%) o están embarazadas por primera vez (3.4%). Se trata de una cifra bastante elevada, teniendo en cuenta que el promedio nacional es de 13%. El departamento de Ucayali ocupa el segundo lugar a nivel nacional después de Loreto (34.4%).

El embarazo a temprana edad es considerado por las participantes de los autodiagnósticos como un problema, ya que se asocia a una serie de situaciones que consideran perjudiciales para su salud y su vida en general. Se manifiesta que el cuerpo de la mujer no estaría preparado para un embarazo y que entonces podrían sufrir complicaciones, también señalan que es probable que opten por un aborto -que a su vez se asocia a condiciones de riesgo para la salud- y además mencionan que frustran sus posibilidades de desarrollo.

Se perjudican ya que el cuerpo de ellas no es adecuado para que el bebé se desarrolle normalmente, porque su cuerpo no está desarrollado y apto para tener un bebé. (Campo Verde, Coronel Portillo Centro poblado urbano.)

Por no querer que sus padres sepan que están embarazadas se hacen el aborto, y se hacen también, sabes que, a veces entre amiguitas dicen hazte y se introducen ciertos palitos que a veces les producen una fuerte infección y de eso también mueren si no te atiendes a tiempo... (Irazola, Padre Abad. Centro poblado rural)

A las mujeres, a las chicas, como les afecta, deja de estudiar, se escapa del hogar. (Irazola, Padre Abad. Centro poblado rural)

La situación de la embarazada adolescente, además de todo esto, se ve agravada por el debilitamiento de sus redes sociales. Cuando una adolescente sale embarazada tiene altas probabilidades de ser abandonada por su pareja y adicionalmente es frecuente que no encuentre el apoyo de sus padres (por lo menos en un primer momento, ya que luego es común que al menos la madre le brinde apoyo -sobre todo en el cuidado del bebé-).

¿Cuántos hijos tener?

a) Capacidad de decidir el número de hijos

Según manifiestan las mujeres participantes de los autodiagnósticos y entrevistas, el inicio de su vida reproductiva (el primer hijo que conciben) es generalmente sin planificación, tanto para el caso de mujeres mestizas como nativas. Esta incapacidad de planificar los hijos se mantiene a lo largo de la vida de muchas de ellas. La encuesta de línea de base realizada por ReproSalud señala que el 50.8% de las mujeres encuestadas en Ucayali no deseó tener su último hijo nacido vivo.

b) Número ideal de hijos

En el contexto de los autodiagnósticos, el momento en que se indagó por el número de hijos que las mujeres consideran adecuado fue fundamentalmente durante la dinámica de "la mujer feliz". Se les preguntó con cuántos hijos una mujer es feliz y las respuestas frente a esto fueron muy diversas, tanto en el caso de shipibas como mestizas. Varias mujeres refieren dos o tres hijos como un número ideal, mientras que las menos opinan que con ocho, nueve y más, también serían felices.

Con siete, ocho, hasta doce. Otros hasta con catorce [hijos somos felices]. (Masisea, Coronel Protillo. Centro Poblado urbano)

Yo pienso que con dos hijos nomás [se es feliz]. Para poder darles la educación, la salud. Para que ellos también sean felices. (Campo Verde, Coronel Protillo. Centro Poblado urbano)

Las que señalan un número elevado de hijos parecen ser las mujeres mayores que habrían tenido este número de hijos y afirman que así han podido ser felices.

c) ¿Cómo las mujeres configuran sus preferencias reproductivas?

En la configuración de las preferencias de las mujeres sobre el número de hijos que les parece bien tener, probablemente jueguen un papel importante diferentes significados tanto positivos como negativos asociados a los hijos. Es en este balance que se irían configurando la cantidad de hijos que se considera adecuada. Los diferentes significados son:

Aspectos positivos	Aspectos negativos
<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo y fuerza de trabajo • Colaboración, defensa y cuidado a lo largo de la vida • Signo de buena salud de la mujer • Fuente de felicidad para la mujer y fortalecimiento de la familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Escasez de recursos económicos • Sobrecarga de trabajo para madre • Preocupación constante para la madre • Afecciones a la salud de la madre

■ Aspectos positivos

Los hijos como apoyo y fuerza de trabajo

Los hijos son considerados como un recurso de gran importancia debido al apoyo que representan para los padres en sus tareas cotidianas. Las labores que realizan están determinadas por la división del trabajo, por género, de manera que desde pequeñas(os) las hijas colaborarían con la madre y los hijos con el padre.

Los hijos como fuente de colaboración, defensa y cuidado a lo largo de la vida

Un aspecto que aparece en los testimonios es el apoyo que significan los hijos para ellas en términos de colaboración cotidiana, más allá de los roles que tienen asignados por la división social del trabajo; es decir, en aspectos como cuidado cuando están enfermas y defensa cuando son maltratadas.

... los hijos son importantes porque ayudan. A veces tú quieres algo y le dices: fulano alcánzame esto o ven ayúdame ya los niños son una ayuda para los padres. (Irazola, Padre Abad. Centro poblado urbano)

A mi papá le hemos paleado junto con mis hermanos, le hemos amarrado a mi papá, él se va a la calle y viene borracho a la casa y le hace problema a mi mamá y mi mamá tranquila, en la casa él le va a hacer problema y eso no es justo y nosotros ya somos mayores de edad y no debemos permitir que le pegue a nuestra madre; le hemos agarrado y le paleamos en su nalga [risas]..., una bruta paliza le hemos dado para que no se olvide de nosotros. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Los hijos como condición para la felicidad de la mujer y la consolidación de la pareja.

Testimonios de las mujeres participantes de los autodiagnósticos señalan que los hijos se constituyen en una fuente de felicidad para la madre y la pareja.

Los hijos son la alegría. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Tan sólo pensar que se va a ser madre es la felicidad de la pareja. (Yarinacocha, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Algunos testimonios sugieren que la importancia de los hijos en el ámbito de la pareja y el hogar se debe a que son un elemento importante para la estabilidad familiar que, según se señala, tanto para el caso de poblaciones mestizas como nativas, tiende a ser débil.

Cuando el hombre no tiene hijos se aburre de la mujer y la deja. (Callería, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Los hijos como símbolo de buena salud de la mujer

Algunos testimonios de las participantes, asocian la buena salud de la mujer con su capacidad de tener hijos.

El parto es algo bonito para muchas mujeres, tan sólo pensar que pueden ser madres. Con eso se sabe que la matriz está sana, es una felicidad para la pareja. (Yarinacocha, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

■ Aspectos negativos

Falta de recursos económicos

La escasez de recursos es un factor destacado por las mujeres cuando explican por qué es un problema tener un número elevado de hijos

*-¿Por qué es problema tener muchos hijos?
Porque ya no se puede mantener ya no, y el esposo a veces no tiene trabajo estable, mayormente aquí son agricultores a veces cuando se saca a vender no nos pagan buen precio y eso es lo que ahí no se le puede alimentar a los niños ¿no? o cuando se enferman también. (Irazola, Padre Abad. Centro poblado rural)*

Sobrecarga de trabajo para la madre

Las mujeres mencionan como una razón importante para limitar el número de hijos la sobrecarga de trabajo que implica su cuidado y manutención. El exceso de trabajo que deben afrontar dificulta la posibilidad de realizar otro tipo de actividades y además se considera perjudicial para su salud.

Cuando la mujer tiene muchos hijos, lava así bastante, lava la ropa de los niños, todo hace, su espalda le duele. (Requena, Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Los hijos como responsabilidad de la madre: fuente de preocupación constante

El cuidado y la atención a los hijos es considerada responsabilidad de la mujer y genera en ellas constante preocupación.

Para la mujer es un problema el estar embarazada porque ella es la que sufre. Porque se desvela tanto con sus niños ya nacidos y el que tiene que nacer tiene las molestias. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Deterioro de la salud de la madre

Las participantes de los autodiagnósticos asocian el hecho de tener muchos hijos a una serie de enfermedades y problemas de salud. Se mencionaron las infecciones vaginales, que conocen también como inflamaciones y descensos, prolapso, cáncer, infecciones al seno y dificultades en el parto. Además, como ya señalamos, la sobrecarga de trabajo a la que están asociados también es un aspecto que incide de manera negativa en la salud de las mujeres.

Tener muchos hijos influye en la salud porque nos puede dar prolapso y cáncer. Y porque también influye en las relaciones de pareja. (Calleria, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

Las mujeres que participaron en los autodiagnósticos en el departamento de Ucayali mencionan conocer diversas modalidades anticonceptivas tanto de métodos modernos como tradicionales. De acuerdo con la ENDES 2000, el 100% de mujeres que participaron de la encuesta conocen o habrían oído hablar de algún método anticonceptivo. Sin embargo este conocimiento suele no ser muy sólido, y aquí nos referimos particularmente a los métodos modernos. En los autodiagnósticos encontramos que a pesar de que las mujeres saben de ellos e inclusive los usan, el conocimiento que tienen sobre la manera en que éstos actúan en sus cuerpos parece ser sumamente débil y difuso. Es un aspecto sobre el que muchas manifiestan no tener idea.

Las pastillas o las ampollas que está producida allí, crece donde forma la criatura, ésta se carga de aire y cuando crece se va haciendo gorda y la barriga se va hinchando. Crece la barriga y cuando ya dejas de tomar la pastilla o dejas de ponerte la ampolla, tienes que tomar un vegetal que te haga salir el aire. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Cuando tomamos estas pildoras, el cuello uterino se seca y no se puede quedar embarazada. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Realmente no sabemos cómo actúan en nuestro cuerpo [los métodos anticonceptivos]. Pero sabemos que cuando lo usamos nos protege de un embarazo. (Yarinacocha, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Es importante resaltar que en los centros poblados rurales es donde se registraron testimonios que manifiestan mayores dificultades para acceder a información sobre métodos anticonceptivos.

Ya falta de amistad que nos oriente mayormente [en planificación familiar], la mujer de nuestra comunidad vive en las chacras, es algo difícil... (Irazola, Padre Abad. Centro poblado rural)

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, la ENDES 2000 señala que de las mujeres unidas en el departamento de Ucayali el 70.4% utiliza algún método anticonceptivo. El 58.9% utiliza métodos modernos, mientras que la suma de aquellas que usan métodos tradicionales y de aquellas que usan métodos folclóricos es de 11.6%.

a) Sobre el uso de métodos anticonceptivos modernos

Tal como señalan las cifras citadas anteriormente, los métodos modernos son los más utilizados por las mujeres del departamento, de entre ellos de mayor uso son: la inyección (25.9%), la esterilización femenina (13.6%), y la píldora (13.3%) (ENDES 2000).

En los autodiagnósticos, muchas mujeres señalaron hacer uso de métodos modernos, lo que además parece ser más fuerte en el caso de poblados urbanos. Del mismo modo parece ser que entre las jóvenes habría una mayor tendencia a la aceptación de los métodos modernos que entre las de más edad. Sin embargo, a pesar de esta actitud, se manifestaron una serie de factores que estarían impidiendo una mayor utilización de los métodos modernos:

Oposición de la pareja

Una dificultad que se presta para que las mujeres usen métodos anticonceptivos es la oposición de la pareja. Según señalan, el cuidarse con algún método es asociado, por algunos varones, con una intención de infidelidad de la mujer.

Nos celan porque dice: te cuidas, con quién también estarás. (Irazola, Padre Abad. Centro poblado rural)

El hecho de que la mujer salga embarazada sería como un mecanismo de control de su sexualidad.

También señalan que la pareja tendría temor a efectos nocivos de los métodos.

... a veces piensan también de que la píldora produce cáncer. (Irazola, Padre Abad. Centro poblado rural)

Efectos secundarios de los métodos anticonceptivos

Las participantes señalan que los métodos anticonceptivos modernos habrían producido algunos efectos colaterales nocivos para su salud, lo que habría causado la interrupción en su uso.

A veces les choca la pastilla ¿no?, le da náuseas, le saca ampollas, les choca, mejor dicho a nuestro cuerpo y eso de miedo a veces no quieren cuidarse. (Irazola, Padre Abad. Centro poblado rural)

Decidió pues, la pareja, cuidarse y empezó con ampollas, esto le cayó bien durante cinco años. Poco después de ese tiempo empezó a sentir nervios en forma de susto, por esta causa la señora dejó de cuidarse o planificarse. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

Algunos testimonios de mujeres de comunidades rurales señalaron que tendrían temor a que los efectos nocivos de los métodos anticonceptivos las dejen sin la posibilidad de efectuar el duro trabajo de la chacra y, en ese sentido, sería mucho lo que tendrían que arriesgar, prefiriendo no usar los métodos.

Algunos nos dicen cuidate, algunos no, eso es malo te va a dar cáncer dice, algunos "no vas a poder trabajar", dice, "ahora trabajas bien, después no vas a poder trabajar", entonces creyéndolo eso ya de verdad temes [...] de dónde voy a ganar si yo no trabajo [...], en la chacra se carga yuca, se carga arroz, cosecha, trabajo. (Irazola, Padre Abad. Centro poblado rural)

Algunas usuarias reconocen ciertas desventajas, sin embargo, a pesar de esto siguen usando dichos métodos porque el temor al embarazo sería mayor.

A mí me sale manchas en la cara [con la pildora] pero me sigo cuidando porque tengo miedo de embarazarme. (Callería, Coronel Portillo, Centro poblado urbano)

Vergüenza de acudir al establecimiento de salud

Finalmente, otro aspecto señalado tiene que ver con el sentimiento de vergüenza que les produce acudir al establecimiento de salud.

Tienen vergüenza que le vean su cara dice los doctores [risas] ¿no?, algunos no quieren ir dice porque les miran, les conocen por eso no quieren ir al doctor. (Irazola, Padre Abad. Centro poblado rural)

Rechazo frente a las campañas de planificación familiar

La actitud de rechazo la encontramos particularmente en el testimonio de una mujer, quien percibe las campañas de planificación familiar como una intromisión en sus vidas y sus decisiones.

Esta modernización nos ha jodido, porque antes teníamos diez, hasta catorce hijos y nadie nos decía nada. Ahora todo el mundo nos molesta. No podemos tener, máximo de dos a tres hijos. (Callería Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Sobre el uso de métodos anticonceptivos vegetales

En los testimonios de las mujeres encontramos referencia a una gran cantidad de vegetales que son usados con fines anticonceptivos: chuchuhuasi, piri-piri, suelda con suelda, albahaca, etc.

Estos vegetales se utilizan de maneras diferentes, algunos en lavados luego de las relaciones sexuales y la mayor parte de ellos se preparan en infusiones que son ingeridas por vía oral.

*Con el limón se hacen lavados después de tener relaciones.
El chuchuhuasi se toma faltando ocho días para la regla y no hay peligro de embarazo.*

El piri-piri se hace hervir y se toma en ayunas, es como una papa. (Varias mujeres, Callería, Coronel Portillo. Centro poblado urbano.)

Con albahaca también se cura para no embarazar. La raíz hay que tomar, se hace juane y se asa a fuego lento, luego se saca el jugo y se le echa tres gotitas de agua florida. Hay que dar tres mañanas después del primer día de la primera regla. (Yarinacocha, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Se menciona también la toma de vegetales en combinación con ciertos productos de la medicina moderna los que en principio tienen una función diferente a la anticoncepción.

La suelda con suelda se prepara con tres hojitas con agua. Como es muy amargo, se toma dos buenos tragos con una pastilla de dolocordalán y éste se protege por un mes. El agua florida se toma al quinto día de la regla, te protege por un mes. (Callería, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

ABORTO

Según lo señalado por las mujeres de centros poblados urbanos y rurales, el aborto sería una forma frecuentemente utilizada para interrumpir un embarazo no deseado.

Si el embarazo es deseado, no hay problema. Si no es deseado, se aborta. (Callería, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

En la comunidad de Von Humboldt, los tres grupos de trabajo que graficaron las rutas seguidas por una mujer para solucionar el problema de "muchos hijos" (problema que fue seleccionado por ellas como el más importante) plantean el aborto como la solución.

Las prácticas de aborto se asocian generalmente con una serie de circunstancias de sus vidas que ellas consideran problemáticas como: la escasez de recursos económicos, la incidencia de abandono por parte de la pareja, las dificultades que tienen para acceder a métodos de planificación familiar y el embarazo a una edad temprana.

Esto sucede [el aborto] porque el hombre no quiere que nos cuidemos y nos dicen que somos mañosas. (Callería, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

El aborto hacen cuando están embarazadas chibolas. Por vergüenza cuando están en el colegio. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro Poblado urbano)

La mujer también aborta cuando no tiene los recursos suficientes para atenderse, o a veces cuando los hijos no son deseados. Hay casos cuando el hombre abandona a sus hijos, uno se aborta por los problemas. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro Poblado urbano)

Las participantes de los autodiagnósticos manifiestan como la forma más frecuente para la práctica del aborto la ingestión de preparados vegetales.

También practican el aborto tomando algunas plantas, cosas amargas: la palta, la cloroquina para la malaria; esa pastilla hace caer bebés. Así escucho a muchos. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

Además, también se señala la introducción de vegetales en la vagina.

Ella, desesperada, le contó a una comadrona que estaba embarazada y ella le recomendó que se introdujera piñón en su trompa de su útero y ella lo hizo. (Calleria, Coronel Portillo. Centro poblado urbano).

Tal como sucede en el testimonio anterior, es frecuente recurrir a las comadronas para efectos de realizarse un aborto.

Las participantes de los autodiagnósticos señalan una serie de complicaciones asociadas a prácticas abortivas, tales como infecciones e inflamaciones, algunas de las cuales se asocian a la introducción de elementos vegetales en la vagina. También se mencionan las hemorragias. Por estas razones, el aborto es considerado como un problema de salud reproductiva frecuente y que puede tener consecuencias graves en su salud.

Ella, desesperada, le contó a una comadrona que estaba embarazada y ella le recomendó que se introdujera piñón en su trompa de su útero y ella lo hizo. [...] El problema que le causó fue una fuerte infección y a causa de eso tuvieron que llevarle al hospital y ahí tuvieron que hacerle un legrado. En vista que estaba todo el ovario infectado tuvieron que operarlo y ahí fue donde le sacaron todo el útero completo. (Calleria, Coronel Portillo. Centro poblado urbano).

Una mujer ha tomado oje para que aborte, y había caído el feto como quemado. Después se ha quedado con hemorragia. (Calleria, Coronel Portillo. Centro poblado urbano).

DESCENSOS / AGUAS BLANCAS / FLOR BLANCA

En el proceso de reflexionar con las mujeres participantes de los autodiagnósticos sobre sus problemas de salud reproductiva, el descenso fue destacado con especial incidencia por la mayoría

de ellas como un problema que afecta, en gran medida, su vida y su salud. Este problema fue seleccionado como el más importante en 12 de las 15 localidades que realizaron autodiagnósticos en el departamento de Ucayali. En un estudio sobre prevalencia de infecciones vaginales que se realizó también en el marco del proyecto ReproSalud, se encontró en este departamento una prevalencia del 55%, la cual se distribuye de la siguiente manera entre las diversas enfermedades.

RPR (*)	Cervicitis	Tricomona	Vag. Bact.	Gonorrea	Cándida
4.2%	18%	8%	22%	-	2.8%

(*) RPR: Prueba Rápida para el diagnóstico de sífilis.

Un dato importante que brinda el estudio de prevalencia es que la mitad de las participantes refería tener descensos; sin embargo, se encontró la misma proporción de mujeres enfermas entre aquellas que señalaban tener descensos y entre aquellas que no, lo que corrobora el concepto de que muchas veces las ETSs en mujeres son asintomáticas.

Descripción de los descensos

a) Fluidos normales y descensos

En los autodiagnósticos encontramos algunos testimonios que hacen referencia a fluidos vaginales normales, lo que expresa que éstos se reconocen; sin embargo, no hay mayor información respecto a los mismos. En general, no existe claridad en relación a cuándo es que un fluido normal se convierte en enfermedad, pero criterios como el olor, el color, la consistencia y la cantidad, son los más usados para establecer la diferencia.

Definición de los descensos

El descenso es definido por las mujeres de Ucayali como una enfermedad cuya expresión más destacada es el flujo que desciende por la vagina.

El flujo que se produce es descrito en función a sus características de color (principalmente), consistencia, olor y cantidad. Las cuales, según señalan, irían cambiando de manera progresiva en relación con el avance de la enfermedad.

La mayoría de testimonios de los autodiagnósticos, señalan que en un primer momento de la enfermedad el fluido es blanco y no siempre tiene mal olor, esta primera etapa no se considera de gravedad. Luego pasa a tener color amarillo, lo que se asocia a una etapa de gravedad de la enfermedad, en esta etapa se describe como abundante y con mal olor. El descenso verde también se asocia a un momento de gravedad de la enfermedad. En caso de no ser tratada y seguir agravándose, se señala que la enfermedad puede terminar en cáncer. Se encuentran referencias a descensos con sangre asociados a cáncer.

Puede ser de color blanco, amarillo o verde. Muchas veces no tiene olor. Es más espeso, cuando ya está infectado y tiene un color amarillo o verdoso y con olor fétido y nauseabundo. (Yarinacocha, coronel Portillo. Centro poblado urbano).

Si no se cura a tiempo nos puede dar una infección y se produce el descenso verde, luego el cáncer uterino. (Yarinacocha, coronel Portillo. Centro poblado urbano).

... de primer grado es un descenso blanco.

Segundo grado es un liquido medio, un liquido ya oscuro ¿no?, medio amarillo.

Tercer grado es con chispitas de sangre, [...] el tercer grado es cuando... la enfermedad ya está avanzada. (Irazola, Padre Abad. Centro poblado urbano)

Hay descensos que tienen sangre también, el descenso que tiene sangre ya es cáncer. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado urbano).

¿A quiénes afecta?

Cuando se hace referencia a los descensos en los autodiagnósticos, es generalmente en relación a mujeres adultas, con hijos y con vida sexual activa; sin embargo, también aparecen testimonios (fundamentalmente entre mestizas) en los que se señala la posibilidad de que esta enfermedad afecte a mujeres de edades diversas, solteras, sin hijos, ni vida sexual activa.

El descenso es una enfermedad que ataca a las mujeres, ya sea niña, adolescente, joven, adulta o anciana. (Yarinacocha, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

No solamente se da en las personas adultas también en niñas, cuando la madre estando con este mal se embaraza y el niño se contagia cuando da a luz. (Calleria, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Cómo se producen los descensos

Tal como se afirma en la definición presentada, el origen fisiológico de la enfermedad suele ser asociado a una inflamación de los órganos genitales o urinarios y además a irritaciones y heridas.

[el descenso] es la inflamación del ovario o del útero por resfrios del vientre. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

En asociación a las inflamaciones y heridas las causas mencionadas son las siguientes:

- Manipulación inadecuada en el parto
- Aborto
- 'Desmandarse' luego de haber dado a luz o de haber tenido un aborto
- Tener relaciones sexuales durante la menstruación
- Consumo de alimentos inflamantes
- Exposición al calor
- Esfuerzo físico

Otro eje explicativo de los descensos tiene que ver con la presencia de microbios, bacterias y hongos de carácter contagioso.

Los microbios van introduciéndose hasta el interior de la vagina y en sus paredes se forma una capa amarilla llamada hongos, el cual moja el calzón. (Yarinacocha, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

En asociación con estos factores las causas mencionadas son:

Falta de higiene	[el descenso] <i>Se produce por medio de la tierra, el sol, las bacterias, cuando no se asean bien y todos los días. (Yarinacocha, Coronel Portillo. Centro poblado urbano).</i>
Contagio sexual por parte de la pareja	<p><i>Por contagio del hombre, pues mantiene relaciones sexuales con otra mujer que está enferma y trae consigo los microbios. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)</i></p> <p><i>Eso [el descenso] es cuando el esposo tiene relaciones con mujer que sufre de esa enfermedad y tiene relaciones y de esa manera ya las esposas ¿no? Les contagia. (Irazola, Padre Abad. Centro poblado rural)</i></p> <p>Las fuentes de contagio no se relacionan sólo a la infidelidad del varón con otra mujer, también se menciona la infidelidad con otro hombre y el hecho de que las propias mujeres puedan tener más de una pareja sexual:</p> <p><i>Cuando hace relaciones sexuales con homosexuales, su pene queda sucio, debe lavarse bien ese cuello para que evite contagiar descensos. El hombre sale a la calle y vuelve a molestarle a su enamorada y ahí le contagia. También cuando la esposa tiene dos maridos, de ahí puede contagiar. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)</i></p>
Otras formas de contagio	<i>En Campo Verde se mencionó el contagio de la madre al bebé a través de la leche materna. Si la mamá está con descensos y le da de lactar, a través de la leche le hace pasar. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)</i>

Otra explicación que señalan las mujeres es la exposición al frío

[el descenso da] por resfriados y frío, por bañarse mucho y el frío pasa por ahí, se remoja mucho en el agua. (Irazola, Padre Abad. Centro poblado rural)

También se mencionó el uso de algunos métodos anticonceptivos como causa de los descensos.

La T de cobre también nos da descensos, o cuando te has puesto métodos vaginales para que te cuides, como los óvulos, la ligadura también, porque ya no les baja la sangre. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Según afirma el estudio complementario, la manera en que las mujeres de la región entienden el descenso se habría configurado a partir de los conocimientos locales sumados al discurso médico difundido a través de los programas de salud.

Los dos modelos explicativos que intervienen en el entendimiento del descenso en esta zona según afirma el estudio serían: el modelo orgánico (de origen local) que relaciona el crigen de la regla blanca con los procesos de fermentación y putrefacción de la materia orgánica y el modelo médico que adjudica a la regla blanca tres causas principales: la falta de higiene, el contagio sexual y la promiscuidad sexual.

El primer modelo referido se asociaría, de acuerdo con el estudio complementario, a una concepción local sobre la sexualidad femenina que entiende a la misma, como intrínsecamente sucia y contaminada, de manera que los descensos se entienden como algo connatural a la femineidad. En la localidad de Villa Requena encontramos un testimonio que expresa una concepción en ese sentido.

En algunas se desarrolla y en otras no, toda mujer está propensa a eso, si hay un descuido hay cáncer. (Nueva Requena, corone Portillo. Centro poblado urbano)

Causas de los descensos

Modelo biomédico	Modelo local
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de microbios y gérmenes <ul style="list-style-type: none"> Por transmisión sexual Por lavados internos • Alteración del PH <ul style="list-style-type: none"> Por cambios hormonales (producto del embarazo, por ejemplo) Por entrada de sustancias alcalinas (a través de lavados internos, por ejemplo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Heridas / Putrefacción de los órganos internos • Presencia de microbios <ul style="list-style-type: none"> Por transmisión sexual Falta de higiene (ausencia de lavados internos) Por contagio de madre a hija (por leche materna) Por contagio de una mujer a otra (por entrar en contacto con una misma superficie)

Asociación de los descensos con cáncer

Como ya se mencionó con anterioridad, existe una concepción bastante generalizada sobre la posibilidad de que la enfermedad de los descensos se convierta en cáncer de no ser controlada y tratada a tiempo.

Si no se cura a tiempo nos puede dar una infección y se produce el descenso verde, luego el cáncer uterino. (Yanacocha, Coronel Portillo. Centro poblado urbano).

Un punto importante a tener en cuenta es que se ha establecido desde la medicina occidental que el cáncer al cuello uterino es una enfermedad producida por un tipo del virus Papiloma que se transmite a través de las relaciones sexuales, por lo cual es considerada una ETS. Dicha concepción coincide en buena medida con la lógica explicativa de muchas mujeres participantes de los autodiagnósticos, quienes identificaron al contagio sexual como el origen del descenso, el que a su vez en su progresión de agravamiento desencadenaría en cáncer.

La prevalencia de papanicolaou positivo en el departamento de Ucayali, según un estudio realizado por ReproSalud es de 9%, la más alta de los ocho departamentos del Perú en que se

realizó dicho estudio (el promedio de la población total del estudio fue de 3.5%) la misma que se incrementa a 11.4% para el caso de mujeres shipibas.

Se mencionan algunos aspectos que se constituyen como condiciones favorables en el desarrollo de la enfermedad: multiparidad (definida como seis hijos o más), extrema pobreza, inicio precoz de las relaciones sexuales, promiscuidad sexual de la mujer y/o su pareja, y pobre acceso a los servicios de salud. Aspectos que en buena medida se cumplen para el caso de las mujeres de la región.

Consecuencias de los descensos

En los autodiagnósticos se puede encontrar buena cantidad de testimonios, en que se manifiesta que esta enfermedad puede llegar a afectar muy gravemente la salud de la mujer e incluso llevarla a la muerte.

Se destruye totalmente el útero y expulsan un líquido amarillento con malos olores, invade las trompas y termina la vida de la mujer. (Callería, Coronel Portillo, Centro poblado urbano).

En ese sentido, se asocia con el cáncer uterino, como ya señalamos con anterioridad.

Además, se manifiesta en algunos testimonios que puede ser causa de anemia.

[con los descensos] La mujer está pálida, le baja la hemoglobina, eso se llama anemia. (Campo Verde, Coronel Portillo, Centro poblado urbano).

Las mujeres manifiestan una incomodidad constante debido a todos los malestares de los que va acompañada esta enfermedad (picazón, ardor, dolor) lo que genera en ellas un estado de desganado y desinterés que no les permite realizar sus labores cotidianas.

La mujer se siente desalentada ya no hay tanta acción de trabajar. Cuando tenemos descensos ya no queremos ni atender a nuestros hijos. (Campo Verde, Coronel Portillo, Centro poblado urbano).

También se menciona que ocasiona problemas con la pareja cuando no se quiere tener relaciones sexuales.

Se enfermó de descensos, motivo por el cual no puede tener relaciones con su viejo, y empiezan las peleas, llegando a separarse. (Yarinacocha, Coronel Portillo, Centro poblado urbano).

Manifiestan con preocupación que debido a la enfermedad la pareja prefiere buscar a otra mujer para tener relaciones.

Los hombres dicen que las mujeres que tienen infecciones vaginales están aguadas y se van a buscar a una mujer sequita. (Callería, Coronel Portillo, Centro poblado urbano)

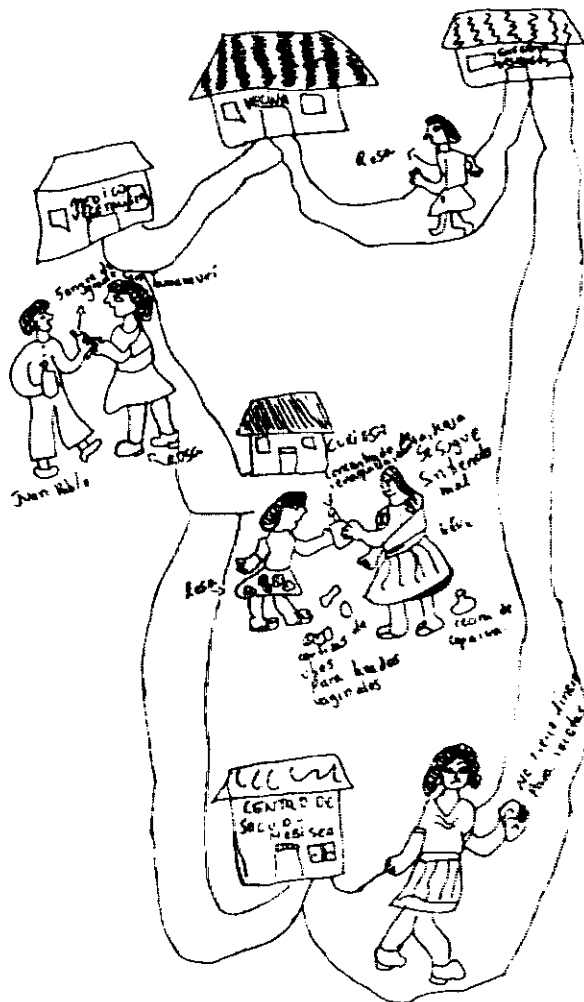
En general, se considera que esta enfermedad lleva a la mujer a un estado de preocupación constante y afecta su carácter.

Psicológicamente también te afecta, de tanto pensar cómo te vas a curar.
(Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

No se puede hacer las cosas, se tiene malestar y mal genio. (Yarinacocha, Coronel Portillo. Centro poblado urbano).

Rutas y tratamientos

Una de las dinámicas realizadas con las mujeres en los autodiagnósticos, fue aquella en que, organizadas en grupos, graficaron las rutas que generalmente sigue (o piensan que debería seguir) una mujer cuando enfrenta el problema elegido como más importante. En esta dinámica se describen todas las instancias a las que acuden en búsqueda de ayuda para solucionar el problema y los diversos recursos que utilizan.



(Ruta elaborada por grupo de mujeres en Masisea, Centro poblado urbano)

En la mayoría de localidades, como ya señalamos, se escogió el problema de descensos. Para enfrentar este problema, la mayor parte de rutas graficadas por las mujeres participantes coloca como la primera instancia de consulta a una amiga, vecina o familiar mujer, a quien generalmente se pide consejo. (En algunos casos se menciona al esposo como primera instancia, pero en general éste es mencionado con mucho menos frecuencia ya que según señalan, suele no darle importancia al problema). Luego, la misma vecina o amiga les indica el tratamiento vegetal o las acompaña al curandero o vegetalista. Finalmente, si la enfermedad persiste, a pesar del tratamiento vegetal y/o en caso de gravedad extrema, se recurre al establecimiento de salud.

Este bosquejo general de ruta que se acaba de describir no es siempre lineal, también se manifiestan casos de mujeres que acuden directamente a la posta y siguen el tratamiento que ahí les dan, otras que acuden a la posta y luego de esto van al curandero o vegetalista, y también de aquellas que hacen rutas recurriendo a diversas instancias pero sólo de tratamiento vegetal. En algunos casos, señalan que la falta de recursos para comprar medicinas les hace regresar al tratamiento vegetal.

De acuerdo con los autodiagnósticos y el estudio complementario, el tratamiento con vegetales consiste generalmente en lavados o baños de asiento. Los vegetales que se mencionaron en ambas fuentes son: la corteza de ubos, piñón, sangre de grado, corteza de mango, casho, malva, limón, piri-piri, corteza de copaiba, renaquilla, abuta, icoja, capirona, chuchuhuasi, matico, suelda con suelda, uña de gato, albahaca, manzanilla y llantén, hierba luisa, corteza de cedro, pandisho, pomarosa, jengibre, pepa de palta, hoja de algodón y verbena.

Un aspecto muy importante en el que se hace hincapié en el estudio complementario cuando se describen los tratamientos es en la higiene. En los autodiagnósticos también se puede encontrar que es un aspecto central en el tratamiento, en algunos de los autodiagnósticos se menciona que los lavados deben ser profundos.

Se hace lavados profundos y te secas bonito y te introduces lo que tienes que ponerte, puede ser el piñón, la sangre de grado, la resina de copaiba que son remedios muy buenos para esa enfermedad. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Como hipótesis se podría afirmar que la centralidad de los lavados podría estar asociada a aquella concepción de los genitales femeninos como intrínsecamente sucios y contaminados a la cual se refiere el estudio complementario; sin embargo, es un aspecto en el que haría falta mayor trabajo de investigación para poder realizar afirmaciones definitivas.

Otros cuidados que se mencionaron en los autodiagnósticos para el tratamiento fueron:

- Dietar ciertos alimentos

Se dieta la comida, chancho, ají, carachama, shuyo, paña, todo pescado muelón, huevo, hielo, licores, ácidos, llambina, fasaco, no comer comida aderezada, cuestiones de carne también motelo. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

- Dietar relaciones sexuales:

Hay que dietar, primeramente no tener relaciones sexuales con el esposo, ahí es donde falla, pues. Claro pues. Si tú tomas un remedio vegetal y no dietas con el esposo, nunca te sana el remedio, puedes vivir tomando mil años aunque sea y no te sanas. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Establecimientos de salud

En los autodiagnósticos los testimonios de las mujeres de esta región hacen referencia en gran medida al establecimiento de salud como instancia a la que acuden en búsqueda de solución al problema de descensos, generalmente cuando el tratamiento vegetal no funciona (en algunos casos de manera alternada con el tratamiento vegetal), pero también en algunas rutas se ubicó como primera alternativa. Sin embargo, aun cuando reportan acudir a los establecimientos de salud, se mencionan una serie de dificultades que hacen problemático el acceso a estos servicios. Según la línea de base elaborada por el proyecto ReproSalud, sólo el 15% de mujeres ha hecho consulta a causa del problema de descensos.

La dificultad mencionada de manera más recurrente es de carácter económico, no cuentan con los recursos suficientes para pagar la consulta y/o los medicamentos que les receta. Según señalan algunos testimonios, la falta de recursos económicos, además de ser una limitación para ser atendidas, puede ser causa de maltrato:

Hay enfermeras que son intratables, primero te preguntan si vas a pagar tu consultita. Si no tienes plata no te curan. Te hablan bien si tienes plata, el único es por emergencia que a veces te atienden gratis. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Por otro lado, manifiestan que no hay una atención oportuna, muchas veces el personal no se encuentra cuando ellas acuden. En una ruta descrita en Barrio Alto (Masisea) la mujer enferma tiene la intención de tratarse en primera instancia en la posta, pero cuando llega no encuentra a nadie y entonces decide ir al vegetalista.

En algunos testimonios, las mujeres identifican el papanicolaou como un examen que es necesario en la búsqueda de solución al problema

Estas enfermedades se detectan a través del Papanicolaou. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Sin embargo, expresan descontento porque señalan que no les entregaron los resultados de sus exámenes.

Tres veces ya han hecho Papanicolaou y nunca nos dan los resultados. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

A veces no es por descuido, lo que pasa es que nos sacamos nuestro Papanicolaou en el hospital y nunca nos entregan los resultados o demoran meses para darnos, hasta eso nosotras nos empeoramos. (Calletería, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Por otro lado, pareciera que en algunos casos existe confusión en cuanto al alcance del papanicolaou. Según observan integrantes del equipo de trabajo de ReproSalud en la región, en algunas ocasiones, las mujeres perciben el papanicolaou como un recurso para tratar y curar la enfermedad cuando en realidad se trata de una técnica de diagnóstico y prevención. Esta confusión podría haber surgido por el hecho de que en los establecimientos de salud se les ofrece este servicio cuando ellas solicitan atención para el problema.

Refieren desconfianza de ser vistas y tocadas por extraños y particularmente de ser atendidas por proveedores varones:

No queremos, porque el que le va a atender es hombre, con la mujer tienen más confianza. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro Poblado urbano)

V. RECURSOS DE SALUD DE LAS MUJERES

Los recursos locales

Tal como se ha señalado al describir el sistema médico de la región, una característica importante de su dinámica es la creciente convivencia de concepciones y prácticas del sistema curativo local y aquellas del sistema oficial de salud.

El sistema médico local es en la mayoría de casos el primer recurso al que acuden para el tratamiento de sus enfermedades y problemas de salud. En las rutas que graficaron para explicar cómo enfrentan o enfrentarían el problema elegido como más importante en los autodiagnósticos, los diversos recursos del sistema local fueron los mencionados de manera más inmediata. Este sistema cuenta con la ventaja de ser más económico y estar más cercano a la realidad de la población, por lo cual es posible que se generen, en relación con el mismo, sólidos vínculos de confianza.

En este sistema se cuenta con una serie de especialistas, como son las parteras y médicos vegetalistas, los cuales tienen un conocimiento bastante desarrollado sobre las propiedades de las plantas de la región, las que también se constituyen en un recurso sumamente valioso. Además de los especialistas, las propias mujeres son parte importante en el sistema local, ellas también son portadoras de conocimientos sobre las plantas de la región de manera que muchas veces son las redes de vecinas, amigas y familiares quienes aconsejan y recetan a una mujer cuando enfrenta un problema de salud.

Las redes sociales son un recurso comunitario vital cuando se trata de solucionar un problema de salud, en muchos casos aconsejando y recetando directamente, como ya señalamos, y en otros casos, aportando económicamente y en la solución de problemas logísticos que permiten a la mujer acceder a la atención que requiere en el momento adecuado. En ese sentido, las

participantes de los autodiagnósticos mencionan en algunos testimonios recibir el apoyo de las organizaciones de mujeres.

Rosita va al hospital, pero como todo ahí cuesta, sale del hospital y viene al Club de Damas a pedir apoyo, las mujeres organizadas del club hacen una colecta y ayudan a Rosita, ella se va nuevamente al hospital y sale sana y regresa a su casa. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

Los servicios de salud

Cuando se indagó con las mujeres en los autodiagnósticos sobre el nivel de utilización de los servicios de salud y la opinión que tienen acerca de los mismos, encontramos desde un primer acercamiento una actitud positiva. En las reflexiones que se suscitaron en los autodiagnósticos sobre los diferentes problemas de salud reproductiva y la forma en que los enfrentan, los establecimientos de salud casi siempre se encontraron presentes como una alternativa importante, sobre todo en el caso de estados agravados de los problemas o enfermedades (emergencias). Sin embargo, aun cuando en primera instancia aparece esta actitud de aceptación, indagando un poco más a profundidad, aparecen una serie de dificultades de acceso a los servicios que más adelante describiremos.

Es importante señalar que los niveles de aceptación varían dependiendo de la circunstancia de salud concreta. Para el caso de eventos como el parto, el recurso a los servicios encuentra resistencias que no encontramos en el caso de problemas como el descenso, en el cual también se reconocen dificultades pero parecen haber puntos de encuentro entre las concepciones locales y las impartidas por los servicios que permiten una incorporación más fluida de estas últimas. En el caso del uso de métodos anticonceptivos, las cifras nos hablan de una aceptación bastante más amplia que en la región andina y cuando se señalan temores y efectos secundarios éstos no distan en mucho de aquellos que en efecto se reconocen desde la biomedicina. Su sistema de concepciones etnofisiológicas y sobre la salud no parece ser una barrera para la convivencia con el sistema biomédico¹⁷.

Como ya señalamos, las participantes de los autodiagnósticos expresaron una amplia gama de dificultades que obstaculiza su acceso a los servicios. A continuación, presentamos los principales hallazgos, en ese sentido, organizados en tres ejes: Competencia técnica y equipamiento, Accesibilidad (económica y geográfica) y la Interacción con los proveedores.

a) Aspectos técnicos y equipamiento

Aun cuando se le reconoce competencia al sistema biomédico para la solución de problemas y enfermedades, se señalaron puntos débiles en relación con el tema de la eficacia, los cuales tienen que ver con la falta de calificación de ciertos proveedores en particular y con la falta de equipos y medicinas necesarias. Estas carencias, al parecer, se dan mayormente en los servicios de sus propios centros poblados o comunidades tanto en el caso de shipibas como mestizas.

¹⁷Ver acápite sobre sistema de salud

Queremos que haya mejores remedios, que no sean los básicos nomás. Que haya mejores doctores, que curen todo tipo de enfermedades y no tener que estar yendo a Pucallpa. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

En este punto, un factor clave a tener en cuenta es el choque que existe en la conceptualización que se tiene de los servicios de primer nivel. Por un lado, desde la institucionalidad del ministerio se plantea como función de los mismos el atender enfermedades o problemas básicos que no implican mayor nivel de gravedad o complicación y pensando en esto se equipan, mientras que la población los utiliza como una instancia para la atención de emergencias. Este desfase constituye un área crítica que estaría impidiendo una utilización eficiente del servicio.

Otro aspecto que se mencionó como causa de descontento en una localidad mestiza es que no se le daría importancia a ciertos problemas de salud reproductiva.

Aquí hay posta pero solamente atienden casos urgentes como malaria, cólera, dengue. Los problemas que tenemos las mujeres no son urgentes, no nos toman en cuenta. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

b) La interacción con los proveedores

■ Nociones de privacidad y vergüenza

En diversos testimonios las mujeres de la región manifiestan experimentar un sentimiento de vergüenza y a la vez temor frente a la posibilidad de ser revisadas y tocadas, expresan rechazo frente a las técnicas de manipulación ginecológica.

Ellas tienen miedo y vergüenza de abrir su pierna. El sanitario les quiere traer a la posta pero no quieren venir porque mucho le abren su pierna y esos aparatos. Nos hacen abrir la pierna, a las otras señoras su pierna y a ellas no les gusta. (Iparía, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Nos examinan, nos meten dedo [risas]... nos incomoda. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Esto sucede con mujeres mestizas y shipibas, principalmente cuando se trata de proveedores varones. Cuando fueron preguntadas por sus preferencias en relación al sexo del proveedor la mayoría coincidió en señalar que preferían ser atendidas por una mujer porque les daba mayor confianza.

Mayormente las mujeres de acá tenemos más confianza con la mujer ¿no? que con el varón. O sea, cuando se trata así de salud de la mujer, no pasamos con el doctor: "quiero con la señorita" [decimos]. Más confianza te da la obstetrix. (Dos mujeres. Iparía, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

■ El trato

En cuanto al trato que reciben por parte de los proveedores, se encontraron testimonios que expresan conformidad y satisfacción. Sin embargo, también se expresaron quejas por haber sufrido situaciones de burla hacia ellas y por falta de cuidado en la atención

A mí me han botado... de frente a la cama, ni caso nos hacen, no me han ido a mirar, ni a los bebés les asean. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Señalan que la calidad de la atención estaría condicionada por sus posibilidades económicas.

Yo les voy a decir la verdad, pero las enfermeras no nos dan una buena atención, y sólo están pensando si tienes plata para que te saquen, yo no quería estar en el hospital, yo decía, si me quedo aquí me voy a morir, pedí mi alta voluntaria. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro Poblado urbano)

Hay un doctor malagracia, si tienes plata te voy a curar, sino que se vaya a su casa, nos dice. (Masisea, Coronel Portillo. Centro Poblado urbano)

Manifiestan ser atendidas de manera discriminatoria por su procedencia socioeconómica, lo que genera desconfianza hacia el servicio.

Las ampollas sólo vienen a poner a las mujeres del campo, porque dicen que nosotras somos brutas, olvidonas y no conocemos. Pero dicen que la ampolla es bien malo. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

Entre sus demandas de lo que les gustaría que cambie de los servicios, el trato fue un aspecto particularmente destacado.

*Que sean amables, tratables, más cariñosas.
Que sean comprensibles con los pacientes. (Dos mujeres, Masisea, Coronel Portillo. Centro Poblado urbano)*

c) Accesibilidad económica

Otra dificultad que enfrentan las mujeres en su relación con los establecimientos de salud es el de la accesibilidad económica, en muchos casos señalan que no tienen dinero para la consulta y tampoco para las medicinas.

Todas vamos a la posta en algún momento, pero a veces no podemos ir porque no tenemos plata. (Callería, Coronel Portillo. Centro Poblado urbano)

Se van a la posta y les cobran \$ 4.00 la consulta y nosotros todavía tenemos dinero, pero hay otras gentes más pobres que nosotras y no les alcanza, es por eso que no se acercan a la posta, inclusive les dan mal trato. (Callería, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)



GENERO Y SALUD REPRODUCTIVA EN GUAYAMA,
MUJERES SHIPIBAS

I. RELACIONES DE GÉNERO

Roles y responsabilidades de varones y mujeres

En el caso de la población shipiba, la pareja conyugal conforma un núcleo de complementariedad productiva. Los hombres y las mujeres tienen a su cargo roles y responsabilidades imprescindibles para la viabilidad de la unidad doméstica que conforman. La responsabilidad de las mujeres es hacerse cargo de actividades productivas cotidianas en la chacra integral y diversificada, como son: la siembra, el deshierbe, la fertilización, la protección, y la cosecha de cultivos para el consumo propio de la unidad doméstica. Las mujeres se encargan también de actividades tales como la recolección, la crianza de animales menores, el transporte de agua, la preparación de los alimentos, la limpieza, la crianza de los hijos y la atención de la pareja. Una actividad importante, adicional a lo ya mencionado, es la elaboración de artesanías, las cuales comercializan más allá de las fronteras de sus localidades con un relativo éxito. La vinculación con el mercado que ellas establecen a través de la artesanía es un elemento importante para explicar el fenómeno de la migración de shipibos a los centros urbanos (Heise, 1999). En el caso de las migrantes, el ingreso que obtienen por la venta de su artesanía es el principal ingreso de la unidad familiar (Villavicencio, 1998).

El grupo shipibo se caracteriza por un patrón de asentamiento matrilocal, el cual genera un contexto propicio para el establecimiento de lazos de solidaridad entre mujeres (dado que se encuentran, en la misma localidad, grupos de parientes femeninos -formados por madres, hijas y nietas- a los cuales se juntan hombres de otras familias) (Heise, 1999). Esta forma de organización social que constituyen las unidades domésticas matrilocales permitiría a la mujer, en esta sociedad, contar con una posición relativamente más favorable que otras sociedades nativas, que no tienen esta característica. Una expresión de su nivel de autonomía puede considerarse el nivel de movilidad que tienen y por el cual salen a vender sus productos de artesanía fuera de la comunidad, obteniendo con esta actividad ingresos monetarios, los que a su vez le dan mayor prestigio. Hay indicios de que el patrón de matrifocalidad se mantiene, de manera adaptada aun luego de un proceso de migración hacia las ciudades.

Para el caso de los varones, la principal actividad es el trabajo agrícola, según expresan las mujeres en los autodiagnósticos.

Cuando es varón ayuda a su padre en la chacra y cuando es mujer ayuda a la mamá en la casa, en la cocina. (Calleria, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Si fuera hombre también se alegran para que conduzca a la mujer, le hacen estudiar, no es como la mujer, él hace chacra. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

El trabajo del hombre en la chacra consiste fundamentalmente en abrir nuevas chacras; es decir, el trabajo de roce y quema. La caza es también una actividad masculina al igual que la pesca. Actualmente, ambas actividades han perdido importancia en vista de la depredación de los recursos naturales y la sedentarización de esta población. Los varones, además, tienen acceso algunas veces a trabajos asalariados (Heise, 1999). En el caso de los shipibos migrantes trabajan

de manera eventual como mano de obra en la construcción de carreteras o en el muelle pesquero como cargadores. (Villavicencio, 1998)

Relaciones de pareja

Al igual que en el caso de las mestizas, las relaciones de pareja se caracterizarían por su fragilidad. Jeanine Anderson (1990), afirma que en las sociedades indígenas de la Amazonía la pareja no es un núcleo fuerte y que se trata de una forma de organización que se encuentra inserta en grupos más amplios y de mayor importancia que se basan en la solidaridad intragenérica.

En las comunidades shipibas la poliginia¹⁸ ha formado parte, por mucho tiempo, de la organización social y en cierta medida se mantiene; sin embargo, es un patrón que parece estar sufriendo cambios y en ese sentido probablemente presente complejidades particulares, los autodiagnósticos no nos dan pistas al respecto. Sin embargo, según encontramos en éstos las mujeres shipibas expresan temores semejantes al de las mestizas en relación a la posibilidad que sus parejas se relacionen con otras mujeres y finalmente las abandonen.

La sexualidad

En la sociedad shipiba, como en otras sociedades indígenas amazónicas, la sexualidad se considera una actividad física, social y afectiva normal, saludable e importante. La mitología shipiba expresaría concepciones sobre la sexualidad femenina como parecida a la masculina; es decir, activa y basada en el deseo propio. Sin embargo, la unión de las mujeres shipibas en matrimonio plantea situaciones en que los intereses colectivos suelen colocarse por encima de los intereses de la mujer en diversos aspectos que incluyen la sexualidad. Se considera que parte del funcionamiento de la sociedad es el establecimiento y la continuidad de alianzas entre familias a través de matrimonios, y en algunos casos sucede la unión de niñas que aún no llegan a la pubertad con hombres mayores, al margen de la voluntad de la joven. Tradicionalmente, en la sociedad shipiba, la edad propicia para que la mujer se case es después de su primera menstruación (12 - 15 años). Hasta hace unos 40 años la mutilación genital femenina, que hasta ahora es común en otros lugares del mundo, se realizaba durante un ritual que afirmaba las alianzas entre varias parentelas, teniendo como uno de sus objetivos el limitar la sensibilidad de las áreas genitales de la mujer como un medio para disminuir el deseo sexual. Una hipótesis es que existe una relación entre la amenaza a la estabilidad de la situación de los esposos en una sociedad matrilocal y la práctica tradicional de la cliterectomía, ya que la infidelidad de las mujeres se convertiría en una amenaza para la situación del esposo, quien vive en la casa de su esposa y la madre de ésta. Sin embargo, es necesario desarrollar investigaciones que permitan profundizar el tema de la sexualidad en la sociedad shipiba y otras etnias amazónicas, especialmente en relación al control del cuerpo y la sexualidad de las mujeres.

Maltrato

Los testimonios encontrados sobre el tema del maltrato son bastante similares, tanto para las mujeres mestizas como para las shipibas, estas últimas también señalan que es un problema que les ocurre con frecuencia y afecta gravemente su estado físico y emocional.

¹⁸Este término hace referencia a los sistemas de uniones conyugales en los cuales un varón se une a varias mujeres.

Las principales causas que mencionaron las mujeres shipibas para explicar por qué se produce el problema fueron:

- Los celos, la borrachera:

Ya ahí cuando por primera vez estaban tranquila, feliz, cuando tenía una hijita, después empezó el joven a celarla a Jisbe y ahí empezó a pegar su marido cuando se iba borracho le pegaba a Jisbe. (Iparia, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

- La negativa por parte de la mujer de tener relaciones sexuales. Situación en la que es común que se llegue a la violación sexual:

Pero su marido, cuando quería hacer relación sexual no creía en nada su esposo. Le maltrataba y tenía relaciones sexuales a la fuerza. Y de ahí, estando así, tenía muchos hijos. Así la mujer se empeoró más. (Calleria, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

A veces cuando están enfermas las mujeres no quieren [tener relaciones sexuales] y su marido les obliga. (Calleria, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

- Otra causa mencionada es el hecho de que el hombre tenga otra mujer y entonces empiece a sentir rechazo por su pareja:

Hay hombres que cuando están con otra mujer aborrecen a su esposa, ya no quieren a su mujer. (Calleria, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

...muchos maridos buscan problemas, pleitos por gusto, ellos miran o buscan alguna falta de la mujer para crear problema, este caso presenta el hombre cuando él ha encontrado otra querida. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

- También se menciona que cuando el hombre no cumple con sus obligaciones y la mujer le exige que lo haga éste puede reaccionar violentamente:

-¿Por qué creen que el hombre le pega a la mujer?

Cuando la mujer se molesta, cuando es ocioso, cuando la mujer le dice que haga algo.

Cuando la mujer le pide plata él se molesta, porque no le quiere dar, con esa plata quiere tomar su trago. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Las agresiones se dan inclusive cuando la mujer está enferma y no puede cumplir con sus quehaceres. Esta situación la grafican las mujeres al interpretar un sociodrama de la siguiente manera:

Sale otra mujer y se echa al piso, se agarra el vientre y dice que le está doliendo, en ese instante llega su esposo de la chacra y le dice: "¿qué haces ahí echada, habiendo tanto que hacer?", ella le dice "estoy mal, me duele mi vientre", entonces él le comienza a patear y sus hijos le dicen que no le patee, ella le dice: "yo no puedo darte de comer nada, ni a tus hijos, o quieres verme muerta". (Equipo Regional. Callería, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

También se hace referencia a situaciones de violencia cuando la mujer está en estado de gestación, momentos en los que el maltrato puede ser causa de aborto.

Una señora dice también que cuando ya no veía su regla, dice que ella pensaba que ya estaba embarazada, total un día dice su marido viene y se discuten con su marido y le patean éste en su nalga y así había empezado a bajar bastante sangre. Y cuando le ha pateado en su nalga, dice así, se ha abortado ella. (Iparía, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

En general, la violencia es percibida como algo bastante perjudicial para la salud de la mujer, además de mencionarse como causa de aborto se asocia a fibromas, invalidez, entre otros.

La Susana [...] se enfermó porque su esposo le pateó en su nalga. Su madre le llevó a Pucallpa al hospital de Yarinacocha, ahí le dijeron que tenía fibroma uterino, no tenía apoyo y continúa con su fibroma. (Callería, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

El marido puede dejar inválida a su mujer de tanto pegar. (Yarinacocha, Coronel Portillo. Mujeres shipibas¹⁹)

Consideran que afecta el estado psicológico de la mujer y los hijos.

*... la mujer vive resentida, triste, no es feliz.
los hijos tampoco son felices. (Dos mujeres, Yarinacocha, Coronel Portillo. Mujeres shipibas)*

Se describe como un problema de gravedad que incluso puede generar la muerte de la mujer

Es grave porque de tanto pegar puede llegar a matar. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

En cuanto a las actitudes frente al problema de violencia, las mujeres shipibas mencionaron caminos diversos. Una primera cuestión que se manifiesta es el impulso de dejar a la pareja.

... nosotras tanto recibir golpes, ahí también ya vienen nuestras ideas o planes para largarnos, dejar al hombre. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

¹⁹En Yarinacocha trabajamos con mujeres shipibas que habían migrado de sus comunidades de origen a esta localidad y por ello, en la referencia, precisamos que se trata de mujeres shipibas, a diferencia de las referencias que corresponden a mujeres en el contexto de sus comunidades.

Sin embargo, muchas veces este primer impulso se ve frenado, según señalan, por los hijos y porque finalmente tienen un cariño hacia la pareja, que termina pesando más una vez que ha pasado el momento crítico.

Nos siente mal a veces podemos pensar dejar, separar si nos está tratando mal. Pensamos dejar, pero cuando tenemos nuestros hijos, ahí nomás nos aguanta, aunque nos pega, hora de que nos maltrata ahí si pensamos dejarlo ¿no?, pero le queremos y cuando ya pasa la rabia ya lo tiene otra vez. (Iparia, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Algunas mujeres señalan que frente a la violencia de sus parejas ellas también responderían de la misma manera.

Mi marido también me hacía igualito, tiraba golpes a veces cuando venía de noche; para defenderme tenía que agarrar un pedazo de leña para yo también golpear a mi marido y así terminaba la pelea. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

También manifiestan que habrían mujeres que se encontrarían acostumbradas a convivir con la violencia.

Hay mujeres que ya están acostumbradas, dicen: él va a venir borracho y me va a pegar; esa es su costumbre. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

II. LOS SISTEMAS DE SALUD Y LAS CONCEPCIONES DE BIENESTAR

De modo semejante al caso de las mestizas, se observa una situación de convivencia de sistemas locales y modernos (biomédicos), aunque en este caso las prácticas locales parecen tener una preeminencia más acentuada.

Las concepciones de bienestar y salud de las mujeres shipibas participantes de los autodiagnósticos se indagaron fundamentalmente en el marco de la dinámica en que se le preguntó: "¿cuando una mujer es feliz?". En sus respuestas ellas dieron prioridad fundamentalmente a la idea de estar sanas, concepto que definieron como la ausencia de enfermedad y la posibilidad de realizar sus actividades cotidianas y que además asociaron al hecho de estar gordas, ya que usualmente se trata de mujeres delgadas expuestas al parasitismo (vinculado a la ausencia de agua potable y a su situación de extrema pobreza).

Una mujer puede ser feliz cuando la mujer se levanta tempranito y no tiene nada de enfermedad, no le duele nada en su cuerpo y esta feliz ¿no?, ella está tranquila.

- ¿y cómo es cuando una mujer no tiene enfermedad?

[...]

Ella se levanta tempranito, con ganas ¿no? De hacer toda cosa y con sonrisa ¿no?. La mujer se levanta pensando hacer cualquiera cosita.

[...] *Con ganas de trabajar.* (Dos mujeres. Iparía, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

[una mujer es feliz] *cuando es sana y toda cosa puede hacer.* (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad Shipiba)

Otro aspecto importante que se asocia al hecho de estar sana y feliz es el mantener relaciones armónicas con su entorno familiar, particularmente con la pareja.

*Una mujer sana tiene que vivir bien con su marido
A veces cuando están enfermas las mujeres no quieren y su marido les obliga.*

Cuando está enferma y tiene relaciones le duele. (Varias mujeres. Callería, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Una mujer puede ser feliz cuando no hay peleas con su esposo, cuando vive tranquila sin pelear, pero a veces, dice, hay hombres que son malos y cuando le pega a su mujer ahí no es feliz, pero cuando, vive tranquila con su marido es feliz ¿no?, vive feliz con el esposo. (Iparía, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

La enfermedad se entiende como un estado de malestar integral que involucra al cuerpo, al estado emocional y la relación con otras personas de su red social.

Una mujer enferma para triste, no es feliz, está preocupada de su enfermedad.

Debe ser flaquita.

Pálida

No conversa con sus amigas. (Varias mujeres. Callería, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Cuando se les preguntó si contar con recursos económicos era importante para que una mujer sea feliz, ellas estuvieron de acuerdo en que efectivamente era una condición necesaria.

Una mujer puede ser feliz cuando tiene plata porque en el hogar, dice, tienen bastantes necesidades ¿no?, que comprar sus cositas y cuando ya tienen plata ellos, ya pueden comprar todo y cuando están enfermas ya le pueden mandar curarse con esa plata. (Iparía, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Todas las ideas señaladas nos expresan una visión holística de bienestar y salud en la que es importante la armonía con su cuerpo, sus emociones y su medio social.

Esta visión holística ha sido expresada también en otras investigaciones. Así, Cárdenas (1989) hace referencia a la idea antes señalada cuando presenta la manera en que los shipibos definen los estados de salud y enfermedad: "... para los shipibo-conibo un hombre y una mujer son seres sanos cuando se encuentran en un estado de bienestar o equilibrio físico, psicológico y social,

producto de su interacción exitosa con el ambiente que les rodea (natural, sobrenatural, socioeconómico)" (p.172).

Las explicaciones sobre el origen de las enfermedades que hemos podido encontrar son diversas; una bastante extendida en la región amazónica tiene que ver con el ataque de los espíritus (de animales, plantas, agua, fenómenos meteorológicos, muertos): 'Para los nativos amazónicos, los ríos, los bosques, las cochas tienen espíritus protectores que pueden atacar a las personas y causarles enfermedades: una persona puede ser invadida, transformada, raptada, matada por seres espirituales malvados y este concepto de persona como de un ser humano permeable a las entidades sobrenaturales se encuentra enraizado en el marco cultural amazónico'. (Rossi, 1999: 218)

Otro tipo de causa de la enfermedad, de acuerdo con los autodiagnósticos, tiene que ver con la transgresión de cierta normatividad en la conducta. En estos casos, la forma en que se produce la enfermedad es el contagio mágico por la intervención de espíritus sobrenaturales. Este contagio mágico llamado "cutipa" sucede en gran medida en el embarazo y en el puerperio.

De acuerdo con el estudio de Cárdenas, sobre población shipiba, la cutipa se presenta generalmente cuando no se han respetado ciertas normas de conducta. Puede darse en adultos y niños, pero es más común en estos últimos (generalmente entre 0 y 3 años), se da por contagio del padre o madre infractor(a): 'El cutipado es el nombre de un complejo sintomático atribuido al perjuicio que pueden causar los poderes mágicos que existen en las plantas y en la naturaleza Y surgen cuando de alguna forma se los maltrata, igualmente el cutipado está relacionado a la observancia del ritual de la covada que son las prohibiciones que deben respetar el padre y la madre antes y después del nacimiento del hijo. La acción dañina de estas fuerzas mágicas de los animales, plantas, lluvia, objetos, etc. se da en forma de un "contagio mágico" por el cual el padre infractor, afectado por el malestar al que se hizo acreedor, transmite automáticamente dicho malestar a su hijo, que también queda cutipado. Estas características llegan a la víctima (niños tiernos) a través de un 'mal aire' que es transportado por la persona que ha cometido el 'faltamiento' a la naturaleza, a los rituales de covada u otras costumbres rituales'. (Cárdenas, 1989: 258 - 259)

Este tipo de concepción cultural parece ser una fortaleza importante de este sistema de salud. Se trata de concepciones que por un lado parecen tener efectos funcionales concretos sobre el cuidado de la criatura y la puérpera (se señala por ejemplo que la pareja de la puérpera no debe jugar fútbol o ir a cazar al monte, lo cual indirectamente podría estar sugiriendo que se quede más tiempo en el entorno cercano al hogar) y que, por otro lado, podrían fortalecer los vínculos de relación entre el padre y el bebé (se señala un contagio mágico que sugiere que lo que suceda en el cuerpo del padre puede expresarse directamente en el bebé) en sociedades en que al parecer la paternidad tiende a ser un vínculo frágil.

Otra concepción bastante extendida es la enfermedad como producto de la acción de la brujería. En el estudio antes mencionado sobre los shipibos se señala como causa de enfermedad el ataque del Yube²⁰, quien realizaría hechizos por envidia o por venganza.

²⁰Shamán - brujo que hace daño

Respecto a quienes se desempeñan como especialistas de la salud en el sistema local, Heise (1999) señala que las mujeres son expertas en curaciones con hierbas medicinales, las que practican generalmente sólo con sus familiares. Cumplen además funciones de parteras y hueseras. Por otro lado, sólo los hombres podrían ser curanderos, actividad que llevan a cabo con la ayuda de alucinógenos como: chacruna, toe y ayahuasca. (Heise 1999: 71)

III. PROCESOS REPRODUCTIVOS, MALESTARES Y COMPLICACIONES ASOCIADAS

MENSTRUACIÓN

La menstruación es un proceso fisiológico que generalmente llega a la vida de las mujeres sin que ellas estén informadas al respecto. Según manifiestan en sus testimonios, la primera menstruación es motivo de sorpresa, temor y vergüenza, les resulta difícil contarle a otra persona lo que les está pasando y si finalmente deciden hacerlo, a quien primero suelen acudir es a la madre.

Ustedes saben muy bien que cuando vemos la primera regla nos quedamos sorprendidas y nos temblamos el cuerpo y no tenemos ganas de comer. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

A una niña le empieza su primera regla, y la chica no sabe si le va a dar la regla, no sabía en qué fecha ni la edad. A los 12 ó 14 años a algunas, y se asusta cuando le da su regla, algunas le dicen a su mamá, [...] cuando le ha dado su regla, no tiene hambre, algunas se esconden y lavan escondido su trapo, después regresa a su casa, le gusta pasearse y ella no sabía de dónde le sale sangre. (Callería, Cornel Portillo. Comunidad shipiba)

La menstruación es un evento que marca un cambio importante en la vida de las mujeres.

Cuando bajamos nuestra regla ya no nos sentimos chiquitas ya, sino señoritas. (Yarinacocha, Coronel Portillo. Mujeres shipibas)

Se le asocia inmediatamente a la posibilidad de enamoramiento y embarazo. El temor al embarazo se vuelve una amenaza constante de manera que las madres ponen especial énfasis en advertir a las hijas y cuidarlas al respecto.

Cuando ve la regla o sangre por primera vez la niña se asusta y es cuando ya, cuando ya le ha visto su regla se enamora y de ahí ya se embaraza. De ahí ya se reúne con su enamorado y ahí se embaraza. (Iparía, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

.... después de hacerle tomar en los remedios nuestras mamás nos dicen: no estés andando porque puedes quedar embarazada ya que has tenido tu regla. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Se mencionaron una serie de prácticas asociadas al evento de la primera menstruación, tales como: comer ceniza, quedarse en cama por algunos días, tomar infusiones de hierbas, ingerir

aspirinas y sentarse en la arena para que la sangre baje ahí. Todas estas prácticas estarían a cargo de la madre. Algunas de ellas estarían destinadas a hacer más llevadero el proceso. El ingerir cenizas, por ejemplo, se asocia a que la menstruación pase rápido y a la ausencia de dolores. El consumir preparados vegetales como la albahaca, por otro lado, tendría el objetivo de evitar un sangrado muy profuso.

... al verme preocupada, mi mamá me preguntó, ¿qué tienes?, ¿qué te pasa?, ¿estás con tu regla?, aun así no me animaba a decir, después de tanta insistencia le avise a mi mamá lo ocurrido, inmediatamente mi mamá ha conseguido una porción de ceniza me echó sobre mi boca con el fin de que pase rápido, pero no he tenido ningún tipo de dolor, todo bien. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Como es nuestra costumbre, nos encamamos cuatro días, nos daban ceniza y después sale de la cama a lavar platos, a lavar ropa. (Calleria, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Le habían dado de tomar hoja de algodón paico calentito cocinando, y su mamá le ha dado de tomar cuando le ha visto por primera vez su regla, con sal le da de tomar su mamá y también hay hoja de albahaca también le da de tomar su mamá, para que no baje bastante sangre le da de tomar eso. (Iparia, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Después de pasar todo esto le avisamos a nuestra madre, nos da de tomar algún remedio como limón caliente, tres pastillas de Aspirina. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

... después nuestra mamá, cuando tenemos regla nos hace sentar en la arena para que la sangre pueda escurrir ahí. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

En la comunidad de Belén se mencionaron, además, una serie de prohibiciones relacionadas con la alimentación. Se considera conveniente evitar comer animales como el motelc, la piraña y el pato. La explicación que estaría a la base sería que la presencia de elementos como las muelas o el pico en estos animales, hacen de ellos alimentos capaces de causar daño al cuerpo de la mujer cuando está menstruando.

Primera vez cuando habían visto su regla, no le daban comer paña (piraña) y motelc, y también no les dejaba comer pato, porque pato, dice, tiene su pico éste, animales que tenían su muela, esas cosas no les dejaba de comer. (Iparia, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Adicionalmente a estas prohibiciones alimentarias se mencionan otro tipo de prohibiciones tales como: no realizar esfuerzos físicos muy fuertes, no bañarse en el río y no tener relaciones sexuales, las cuales se mencionan para la menstruación en general y no sólo para el caso de la primera menstruación. El esfuerzo físico y las relaciones sexuales se evitan porque, de acuerdo con indagaciones de la investigadora de campo, estarían asociadas a un mayor flujo de sangre, lo que

se considera una situación molesta. El bañarse en el río se evita por la presencia de entidades sobrenaturales y por la posibilidad de dolor de barriga.

No se bañan en el río porque hay malos espíritus en el agua por eso de miedo no quieren bañarse en el puerto. (Iparía, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Porque si bañamos en el río, de repente podemos doler nuestra barriga. (Iparía, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Sobre las características de la sangre, mencionan que cuando es de un color oscuro es mala sangre y revela la presencia de enfermedad.

Cuando nos baja la sangre, la sangre nos baja negro, y eso podemos decir que es sangre malo, cuando nuestra vejiga está enferma. (Yarinacocha, Coronel Portillo. Mujeres shipibas)

En otra localidad se señala que en general es mala sangre y que por eso es expulsada por el cuerpo.

La sangre tiene olor bien fuerte, pero no apesta, porque es sangre que no sirve.

Es mala

Porque si sería buena no se le sacaría, a veces viene con coágulos. (Yarinacocha, Coronel Portillo. Mujeres shipibas)

Finalmente, otra concepción sobre la sangre de la menstruación es la asociación de flujo abundante con una mayor fecundidad.

... Eso sí me aburría bastante, porque tenía mucha sangre, mi mamá me decía que yo me embarazaría continuamente. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

EMBARAZO

La información encontrada entre mujeres shipibas en relación con el proceso de embarazo es bastante reducida y no difiere mayormente de aquella encontrada entre mestizas. En cuanto al tema de etnofisiología, también se explica el inicio del embarazo a través de la unión sexual entre el varón y la mujer. Aunque en el testimonio encontrado parece dársele un rol más protagónico al aporte del varón.

El embarazo se produce cuando nos relacionamos con el hombre, el espermatozoide produce el embarazo. (Mujeres shipibas. Yarinacocha, Coronel Portillo.)

Dentro del tema de etnofisiología encontramos que relacionan el sexo del bebé con la manera en que experimentan el embarazo.

El hijo hombre cuando se embaraza es feo. Se malogra nuestra cara, ojos adentro. La mujer se enferma. En la hija mujer es otra clase. Es todo normal su cara, es alegre y tranquila. (Callería, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

En relación con los cuidados durante el embarazo, se señalaron ciertas prohibiciones alimenticias, la ingestión de vegetales para que el parto no tenga problemas y el evitar cargar peso y bañarse en el río.

Y también la mamá le explica, y también la mamá le decía cuando estamos embarazadas no se come motelo. Porque el motelo tiene bastante sangre, el sajino también no se come, y también no se baña en el río. (Iparía, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Cuando la mujer está embarazada, la mamá le convida malva para que tenga rápido su bebito.

Cuando estamos embarazadas, no se puede hacer peso y no se come limón. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Por otro lado, se encontraron testimonios que señalan reticencias para acudir a los servicios de salud en esta etapa.

- ¿Cuándo están embarazadas, a dónde acuden, a la posta o a la partera? No nos vamos a ninguna parte, a veces conociendo a la partera nos vamos de frente a ella, a veces nosotras damos cuenta cuando el bebé está mejor ubicado dentro del vientre, nunca vamos a la posta... (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

PARTO

El parto en casa es, como en el caso de las mestizas, la alternativa más frecuente, se menciona que puede ser atendido por una partera pero además la madre u otras familiares cobran particular importancia.

Nuestra madre nos atiende, a veces cuando no está la mamá le atiende algún miembro de la familia. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba).

Algunos testimonios mencionan la presencia de la pareja y de los familiares en general como algo importante por la ayuda específica que pueden prestar.

Ahí debe estar su papá, ahí debe estar su esposo, debe estar la partera, su mamá y puede estar su suegra también, porque ellos tienen que ayudar a traer medicinas, plantas medicinales, pueden traer pañales, también ellas tijeras pueden traer, calentar el agua, hervir la tijera, por eso deben estar ahí las familias. Dice la familia de la mujer, porque son mujeres, se

alegra, ella nos va a ayudar, la abuelita se alegra. (Iparía, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Sin embargo, según manifiestan algunos testimonios de los autodiagnósticos, habría un sentimiento de vergüenza durante el parto que llevaría a varias mujeres a dar a luz solas, en lugares aislados como el platanal -por ejemplo- y sin avisar a nadie.

Nos vamos debajo del platanal cuando tenemos vergüenza, podemos gritar, para que no escuche lo que grita, porque eso es nuestra costumbre. (Iparía, Coronel Portillo. Comunidad Shipiba)

Sobre la posición para dar a luz, según señala Heise (1999), la más frecuente es en cuclillas (práctica que estaría generalizada para la mayoría de mujeres indígenas de la Amazonía). El acompañamiento y ayuda serían brindados por otras mujeres y sólo en caso de dificultades intervendría el varón.

En esta población se señala que para cortar el cordón umbilical se utilizaba la caña brava, pero cada vez más la tijera.

Las complicaciones en el parto que ellas mencionan son:

Bebé muy gordo	<i>Ese niño era bien gordo, por eso no podía nacer rápido. Las parteras le rompieron su cabeza y le sacaron muerto y la madre casi se muere.</i> (Callería, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)
Bebé envuelto con el cordón umbilical	<i>... hay mujeres también que no puede nacer rápido el bebito, porque en su cuellito está envuelto con su ombligo y no puede nacer rápido el bebito.</i> (Iparía, Coronel Portillo, Comunidad shipiba)
Capas dobles	<i>Hay algunos que en los [niños], no sé como será, capas dobles, ¿no?, puede estar así, en una bolsita en el útero, está, pero hay algunos que están en doble capa. Algunos bebotes están en doble capa ¿no? Doble bolsita diré envuelto con bolsa, [...] a veces son así entonces con su uña le abre, le abren.</i> (Iparía, Coronel Portillo, Mujer shipiba -traductora-)
Mujer estrecha	<i>A veces también no puede tener porque la parte de una mujer no se abre y está bien cerradito.</i> (Iparía, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)
Demora en la salida de la placenta	<i>A veces te agarra mal parto o a veces buen parto, hay algunos que son rápidos y otros que se demoran, sale con todo la placenta el niño, de otras señoras no sale rápido la placenta.</i> (Callería, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Una partera que fue entrevistada señaló que podía saber desde el embarazo, si es que el parto iba a mostrar complicaciones. Señala que si la barriga está dura y no es posible distinguir las diferentes partes del cuerpo del bebé, entonces, probablemente, el parto presentará problemas.

*Ella sabe cuando la mujer puede tener problema en el parto ¿no?, entonces ella puede tocar, entonces, es bien duro la barriga ¿no?, entonces ella sabe que va a tener problemas. [...]
cuando es problema, a pesar que ella toca, no parece nada, ella no toca*

nada de su piecito, de su cabecita, solamente un redondo nada más, entonces ella no va a saber cómo va a nacer, entonces esa señora va a tener problema, dice ella, porque no toca nada de sus bracitos, nada de su cabecita, ni su rodilla es como una bolsa nomás; entonces ella dice, ah, este va a tener problemas. (Iparia, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

PUERPERIO

La información revisada sobre este evento de salud de la mujer sugiere ideas bastante semejantes en población mestiza y shipiba.

Consideran que luego del parto el cuerpo queda delicado.

Cuando ya nace el bebito nos rompe y eso no se sana todavía. (Iparia, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Y que por lo tanto se deben guardar una serie de cuidados.

Ahí ya no hacemos trabajo de la casa y no hacemos peso, para que no entre el frío nosotros no salimos tempranito y ahí también ya no pensamos hacer relación sexual. (Iparia, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Pasados los ocho días, se considera que la mujer puede bañarse y levantarse, pero durante un periodo de varios meses deberá seguir guardando cierto nivel de cuidado, no podrá hacer esfuerzos muy grandes ni tener relaciones sexuales.

En la comunidad shipiba de Vista Alegre de Pachitea, el testimonio de una mujer señala que esto se podía cumplir antes, pero que ahora era bastante difícil debido a la insistencia del esposo para tener relaciones sexuales (por la pérdida de vigencia de ciertas concepciones que regulaban ésto).

Ahora es diferente, ni bien cumple un mes ya el esposo insiste en querer dormir con la esposa, mientras antes no era así, decían que su esposa no podía dormir con su esposo durante tres o cuatro meses después que haya dado a luz, según nuestras costumbres para que el esposo no sea ocioso. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Una partera entrevistada señaló que una vez que nace el bebé está prohibido mirar ciertos animales, como por ejemplo, el mono o el tigre porque le puede 'cutipar'.

Cutipar es, nosotros decimos, es una cosa que cuando se ve entonces ella, igual como los animales está... le repara [arruina] al bebito. (Iparia, Coronel Portillo. Comunidad shipiba.)

Se señala la presencia del entuerto como una complicación que se puede dar si no se cumplen los cuidados prescritos. En la comunidad shipiba Vista Alegre se señaló que además éste podía ocurrir por susto.

Después del embarazo nos trae el susto, por cualquier cosa nos asustamos, hasta nos puede traer la muerte ya que dentro del vientre puede quedar la sangre hasta quedarse endurecida. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Los tratamientos descritos, al igual que en el caso de las mestizas o ribereñas son a base de vegetales.

Cuando nos pasa eso [el entuerto] utilizamos hoja de algodón para sobar en la vejiga. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

También se menciona como una complicación posible el sobrepardo. Al igual que lo manifestado por las mestizas sería consecuencia de falta de cuidado luego del parto.

MENOPAUSIA / EDAD CRÍTICA

Un primer aspecto que es importante resaltar es que no existe una categoría equivalente a menopausia en shipibo y que ellas se refirieron al hecho de dejar de menstruar. Señalan que esto no es considerado como una enfermedad sino como parte del proceso de vejez que es natural en toda mujer.

- ¿El retiro de la menstruación es considerado una enfermedad dentro de la comunidad?

Eso no es ninguna enfermedad, que eso es la vejez y es normal que se les quite la menstruación. Es normal que ya no pueden ver sangre, que ya no pueden menstruar, o sea es el proceso normal de la vida de las mujeres. La vejez no es una enfermedad. (Iparía, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Las mujeres shipibas explican la ausencia de menstruación señalando que lo que ocurriría es que se terminan los óvulos o semillas, que el útero se queda seco y por ello no podrían quedar embarazadas.

Cuando ya se termina la semillita, dice, ya no se baja la sangre, ya no hay sangre ya, cuando ya no hay la semilla también cuando ya es viejita la semilla se termina. (Iparía, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

El útero se cierra porque ya no sale regla, los óvulos ya no hay para que salga. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Yo les voy a explicar sobre nuestra vagina, aquí les hago conocer de nuestros óvulos, cuando está maduro, una vez que está por ver la menstruación se baja el óvulo y se ve la regla, pero cuando estamos de edad, el óvulo se termina y ya no se ve la regla. (Yarinacocha, coronel Portillo. Mujeres shipibas)

... Ya no vemos la regla [...] porque el útero está bien seco. Nosotros aquí ya no vemos la regla, porque ya no podemos embarazarnos. (Iparia, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Según manifiestan algunas mujeres de la comunidad de Belén, ellas mismas, a través de la ingestión de preparados de hierbas inducirían el hecho de que ya no les baje la menstruación. Esto se haría con el objetivo de ya no tener más hijos.

Algunas mujeres, antes que dejen de ver su regla, ellos mismos toman su remedio y de ahí ya no ven su regla y así empieza a no bajar la sangre. (Iparia, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Nosotras tomábamos remedio para ya no ver los hijos, para dejar ahí nomás, para ya no dar más, para que ya no embaracemos más. En ese tiempo nosotros, nadie nos llevaba al hospital, no había ni ampollas, no había ni pastillas. (Iparia, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Ella ha hecho así ¿no?, ha tomado remedios y más le había dicho su abuelita, porque ella ha visto que su abuelita tomaba así y ella también ha tomado y ahí ha dejado ya [de menstruar] para que ya no tenga más hijos y para que ya no sufra, porque ya tenía muchos hijos y ya no podía mantener, y eso ha hecho cortar la regla. (Iparia, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Las plantas que dijeron tomar con este fin son: la hoja de palta, la hoja de dale-dale y preparados de chuchuhuasha con aguardiente.

- ¿Qué plantas medicinales?

He tomado plantas medicinales, hojas de palta y hojas de dale-dale.

- ¿Cómo se toma eso?

Yo he tomado cocinando, haciendo hervir bien, se hace hervir bien. (Iparia, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

... *Algunas mujeres me recomendaban tomar remedios, por tal motivo he tomado aguardiente mezclado con chuchuhuasi desde allí no he tenido mas regla.* (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Según dicen, se trata de una práctica que estaría cayendo en desuso.

Nosotros somos así, nosotros como somos shipibos llevamos nuestra costumbre, por eso tomamos así, pero ahora, ya no es tanto porque ahora las señoritas ya no toman esas clases de remedios. (Iparia, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

El retiro de la menstruación se asocia a algunos malestares. El dolor de cabeza es el mencionado con mayor frecuencia y algunas lo explican señalando que sería consecuencia de que la sangre que

ya no baja habría subido a la cabeza. También se mencionan dolor de vejiga, del cuerpo en general y la presencia de descensos.

- ¿Qué creen cómo es al final? si ya no nos baja sangre ¿adónde ustedes creen que se va esa sangre?

Por eso nos duele la cabeza y nos debe chocar, pues esa sangre en la cabeza, la sangre puede ir en la cabeza. (Iparía, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

- ¿Cuándo ya dejaba de bajar la regla, tú cómo veías?

Le dolía su cabeza, y de ahí empezó a tener dolor de vejiga y ahí ya ¿no? empezó a bajar el líquido y ya traspasaba, veíamos ya que había mancha en su falda. (Iparía, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Cuando ya la sangre se va a la cabeza, nos duele la cabeza, nos marea la cabeza, todo nos duele. A veces nosotros nos vamos caminando y podemos caernos, nos podemos desmayar, cuando ya es viejita ya nosotros también ya no pensamos nada ya, ya no pensamos ni hacer relación sexual y ya no queremos nada ya. (Iparía, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

También se le asocia con la pérdida del deseo sexual. Una vez que la mujer deja de menstruar se considera que vuelve a ser como una niña y se le cierra la vagina.

Después de menopausia, no tenemos ganas de hacer relaciones con nuestros esposos, pero el esposo insiste queriendo hacerlo, nosotras no buscamos sino los hombres. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Y ya se cierra otra vez la vagina y el hueco ya se cierra otra vez, igual que una niña también se vuelve. Cuando ya somos viejitas, también nos volvemos como una niña y ya ahí ya no queremos hacer ni relación, por eso es lo que se cierra porque ya no hacemos relación cuando somos viejitas ya. (Iparía, Coronel Portillo. Comunidad shipiba).

Finalmente, también manifiestan que al ya no tener el flujo menstrual significa para ellas la posibilidad de estar tranquilas y en general es visto como algo positivo.

Cuando está con la regla no se puede ni caminar, a veces no se puede ir lejos porque baja mucha sangre, pero cuando ya no veía mi regla, [...] no me bajaba nada de sangre, ahí yo andaba tranquila. María también dice que no sentía nada, estaba contenta. (Iparía, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Así tenemos que ser, cuando ya no se ve la regla, cuando ya no nos baja nada de sangre estamos contentas, nosotros cuando vemos la regla, cuando nos baja la sangre todavía, [...] a veces cuando se baja bastante a

veces nos escalda nos pasa nuestro calzón y se aburre bastante no puede estar tranquila. (Iparía, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

IV. PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA SELECCIONADOS COMO PRIORITARIOS

EMBARAZOS NO DESEADOS Y MUCHOS HIJOS

¿Cuándo empezar a tener hijos?: el embarazo en la adolescencia como problema

Las mujeres shipibas inician su vida sexual y reproductiva bastante jóvenes. Esto corresponde a un patrón social tradicional por el cual la edad propicia para que la mujer se case es luego de su primera menstruación (12-15 años) inclusive, según testimonios de los autodiagnósticos, algunos padres apoyados en la tradición entregaban a sus hijas de 10 y 11 años a hombres mayores para que sean sus esposas, aun cuando esto iba en contra de su voluntad. Sin embargo, diversos testimonios manifiestan también que estos patrones estarían perdiendo vigencia poco a poco en el caso de las recientes generaciones debido a sus expectativas de acceder al sistema educativo.

Aun cuando el inicio sexual temprano estaría apoyado en pautas marcadas por la tradición, las mujeres señalan el embarazo a temprana edad como un problema. Se le asocia con una serie de circunstancias que consideran desfavorables, como el hecho de tener que dejar sus estudios y problemas de salud.

Patricia se embarazó cuando tenía 11 años.[...] Dejó la Patricia sus estudios cuando se embarazó. Se enfermó con dolor de cabeza, no quería comer, cuando comía arrojaba todo [...]. Otra mujer de 12 años se embarazó porque ha hecho relación con un hombre [...]. Dolía la cabeza porque era anémica, en parto sufrió mucho porque era niña. Tres días le dolió el parto. (Callería, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

¿Cuántos hijos tener?

La Tasa Global de Fecundidad del grupo étnico shipibo - conibo asciende a 9.6 (Censo 1993), una de las cifras más altas registradas por un grupo poblacional a nivel nacional. Cifra que además muestra una importante diferencia con el resto de la población rural del departamento que, como antes señalamos, asciende a 6.4 (ENDES 1996).

Tal como se señala en otros estudios (Yon, 2000) y ocurriría en el caso de las mestizas o ribereñas, el número de hijos que las mujeres consideran adecuado tener, sería el resultado de un balance entre diferentes aspectos, como pueden ser los significados tanto positivos como negativos que se asocian a los hijos y la valoración de la maternidad, entre otros. El número de hijos que finalmente tengan, por su parte, será el resultado de esto y además de sus posibilidades concretas de tomar decisiones en relación a este ideal (capacidad de negociación con la pareja, concepciones sobre los métodos anticonceptivos, efectividad de éstos, entre otros). La información recogida en los autodiagnósticos no nos brinda elementos suficientes como para esbozar una explicación completa con respecto a todos estos aspectos. Sin embargo, en ellos encontramos algunas ideas

sobre el número de hijos que consideran adecuado, algunos significados asociados con los hijos y también sobre los métodos anticonceptivos y su uso.

En relación al número de hijos que consideran adecuado tener (o a partir de cuantos consideran que los hijos son muchos) encontramos testimonios diversos. Estos testimonios señalan una tendencia hacia un ideal que estaría entre los 3 y los 4, bastante alejado de lo que en la práctica ocurre. Sin embargo, es importante señalar que este ideal no se bosqueja de manera tan clara como en el caso de las mujeres mestizas.

Significados asociados a los hijos

■ Aspectos positivos

En comunidades cuya economía se basa en la recolección, caza, pesca y agricultura de subsistencia, como son las comunidades shipibas, la mano de obra que significan los hijos cobran particular importancia por la ayuda que representan tanto para el padre como para la madre en sus labores diarias.

Cuando nace mujercita nosotras como madres nos sentimos alegres porque sabemos que cuando sea grande nos va a ayudar en nuestro trabajo.

[...]

También alegramos cuando nace el hijo varón porque estamos seguros que nos va a ayudar cuando sea grande, él va a anzuelear, cortar leña y va a ayudar a su padre en su trabajo, asimismo su padre avanza en su trabajo. (Dos mujeres, Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Un aspecto que aparece en los testimonios es el apoyo que significan los hijos para ellas en términos de colaboración más allá de los roles que tienen asignados por la división social del trabajo; es decir, en aspectos cotidianos como por ejemplo el cuidado cuando están enfermas.

Sus hijos se preocupaban de su mamá. Lo curaron con vegetal: menta y canela, y no se curaba. Le llevaron a la Posta y ahí se sanó. (Ha. de vida. Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Se asocia la buena salud con la posibilidad de tener muchos hijos.

Tiene bastantes hijos porque no tiene ninguna enfermedad. Hasta 12 hijos puede tener. (Callería, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

■ Aspectos negativos o desventajas

Las desventajas fueron señaladas en relación, fundamentalmente, al hablar del problema de tener "muchos hijos". Una primera es que al tener muchos hijos se agudizaría la escasez de recursos económicos en la familia

Ya tenía muchos hijos. Ella estaba preocupada, paraba triste, tanto pensar. Dolía la cabeza porque no tenía qué comer. No tenía ropa para sus hijos y también no alcanzaba el mosquitero. Y también su esposo era viejito. No alcanzaba el mosquitero por sus hijos, dormía junto con ellos. Su pie del padre aparecía fuera del mosquitero. (Calleria, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Para sus hijos no alcanzaba la comida, ni para sus ropas de vestir y la mujer también no tenía para vestir. Y también no tenía para hacer estudiar, no tenía útiles escolares. Y no podía comprar medicinas cuando se enferman sus hijos. (Calleria, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

En comunidades nativas se señala que antes el problema de la falta de recursos no era un aspecto que se considerara mayormente, dado que siempre se contaba con alimento; sin embargo, las nuevas necesidades (compra de vestimenta, educación) probablemente estarían jugando un papel importante en sus nociones del número de hijos que consideran adecuado. A ello se sumaría que su situación de pobreza se ha agudizado debido a la deforestación y destrucción del bosque. De otra parte, ha habido un descenso de la mortalidad infantil por acceso a la medicina occidental, aunque ésta sigue siendo elevada.

Además, el tener muchos hijos se asocia con la posibilidad de sufrir dolencias y enfermedades.

[Las mujeres] Se enferman porque tienen muchos hijos y alzan cosas pesadas. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Encontramos enfermedades, también dolencias en la vagina o en la vejiga, por consecuencia de tener varios hijos. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

El tener muchos hijos se considera, además, una pérdida de libertades para la mujer, debido a la serie de responsabilidades que implica su cuidado.

Cambia la vida después de tener hijos, tienes que estar ahí cuidándole. El hijo te amarra, hay que cuidarle, lavarle, así es ya cuando tenemos marido. (Yarinacocha, Coronel Portillo. Mujeres shipibas)

Sobre el significado de la maternidad, no encontramos mayor información en los autodiagnósticos. Por su parte, Jeanine Anderson, en un balance²¹ que realiza de los estudios sobre género en poblaciones indígenas de la Amazonia, señala que: 'las mujeres son importantes primeramente como esposas, no como genitoras. El rol maternal es poco elaborado en el plano simbólico'. (Anderson, 1990).

Anticoncepción

a) Métodos tradicionales

El grueso de testimonios encontrados en los autodiagnósticos, sugieren que los recursos más utilizados para efectos de anticoncepción son los preparados de vegetales o métodos tradicionales.

Para el caso del grupo étnico shipibo, la información más completa sobre el uso de métodos tradicionales proviene de un estudio realizado por Hern en 1964. (Hern, 1994b). Una encuesta extensa en una comunidad shipiba reveló la existencia y un alto nivel de uso de diversas preparaciones vegetales utilizadas para el tratamiento y control de la fecundidad. La misma investigación también reveló una alta tasa de fecundidad: 10.46, la cual no habría sufrido mayores alteraciones según datos del Censo 93 que señala una tasa de fecundidad de 9.6 para este grupo nativo.

El método tradicional más importante consiste en dos preparados vegetales con efectos opuestos, pero complementarios. La primera hierba, o piripiri, cuyo nombre nativo es *totimahuaste*, es una hierba larga (*Carex spp*), que crece en tierra húmeda a lo largo del lago, su preparación consiste en aplastar la raíz en una copa de algodón y exprimir el jugo en una taza de agua caliente. Esta decocción se toma durante el primer día de la menstruación, solamente durante dos menstruaciones seguidas. Se dice que después del tratamiento, la mujer nunca más concibe otra vez. No tendría consecuencias. El tratamiento se acompaña con una dieta restringida y un plazo de abstinencia sexual. La droga de efecto opuesta era *totihuaste*, una planta que crece a la sombra de la chacra de plátano. También se aplasta en algodón y se mezcla el jugo con agua caliente.

Según los informantes, el *totihuaste* vuelve la *vacun nanuti* (matriz) suave, mojada, y deseable para el semen del hombre. Se dice que el medicamento de antifecundidad, *totimahuaste*, tiene el efecto opuesto en la matriz. Existía una variedad de otras preparaciones para alterar la fecundidad. Una se llama *navahuaste*, la cual permitiría a la mujer adolescente tener la oportunidad de experimentar sexualmente antes de unirse con un esposo con quién tener familia. De cualquier modo, *navahuaste* necesita un plazo de abstinencia sexual y dieta para que sea eficaz. Se dice que *navahuaste* tiene la propiedad de retardar la fecundidad precisamente tres años y es útil tanto para prolongar intervalos entre niños como para postergar el primer parto. Otros medicamentos anticonceptivos con identidades menos definidas incluyen hierbas de todo uso llamadas *chuchuhvasi* (también utilizada para reumatismo, leishmaniasis y cáncer) y *sachamanga*. Esta última es una extracción corrosiva de una raíz que se aplica en forma intravaginal en plazos breves especificados. En el periodo 1964-69 más del 50% de las mujeres de 15 y mayores conocían anticonceptivos vegetales y el 43% de las mujeres entre 20 a 54 años los habían usado. (Hern, 1994b)

b) Información y uso de métodos modernos

Aun cuando la mayoría de testimonios se refirieron fundamentalmente al uso de métodos tradicionales, se encontró un pequeño grupo de testimonios que afirmaban que antes las mujeres habrían tenido muchos hijos por falta de información, y que ahora habría mayor conocimiento sobre los métodos anticonceptivos modernos.

Hemos tenido muchos hijos porque no hemos sabido controlar. (Masisea, Coronel Portillo, Comunidad shipiba)

Ahora las mujeres conocen cómo evitar el embarazo. Por eso las mujeres no tienen muchos hijos. Porque ahora ya tenemos quien nos apoya. (Callería, Coronel Portillo, Comunidad shipiba)

Algunos testimonios mencionan una variedad de métodos modernos y la posibilidad de usar uno u otro dependiendo de cuál se acomode más a su organismo.

Las señoritas se van a la posta y el sanitario nos da consejos, nos dice cómo cuidarse ahora, se cuidan con píldoras, condón, T de cobre y también con el calendario porque no hay recursos económicos, ahora también hay ligadura de trompas. (Callería, Coronel Portillo, Comunidad shipiba)

Hay diferentes formas de cuidarse, ahora en el hospital y en el centro de salud nos explican de todos los métodos para cuidarse y nosotras vemos cuál de ellos es mejor, algunas usamos ampollas y pastillas. A algunas mujeres no les cae bien las ampollas, a otras sí, pero a veces hay mujeres que sí les hace bien las pastillas, a otras no. (Yarinacocha, Coronel Portillo, Mujeres shipibas)

Sin embargo, a pesar de hacer mención a una serie de métodos anticonceptivos modernos y la posibilidad de usarlos no encontramos junto a esto un manejo de información más profunda sobre cómo actúan dichos métodos en el organismo de la mujer. Y es que no siempre los servicios de salud son percibidos como fuentes donde es posible acceder a la información. En ese sentido, hablando de los métodos modernos, una mujer de la comunidad de Vista Alegre de Pachitea señala:

Cuando vamos a la posta no nos explican. (Masisea, Coronel Portillo, Comunidad shipiba)

En esta misma localidad se encontraron testimonios que manifiestan temores y dificultades en relación al uso de la ampolla anticonceptiva. Estos tienen que ver con efectos nocivos para el organismo con los cuales se le asocia y con la desconfianza de la pareja hacia el método.

[los métodos modernos] está bien, pero no nos da vitamina, cuando nos ponemos la ampolla se cansan, cuando comemos no tienen apetito
[...]

Tengo miedo de usar la ampolla, porque mi corazón late bien fuerte.
[...]

El esposo no cree en la ampolla. (Dos mujeres, Masisea, Coronel Portillo, Comunidad shipiba)

Finalmente, parece ser que en comparación con un tiempo anterior, las mujeres habrían oído hablar más de los métodos modernos, habiendo algún nivel de uso de los mismos; pero al mismo tiempo parece que no habría un manejo de información a cabalidad y entonces persistirían actitudes de desconfianza y temor frente a la posibilidad de utilizarlos.

Además de los métodos anticonceptivos tradicionales y modernos, se menciona como una forma de anticoncepción posible el uso de la Antalgina.

Otras mujeres se cuidan con otras cosas, Antalgina también usan, y les hace bien. (Yarinacocha, Coronel Portillo. Mujeres shipibas)

ABORTO

Algunas de las mujeres shipibas se han referido al aborto como una práctica común para interrumpir un embarazo que no desean, pero a la vez, por las características y consecuencias que éste tiene para su salud y su vida, lo consideran un problema de salud reproductiva.

Aquí debemos informarle que existe en nuestra comunidad mujeres que extraen a un feto que recién crece del vientre. A veces, cuando están embarazadas, toman remedio y el feto muere del vientre de la madre. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Se mencionan estrategias diversas para llevarlo a cabo:

Envolver el vientre con vegetales	<i>... machacan la hoja y le ponen en un pedazo de algodón y se envuelven el vientre en las tardes y así están toda la noche.</i> (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)
Manipulación del vientre	<i>Pensó que no quería tener más hijos y esa mujer pensó: 'ahora le voy a matar a este niño que está en mi barriga'. De ahí la mujer le tocaba con su mano, bien fuerte le manoseaba todas las mañanas. Tocaba y así le mató al niño. Y bajaba bastante sangre y así abortó.</i> (Calleña, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)
Introducción de vegetales en la vagina	<i>Se mete por la vagina el palito de la hoja del piñón hasta el jórобо [útero][ese palito] demora en caer un día y una noche.</i> (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)
Ingestión oral de preparados vegetales	<i>Otra forma de abortar es tomando remedios, se toma la piña chiquito, se ralla, se exprime y se toma tempranito antes del desayuno.</i> (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)
Intervención quirúrgica	<i>Yo he tenido un aborto en el doctor. A los dos meses he tomado vegetal, raíz de limón, jugo de limón con 15 ó 20 antalginas diario pero no ha caído, al contrario, crecía, cada día se hacía más grande [...] entonces el fulano me llevó a un médico particular. Al toque nomás me hizo. Yo me acuerdo que me puso una ampolla en el brazo y me ha hecho contar hasta 15. Nomás conté y ya no me acuerdo más.</i> (Yarinacocha, Coronel Portillo. Centro poblado urbano - shipibas).

Las mujeres shipibas asocian el aborto a graves perjuicios para su salud.

Con varios abortos que tuve ahora ya siento un dolor insoportable. Me duele mucho mi vejiga [útero]. A veces no veo mi regla. Siento dolor y siento como una inflamación. Para pasar dolores tengo que tomar alguna pastilla o remedios para que me calme el dolor. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

DESCENSOS AMARILLOS

En términos generales, aquello que manifiestan las mujeres shipibas en relación a la manera en que experimentan el problema de los descensos y las concepciones y prácticas asociadas a los mismos, no difiere de lo dicho por las mestizas o ribereñas.

Según el estudio complementario realizado por Norma Fuller (1998), el cual fue llevado a cabo fundamentalmente con población shipiba: "un líquido empieza a ser percibido como anormal cuando presenta un color blanco más denso, tiene mal olor y desciende en abundancia" (p. 50). El descenso se describe como: "Un mal, una enfermedad, (...) algo no normal que sale por la vagina con mal olor y coloración amarilla producida por la inflamación de órganos como los ovarios, el útero o la vejiga" (p. 50).

Causas

En cuanto al origen y las causas de la enfermedad, al igual que entre las mujeres mestizas, se hace referencia a las inflamaciones y/o heridas en los órganos reproductivos internos de la mujer.

[el descenso] puede empezar a bajar el líquido cuando el útero ya tiene herida adentro. (Iparia, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Las heridas se asocian al descenso planteándose como el inicio del proceso de putrefacción que lo desencadena.

Podemos enfermarnos cuando nos raspa adentro y sale heridas, y ahí ya se puede empezar a podrir adentro en la vagina. (Iparia, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Este proceso de putrefacción en algunos casos se asocia al consumo de ciertos vegetales, como por ejemplo aquellos que se ingieren con fines anticonceptivos.

...también a veces cuando se toma remedios vegetales cuando no se quiere tener bebido, y ahí también nos empieza a enfermarse. Ha visto que es importante que baja líquido porque cuando no quieren embarazarse toma remedios vegetales, entonces de ahí ya el útero se pudre y hasta puede morir. (Iparia, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Es importante resaltar que en esta población la asociación del descenso con procesos de putrefacción de los órganos internos aparece con mayor claridad, en una localidad, inclusive,

encontramos una descripción del descenso por analogía con el *masato* (bebida resultante del estado de fermentación de la yuca).

El líquido que salía era blanco, como masato o como leche malograda.
(Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

El estudio de Fuller (1998), corrobora esta información señalando que dentro de las concepciones de la población shipiba los órganos sexuales femeninos se consideran contaminados por naturaleza y propensos a la degeneración y la putrefacción. En ese sentido, los descensos se asumirían como algo que forma parte de la naturaleza femenina. Otro dato que ratifica la importancia de esta concepción en la población shipiba es el hecho de que hasta hace algún tiempo, existía de manera generalizada la práctica de la cliterodectomía, la cual consiste en seccionar el clítoris a las niñas y uno de los motivos que se atribuye a su puesta en práctica es evitar el mal olor que se expande desde los órganos de la mujer (Morin, 1973).

Otro eje explicativo tiene que ver con la falta de higiene y el contagio en las relaciones sexuales.

Podemos bajar líquido cuando estamos menstruando, el paño puede estar sucio que nos ponemos y se puede tapar las partes con ese paño sucio y puede pasar el microbio y de ahí puede bajar líquidos. (Iparía, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Un hombre cuando es mujeriego puede ir con otra mujer y contagiar el microbio, porque viene a hacer relaciones sexuales sin lavarse con la esposa, y de ahí empieza a bajar líquido. La mujer puede estar sana y de ahí empieza a enfermar. (Iparía, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

También se señaló el contagio de una mujer a otra por ponerse en contacto con una misma superficie.

También se puede tener esa enfermedad cuando una señora que está enferma y ha estado sentada en un asiento y en calentura que ha estado se sienta otra mujer. Entonces la señora sana ahí se puede contagiar de enfermedad. (Iparía, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Sobre la asociación con cáncer

Entre ellas también se concibe los descensos como un proceso que de no ser tratado se iría agravando gradualmente hasta llegar al cáncer y acabar con la vida de la mujer.

Según afirma el estudio complementario, la concepción de cáncer que se maneja en la zona se relaciona claramente al modelo explicativo local por el cual los genitales femeninos son intrínsecamente propensos a la fermentación y la corrupción. La idea es que la humedad constante puede producir la fermentación del útero y la putrefacción de los órganos reproductivos.

Según señala el estudio, la existencia de las mencionadas representaciones locales de la sexualidad femenina habría sido la base sobre la que se habría superpuesto el temor al cáncer difundido por los programas de salud. Las concepciones vigentes de la población sobre este mal habrían resultado entonces de la fusión de un modelo explicativo local y mensajes externos de contenidos compatibles.

Consecuencias

En primer lugar, las mujeres hacen referencia a una serie de afecciones físicas y emocionales: molestias (dolor, picazón, ardor) en la vejiga, el vientre, la cintura, dolor de cabeza, preocupación constante, falta de ganas para trabajar y tristeza.

Otro aspecto que manifiestan con gran preocupación es que esta enfermedad afecta negativamente sus relaciones de pareja. El dolor que sienten hace que se niequen a mantener relaciones sexuales con sus parejas lo cual es interpretado por sus parejas, según señalan, como un indicio de infidelidad que ocasiona conflicto.

Quando hace relación sexual se empeora, el esposo se molesta cuando no quiere hacer relaciones sexuales, piensa que tiene otro hombre y que a él ya no lo quiere. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Y además, el no poder tener relaciones sexuales es señalado como una causa para que la pareja se vaya con otra mujer.

Por la enfermedad las mujeres se separan y su marido está con otra mujer, porque cuando se enferma no quiere hacer relación sexual, por eso de esa manera el hogar se destruye, eso es todo, gracias. (Culleria, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Tratamiento

El estudio realizado por Fuller (1998), señala que habría una mixtura de tratamientos; es decir, que se acudiría tanto a recursos tradicionales como a recursos de la medicina moderna: 'Las formas de terapia son mixtas e incluyen tanto limpieza, lavados vaginales, ingestión de bebidas tradicionales como el uso de medicamentos. Si la regla blanca persiste, ellas consultan al personal calificado y toman medicamentos. Ello no impide que continúen con los métodos de limpieza, consultando con sus parientes y amistades y haciendo uso de medicinas tradicionales'.

Sin embargo, la frecuencia con la que se mencionan los tratamientos tradicionales en base a vegetales es mucho mayor tanto en este estudio como en los autodiagnósticos.

En una comunidad nativa se registró un testimonio que muestra una clara desconfianza hacia la eficiencia de la medicina moderna.

*- ¿Antes de que utilices el ajos a donde ibas a tratarte?
Ni adonde me trataba sola, no podía ir a la posta porque los medicamentos que me daban no me sanaba y me empeoraban y cuando*

echaba el remedio que yo mismo preparaba me hacía sentir mejor y por eso yo seguía, y no tomaba medicamentos que me daban en la posta, cuando usaba el remedio que yo misma preparaba hacía bien. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Fuller (1998), además, registra algunas menciones sobre la prohibición de ingerir ciertos peces como la carachama ya que por las muelas que tiene se asocia a la posibilidad de rasgar la vulva. Por otro lado, el consumo de peces como la sardina y el boquichico, sería favorable para curar la regla blanca, ya que no tienen muela.

V. RECURSOS DE SALUD DE LAS MUJERES

La población shipiba está fuertemente orientada al uso de recursos locales tal como se ha señalado para la generalidad de la región; sin embargo, en esta población dicha tendencia parece estar más acentuada.

En lo referente a la relación que tienen con los establecimientos de salud, señalan varios aspectos coincidentes con lo desarrollado en el caso de las mestizas o ribereñas, por ejemplo, aparecen quejas en relación con la eficiencia del personal.

En la posta hay una enfermera, que recién ha llegado, técnica es, pero no sabe de vacunar, ni inyección sabe. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

En cuanto al trato de parte del personal, se encuentran opiniones favorables.

El doctor que viene de Masisea es bien bueno. Nos trata bien a las mujeres. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Pero, además, duras quejas por burlas hacia ellas.

El sanitario se había burlado de sus genitales de una señora, había hablado que tiene tremenda vulva, de la parte genital que tenemos la mujer. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Un aspecto que es una demanda particular de esta población tiene que ver con el idioma. En un listado de propuestas realizado por mujeres nativas²², para un servicio de salud de calidad, el respeto y manejo de su idioma fue resaltado como un elemento importante para lograr un acercamiento efectivo. Señalaron lo siguiente:

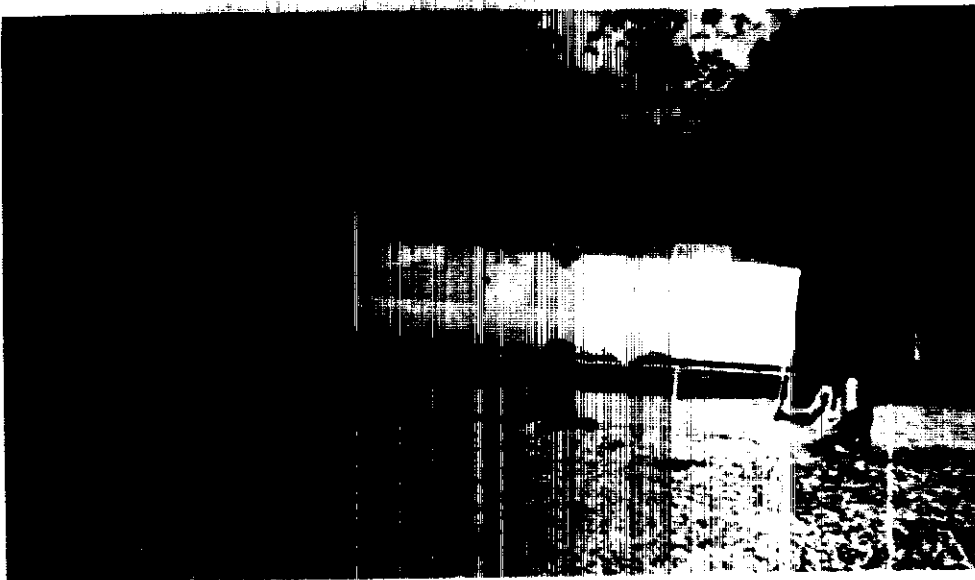
Que el personal de salud llegue a nuestra comunidad, que hablen en nuestro idioma para poder participar y entender mejor. Con respeto a nuestra cultura.

²²Elaborado en la jornada de Reflexión "Por Servicios de Salud de Calidad: Dejémos de ser Pacientes" Organizado por el comité de Coordinación Regional para el Desarrollo Integral de la Mujer. ReproSalud - Ucayali, el día 27 de mayo de 1997. Conmemorando el día de Acción Internacional por la Salud de la Mujer, 28 de Mayo.

Otro factor que es una dificultad particularmente crítica para el caso de comunidades nativas es el acceso geográfico: la distancia y los problemas de transporte.

No había plata para llevar, ni motor, se rebuscaba para llevar a la señora... así lo llevaron al hospital y en el hospital le dijeron que su útero estaba pudriendo y de ahí la mujer se quedó sin nada de adentro, ahora no puede tener hijos. (Callería, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Este factor es particularmente problemático en el caso de eventos de salud reproductiva como el parto, durante y luego del cual se pueden presentar situaciones de riesgo imprevisibles.



Establecimiento de salud en comunidad shipiba de Nuevo Saposoa

FORTALEZAS Y ÁREAS CRÍTICAS

Teniendo como uno de nuestros principales propósitos, que los hallazgos de los autodiagnósticos contribuyan a mejorar la salud reproductiva de las mujeres y a lograr una mayor equidad de género, queremos identificar en este acápite aquellos aspectos que constituyen fortalezas y áreas críticas, a ser tomadas en cuenta en el diseño, implementación y monitoreo de acciones, políticas y programas, dirigidos a estos fines. Salvo cuando ello se menciona explícitamente, los aspectos observados suelen ser comunes a los diferentes grupos de mujeres que realizaron autodiagnósticos en los departamentos amazónicos de San Martín y Ucayali. En el capítulo de recomendaciones se contemplan recomendaciones específicas para el caso de las mujeres shipibas.

Sistemas de conocimientos y valores culturales

Fortalezas

- Existe una riqueza de conocimientos y prácticas locales basados en la oferta de recursos naturales, los cuales por su accesibilidad, son aprovechados por la población, particularmente la de bajos recursos monetarios y poco acceso a los servicios del sistema oficial.
- En la Amazonía, los distintos sistemas médicos locales tienden a conceptualizar la salud, la enfermedad y la curación desde una perspectiva holística, en la cual el objetivo es equilibrar aspectos físicos, psicológicos, sociales y sobrenaturales. Esta concepción integral de la salud es un aspecto positivo que incluso ya viene siendo reconocido desde sectores de la medicina occidental.
- Las prácticas de salud de las mujeres que participaron de los autodiagnósticos, se encuentran insertas en un contexto de cambio y transformación social el cual ha generado una convivencia fluida entre concepciones y prácticas de sistemas médicos locales y el sistema oficial biomédico²³, donde no se expresan resistencias por parte de la población de asimilar concepciones y prácticas del sistema biomédico. Sobre todo, en el caso de mujeres mestizas de los lugares en los cuales hemos trabajado, encontramos una actitud abierta frente a la medicina oficial. Esto estaría asociado a la composición mayormente urbana y mestiza de los distritos donde se han realizado autodiagnósticos, pero también puede deberse a la semejanza existente entre algunos procedimientos y resultados de la medicina occidental y del sistema médico local (cierto nivel de tolerancia frente a efectos colaterales que puedan derivar de los tratamientos por ejemplo). Estas particularidades, plantean potencialidades para una integración más efectiva de la población al uso de los servicios.

²³Una hipótesis explicativa respecto a la diferencia entre los andes y la Amazonía en su convivencia con la medicina occidental se desarrolla en el acápite referido al sistema de salud en la Amazonía.

Áreas críticas

- A pesar que desde el MINSA se han demostrado esfuerzos por integrar los valores culturales de la población, las mujeres continúan encontrando dificultades que estarían impidiendo un aprovechamiento óptimo de los servicios, especialmente en el caso de las mujeres de comunidades indígenas. Podemos mencionar dos aspectos particularmente críticos: a) las mujeres indígenas perciben que no hay una actitud de respeto hacia ellas, sus saberes y sus costumbres; b) tanto indígenas como mestizas, hallan que no se toman en cuenta sus nociones de pudor y vergüenza a ser observadas y tocadas.
- No existe una comunicación fluida con especialistas del sistema médico tradicional, como parteras, curanderos o vegetalistas, quienes podrían realizar derivaciones a los servicios de salud.
- Aún no se cuenta con personal de salud con entrenamiento formal en el uso de un marco conceptual y metodologías adecuadas para superar los problemas que surgen en torno de las diferencias culturales en la práctica de los servicios.
- Las zonas periurbanas con alta tasa de migración rural e indígena, como Yarinacocha, presentan un riesgo adicional: la población nueva, de pocos recursos económicos, no cuenta con los recursos naturales necesarios para el cuidado de su salud y todavía no están plenamente integrados en el sistema de salud ciudadano.

Sistemas de relaciones de género

Fortalezas

- Los temas relativos al cuerpo y la sexualidad tienen una mayor presencia en el discurso cotidiano que en otras áreas culturales del país.
- Se encuentran expresiones de solidaridad intra-genérica entre mujeres, como las redes de apoyo y ayuda mutua, que se constituyen en un recurso importante al enfrentar enfermedades o problemas de salud reproductiva.

Áreas críticas

- Las uniones entre hombres y mujeres, y por lo tanto las familias, son descritas como poco estables, debido principalmente al abandono e infidelidad de los varones.
- La división del trabajo y la asignación de roles en las parejas periurbanas conlleva una mayor dependencia económica de las mujeres hacia los varones, quienes, según las normas y valores de la sociedad urbana, tienen la responsabilidad de proveer los recursos monetarios para la familia y aun cuando con frecuencia los varones no cumplen con esta responsabilidad, se trata de un ideal al que la mayoría de mujeres aspira.
- El aporte de la mujer a la pareja, y en particular la sexualidad femenina, tiende a ser conceptualizado en términos del placer y las necesidades de los varones y en esta lógica, el servir y complacer al esposo serían parte de una estrategia de retención de la pareja que se juzga necesaria ya que, según señalan, tanto la infidelidad como el abandono serían situaciones muy frecuentes y evitarlas, dependería del comportamiento de la mujer. La ausencia de un discurso de igualdad en términos de reconocimiento del trabajo femenino y del derecho a una vida sexual y afectiva satisfactoria para la pareja, tiene efectos negativos para la construcción de la autoestima de las mujeres, quienes experimentan una

desvalorización de sus aportes productivos y domésticos, inseguridad emocional y una vivencia sexual que no se define en términos de sus propios deseos y necesidades.

- A pesar de que el tema de la sexualidad se trata de manera cotidiana, como señalamos anteriormente, su abordaje de manera profunda y fluida parece enfrentar obstáculos tanto con la pareja, como entre madres e hijas. La falta de información adecuada y la vergüenza, son dificultades que generalmente señalan las mujeres adultas.
- Las mujeres, a través de las historias de vida (construidas en los autodiagnósticos), evidencian muchas dificultades para tomar el control de sus decisiones reproductivas en la etapa de la juventud. Esto resulta particularmente crítico por tratarse de un momento de la vida en que se configuran los patrones de relación con el sexo opuesto que marcará fuertemente sus futuras relaciones.
- La violencia contra la mujer es común y constituye un riesgo para el bienestar y la salud de las mujeres; los hombres no sólo consideran que pueden apropiarse del cuerpo femenino de manera violenta para humillar, castigar, dar expresión a su malestar o forzar el coito, muchas mujeres también legitiman estos comportamientos en ciertas situaciones como un derecho masculino.

Descensos / Enfermedades del Tracto Reproductivo (ETR)

Fortalezas

- Las mujeres reconocen los descensos como un problema de salud, que puede ser grave y resaltan la importancia de intervenir con un tratamiento de manera temprana.
- Las mujeres distinguen los flujos normales de aquellos que responden a un estado de enfermedad.
- Entre las causas que las mujeres adjudican a los descensos se destaca el contagio sexual, aspecto que también es particularmente resaltado en la explicación biomédica. Esto facilitaría la comprensión y recepción de mensajes de prevención.

Áreas críticas

- La alta prevalencia de descensos que reportan las mujeres es un área crítica en sí ya que además de los efectos nocivos de la propia enfermedad sobre el cuerpo y la vida de la mujer, este problema se relaciona con una serie de otras circunstancias perjudiciales, tales como: mayor riesgo de contagio de HIV, infertilidad, contagio de la pareja, problemas de salud en los embarazos, partos y en los infantes, cáncer al cuello de útero y otros.
- La conceptualización local de la sexualidad femenina, como es el caso de muchas otras sociedades, parece relacionar los órganos sexuales de la mujer con suciedad, contaminación, y procesos de fermentación y putrefacción que se perciben como intrínsecos al cuerpo femenino.
- Los lavados vaginales internos son utilizados con frecuencia como parte de una tecnología tradicional de limpieza de los órganos sexuales, prevención y curación de descensos. Esta práctica se considera dañina desde la medicina moderna, señalándose como una de las causas de la alta prevalencia de vaginosis bacteriana en la región amazónica.
- Las rutas que las mujeres siguen para enfrentar el problema, generalmente no incluyen un diagnóstico biomédico sino hasta que el problema se encuentra agravado; retardando un posible control a tiempo del mismo y dando mayor lugar al contagio de otras personas.

- La falta de información, de servicios de análisis para el diagnóstico en la localidad y de recursos económicos son obstáculos para el acceso a tratamiento biomédico como primera opción.
- Otro obstáculo importante para una intervención temprana y eficaz es el hecho de que los mismos proveedores de los servicios no siempre le dan la importancia del caso a los descendos.
- El no informar de los resultados de los análisis de papanicolaou efectuados es un problema común y desmotiva a las mujeres de persistir en el seguimiento continuo de sus controles.
- La falta de acceso a medicinas para enfrentar los descendos, lo que se debería a la ausencia de políticas adecuadas que asignen presupuesto para ello.
- Al igual que en muchas otras culturas, las mujeres sienten vergüenza hacia las intervenciones que incluyen desnudarse y el tacto vaginal, sobre todo si se trata de proveedores varones, situación que influye negativamente en el acceso y uso de los servicios en este tipo de problema.
- La actitud de los varones frente a las ETR (de sus parejas), según narran las mujeres, es frecuentemente de poco interés y falta de consideración. Las mujeres tienen poca capacidad de negociar cambios en las prácticas sexuales para evitar o curar las ETR. En este sentido, por ejemplo, aun cuando se maneja la idea de que una causa importante de estas enfermedades puede ser el contagio sexual, el uso de condón es mínimo, y difícilmente negociable con los varones.

Embarazo

Fortalezas

- La mayoría de las mujeres han incorporado la idea del control del embarazo.
- Existe una razonable aceptación y utilización de los servicios que brindan CPN.
- Se reconoce una serie de complicaciones relacionadas al proceso de embarazo frente a las cuales se plantea, en algunos casos, la necesidad de acudir al servicio de salud.

Áreas críticas

- La actitud del personal de salud hacia mujeres que tienen muchos embarazos es a menudo negativa (les gritan y regañan), lo que forma un obstáculo para el acceso a los servicios.
- Aun cuando no parece ser la actitud más extendida, existen ciertos niveles de desconfianza de las usuarias sobre la capacidad técnica de los proveedores.
- No existe una construcción de conocimiento común entre los usuarios y las parteras tradicionales, por un lado, y el personal de salud, por el otro, situación que deriva en una desvalorización del conocimiento local y el desaprovechamiento de prácticas saludables locales (las maneras de acomodar el bebé a través de masajes, por ejemplo).
- La oferta de servicios médicos profesionales tiende a disminuir el estatus de las parteras en la comunidad, y, en casos concretos de enfermedad o parto, minimiza la posibilidad de control de las parturientas y sus familiares sobre el proceso de parto.
- La sobrecarga de trabajo de la mujer hace difícil que las mujeres cumplan con las recomendaciones de limitar esfuerzos físicos que atentarían contra su salud.
- La ausencia de redes informales de apoyo y ayuda mutua (por ejemplo en casos de migración o embarazos vergonzosos, como los de madres adolescentes y/o solteras) así como la falta de apoyo de la pareja durante el embarazo, agrava la dificultad mencionada en el punto anterior.

Parto

Fortalezas

- El parto es considerado como un evento que debe desenvolverse en la compañía de personas entre las que se dan relaciones horizontales y cálidas y cuya presencia está mediada por la preferencia de la parturienta, la posibilidad para la parturienta de decidir la posición de alumbramiento, el bajo costo, entre otros.
- Los establecimientos de salud son considerados como un importante recurso en los partos domiciliarios que presentan complicaciones.

Áreas críticas

- La mayoría de partos ocurren en casa de las mujeres atendidos por la partera y/o familiares de la parturienta, situación que representa un riesgo para la salud y la vida de la parturienta y el bebé, debido a la probabilidad de que ocurran complicaciones.
- Factores como la falta de privacidad y el sentimiento de la vergüenza de las mujeres, influyen negativamente en el acceso y el uso de los servicios también en el caso del parto.
- La falta de recursos económicos se resalta como un factor que incide fuertemente en la dificultad de acceso a los servicios de salud para la atención del parto.
- La toma de decisiones de manera inoportuna, la falta de recursos económicos y la inaccesibilidad geográfica, especialmente en el caso de comunidades indígenas, son generalmente los factores que impiden el acceso a una atención a tiempo en el caso de complicaciones.
- Las postas médicas y su personal son conceptualizados por la población como recursos importantes en caso de una emergencia obstétrica; sin embargo, ni el equipamiento de las postas ni el personal están preparados para resolver este tipo de emergencias.
- Existe una falta de comunicación horizontal entre usuarios y parteras tradicionales, por un lado, y proveedores de salud, por el otro, que genera marginación de los proveedores tradicionales y pérdida de control por parte de la parturienta y los familiares sobre el curso del parto. Esta falta de comunicación y marginación además, impiden la integración de prácticas locales saludables en los protocolos médicos formales de atención del parto.

Puerperio

Fortalezas

- Las mujeres manejan una concepción sobre el periodo posterior al parto que señala normas de descanso y una serie de cuidados que deben ser tomados en cuenta como algo positivo ya que apuntan a generar atención hacia la puérpera en un periodo de vulnerabilidad de la misma.
- Existe la concepción de una relación causal entre la falta de descanso y cuidados y los síntomas del "sobreparto".

Áreas críticas

- Se señala la presencia de complicaciones luego del parto.

- Existen circunstancias que dificultan y en algunos casos impiden el cumplimiento del descanso y los cuidados luego del parto, como son la carga de trabajo de la mujer, la falta de apoyo de la pareja y la ausencia de redes de ayuda mutua. Por lo manifestado por las mujeres, los varones no tienen un rol activo durante el puerperio, como sí se observa en el caso de la sierra, por ejemplo. La colaboración y comprensión durante este proceso es muy poca o inexistente por parte de los varones.

Formas de regulación de la fecundidad que usan las mujeres

Fortalezas

- Coincidentemente con la tendencia expresada en los datos de la ENDES, los autodiagnósticos muestran que en comparación a las mujeres de la sierra, aquellas de la selva tienen una mayor aceptación y demanda de una diversidad de métodos, incluyendo los métodos modernos.
- Frente a los efectos colaterales, las mujeres no necesariamente cortan el uso de métodos modernos (como sucede con frecuencia en la región andina) es común que persistan en su uso o intenten con otro método. Esta situación, si bien tiene un lado positivo que es esta mayor apertura a la oferta de anticonceptivos modernos, conlleva dificultades que más adelante se señalan.
- Las mujeres expresan tener una relativa autonomía para elegir el método anticonceptivo una vez que los esposos han decidido limitar el número de hijos y aceptar la opción de un método moderno.

Áreas críticas

- La capacidad de negociación de las mujeres ante sus parejas o padres para tomar decisiones autónomamente sobre su cuerpo, su sexualidad, su fertilidad, el número de hijos, es muy limitada y está legitimada por el sistema de género. La decisión en relación a tener o no hijos está generalmente en manos de los varones.
- La etapa de la adolescencia es particularmente vulnerable para los embarazos no deseados, existe una actitud punitiva e incomunicación de las madres respecto al tema del ejercicio de la sexualidad de sus hijas, a la vez que problemas de acceso a información y uso de métodos por parte de las jóvenes.
- Los varones generalmente desean tener hijos propios con la mujer con la cual están, y en la medida en que es frecuente que las mujeres pasen por más de una unión, esta norma masculina deriva en que las mujeres tengan más hijos de los que hubieran deseado.
- A pesar de no ser una actitud generalizada, se reportan casos de oposición de los varones al uso de métodos anticonceptivos generalmente asociada al temor, por parte de los mismos, a perder el control sobre la vida sexual de sus parejas.
- Las mujeres tienen poco conocimiento sobre el funcionamiento de los métodos en su cuerpo y tienden a ser inestables en el uso de los mismos debido a los efectos colaterales no esperados o no explicados, lo cual tiene una influencia negativa sobre la eficacia de la anticoncepción en el largo plazo, por los vacíos que pueden haber entre un método y otro.
- Aun cuando existe cierto conocimiento de los días fértiles, la eficacia del uso del método del ritmo no sólo depende de este conocimiento, sino también de la capacidad de la mujer y el varón de poner en práctica este método en los días fértiles. En ese sentido, el punto antes referido podría constituirse como una dificultad.

- Existe, aunque en menor medida que en el área andina, el modelo etno-fisiológico que conceptualiza la menstruación como el periodo fértil, y en consecuencia esto interfiere con el uso correcto del método de ritmo.
- No existe suficiente información sobre el funcionamiento y efectividad de los anticonceptivos naturales preparados y usados en comunidades indígenas (y en alguna medida también entre mestizas), pero tradicionalmente parecen haber funcionado sólo en combinación con una abstinencia sexual post-parto prolongado.
- El aborto es mencionado como una práctica frecuente para enfrentar embarazos no deseados, la misma que representa riesgos para la salud de la mujer al llevarse a cabo con personal no calificado y en contextos que no observan las condiciones de salud necesarias.

RECOMENDACIONES²⁴

Las recomendaciones que se proponen a continuación se basan en la identificación de fortalezas y áreas críticas que hemos realizado a partir de los autodiagnósticos. Hemos dado prioridad a las recomendaciones dirigidas al Ministerio de Salud y otras instituciones que tienen a su cargo programas de salud sexual y reproductiva, señalamos algunas referidas al sector educación y a las instituciones que tienen dentro de sus objetivos la promoción de las mujeres y la equidad de género. Buena parte de las recomendaciones dirigidas al trabajo con la población denominada "mestiza", son válidas también para la población shipiba; sin embargo, considerando las especificidades de esta última, al final del texto se incluye un acápite dirigido al trabajo con esta etnia.

I. MINISTERIO DE SALUD, SEGURIDAD SOCIAL Y OTRAS INSTITUCIONES QUE DIRIGEN PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

RECOMENDACIONES GENERALES

1. Diseño y adecuación de intervenciones de Información, Educación y Comunicación (IEC), que tengan énfasis en el componente educativo.

Las mujeres participantes de los autodiagnósticos expresan muchas dudas sobre la fisiología del cuerpo humano. Dan cuenta de explicaciones biomédicas que conocen parcialmente o han reinterpretado según sus concepciones y mencionan diversos procesos que no pueden explicar. Por otro lado, se expresan explicaciones alternativas (de conocimiento local) que son parte de su sentido común y guían sus prácticas de salud. Sin embargo, por lo menos en el caso de las mujeres mestizas (con las que fue posible indagar más sobre el punto), no forman parte de modelos estructurados sobre la fisiología del cuerpo humano y no se constituyen en barreras culturales fuertes para la introducción de nuevo conocimiento (como sí sucede en la región andina, en que existe un conocimiento alternativo de mucho arraigo). Creemos que así como es importante ampliar o aclarar sus conocimientos biomédicos sobre aspectos básicos relacionados con su salud, es fundamental también tener en cuenta las concepciones y los conocimientos alternativos locales en los procesos de información, educación y comunicación, ya que así se podrían mejorar los mecanismos de comunicación entre las mujeres y los servicios, y facilitar el entendimiento de los nuevos conocimientos para una participación más activa en el cuidado de la salud.

²⁴Este capítulo ha sido elaborado con la colaboración de Susana Chavez, asesora de Salud Reproductiva y Carmen Yon, asesora de investigación; asimismo, recoge los valiosos aportes de Susana Galdos y Susana Moscoso, coordinadora técnica y coordinadora adjunta de proyecto, respectivamente.

Recomendaciones

- Recuperar la perspectiva holística de las mujeres, que permite establecer nexos entre lo que ocurre en sus cuerpos con su estado emocional y con otros factores del medio ambiente o su mundo social, lo que también está siendo cada vez más reconocido y recuperado por la medicina occidental.
 - Impartir conocimiento sobre anatomía y fisiología, partiendo de las propias concepciones y términos empleados por las mujeres. Abordar, sobre todo, lo relacionado a: ubicación, forma y funciones de los órganos sexuales. Este sería un paso básico en el proceso de la comprensión de su cuerpo y de las medidas preventivas que se pueden desarrollar en torno al mismo.
 - Incorporar la enseñanza de temas relativos al ciclo menstrual y la presencia de hormonas, que son elementos fundamentales para la comprensión adecuada de los métodos modernos, incluyendo el de abstinencia.
 - Abordar la concepción de "la sangre retenida" y el rol que juega la formación del endometrio, dado que al parecer, ésta puede desalentar a las mujeres respecto al uso de la inyección.
- 2. Desarrollo de habilidades en los proveedores para que logren un acercamiento a las concepciones y prácticas de salud de la comunidad y particularmente, de las mujeres.**

El uso sostenido de los servicios por parte de las mujeres no es una situación que sólo dependa de ellas, depende también de los esfuerzos constantes de los proveedores para adecuar su práctica a las necesidades y expectativas de las mismas. Uno de los elementos que creemos importante trabajar, corresponde a la identificación de las concepciones de quienes usan los servicios (en este caso las mujeres), para compatibilizarlas con los conocimientos biomédicos. Este es un proceso que requiere de flexibilidad y cierto nivel de manejo técnico por parte de los proveedores.

Recomendaciones

- Socializar con los prestadores de salud los diversos estudios desarrollados con la población amazónica y brindar capacitación especializada que permita el reconocimiento e incorporación de los conocimientos y prácticas benéficas de la población, así como la readequación de prácticas nocivas en las actividades de promoción y atención de la salud²⁵.
- Orientar el trabajo de los serumistas²⁶ -en relación a las actividades de investigación y de diagnóstico que desarrollan como parte de sus funciones- hacia los aspectos culturales que intervienen en el cuidado de la salud reproductiva. Sus labores concretas podrían ser:
 - a) Elaboración de diccionarios locales, identificando la compatibilidad de los términos usados con los términos biomédicos.
 - b) Aplicación de metodologías que faciliten la identificación de prácticas positivas, negativas y neutras en los sistemas médicos culturales diferentes. Podría hacerse uso de diversas experiencias reflexivas y participativas de capacitación, como las desarrolladas por ONGs como Manuela Ramos, institutos especializados, etc., que han venido construyendo metodologías con estas características.

²⁵Los resultados de los Autodiagnósticos, que se hicieron a través del Proyecto ReproSalud, así como los estudios desarrollados por el Proyecto 2000 y el MINSA, permiten conocer las concepciones que las mujeres han construido en relación a procesos y problemas de salud reproductiva, que podrían ser útiles para este propósito.

²⁶Personal de salud que realiza su servicio rural, durante su primer año de ejercicio profesional.

3. Desarrollo de la participación comunitaria, en el marco del ejercicio de derechos

Las organizaciones de mujeres son instancias de referencia de mucha importancia para las mujeres y a la vez cuentan con experiencia y capacidad organizativa para la extensión de servicios de salud en la comunidad. Sería muy fructífero que se conviertan en interlocutoras del servicio y sean fuentes de opinión que colaboren en el mejoramiento continuo de la calidad de atención.

Recomendaciones

- Fortalecer e institucionalizar la participación de organizaciones de mujeres en el control y vigilancia ciudadana de la calidad de los servicios.
- Promover a las organizaciones de mujeres dentro de la representación de la comunidad en los equipos de gestión local de los servicios (CLAS y otros).
- Poner en marcha un sistema de monitoreo por parte del sector salud, que garantice el desarrollo de la participación comunitaria. Este sistema podría considerar los siguientes indicadores:
 - a) Número de organizaciones de mujeres que hay en la comunidad que forman parte activa de las instancias de participación comunitaria.
 - b) Existencia de espacios activos para la coordinación y evaluación de los servicios.
 - c) Participación de las organizaciones de las mujeres en los procesos de evaluación de los servicios.
 - d) Existencia de canales donde las usuarias puedan hacer llegar sus opiniones y apreciaciones del servicio.

4. Promoción de la equidad en las relaciones de género

Los autodiagnósticos muestran una serie de inequidades de género que nos hablan de un sistema de poder en el que la posición de la mujer es de una notoria desventaja. El abordaje del tema sexual y del placer, podría ser un elemento importante para redimensionar la relación entre hombres y mujeres en términos de autonomía y empoderamiento, y en este proceso, los proveedores podrían ser aliados importantes. Un aspecto que juega favorablemente es la buena disposición que, al parecer, tienen las mujeres de la región para hablar sobre estos temas.

Por otro lado, para que el involucramiento de los varones se dé de manera integral y efectiva, se debe buscar sensibilizarlos sobre la importancia del cuidado de su propia salud reproductiva. Esto tendría beneficios directos para los propios varones en este terreno de la salud que ha estado por mucho tiempo descuidado para ellos.

Recomendaciones

- Sensibilizar y capacitar al personal de salud en el tema de sexualidad, cuestionando los estereotipos de género sobre la sexualidad masculina y femenina desde una perspectiva de género y derechos sexuales y reproductivos.
- Elevar la capacidad de negociación de las mujeres. Para ello es fundamental trabajar en procesos educativos que incrementen su autoestima y faciliten el conocimiento y apropiación de sus derechos, así como la integración de conocimientos biomédicos sobre salud sexual y reproductiva con los conocimientos que ellas ya poseen. En este sentido, es importante el

desarrollo de actividades educativas dirigidas a mujeres y varones, donde se incluyan los siguientes temas:

- Autoestima y autonomía
 - Equidad de género
 - Derechos de la mujer y la niña.
 - Sobrecarga de trabajo de la mujer.
 - Violencia familiar y contra la mujer.
 - Embarazo de adolescentes
 - Responsabilidad del varón en la salud sexual y reproductiva: Anticoncepción, ETSs y SIDA. Cuidados en el embarazo, parto y puerperio.
- Implementación de oferta de servicios de salud reproductiva que dé respuesta a las necesidades de los varones en espacios y horarios adecuados para ellos

RECOMENDACIONES EN TORNO A PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD REPRODUCTIVA

Descensos

Los descensos, son el problema de salud reproductiva identificado por las mujeres de la selva como uno de los que más afecta su salud y su vida en general. La relevancia de este problema ha sido constatada también a través de un estudio de prevalencia realizado en las zonas de intervención, en el que Ucayali está dentro de los departamentos que presentan comunidades estudiadas con más altas tasas de prevalencia de vaginosis bacteriana (43%).

Recomendaciones

- Retomar los conocimientos que ya tienen las mujeres acerca del origen y características de los descensos en las acciones educativas y de consejería. Recuperar la tipología de descensos construida por las mujeres, para luego encontrar con ellas la asociación entre estos tipos de descensos y los diferentes tipos de infección a los que pueden corresponder, explicando que la relación no es necesariamente con las etapas de gravedad de la misma enfermedad.
- Incorporar el concepto de infección y de la presencia de agentes infecciosos específicos, para ello se pueden usar microscopios que permitan a las mujeres identificar cuerpos celulares. Esto podría ayudar a que las mujeres vayan familiarizándose de manera más concreta con las explicaciones biomédicas sobre el origen de los descensos.
- Diseñar e implementar estrategias educativas de capacitación en que se impartan y refuercen conocimientos sobre los flujos normales que ocurren dentro del ciclo menstrual y la desvinculación de éstos respecto a procesos patológicos. Esto facilitaría que las mujeres reconozcan ciertas características sobre el flujo normal y anormal.
- Abordar durante la consulta y en las actividades educativas, los efectos adversos de los lavados vaginales internos, incidiendo en la normalidad de la presencia de una flora vaginal y proponiendo al mismo tiempo alternativas compatibles con sus conocimientos sobre plantas anti-inflamatorias. Así, puede proponerse el cambio de los lavados internos por los lavados externos, usando las mismas plantas (la mayoría tienen propiedades anti-inflamatorias), en caso de que estas no tuvieran contraindicaciones.
- Diseñar campañas de sensibilización dirigidas explícitamente a incentivar la responsabilidad masculina y promover la doble protección; es decir, la protección del embarazo y a la vez de las ETSs mediante el uso consistente del condón.

- Mejorar la capacidad resolutoria de los servicios para atender los problemas de los descensos. Ello implica: a) capacitación del personal en el diagnóstico y tratamiento; b) devolución y explicación de los resultados de papanicolaou tomados en campañas; c) sistemas efectivos de referencia desde los establecimientos periféricos para el diagnóstico de laboratorio; y d) equipamiento de medicamentos básicos que atiendan a este tipo de problemas en los establecimientos del primer nivel de atención.
- Ofertar servicios de ETSs y enfermedades de los órganos sexuales, que cuenten con personal, espacios de consejería y atención en lugares y horarios adecuados y aceptables tanto en el caso de las mujeres, como de los varones.

Cáncer al cuello uterino

Como parte del mismo proyecto de estudio sobre infecciones vaginales, antes referido, se realizó otro sobre cáncer, si bien éste se realizó en un ámbito bastante localizado, es una referencia importante, debido a la escasa información que hay alrededor de este tema. En este estudio se encontró que dos comunidades de la selva mostraron prevalencias hasta de 11% y 7% de papanicolaou positivo, lo que dista mucho de la prevalencia estimada por el MINSA a nivel nacional (entre 2% y 3%).

El tema de cáncer, desde la perspectiva de las mujeres, también tiene mucha importancia, dado que ellas hacen una vinculación estrecha entre: descensos- cáncer y cáncer-muerte. Es importante que los conocimientos impartidos señalen con claridad los límites de estas asociaciones, ya que la relación entre descensos y cáncer podría producir dos tipos de conductas perjudiciales para un tratamiento oportuno: algunas mujeres con descensos crónicos, podrían estar evitando el papanicolaou por pensar que ya tienen cáncer, caso en el que prefieren no saberlo. Por otro lado, también podría darse el caso de mujeres que al no presentar descensos consideren que no es necesaria la prueba de papanicolaou.

Para modificar este enfoque que vincula los descensos al cáncer, es necesario tomar en cuenta el papel que han tenido de los proveedores, pues ha sido y es aún una práctica común, ofertar pruebas de papanicolaou ante la presencia de descensos²⁷. No se debe olvidar que muchos de los mensajes educativos que se han dado anteriormente sobre el cáncer de cuello de uterino, han estado orientados a identificar como uno de sus síntomas principales los descensos y a comparar al cáncer con un proceso de podredumbre (el clásico ejemplo de la manzana malograda, con la presencia de un gusano).

Recomendaciones

- Capacitar al personal de salud en el tema de cáncer, particularmente sobre el cáncer de cuello de útero y los factores que lo originan, así como los objetivos y beneficios del papanicolaou.
- Desarrollar actividades educativas con prestadores y promotores de salud donde se muestre cómo evoluciona el cáncer, partiendo desde la comprensión de qué es la célula y los cambios que se producen.
- Poner en marcha un sistema eficiente para la toma y devolución de las muestras en un periodo razonable para las mujeres.

²⁷Es necesario precisar que esta asociación no ha sido planteada en los autodiagnósticos, proviene de observaciones de que hacen los profesionales en las distintas zonas de trabajo de ReproSalud.

- Establecer un sistema de derivación efectiva a los establecimientos con capacidad de resolución.

Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio

Aunque las mujeres de la región no han elegido estos problemas como los más importantes en los autodiagnósticos, sí han reportado que se trata de problemas que afectan su salud reproductiva a lo largo de su vida. Partiendo de la calidad de atención o de las complicaciones que se hayan podido producir en cualquiera de las etapas (embarazo, parto, puerperio) las mujeres identifican consecuencias muy serias para su salud reproductiva, entre las que se pueden hallar los descensos y/o el prolapso. Este último tema tiene particular importancia para las mujeres de San Martín, según ha sido revelado en los autodiagnósticos.

En el Estudio de Prevalencia de Descensos que realizó Manuela Ramos y la Universidad de Washington, se encontró que de 31 participantes de una organización de mujeres, 9 presentaban prolapso del Grado IV (prolapso total), que ameritaba urgente atención. No se ha logrado identificar cuáles son las causas específicas de este problema y es probable que esté asociado a determinadas prácticas locales de atención del parto que deberían investigarse. Es importante señalar que las mujeres tienen muchas dificultades para hacerse tratar de este problema, pues muchas viven fuera de la zona de alcance de los hospitales que se hallan en la ciudad y este tipo de operaciones tiene un costo muy elevado en relación con sus escasos recursos, lo que hace que muchas de ellas tengan que continuar sus vidas con este tipo de molestias que afecta su calidad de vida y capacidad laboral.

Recomendaciones

- Fomentar una actitud respetuosa en el personal de salud respecto a las decisiones reproductivas de las mujeres y sus concepciones, así como mejorar su capacidad resolutoria para la atención de las emergencias obstétricas y los mecanismos de derivación asistida, pues ambos aspectos se revelan como fundamentales para que las mujeres decidan acudir a ellos en el momento del parto.
- Brindar durante el control prenatal y campañas de IEC, información completa a las mujeres y varones sobre el seguro materno-infantil, facilitar su afiliación y asegurar el abastecimiento de medicinas, así como otros servicios o costos que pudieran no ser cubiertos, debido a circunstancias específicas. Considerar además tarifas promocionales o atención gratuita del parto para las mujeres de zonas rurales o menos accesibles
- Identificar durante el control prenatal (práctica que parece tener una amplia aceptación) a las mujeres que presenten potencialmente mayores dificultades para el traslado rápido al establecimiento. Es decir, mujeres que viven y trabajan en zonas alejadas, para trabajar con ellas un plan de llegada oportuna al servicio.
- Fomentar el establecimiento de redes de apoyo durante el control prenatal para lograr el acceso efectivo a los servicios en el momento oportuno. Las personas que participen de estas redes y las propias mujeres gestantes, deberían ser informadas sobre los signos de alarma. Tomar en cuenta esto, especialmente en las poblaciones donde las mujeres son de procedencia migrante, en el caso de poblaciones alejadas y de adolescentes.
- Promover la responsabilidad masculina, mediante el desarrollo de acciones educativas que los involucre en la colaboración con la mujer en los procesos de embarazo, parto y puerperio.

- Reconocer la importancia de las parteras y sus conocimientos para las mujeres, así como establecer una relación fluida y respetuosa con ellas en lo que respecta a: a) la capacitación para la atención del parto, que debe partir por reconocer y recuperar los conocimientos que estas especialistas tradicionales ya poseen; y b) la detección de signos de alarma y la derivación a los servicios de salud en caso de complicaciones.
- Tomar en cuenta, respetar y emular en lo posible estas fortalezas del parto domiciliario, mejoraría el acceso a cualquier forma del parto con asistencia médica profesional. Tomar en cuenta las prácticas culturales de atención del parto para establecer una relación de mayor confianza, especialmente:
 - No exponer a la parturienta al frío.
 - Que la parturienta pueda elegir la posición en la que quiere dar a luz.
 - Que la parturienta pueda elegir la compañía que desea tener durante el parto.

Problemas relacionados con las formas de regulación de la fecundidad que usan las mujeres

Los hallazgos en la investigación sugieren, en términos generales, que los efectos colaterales de los anticonceptivos no son un obstáculo serio para que las mujeres continúen con su uso; sin embargo, el hecho de que sea frecuente el cambio de uno a otro método (lo que también se reporta en la investigación) podría estar sugiriendo que dichos efectos no son tolerados por un tiempo muy largo. Las mujeres difícilmente pueden explicarse los efectos de los métodos que experimentan, pues desconocen cómo actúa en sus cuerpos o sólo logran explicarlos parcialmente.

De otra parte, también se manifiesta que el aborto es una práctica, sobre todo, de las mujeres jóvenes, aquellas que tienen menos recursos económicos, son abandonadas o han tenido dificultades para acceder al uso de métodos anticonceptivos. Las consecuencias de esta práctica suelen ser graves para la salud de las mujeres, debido a que la mayoría de veces son provocados por manipulación o introducción de objetos por parte de las mismas mujeres o son atendidas por personal no capacitado, lo que les genera inflamaciones e infecciones del tracto reproductivo, así como hemorragias que pueden terminar con la muerte de las mujeres.

Recomendaciones

- Partir de los conocimientos sobre métodos anticonceptivos que ya poseen las mujeres y desarrollar un proceso educativo sobre el funcionamiento del organismo y el mecanismo de acción de los métodos tanto con las mujeres como con los varones. Es importante que incluya dentro de sus objetivos la comprensión de nociones básicas sobre el efecto de las hormonas, el proceso de ovulación, el ciclo menstrual y los cambios en el flujo vaginal. Para ello se pueden usar metodologías participativas y estrategias comunicativas que partan de las concepciones y temores de las propias mujeres y varones, similares a las desarrolladas por ReproSalud.
- Brindar servicios educativos y de asistencia sobre cuidado anticonceptivo para varones en los establecimientos de salud. Estos servicios, podrían estar a cargo de varones profesionales capacitados en el tema.
- Capacitar agentes locales en el uso y distribución de métodos anticonceptivos, a modo de facilitar su acceso.

- Capacitar a las mujeres y agentes comunitarios en la identificación de complicaciones en aquellas mujeres que se han provocado un aborto, a fin de que sean derivadas a los establecimientos de salud.

Embarazo en adolescentes

La selva tiene la más alta prevalencia de embarazos en adolescentes, el cual es considerado como un problema por las mujeres mestizas que participaron de los autodiagnósticos. Asimismo, aunque se reconoce que hay un esfuerzo importante por parte del MINSA para llegar con las actividades de IEC a los(as) adolescentes, aún no se logra observar mayores cambios. En los autodiagnósticos no han participado mayormente adolescentes, por lo que no poseemos información sobre sus propias perspectivas; sin embargo, también es un tema que preocupa mucho a las mujeres jóvenes y adultas que asistieron; la mayor parte de ellas hace referencia a su necesidad y disposición de ser capacitadas en el tema de lograr establecer una mejor comunicación con sus hijas(os).

Recomendaciones

- Ofertar servicios que den respuesta a las necesidades de las(os) adolescentes. Dichos servicios, podrían incluir, sin condicionar a ello la atención de los adolescentes, la orientación de los padres y madres, para que estén más preparados al asumir tareas de orientación y apoyo a sus hijos(as).
- Fomentar espacios en horarios especiales y en lugares de mayor accesibilidad para los y las adolescentes, como por ejemplo los colegios o lugares donde se reúnen con mayor frecuencia.
- Es necesario, además, que todo el personal que labora en los establecimientos de salud, incluyendo el personal de la portería, esté sensibilizado sobre esta problemática y no sólo las personas responsables, quienes deberán recibir la capacitación necesaria, para que no se constituyan en una barrera de acceso de las y los jóvenes a los servicios.

II. MINISTERIO DE EDUCACIÓN, UNIVERSIDADES E INSTITUTOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Educación escolar

En la medida en que tanto las diferencias culturales sobre las concepciones de salud y enfermedad, como las relaciones de género son áreas críticas fundamentales para la buena marcha de la salud y particularmente la salud reproductiva de las mujeres, se trata de aspectos sobre los cuales se debe trabajar con la población en general desde los primeros años. De otra parte, aunque existen varios esfuerzos por parte del sector educación, el abandono escolar es un problema agudo. Una considerable proporción de alumnas abandonan las aulas, ya sea por embarazo precoz o por migración en busca de trabajo doméstico.

Recomendaciones

- Reforzar el trabajo que realiza el ministerio a través del programa de Educación Familiar y Sexual, en temas de equidad de género, autonomía y autoestima, derechos sexuales y reproductivos, anticoncepción y embarazos no deseados, ETSs y SIDA. Para ello se deberá capacitar de manera permanente a los profesores, así como trabajar integral y sostenidamente

con niños(as) y jóvenes. Sería de gran utilidad coordinar con ONGs y otras instancias que tienen experiencia acumulada en el tema.

- Facilitar el acceso a educación de las adolescentes que abandonan la escuela mediante la implementación de programas especializados para estos grupos.

Universidades e institutos de educación superior

La dificultad para incorporar aspectos sociales y culturales en la perspectiva de trabajo de los prestadores de la salud está en gran parte relacionada con su formación, la que es fundamentalmente biomédica y no toma en cuenta lo suficiente enfoques fundamentales para comprender las prácticas y concepciones de mujeres y varones sobre su salud, como son el enfoque de género y la perspectiva intercultural.

Recomendaciones

- Continuar en el esfuerzo de actualizar y fortalecer los conocimientos sociológicos y antropológicos de los docentes de las especialidades de ciencias de la salud, especialmente de aquellos que se ubican en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.
- Incorporar o reforzar el enfoque de género, de respeto de los derechos sexuales y reproductivos y de ciudadanía en la currícula, reflexionando acerca del impacto de las relaciones de poder en la salud, sus nexos con la calidad de atención y la gestión de los servicios.
- Incorporar una perspectiva intercultural en la currícula, cuestionando la existencia de un solo modo de entender la salud y la enfermedad y reconociendo la existencia de diversos modelos explicativos y sistemas de salud igualmente válidos para los grupos sociales y la cultura de los que son propios.
- Incluir dentro de los cursos obligatorios, cursos de Ciencias Sociales y Salud que tengan como uno de sus objetivos brindar herramientas conceptuales y generar discusión sobre investigaciones sociales recientes, que permitan a los profesionales de la salud establecer un diálogo entre los conocimientos y prácticas biomédicas con los de la población, adecuándolos a sus características étnicas, de género, nivel educativo y edad. Estos cursos deberían incluir elementos básicos de antropología y sociología médica o de la salud y facilitar una aproximación intercultural a diferentes sectores de la población. Asimismo, tendría que incorporar en sus contenidos conocimientos introductorios sobre la cosmovisión y etnofisiología de las poblaciones andinas y amazónicas.
- Incorporar o fortalecer la enseñanza de metodologías y técnicas para educación de adultos, particularmente dentro de los cursos de Salud Comunitaria.

III. INSTITUCIONES QUE TRABAJAN LA PROBLEMÁTICA DE GÉNERO

Tal como se ha señalado en el acápite referido a la promoción de la equidad de género, las relaciones entre varones y mujeres se desarrollan en un esquema en el que la mujer ocupa una posición desventajosa en diversos aspectos de la vida y se ve limitada para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos debido a la inequidad en estas relaciones. Son diversos los campos en que se hace necesario trabajar, existiendo, desde nuestra experiencia a través de los autodiagnósticos, tres temas prioritarios:

- a) El ejercicio de la sexualidad en un esquema sumamente desventajoso para la mujer. Aunque se señala que las mujeres tienen una posición activa, ésta se expresa muchas veces desde la búsqueda del placer masculino y no del propio placer. Además de esto, en los autodiagnósticos se ha hecho referencia a uniones de mujeres muy jóvenes con varones mayores, las cuales muchas veces son concertadas al margen de la voluntad de la mujer.
- b) El maltrato (tanto físico como emocional) que reciben de parte de sus parejas. Este es un problema frecuente y tiene serias implicancias negativas en su salud reproductiva y en su vida en general. Es importante considerar esto sobre todo en la población periurbana migrante.
- c) La dependencia económica de las mujeres, especialmente en el caso de aquellas de las zonas periurbanas. Suele ser mencionada por las participantes como una de las razones por las que muchas veces se sienten obligadas a permanecer unidas a su pareja, a pesar del maltrato o las infidelidades.

Recomendaciones

- Promover la reflexión respecto a lo que pierden tanto varones y mujeres frente a los modelos hegemónicos excluyentes sobre ser hombre y ser mujer (p. ej. hombre: proveedor, ejerce el control, domina; mujer: ama de casa, dependiente económicamente, supeditada a las decisiones del hombre y a su satisfacción), así como fomentar la difusión de modelos alternativos de femineidad (mujeres que toman decisiones, mujeres cuyos trabajos son valorados, que desempeñan cargos públicos, etc.) y masculinidad (hombres que comparten las tareas del hogar, que no maltratan, que respetan las decisiones y deseos de las mujeres, etc.) existentes en las propias comunidades y fuera de ellas. Este trabajo debe realizarse especialmente con niños(as) y adolescentes.
- Fortalecer las capacidades y recursos de las mujeres para tomar decisiones y enfrentar conflictos. Ello se hace fundamental para resolver las dificultades que enfrentan las mujeres para tomar decisiones sobre su vida y en particular sobre su sexualidad y su capacidad reproductiva, como la coacción para tener relaciones sexuales y la oposición de su pareja para usar métodos anticonceptivos.
- Sensibilizar a los varones sobre la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos, resaltando su responsabilidad como facilitadores u “obstaculizadores” en el logro de una vida mejor para su pareja, sus hijos y ellos mismos. Es necesario tomar en cuenta la importancia de que ellos expresen sus propios temores y encuentren también las ventajas para ellos mismos, como sujetos de derechos, de una mayor equidad de género en los diferentes ámbitos de la vida y particularmente en lo que respecta al ejercicio de la sexualidad y las decisiones reproductivas.
- Promover o fortalecer aquellas actividades económicas por las que las mujeres perciben ingresos y que llevan a cabo tanto dentro como fuera de la unidad familiar, a través de por ejemplo, capacitación y crédito para las mujeres. Contar con dinero propio contribuye a la autonomía de las mujeres para tomar decisiones sobre su salud y acudir a los servicios.
- Fortalecer a las organizaciones de mujeres para negociar y defender sus demandas. Se sugiere llevar a cabo procesos que les permitan a las mujeres organizadas, identificar sus prioridades, así como reflexionar acerca de sus derechos relacionados con éstas y a los deberes y posibilidades que tienen las instituciones locales para responder a ellos. Este proceso facilita que las organizaciones comunitarias de mujeres formulen y negocien sus demandas, incluyendo aquellas relacionadas a la salud reproductiva y la equidad de género, así como que realicen seguimiento de las acciones y deberes de las instituciones del Estado y la sociedad civil

relacionadas con ellas. Dentro de estas instituciones se encuentran: servicios de salud, escuelas, municipalidades y ONGs.

- Promover y fortalecer el desarrollo de estrategias locales de la sociedad civil que tengan como objetivos la prevención y atención de situaciones de violencia contra la mujer en coordinación con instancias del Estado, dirigidas a: sensibilizar a la población y particularmente a los varones sobre la equidad de género y los derechos de la mujer; constituir redes de referencia a los sistemas de salud, instituciones policiales y judiciales; acompañar y apoyar a las víctimas de violencia. Las organizaciones comunitarias de mujeres y las ONGs que trabajan con mujeres y tiene como objetivo lograr la equidad de género, pueden constituirse en los ejes dinamizadores de estas estrategias.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL CASO DE LA POBLACIÓN SHIPIBA

En el departamento de Ucayali se ha trabajado con mujeres del pueblo indígena shipibo. Los indicadores de pobreza y educación de los shipibos muestran grandes brechas que lo mantienen en una posición bastante más desfavorable que el resto de la población rural. En lo referente a salud reproductiva no encontramos cifras generales desagregadas por la variable étnica, sin embargo, en cuanto a TGF sabemos que las shipibas son las que tienen en promedio el número más alto de hijos. Además, se trata de una población que enfrenta una situación de discriminación asociada a su pertenencia étnica, la cual afecta diversos aspectos de su vida.

I. MINISTERIO DE SALUD, SEGURIDAD SOCIAL Y OTRAS INSTITUCIONES QUE DIRIGEN PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Es necesario promover, a través de un sistema de monitoreo y evaluación de desempeño del personal de salud, un diálogo horizontal con las concepciones y prácticas de la comunidad. Particular atención requiere la eliminación de actitudes recriminatorias (resondrar, reñir), las que pueden leerse por parte del personal de salud como 'aconsejar' y son interpretadas como prácticas discriminatorias por las mujeres de la comunidad, debido a su condición de pobreza, nivel educativo, hábitos o costumbres.

Recomendaciones

- La incorporación de los especialistas locales dentro del sistema, en una lógica horizontal de establecimiento de acciones cooperativas. Un elemento que podría aportar en esta integración es que en los tratamientos se incorporen plantas medicinales existentes en las zonas y que están plenamente identificadas o reconocidas en el Petitorio de Plantas Medicinales que ha sido elaborado por el Instituto de Medicina Tradicional del Ministerio de Salud (INMETRA).
- Instalación de servicios, culturalmente compatibles en los lugares de mayor referencia y concentración de usuarias(os) nativas(os). Dichos servicios deberían incluir: agentes comunitarios que hablen en su idioma, prescripción de plantas medicinales de probada efectividad, junto con medicamentos que se encuentran en los petitorios y prácticas de los diferentes procesos y problemas reproductivos que sean culturalmente compatibles. Estos establecimientos, podrían hallarse en los lugares de mayor referencia y de mayor cercanía o accesibilidad a los establecimientos que tengan capacidad resolutive. Para el caso de Ucayali,

un punto importante puede ser el Distrito de Yarinacocha, en donde se encuentra una gran cantidad de migrantes shipibas.

- Elaboración de materiales informativos adecuados para mujeres que hablen idiomas distintos o que son analfabetas, para ello la incorporación de gráficos adaptados a su realidad puede resultar muy útil. Es importante hacer un esfuerzo particular en lo que se comunica a las mujeres ya que entre ellas se da una mayor proporción de analfabetismo y monolingüismo (sólo idiomas nativos).
- Entrenamiento a mujeres y varones indígenas como promotores comunitarios y como profesionales en los equipos de los servicios de salud.
- Evaluar la posibilidad de establecer convenios con la Universidad Amazónica Indígena en Yarinacocha para realizar intercambios de información y experiencias en temas de salud.

Descensos y cáncer

Existen indicios de que la población indígena presenta un riesgo relativamente más alto de desarrollar cáncer al cuello del útero. El mismo que estaría asociado a factores como: la iniciación sexual temprana, el número de hijos por mujer, el contagio de enfermedades de transmisión sexual y la falta de acceso a servicios médicos de prevención y detección temprana; los que muestran ser aspectos particularmente críticos en estas poblaciones.

Recomendaciones

- Se deben buscar estrategias para hacer más conocidos y accesibles para la población indígena los servicios de prevención, detección y tratamiento temprano de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), Infecciones del Tracto Reproductivo (ITR) y patologías pre-cancerosas y cancerosas de los órganos reproductivos femeninos.
- Involucrar formalmente a los vegetalistas en el primer nivel de atención de las ITRs, para que colaboren derivando a las mujeres a instancias en que puedan recibir diagnóstico y tratamiento. Para esto es importante identificar las prácticas benéficas que ellos vienen usando (plantas con poderes antiinflamatorios) y capacitarlos sobre el diagnóstico y la importancia de la consulta médica temprana en el servicio de salud, así como los riesgos asociados a los lavados internos.

Embarazo y parto

En el caso de las comunidades indígenas, la distancia de los servicios es un factor particularmente crítico para el acceso de las mujeres a los mismos, tanto en el caso del CPN y la atención del parto, situación que genera altos niveles de riesgo en el caso de que se presentaran complicaciones.

Recomendaciones

- Las recomendaciones antes mencionadas, en este tema, que se refieren a la necesidad de acercar a la mujer a la posibilidad de contar con atención a tiempo, deben tenerse en cuenta con especial énfasis para el caso de esta población.
- Incorporar a los agentes comunitarios dentro de una red oficial de atención. Para ello se podría implementar mediante la capacitación de los especialistas locales ("parteras(os)") en atención del parto e incorporar algunas prácticas benéficas que ellos han logrado desarrollar en la atención profesional.

- Capacitación de especialistas locales para la derivación asistida en caso de complicaciones.
- Implementar las condiciones necesarias para que el parto hospitalario, no sea contrario a las costumbres y expectativas de las mujeres. En ese sentido, en este grupo de mujeres es particularmente importante darles la posibilidad de elegir la posición que consideren más adecuada para dar a luz.

Embarazos no deseados y anticoncepción

Las mujeres shipibas tienen embarazos a menor edad y en mayor número que otros grupos culturales del país. Aunque se asocian una serie de significados positivos a los hijos e hijas y tradicionalmente el inicio de la vida reproductiva se asocia a la primera menstruación; las mujeres también expresan ideales reproductivos menores a los observados y sobre todo las más jóvenes, manifiestan su deseo de retardar la maternidad para poder estudiar.

Recomendaciones

Capacitar a los agentes comunitarios para la consejería y distribución de métodos anticonceptivos que consideren las concepciones y prácticas de la población shipiba.

Desarrollar actividades educativas que involucre al varón, con materiales apropiados para ellos.

II. MINISTERIO DE PROMOCIÓN DE LA MUJER Y DESARROLLO HUMANO Y OTRAS INSTITUCIONES RELACIONADAS CON LA PROBLEMÁTICA DE GÉNERO

Si bien se reconocen la autonomía y prestigio de las mujeres shipibas en diversos ámbitos, a la vez ellas expresan relaciones de género inequitativas en el plano de las relaciones de pareja y la sexualidad. Manifiestan el temor de ser abandonadas y dan cuenta de situaciones de maltrato y relaciones sexuales forzadas, tal como también se expresa entre las que se denominan mestizas. Por lo tanto, es importante considerar para esta población todas aquellas recomendaciones en el tema que se han hecho al referirnos al grueso de la población de la región (ver pcto. III).

Recomendaciones

- Duplicar los esfuerzos dirigidos a lograr la participación de las mujeres y la incorporación de sus necesidades y puntos de vista.
- Reforzar el trabajo en interculturalidad con población escolar -indígena y no indígena- a través de capacitación de profesores y trabajo integral con niños(as) y jóvenes, con la incorporación de metodologías que permitan un mayor reconocimiento y respeto hacia las diferencias culturales. Existe experiencia acumulada de ONGs u otros organismos que trabajan con comunidades nativas.

Por otro lado, como lo muestran diversos estudios, retomados en este texto, las comunidades indígenas muestran fortalezas importantes que deberían ser potencializadas cuando se trabajen temas relativos al género, estas son:

- Los intereses compartidos en la defensa de tierras y la cultura propia.
- La capacidad de movilidad de las shipibas, quienes interactúan con otros sectores de la sociedad, más allá de las fronteras de su comunidad y además tendrían mayores niveles de autonomía que habrían desarrollado a partir de su actividad de comercio de artesanías.

ANEXO 1

Organizaciones Comunitarias de Base de San Martín y Ucayali que realizaron autodiagnósticos

Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali

	OCB	Comunidad	*	Distrito	Provincia	Problema seleccionado	N° de participantes	Fecha
SAN MARTÍN								
1	Asociación de Mujeres Defensoras de la Vida	Chazuta	U	Chazuta	San Martín	Inflamación del vientre		
2	Club de Madres Rosa Balvina Salas Castro	Dos de Mayo	U	Sauce	San Martín	Prolapso/Aborto		1996
3	Club de Madres La Mujer Rural	Rumizapa	U	Rumizapa	Lamas	Descensos	25	1996
4	Club de Madres Esther Vásquez	Maceda	U	Rumizapa	Lamas	Descensos	16	1997
5	Club de Madre Virgen del Pilar	Zapatero	U	Zapatero	Lamas	Prolapso	15	1997
6	Club de Madres Antonieta Chumbe	Poloponta	R	Zapatero	Lamas	Descensos	18	1997
7	Club de Madres Mujeres en Acción	Barrio Partido Alto	U	Tabalosos	Lamas	Descensos	13	1997
8	Club de Madres Virgen de la Caridad	San Miguel del Río Mayo	U	Tabalosos	Lamas	Muchos Hijos	15	1998
9	Club de Madres Micaela Bastidas	Barrio San José de Sisa	U	Agua Blanca	El Dorado	Abandono	14	1998
10	Club de Madres Ana Harvis	Agua Blanca	U	Agua Blanca	El Dorado	Inflamación a la vagina	15	1998
11	Club de Madres Hortencia Linares Arellano	Shatoja	U	Shatoja	El Dorado	Muchos Hijos	15	1998
12	Club de Madres Judith Tuanama	Barrio El Sol	U	San José de Sisa	El Dorado	Descensos	12	1998
13	Club de Madres Elgiva Ramírez Gómez	San Isidro	R	San José de Sisa	El Dorado	Descensos	15	1998
14	Club de Madres Toribia Angulo Panduro	Pinto Recodo	U	Pinto Recodo	Lamas	Embarazo adolescente	15	1998
15	Club de Madres Andrea Parado de Bellido	Libertad del Bajo Mayo	R	Pinto Recodo	Lamas	Descensos	15	1999
							17	1999
UCAYALI								
"Mestizas"								
1	Club de Madres María Parado de Bellido	AA.HH. San Fernando	P	Calleria	Coronel Portillo	Aborto	30	1996
2	Club de Madres La Amistad	Nuevo Bolognesi	P	Calleria	Coronel Portillo	Descensos	23	1997
3	Club de Damas Juana de Matsujiri	Pimental	R	Campoverde	Coronel Portillo	Descensos	22	1996
4	Club de Madres Unión Campo Verde	Unión Campo Verde	U	Campoverde	Coronel Portillo	Descensos	21	1998
5	Club de Madres Túpac Amaru	Yarinacocha	U	Yarinacocha	Coronel Portillo	Descensos	21	1997
6	Club de Madres Virgen de Fátima	Galilea	R	Iparia	Coronel Portillo	Maltrato	22	1999
7	Club de Madres Sagrado Corazón de Jesús	Barrio Alto	U	Masisea	Coronel Portillo	Descensos	35	1998
8	Club de Madres Zulmira Ríos	Villa Nueva Requena	U	Nueva Requena	Coronel Portillo	Descensos	19	1998
9	Club de Madres Sarita Colonia	San Alejandro	U	Irazola	Padre Abad	Descensos	20	1999
10	Club de Madres Micaela Bastidas	Von Humbolt	R	Irazola	Padre Abad	Muchos Hijos	22	1999
11	Vaso de Leche Monte Alegre	Monte Alegre	R	Irazola	Padre Abad	Descensos	22	1999
"Shipibas"								
12	Club de Madres Panshin Penan	C.N. Nuevo Saposoa	R	Calleria	Coronel Portillo	Descensos	39	1997
13	Club de Madres Shetan Same	Yarinacocha	U	Yarinacocha	Coronel Portillo	Descensos	13	1997
14	Club de Madres Ernestina Romaina	C.N. Puerto Belén	R	Iparia	Coronel Portillo	Descensos	19	1999
15	Club de Madres Ranin Bena	C.N. Vista Alegre	R	Masisea	Coronel Portillo	Descensos	24	1998

(*) Tipo de Área: (R) = Rural, (U) = Urbano, (P) = Periurbano

ANEXO 2

GUÍA DEL AUTODIAGNÓSTICO²⁸

INDICACIONES GENERALES

Sobre la conformación y características del equipo que facilita su realización

1. El equipo que facilite el autodiagnóstico debe estar compuesto por un mínimo de tres personas: una de ellas desempeñará el rol de facilitadora 'principal' (conduce la sesión y las plenarias), otra el de observadora y una tercera el de asistente de la facilitadora. Las tres personas se desempeñarán además como facilitadoras de los grupos de discusión. Las integrantes del equipo pueden intercambiar sus roles de una sesión a otra, de acuerdo a una evaluación de sus habilidades y capacidades para el desempeño de los mismos.
2. Es posible considerar una cuarta persona que apoye en la facilitación de los grupos y en la observación, cuando el grupo tenga un número de participantes mayor a 13 personas.
3. Las personas que participen del autodiagnóstico deben pasar por un proceso continuo de capacitación, seguimiento y certificación. Este se nutrirá de las autoevaluaciones realizadas por los equipos.

Sobre los tiempos y estructura de las sesiones

4. Los tiempos señalados son flexibles y deben ser tomados sólo como pautas, pues dependerán de las características del grupo y de la manera en que se vaya avanzando la sesión. Sin embargo, se recomienda no tener sesiones que duren más de tres horas.

Sobre las grabaciones

5. Lo óptimo para realizar un registro fiel de la información es grabar los trabajos de grupos y las plenarias. No se grabará sólo si las participantes no están de acuerdo con ello, en cuyo caso se recomienda tomar notas muy detalladas de todo lo expresado por las mismas. La facilitadora explicará a las participantes el motivo por el cual se desea grabar las sesiones y les solicitará su autorización al iniciar la primera sesión y luego durante la realización de los trabajos grupales o cada vez que sea necesario (reiterando que es muy importante todo lo que van a expresar y dándoles confianza para que se expresen libremente y sin temor a ser evaluadas, sin pensar que pueden "equivocarse"). Se les indicará que de aceptar la grabación ellas pueden determinar si hay parte de sus intervenciones que prefieren que no se graben, momento en el cual se apagará la grabadora.

²⁸El autodiagnóstico es parte de la estrategia de intervención de ReproSalud en las zonas rurales y periurbanas, caracterizada por ser participativa y buscar el empoderamiento de las mujeres. Esta guía es la tercera versión de la guía elaborada por ReproSalud en 1996 y ha sido modificada de acuerdo a las observaciones realizadas por el equipo regional y equipo de la sede central. Las preguntas específicas para profundización responden también a esta experiencia.

6. La facilitadora debe estar muy atenta a las actitudes de las mujeres frente a la grabación de las sesiones para tomar las medidas del caso si percibe que ellas se cohiben o incomodan. El proceso observado hasta ahora es que en algunos casos las mujeres se cohiben un poco inicialmente y luego se olvidan de la grabadora. Sin embargo, también hemos notado que hay momentos en los que es preferible apagar la grabadora o volverles a explicar a las mujeres las razones de la grabación, pidiéndoles su conformidad para grabar parte de sus intervenciones sobre temas que ellas perciben muy íntimos.
7. En la medida de lo posible, la facilitadora debe mencionar con naturalidad el nombre de la persona que va a participar, con la finalidad de luego identificar su testimonio en el momento de la transcripción (Ej: "a ver Rosa", "qué nos dice María").
8. Las facilitadoras de los grupos de discusión y la asistente de la facilitadora principal en las plenarias, deben estar atentas al modo en que se realiza las grabaciones (cambiar la cinta y acercar la grabadora o el micro a quienes están interviniendo). De preferencia deben usarse casetes de 90 minutos.

Sobre el trabajo en grupos

9. El número de integrantes de los grupos de discusión puede fluctuar entre 5 y 6 personas, dependiendo del número de mujeres que asistan a las sesiones.
10. Es importante contar con una persona del equipo en cada uno de los grupos que se formen, salvo que las mujeres se sientan cohibidas por su presencia. Esta persona tomará notas y hará las preguntas pertinentes para que los temas sean abordados de la manera más completa posible. De no haber ningún miembro del equipo en el grupo, debe grabarse la discusión y designarse una persona para que se responsabilice de ese grupo, la que se acercará cada cierto tiempo para resolver sus dudas y facilitar la discusión de los temas propuestos.
11. La conformación de los grupos de trabajo se realizará de acuerdo a las edades de las participantes, tomando en cuenta la siguiente distribución, de acuerdo a la cantidad de participantes por grupos de edad:
Menos de 20 años
21 a 30 años
31 a 40 años
41 años y más
12. Para la presentación de los trabajos de grupo se elegirán a una o dos personas ("secretarias" del grupo) para que se encarguen de presentar los relatos en plenaria. Si las mujeres escriben y leen con dificultad o no saben hacerlo, se les pedirá que vayan recordando entre todas lo que han discutido, para que luego dos de ellas presenten en la plenaria el trabajo del grupo.
13. Las guías de trabajo para los grupos suelen tener dos tipos de preguntas: unas que son bastante amplias y generales y otras que abordan aspectos más específicos. Inicialmente deben realizarse las preguntas generales (p. ej. ¿cuándo es una mujer feliz?), y generar una amplia reflexión entre las mujeres, recogiendo sus diferentes puntos de vista. Sólo cuando esta ya se haya agotado, se realizarán las preguntas para profundizar o abordar temas específicos que no han sido tocados por las mujeres (p. ej. ¿con cuántos hijos una mujer es feliz?). Recordemos que las preguntas específicas de las guías para trabajo en grupos nos sirven como preguntas motivadoras o ayuda memoria para recordar los aspectos a ser abordados con las mujeres en caso no sean mencionados por ellas, no son un cuestionario para aplicar rígidamente. Lo más importante no es encontrar una respuesta para cada pregunta, sino la reflexión y discusión que se genera entre las mujeres a propósito de ellas.

Sobre el desempeño del equipo que facilita los autodiagnósticos

14. Las facilitadoras sólo deben intervenir para hacer preguntas motivadoras a las participantes o profundizar sus intervenciones.
No sugerirán ni inducirán las respuestas
No corregirán las opiniones y conocimientos de las mujeres
15. Las participantes del equipo y en particular quien desempeña el rol de observadora, deben registrar quiénes intervienen (si se trata de la misma mujer, si son las dirigentas, si son las jóvenes o las mayores, etc.), cómo y en que contexto participan (si hay un ambiente tenso, si las mujeres están preocupadas, si hay una campaña de salud paralela, etc.). Esto debe ser anotado y servir para completar y enriquecer los contenidos de las transcripciones de las grabaciones.
16. Al final de cada sesión es importante realizar una breve evaluación del desarrollo de la sesión, así como una autoevaluación acerca de cómo nosotras nos hemos desempeñado. Ello nos ayudará a mejorar y a apoyarnos mutuamente como equipo.

SESIÓN I: PRESENTACIÓN Y CONTEXTO

OBJETIVOS

1. *Empezar a conocerse y explicar en qué consiste el autodiagnóstico, generando relaciones de confianza con las mujeres e interesándolas para que participen.*
2. *Revisar el cronograma del autodiagnóstico y aprobarlo en el grupo.*
3. *Generar una reflexión sobre la vida de las mujeres, teniendo en cuenta el contexto en el que viven (social, económico, etc.) y la perspectiva de género.*
4. *Identificar los conceptos de bienestar y salud que utilizan las mujeres y empezar a aproximarnos a una definición de salud reproductiva.*

Tiempo: 2 horas, 45 minutos.

PASO 1: BIENVENIDA Y PRESENTACIÓN

Tiempo: 15 minutos

Presentarse para reconocerse y establecer relaciones de confianza

El equipo se presenta y pide a las mujeres que también lo hagan. La facilitadora que conduce la sesión iniciará la reunión de la forma más sencilla posible, dando a conocer brevemente en qué consiste su experiencia de trabajo y cómo ha llegado a ser una integrante del Proyecto ReproSalud. Luego las demás integrantes del equipo harán lo propio. Debe evitarse en todo momento establecer diferencias entre ellas y el resto de participantes.

Se colocarán solapines con el nombre de las mujeres. De acuerdo a su edad se utilizará un color y forma determinados o se emplearán lanitas de colores para diferenciarlas.

Saber a qué grupo de edad pertenecen nos ayudará en la formación de los grupos de trabajo y en la identificación de las participantes (para que podamos identificar a quiénes corresponden los testimonios, si corresponden a las jóvenes o a las mayores, si son las jóvenes las que menos hablan sobre ciertos temas o frente a las mayores, etc.).

PASO 2: EXPLICACIÓN DEL AUTODIAGNÓSTICO

Tiempo: 10 minutos

Que las mujeres empiecen a comprender en qué consiste el autodiagnóstico

Explicar que se trata de dialogar, de conversar para ver cómo nos sentimos, qué nos pasa, qué es lo que queremos para nosotras mismas y así poder conocernos mejor como mujeres y empezar a solucionar nuestros problemas.

Dar a conocer que no se trata de una charla, que no hemos ido a enseñar sino a aprender con ellas y de ellas. Nada de lo que digan va a ser bueno ni malo, todo es importante porque así conocemos más. No es una evaluación ni hay nota. Hay que sentirse libre de decir lo que se piensa.

Mencionar que vamos a ir avanzando poco a poco y por eso van a haber varias sesiones (cinco).

Presentar muy brevemente el tema que se trabajará en cada sesión a través de las láminas del rotafolio. Utilizar las láminas creativamente. Por ejemplo: presentar muy rápidamente todas las láminas el primer día y conversar más detenidamente con las mujeres en cada sesión acerca de la lámina que corresponde a ese día. Otra sugerencia es señalar al inicio de la sesión la lámina correspondiente a ese día y al final de la reunión indicar la que tocará en la próxima sesión, explicándolas.

Ideas a resaltar sobre cada sesión apoyándose con las láminas:

Presentación del autodiagnóstico-Lámina 1: ¿Qué es el autodiagnóstico?

- Explicar en palabras sencillas qué es el autodiagnóstico y cómo lo vamos realizar (puede ilustrar la explicación brindada bajo el subtítulo anterior: "Que las mujeres empiecen a entender en qué consiste el autodiagnóstico").
- Reconocer la importancia de la presencia y participación de las mujeres.

Sesión 1 - Lámina 2: Empezar a conocerse y conversar sobre nuestra vida como mujeres

- Explicar que la primera sesión es para conocernos, tener confianza entre nosotras para poder hablar con libertad porque estamos entre amigas.
- Reflexionar sobre la vida de las mujeres en la comunidad. Explicaremos que en esta sesión también conversaremos sobre nuestra vida como mujeres en la comunidad.

Sesión 2 - Lámina 3: ¿Qué sabemos las mujeres sobre los procesos de salud reproductiva?

- Intercambiar opiniones y reflexionar sobre los procesos de salud reproductiva. Explicaremos que en esta sesión hablaremos sobre los procesos de salud reproductiva que viven las mujeres, como la menstruación, el embarazo, el parto y la edad crítica.

Sesión 3 - Lámina 4: Experiencias de nuestra salud reproductiva

- Conocer los problemas de salud reproductiva que afectan a más mujeres en la comunidad.
- Conocer lo que piensan sobre el particular las otras mujeres de la comunidad.

Sesión 4 - Lámina 5: ¿Qué problema de salud reproductiva es más importante para nosotras y qué sabemos sobre él?

- Elegir el problema que queremos empezar a solucionar.

Sesión 5: Lámina 6: ¿Cómo enfrentamos las mujeres el problema seleccionado?

- Reflexionar sobre el camino que seguimos, los recursos y tratamientos que usamos frente al problema.
- Compartir experiencias y conocimientos acerca del problema seleccionado.

PASO 3: REVISIÓN DEL CRONOGRAMA DE LAS SESIONES

Tiempo: 5 minutos

Revisión y confirmación del cronograma

La programación del autodiagnóstico debe ser previamente acordada con las dirigentas de la organización comunitaria de base (OCB). Esta parte de la sesión tiene como objetivo revisar el cronograma y si es necesario, hacer ajustes. Por razones obvias no es posible hacer cambios que varíen demasiado la programación.

Según lo acordado con las mujeres, la facilitadora coloca la fecha y hora de cada sesión debajo de la lámina respectiva.

La facilitadora estimula a todas las participantes (incluyendo al equipo de trabajo) a comprometerse y asumir responsabilidades para su organización como por ejemplo: abrir el local, hacer la limpieza, encargarse del refrigerio y de otros aspectos.

El cronograma se exhibe en la pared durante todas las sesiones.

PASO 4: HISTORIA DE VIDA

Reflexión sobre la vida de las mujeres

a) Trabajo en grupos

Tiempo: 35 minutos

La facilitadora explica que con el paso siguiente iniciaremos una reflexión sobre la vida de las mujeres en la comunidad. Les pedirá que piensen en cómo es la vida de las mujeres de su comunidad y elaboren (creen, cuenten) la historia de una niña que nace en la comunidad; relatando cómo va pasando su vida siendo niña, jovencita (adolescente), adulta y anciana. Se pondrá especial énfasis en el contexto que rodea la vida de la niña (social, económico, cultural) y en las relaciones de género.

Algunas mujeres expresan dificultades para imaginar una historia sin tener la referencia de una mujer concreta, por lo que puede completarse la explicación del ejercicio pidiéndoles que piensen en la vida de las mujeres de la comunidad que ellas conocen y que están pasando por cada una de las etapas que se mencionan. Cuando se presenten estas dificultades en el grupo para elaborar la historia, la facilitadora les preguntará: "a ver, ¿cómo es en la comunidad?".

GUÍA DE PREGUNTAS

Las siguientes preguntas servirán de guía a la facilitadora del grupo (la secuencia debe ser seguida de acuerdo a los momentos del ciclo vital de las mujeres que identifiquen las participantes).

- ¿Cómo van a llamar a la niña?
- ¿Quiénes son sus padres? ¿Qué hacen?
- ¿Cómo fue su nacimiento? ¿Dónde nació? ¿Quién la atendió?
- ¿Qué piensan sus padres o cómo se sienten respecto al nacimiento de una niña? ¿Hubieran preferido que sea varón?

- ¿Qué hará cuando esté más grande? ¿Se encargará de algo?
- ¿Qué ideas tienen sus padres acerca de su educación?
- ¿La niña se enfermará de algo? ¿Cómo es esta enfermedad?
- ¿Qué más le pasa?

- ¿A qué edad ya es "jovencita (usar el término empleado por ellas)? ¿A qué edad se considera que ya es "jovencita"?
- ¿Qué hace? (estudia, trabaja)
- ¿Qué es lo que quisieran sus padres que sea de grande?
- ¿Cómo fue su primera menstruación? Si no lo mencionan, indagar: ¿Cómo se sintió? ¿Sabía algo? ¿A quién le avisó o le preguntó?
- Relaciones con los chicos y los varones en general
- Relaciones con sus mayores
- ¿Se enferma de algo?

- ¿Cómo es su vida cuando es adulta (usar el término que ellas usan)? (indagar por la edad o situación a partir de la que se le considera adulta)
- ¿A qué se dedica? ¿Qué trabajos le gusta hacer y cuáles no?
- ¿Tiene esposo, compañero? ¿Cómo fue que lo conoció?
- ¿Es feliz con él? ¿Está enamorada?
- ¿Cómo se porta su pareja? ¿La ayuda? ¿En qué?
- ¿Cómo se lleva con la familia de su esposo? Si no lo mencionan, indagar: ¿Intervienen en su relación de pareja? ¿Cómo se siente al respecto?
- ¿Tiene hijos? ¿Cuántos?
- ¿Cómo se lleva con sus hijos?
- ¿Se enferma de algo? ¿Cuando se enferma, qué hace?
- ¿Qué pasa cuando ya no le viene su regla (usar el término empleado por ellas)? (indagar acerca de la edad crítica)

- ¿Cómo es su vida cuando es "viejita" (usar el término que ellas emplean)? (indagar por la edad o situación a partir de la que se le considera adulta)
- ¿Qué hace? ¿Qué le gusta hacer?
- ¿Cómo se siente? ¿Cuál es su estado de ánimo?
- ¿Se siente bien de salud? ¿Se enferma de algo?
- ¿Con quién vive?
- ¿Cómo la ven los demás?

Hay que tener en mente que este ejercicio es para que las mujeres se acerquen entre ellas y empiecen a hablar sobre cómo transcurre sus vidas en la comunidad.

b) Plenaria

Tiempo: 35 minutos

La facilitadora pedirá a la secretaria que cuente la historia en la plenaria y motivará la participación de todas las mujeres.

La información que se considere relevante se anotará en un papelógrafo (por ejemplo: "los padres

no querían que fuera niña", "la mamá ya no quería tener más hijos", etc.). En los casos en que la mayoría de mujeres sean analfabetas no es necesario escribir en un papelógrafo, pero sí es importante resaltar esta información en el cuaderno de registro de observaciones, para retornarla luego.

Asimismo, la asistente anotará en tarjetas de cartulina los problemas de salud reproductiva que se vayan mencionando. Estas tarjetas servirán para la siguiente sesión y aún no serán exhibidas a las mujeres.

Resaltar las coincidencias y las diferencias entre las historias presentadas y reflexionar con las mujeres acerca de las semejanzas de las historias con sus propias vidas.

Finalizar reflexionando acerca de las razones por las que piensan que la vida de las mujeres en la comunidad es tal como la describen, resaltando que la vida de una mujer depende de sus condiciones de vida, de sus obligaciones como mujer y de lo que puede decidir y hacer para mejorar su vida. Observar si la audiencia está de acuerdo con este resumen. Solicitar opiniones y comentarlas con las participantes.

Refrigerio. Tiempo: 10 minutos.

PASO 5. ¿CUÁNDO UNA MUJER ES FELIZ? ¿CÓMO ES CUANDO UNA MUJER SE SIENTE CONTENTA?, ¿CÓMO ES UNA MUJER SANA?

Tiempo: 30 minutos

Conocer los conceptos de bienestar y salud de las mujeres y aproximarnos a una definición de salud

En plenaria, la facilitadora explica que se va a responder a la pregunta: ¿cuándo una mujer es feliz?, ¿cómo es cuando una mujer se siente contenta? Constantemente hay que ir profundizando las respuestas de las mujeres. Si las mujeres responden que ser feliz es estar sanas, podemos preguntarles enseguida: ¿qué significa estar sana? ¿de qué se enferman las mujeres? ¿por qué? Así se irá profundizando cada respuesta con participación de todas las mujeres.

Es necesario estar atentas a la información que se va proporcionando y no perder las opiniones vertidas por la minoría ya que pueden servir para profundizar en el tema.

Aspectos a ser reflexionados con las mujeres: si luego de la lluvia de ideas las mujeres no mencionan los siguientes aspectos, la facilitadora indagará sobre ellos:

- La relación entre salud y felicidad.
- Los recursos económicos y su vinculación a la felicidad de las mujeres. Que en base a su experiencia digan por qué.
- La felicidad de las mujeres y las relaciones con la familia.
- La felicidad de las mujeres y las relaciones con la pareja.
- Relación entre la educación/instrucción con la felicidad y/o la salud.
- Relaciones sociales (amigas/amigos) y felicidad.
- ¿Qué sienten (sentimientos/emociones) cuando están contentas?
- ¿Cuántos hijos tiene una mujer feliz? ¿cuál es el número ideal?
- ¿Qué es tener muchos y qué es tener pocos hijos? ¿importa si es mujercita o varoncito?

La facilitadora en esta sesión anota los comentarios y opiniones de las mujeres en papelógrafos. Va rescatando en otro papelógrafo las situaciones, los procesos y problemas ligados a la salud y a la salud reproductiva que mencionen.

Ideas a resaltar

La facilitadora recoge lo dicho por las mujeres y enfatiza que con el autodiagnóstico las mujeres aprenden a reflexionar juntas sobre la salud de las mujeres y que este proceso se hace desde sus propios conocimientos y experiencias.

Es importante que la facilitadora finalice esta parte resaltando los conocimientos y experiencias de las mujeres (participantes y comunidad), indicando que son fundamentales para la búsqueda de solución de cualquier problema.

EVALUACIÓN

Tiempo : 15 minutos

Técnica del baile: Se dará inicio al baile. En un momento determinado se apagará la música y la persona que continúe bailando, responderá una pregunta. Y así sucesivamente hasta obtener respuestas significativas.

Guía de preguntas:

- ¿Cómo se sintió en la sesión?
- ¿Fue fácil hacer la historia de vida? ¿por qué?
- ¿Cree que la historia de vida se parece a la vida de las demás mujeres?
- ¿Qué fue lo que más le gustó?
- ¿Qué no le agradó?

RESUMEN DEL DÍA

Tiempo: 5 minutos

La facilitadora finaliza la sesión resumiendo brevemente lo que se ha hecho, agradece la participación de todas. Expresan que estuvieron contentas y que les agradó compartir y aprender de ellas.

RECOMENDACIONES PARA LA FACILITADORA

- Es importante presentar una imagen cálida y que ofrezca confianza a las mujeres poniendo de manifiesto que como mujeres que somos compartimos los mismos problemas.
- La facilitadora utilizará mucho su imagen corporal y las inflexiones de su voz.
- Estará atenta a las expresiones de los rostros de las participantes, así como a los gestos de sus compañeras de equipo, quienes pueden darse cuenta de algún problema en la audiencia.
- Es importante que la facilitadora aprenda pronto los nombres de cada mujer. Para ello puede identificarlas con solapines.

Técnicas

- Observar láminas del autodiagnóstico
- Construir una historia de vida
- Lluvia de ideas

- Trabajos grupales
- Plenaria
- Dibujo
- Baile

Materiales

- Tarjetas cortadas para nombres
- Imperdibles
- Toca casete y casete de música
- 3 grabadoras pequeñas y una grande para la plenaria
- Casetes en blanco
- Rotafolio de láminas de presentación de autodiagnóstico
- Papelógrafos
- Tarjetas de cartulina tamaño (para problemas de salud reproductiva)
- Maskin-tape
- Cámara fotográfica
- Plumones gruesos y delgados para pizarra
- Plumones para papel
- Lapiceros
- Crayolas y colores
- Papel rayado oficio

SESIÓN II: ¿QUÉ SABEMOS LAS MUJERES SOBRE LOS PROCESOS DE SALUD REPRODUCTIVA?

EXPERIENCIAS SOBRE LOS PROCESOS DE SALUD REPRODUCTIVA

OBJETIVOS

1. *Conocer lo que saben las mujeres respecto a los procesos de salud reproductiva y promover la reflexión acerca de estos.*
2. *Presentar la lista de los problemas de salud reproductiva que han ido mencionando espontáneamente las mujeres y construir con ellas una lista de los problemas de salud reproductiva que existen en la comunidad.*
3. *Motivar a las mujeres para que realicen la consulta a la comunidad.*

Tiempo: 2 horas, 55 minutos.

INICIO DE LA SESIÓN

Tiempo: 5 minutos

La facilitadora saluda y reconoce la presencia de todas. Realiza con participación de las mujeres un breve recuento de las actividades que se realizaron la sesión anterior y luego explica la actividad del día. Para esto último se ayudará con la lámina que corresponde a la segunda sesión.

PASO 1: PROCESOS EN TORNO A LA VIDA REPRODUCTIVA

Que las mujeres expresen sus conocimientos sobre los procesos de salud reproductiva.

a) Reflexión en grupo sobre los procesos reproductivos

Tiempo: 35 minutos

En plenaria la facilitadora explica a las mujeres que se va a trabajar en grupos para intercambiar ideas y conocimientos sobre los siguientes temas, los mismos que serán mencionados con los mismos términos usados por las mujeres en la sesión anterior:

- Menstruación / regla
- Embarazo
- Parto
- Menopausia / Edad crítica
- Cómo evitar un embarazo

Para ello les recordará que en la sesión anterior ellas los han mencionado en la elaboración de la historia de vida de una mujer de la comunidad y que ahora se trata de conversar más acerca de éstos. Se evitará emplear la palabra "procesos" (en tanto puede serles ajena y de difícil

comprensión), refiriéndose **más bien a cada uno** de ellos con las mismas denominaciones que usan las mujeres a fin de acercarnos a los términos que les son familiares.

A cada grupo se le encarga **trabajar uno o dos** de estos temas. Se recomienda la siguiente división de temas:

Menstruación y cómo evitar un embarazo (las más jóvenes)
Embarazo y parto (las intermedias)
Edad crítica (las mayores)

Cada grupo debe reflexionar **sobre el tema que le tocó**, describiéndolo de la manera más amplia posible.

GUÍA DE PREGUNTAS

MENSTRUACIÓN / REGLA (término usado por ellas)

- ¿Cómo le llaman?
- ¿Cómo fue nuestra primera regla? ¿Qué sentimos?
- ¿Cambió en algo nuestras vidas?
- ¿Sabíamos algo al respecto (por qué estábamos menstruando)? ¿Quién nos explicó?
- ¿Nos viene siempre igual o cambia? (¿Cambia según las personas? ¿Según la edad?)
- ¿Por qué se produce la menstruación? ¿De dónde viene la sangre? ¿Qué pasa si no se elimina?
- ¿Qué tipo de sangre sale? Si no lo mencionan, seguir indagando: ¿Cómo es? ¿Qué cualidades tiene? (es buena, mala?)
- ¿Cómo se sienten durante la menstruación?
- ¿Tienen algún tipo de cuidados especiales cuando están con la menstruación? Si no lo mencionan, indagar: ¿Toman algo? ¿Dejan de hacer algo? ¿Existen prohibiciones respecto a la menstruación?

EMBARAZO

- ¿Cómo se le llama?
- ¿Por qué se produce el embarazo?
- ¿Cómo se forma el hijo y dónde?
- ¿Cómo es cuando el embarazo es de hija mujer y cuando es de hijo varón?
- ¿Cómo se sienten las mujeres cuando se dan cuenta que están embarazadas?
- ¿Cómo se han sentido ustedes en su primer embarazo? (indagar a qué edad se embarazan por primera vez) ¿Y en el último?
- Si muestran disposición, indagar: ¿Querían embarazarse? (indagar qué ocurre si los embarazos no son deseados)
- ¿Qué molestias tienen durante el embarazo? ¿Qué hacen para cada una de ellas?
- ¿Se cuidan de algo durante el embarazo? ¿Qué hay que hacer o dejar de hacer? ¿Van a atenderse a algún lugar o donde alguna persona? ¿Y las otras mujeres de la comunidad? Si mencionan que acuden a algún lugar o persona para atenderse, indagar: ¿Cómo la trataron?
- ¿Cómo la ha tratado su pareja durante sus embarazos? ¿Y otras personas?

PARTO

- ¿Cómo lo llaman?
- ¿Qué pasa en el cuerpo de la mujer cuando da a luz (usar el término que ellas emplean)?
- ¿Cómo han sido sus partos? Si no lo mencionan, indagar: ¿Cuántos días tuvo dolores? ¿Su hija o hijo nació rápido? ¿Siempre es así?
- ¿Dónde dieron a luz? ¿Quién las atendió? ¿Siempre es así?
- ¿Cómo las han tratado?
- ¿Quién las acompaña en el parto? ¿Quién les gustaría que las acompañe?
- ¿Qué hacen en el momento del parto? ¿Qué es lo que usted hizo? Si no lo mencionan indagar: ¿Qué se toma, qué se come o no se come?
- ¿Cómo se cuidan después del parto? ¿A los cuántos días se levantan?
- ¿Qué puede pasar en el momento del parto?
- ¿Qué es lo mejor que recuerda de dar a luz y qué es lo peor?
- ¿Cambió su vida luego de sus partos? ¿Cómo se siente al respecto?

EDAD CRÍTICA/MENOPAUSIA

- ¿Cómo se le conoce? (nombres)
- ¿Cuándo ocurre?
- ¿Por qué ocurre?
- ¿Cómo es? ¿Qué se siente?
- ¿Qué consecuencias tiene para la salud de las mujeres?
- ¿Qué se hace (tratamientos)?
- ¿Consideran a la menopausia una enfermedad?
- ¿Cambia mucho la vida de las mujeres cuando ocurre?
- ¿Cómo son las relaciones sexuales?

CÓMO EVITAR UN EMBARAZO

- ¿Cuándo fue la primera vez que escucharon acerca de "cuidarse"? Si no lo mencionan, indagar: ¿Con quién han conversado sobre cómo cuidarse? ¿Alguien les ha recomendado algo para cuidarse? ¿Cómo se sintieron?
- ¿Cuándo se empiezan a cuidar las mujeres en la comunidad? Si las mujeres se muestran dispuestas a hablar de ellas: ¿Cuándo se cuidaron ustedes por primera vez?
- ¿Cómo se cuidan las mujeres en la comunidad para no tener hijos? Si las mujeres se muestran dispuestas a hablar de ellas: ¿Ustedes se cuidan actualmente? ¿Cómo?
- ¿Qué opinan sus parejas?
- ¿Qué otros métodos conocen además de los que han mencionado (cuando respondieron la pregunta anterior)?
- ¿Qué piensan de los diferentes métodos (mencionar los que ellas han señalado)? Indagar sobre opiniones, temores, ventajas, desventajas, efectos secundarios de los diferentes métodos mencionados por las mujeres
- ¿Cómo actúan los diferentes métodos en nuestro cuerpo para evitar que quedemos embarazadas (pedirles que hablen de los métodos que han aludido)? Cuando refieran el método natural o de cuidarse con la regla, indagar acerca de en qué periodo se cuidan y por qué (relación con la menstruación).

b) ¿Cómo es este proceso en nuestro cuerpo?

Tiempo: 30 minutos

Manteniendo los mismos grupos, la facilitadora entrega un polo, o un chaleco de papel con silueta de mujer, por grupo. Para continuar con la reflexión, hace una pequeña introducción y les dice que todas tenemos algún conocimiento sobre nuestro cuerpo y que muchas veces ese conocimiento es diferente entre nosotras porque esos órganos no se ven, tan solo nos los imaginamos.

La facilitadora solicita al grupo que se imagine como es su cuerpo por dentro y piense ¿Cómo ocurre el proceso (la menstruación, gestación, parto, menopausia, etc.) en nuestro cuerpo? y que dibuje los órganos internos de su cuerpo que tienen que ver con el proceso que le ha tocado trabajar.

Para ampliar la información la facilitadora debe tener en cuenta preguntas como:

- Si es embarazo indagar: ¿Cuándo se forma el hijo? ¿Cómo se forman los hijos dentro del cuerpo? ¿Qué pasa cuando el hijo es mujer y cuando es hombre?
- Si es menstruación: ¿De dónde viene la sangre? ¿Qué camino recorre?
- Si el tema es menopausia: ¿Qué le pasa a la mujer cuando llega a la menopausia? ¿A dónde va la sangre cuando ya no se menstrúa?
- Si es anticoncepción: ¿Qué ocurre en el cuerpo (organismos) cuando la mujer usa anticonceptivos? ¿Cómo funciona los anticonceptivos?

Refrigerio: Tiempo: 10 minutos.

PASO 2: PLENARIA

Tiempo: 40 minutos

Cada grupo explica lo reflexionado sobre el proceso que le tocó trabajar y cómo ocurre. Los dibujos realizados se utilizan como referencia. Se estimula la participación del resto de mujeres.

La facilitadora y la observadora van rescatando los términos que usan las mujeres para hablar de cada uno de los procesos y de las diferentes partes del cuerpo.

La asistente debe ir apuntando en cartulinas todos los problemas de salud reproductiva que las mujeres mencionan tal y como ellas lo dicen. No debe omitir ninguno.

Es probable que varios de los problemas que ellas mencionan tal y como los dicen, no tengan un equivalente en la terminología biomédica; sin embargo, éste no debe ser un criterio para no considerarlo en la lista de problemas. Lo que es recomendable en este caso es motivar a las mujeres para que profundicen sobre él.

Se concluye el Paso 2 diciéndoles que todo lo que hemos hablado forma parte de la salud reproductiva, pero además están otros aspectos que ya han sido señalados anteriormente y que tienen que ver con: cómo nos llevamos con la pareja, cómo cuidamos nuestros órganos sexuales, cómo tenemos nuestros hijos, etc.

PASO 3: LA LISTA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

Tiempo: 25 minutos

La facilitadora presentará la lista de problemas de salud reproductiva que han mencionado las mujeres en la sesión anterior (la que debe haber sido preparada antes) y en el Paso 1 y 2 de la actual sesión. Cada problema se escribirá en una cartulina con su propia ilustración (que puede ser tomada de la lámina de problemas de consulta a la comunidad). Luego se realiza una lluvia de ideas y se continúa completando la lista de problemas de salud reproductiva que existen en la comunidad.

Si la facilitadora desconoce en qué consiste un problema (por ejemplo: inflamación al vientre) preguntará al respecto, para evitar la duplicidad de problemas por desconocimiento.

PASO 4: EXPLICACIÓN DE LA CONSULTA A LA COMUNIDAD

Tiempo: 30 minutos

La facilitadora comenta con las mujeres del grupo acerca de la necesidad de ampliar el conocimiento que tenemos con lo que piensan las otras mujeres de la comunidad y de averiguar si tienen los mismos problemas y experiencias que nosotras. Les consulta sobre la posibilidad de que ellas conversen con otras mujeres sobre esto. Recordar que no hay que forzar a las mujeres si no quieren hacerlo.

La facilitadora explica a las mujeres que es necesario hacer la siguiente pregunta: ¿Qué problema les da a más mujeres en la comunidad? ¿Qué problema es más común? Para ello se ayudará con la lámina que grafica los distintos problemas. Las mujeres consultadas podrán mencionar hasta dos problemas y en cada problema que mencionen, colocarán un pequeño papelito engomado (sticker). Si las mujeres de la comunidad mencionan un problema que no está graficado, se les pedirá que lo recuerden para luego recogerlo en la plenaria.

Se les solicitará que en lo posible le pregunten a mujeres de similar edad que ellas.

Es importante que la facilitadora dialogue con las mujeres acerca del problema que expresa cada dibujo, pidiéndoles que mencionen lo que ven en cada figura y recogiendo las denominaciones que ellas usan para cada problema. Es muy importante no tratar de hacer "encajar" lo que dicen las mujeres en la denominación que nosotros le asignamos a cada dibujo, de lo que se trata es de recoger su propia descripción del problema y los términos que emplean para denominarlo.

La facilitadora pedirá a dos mujeres voluntarias que hagan un ensayo, simulando la consulta.

Es necesario organizar la consulta, de tal forma que las mujeres queden motivadas y reconozcan la importancia de conocer lo que las demás mujeres piensan y sienten, y que eso les estimule el interés de hacerlo bien.

EVALUACIÓN

Tiempo: 10 minutos

Se realizará a través de la técnica de "La pelota" con música. Se pasarán la pelota, cuando para la música, la persona que tiene la pelota contestará a la pregunta.

Guía de preguntas

- ¿Cómo nos sentimos en este día?
- ¿Sobre qué temas hemos conversado?
- ¿Nos agradó dibujar los órganos reproductivos?
- ¿Qué hemos aprendido?

RESUMEN DEL DÍA

Tiempo: 5 minutos

La facilitadora termina la actividad destacando los conocimientos y experiencias de las mujeres con los mensajes siguientes:

- Todas las mujeres pasamos por procesos de salud reproductiva (se mencionarán con los nombres dados por las mujeres).
- La manera cómo vivimos estos procesos (mencionarlos) tiene que ver con nuestro cuerpo, con el trabajo que hacemos, con la forma en que nos llevamos con el esposo, con la familia, con lo que hacemos y con lo que no hacemos con nosotras mismas.
- Insistir en que todas las mujeres tenemos conocimientos, sabemos qué pasa en nuestro cuerpo, podemos reconocer cuando nos viene la menstruación, estamos embarazadas, vamos a dar a luz o estamos en la edad crítica; asimismo, podemos identificar cuando tenemos problemas de salud reproductiva.
- Resaltar la importancia de intercambiar nuestras experiencias para aprender de otras.

RECOMENDACIONES PARA LA FACILITADORA

- Es muy necesario **promover** la **participación** de todas las mujeres.
- El fraseo de las **preguntas** debe ser realizado por la facilitadora de acuerdo a cómo perciba a la audiencia. En **todo** momento deben recogerse las propias expresiones usadas por las mujeres para denominar a los procesos y problemas mencionados y emplear palabras alternativas para facilitar la comprensión de lo que se dice.

Técnicas

- Trabajo en grupos
- Plenaria
- Dibujo
- Lluvia de ideas
- Juego de la pelota

Materiales

- 3 grabadoras pequeñas y una grabadora grande para la plenaria.
- Casetes en blanco
- Plumones
- Papelógrafos
- Lista de problemas de salud reproductiva elaborada con la información que se ha recogido la sesión anterior (problemas escritos en cartulinas con dibujos correspondientes).
- Tarjetas de cartulinas (para problemas de salud reproductiva que van mencionando las mujeres).
- Dibujos de problemas de salud reproductiva.
- Láminas de consulta
- Plumones de tinta indeleble
- Stickers

SESIÓN III: EXPERIENCIAS SOBRE PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

OBJETIVOS

1. *Conocer los resultados de la consulta a la comunidad para completar la lista de problemas*
2. *Identificar y seleccionar los problemas de salud reproductiva más frecuentes entre las mujeres de la comunidad.*
3. *Conocer y reflexionar sobre los problemas de salud reproductiva identificados por las mujeres como más frecuentes.*

Tiempo: 2 horas, 45 minutos.

INICIO DE LA SESIÓN

Tiempo: 5 minutos

En plenaria la facilitadora hará con participación de las mujeres la recapitulación de la sesión anterior y luego presentará las actividades del día.

La facilitadora deberá presentar la lista de los problemas de salud reproductiva que se elaboró la sesión anterior y recordará con participación de las mujeres los problemas que fueron mencionados.

PASO 1: RESULTADO DE LA CONSULTA

Tiempo: 30 minutos

Presentación de las entrevistas realizadas a las otras mujeres de la comunidad.

En plenaria la facilitadora pregunta sobre los resultados de las entrevistas. Puede invitar a que cada una de las participantes presente los resultados y muestre los stickers en cada dibujo de la lámina.

Los problemas nuevos serán anotados por la asistente en tarjetas que colocará en la Lista de Problemas junto a los demás.

La facilitadora compara los problemas de la comunidad con los problemas que el grupo identificó en la sesión anterior, hace referencia a las similitudes o diferencias observadas.

PASO 2: SELECCIONAR LOS PROBLEMAS MÁS FRECUENTES

Tiempo: 30 minutos.

La facilitadora con la técnica de lluvia de ideas construirá con las mujeres el significado de FRECUENCIA de los problemas, explicando este concepto con ejemplos y pidiendo a las mujeres

que ellas también lo hagan. Señalará que una cosa importante para enfrentar los problemas es darle prioridad a los más comunes, los que les ocurren a más mujeres de la comunidad. Se tratará de identificar el término que ellas emplean para denominar este tipo de problemas.

Luego se realizará la votación de los problemas que consideran más frecuentes. La votación puede realizarse de dos formas: a) Una forma es colocar en el piso los dibujos de los problemas mencionados por las mujeres pegados en sus respectivas cartulinas y solicitarles que coloquen uno de los seis cartoncitos que se les proporcione en cada uno de los seis problemas que consideran más frecuentes. b) La otra forma consiste en que la facilitadora mencione uno por uno los problemas de la lista (los mismos que se escriben en una cartulina con su respectivo dibujo), pidiéndoles a las mujeres que expresen su voto alzando la mano y entregando a las facilitadoras un cartoncito de los seis que ha recibido, cada vez que vote por uno de los problemas que considera más frecuentes. Esta segunda forma de votación se recomienda si la lista de problemas es muy numerosa, los dibujos no son muy adecuados o las mujeres tienen dificultades para identificar algunos problemas a través de los dibujos presentados, pudiéndose prestar a confusiones. Si se opta por la votación a mano alzada debe tratar de neutralizar a las mujeres que ejercen mayor influencia en el grupo, de modo tal que todas puedan expresar lo que piensan a través de sus votos.

En cualquiera de los dos casos, se les dará cinco a diez minutos a las participantes para que identifiquen los problemas sobre los que van a votar y piensen en los seis que consideran más frecuentes entre las mujeres de la comunidad.

Luego se realizará con la participación de las mujeres el conteo de los votos en voz alta, procediendo luego a ordenarlos de acuerdo a la cantidad de votos obtenidos

PASO 3: CONOCER Y REFLEXIONAR SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA QUE OCURREN MÁS A LAS MUJERES EN LA COMUNIDAD

a) Trabajo en grupos

Tiempo: 40 minutos

Se seleccionarán los cinco problemas que de acuerdo a la votación anterior han obtenido un mayor puntaje. Luego se forman tres a cuatro grupos, a los que se les pide que conversen sobre dos de los problemas que ocurren a más mujeres en la comunidad (si se forman tres grupos, dos de ellos trabajarán dos problemas; si se forman cuatro, uno de ellos trabajarán dos problemas). La facilitadora debe poner especial énfasis en recoger los términos que emplean las mujeres y en profundizar lo que expresen, promoviendo una discusión fluida entre ellas mismas.

GUÍA DE PREGUNTAS

Para cada uno de los problemas se enfocarán los siguientes aspectos:

Si es una enfermedad

¿Cómo es (síntomas), tipos (si se presentan), cómo se les llama?

¿Por qué se producen (causas)?

¿Qué pasa cuando se enferma de eso? (efectos)

¿Cómo se trata?

¿Qué tan grave es?
¿Podemos evitarlo? ¿Cómo?

Si no es una enfermedad (muchos hijos, niña embarazada, maltrato, madre abandonada, etc.):
¿Por qué es un problema?
¿Cuándo es un problema?
¿Por qué ocurre?
¿Qué pasa cuando eso ocurre, qué consecuencias tiene?
¿Cómo se enfrenta el problema, cómo lo enfrentan las mujeres afectadas?
¿Cuánto afecta a las mujeres?
¿Podemos evitarlo? ¿Cómo?

Refrigerio: 10 minutos.

b) Plenaria

Tiempo: 45 minutos

En plenaria todos los grupos escuchan, hacen comentarios y completan la información de los problemas de salud reproductiva presentados por las mujeres del grupo (se puede hacer que el grupo escoja por cada problema una mujer para que lo presente).

La asistente anotará en papelógrafos las principales ideas expresadas por las mujeres sobre: las características, causas, efectos y tratamientos de cada problema trabajado. Esto facilitará que recuperemos esta información sobre el problema seleccionado en el momento de la construcción del árbol del problema escogido.

La facilitadora rescatará los conocimientos y experiencias que ya tienen las mujeres sobre los problemas que les afectan a más mujeres en la comunidad y explicará que para enfrentarlos es importante saber qué cosas ya venimos haciendo para solucionarlo.

RESUMEN DEL DÍA

Tiempo: 5 minutos

La facilitadora termina la actividad resaltando los siguientes mensajes:

- Todas las mujeres tenemos problemas de salud reproductiva
- Los problemas de salud reproductiva tienen que ver con nuestro cuerpo, con el trabajo que hacemos, con la forma en que nos llevamos con el esposo, con la familia, con lo que hacemos y con lo que no hacemos con nosotras mismas.

DESPEDIDA

Tiempo: 10 minutos.

Pedir a las mujeres que cierren los ojos y que pensemos en nuestro cuerpo, en nuestros órganos y en qué podríamos ofrecerle de regalo o en qué deseamos ofrecerle para que se sienta bien; por ejemplo, le daríamos cariño, calor, alegría, o quizás le diríamos algo, etc.

Técnicas

- Lluvia de ideas
- Votación por tarjetas
- Trabajo en grupos

Plenaria

- Técnica de relajación

Materiales

- Tres grabadoras pequeñas y una grabadora grande para la plenaria
- Casetes en blanco
- Plumones
- Papelógrafos
- Láminas de consulta a la comunidad
- Tarjetas pequeñas

SESIÓN IV: SELECCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD REPRODUCTIVA MÁS IMPORTANTE

OBJETIVOS

1. *Identificar los problemas de salud reproductiva que afectan más la vida y salud de las mujeres de la comunidad.*
2. *Seleccionar el problema que se considera más importante.*

Tiempo: 2 horas.

INICIO DE LA SESIÓN

Tiempo: 10 minutos

Se recordará con la participación de las mujeres las actividades del día anterior. La facilitadora mostrará la lista de los problemas ordenados de acuerdo a la votación que obtuvo cada uno de ellos y recordará con las mujeres el criterio con el cual realizaron la votación. Luego presentará brevemente la sesión del día.

PASO 1: EL PROBLEMA QUE AFECTA MÁS SU VIDA Y SU SALUD

Tiempo: 45 minutos.

La facilitadora les explicará que ahora van a conversar sobre los problemas de salud reproductiva que afectan más su vida y su salud, aquellos que les causan mayores dificultades y sufrimientos, pudiendo incluso ocasionarles la muerte. En esta parte se buscará profundizar con las mujeres acerca de los términos que ellas usan para referirse a este tipo de problemas.

Se realizará un ejemplo con las propias mujeres que permita ilustrar este criterio y el procedimiento de ordenar problemas tomándolo en cuenta. Por ejemplo, se les puede pedir que mencionen problemas de salud frecuentes entre los niños y niñas de la comunidad (aquellos que les ocurren más) y que luego los ordenen según el grado de gravedad. La facilitadora debe asegurarse que las mujeres estén claras acerca de este criterio antes de la votación.

Luego las participantes se reunirán en tres o cuatro grupos y recibirán tarjetas con los dibujos de los 5 problemas más frecuentes que han resultado de la votación anterior. La facilitadora les solicitará que reflexionen y discutan entre ellas cuáles de estos problemas les afectan más, ordenándolos uno debajo del otro, del que las afecta más al que las afecta menos. Las figuras se pegarán en este orden en una cartulina que será presentada en la plenaria.

Cada grupo presentará su cartulina en una plenaria explicando el orden de sus prioridades.

Finalmente, se seleccionarán los problemas que han quedado en los tres primeros lugares en cada grupo, resaltando que se trata de problemas identificados por ellas como frecuentes y que a la vez afectan mucho su vida y su salud.

PASO 2: EL PROBLEMA MÁS IMPORTANTE

Tiempo: 30 minutos

Reflexionar y seleccionar el problema más importante.

La facilitadora las invita a que reflexionen y escojan uno de los tres o cuatro problemas que han resultado del proceso anterior, aquel que consideran más importante y quieren solucionar, aquel al que piensan debe dedicarse el proyecto. Recordar que se trata de un problema frecuente y que les afecta mucho su vida y su salud.

Se les pide que voten individual y voluntariamente a través de un cartoncito que se les dará a cada una, el mismo que deberán depositar en el ánfora correspondiente a cada uno de los tres problemas resultantes del proceso anterior.

La facilitadora y las participantes realizan el conteo en voz alta, identificando el problema más importante para el grupo, que será el de mayor votación.

Refrigerio: Tiempo: 10 minutos.

EVALUACIÓN

Tiempo: 10 minutos

Técnica "Juego de las sillas": Las mujeres giran alrededor de las sillas, cuando pare la música se sentarán, la mujer que queda parada responderá a la pregunta de la guía.

¿Qué es lo más importante que hemos aprendido?

¿Estas de acuerdo con el problema seleccionado, como el más importante? ¿Por qué?

¿Qué no te ha gustado de la sesión de hoy?

DESPEDIDA

Tiempo: 5 minutos

La facilitadora les pide que todas se pongan en círculo y que cada una le diga en el oído a la mujer que tiene al lado algún deseo, algo bueno o algo bonito que se le ocurra, todas se van diciendo hasta completar el círculo.

RESUMEN DEL DÍA

Tiempo: 5 minutos

Al finalizar el día resaltar que hay algunos problemas que les ocurren a las mujeres de la comunidad que las afectan más que otros.

Para enfrentar los problemas es necesario priorizar los que son más importantes par las mujeres.

RECOMENDACIONES PARA LA FACILITADORA

Poner especial énfasis en denominar a los problemas de salud reproductiva seleccionados por las mujeres con los mismos términos que ellas emplean para denominarlos.

Tratar de que las mujeres interactúen libremente, procurando neutralizar a las personas impositivas.

Técnicas

- Ordenar tarjetas según prioridades
- Votación por tarjetas
- Lluvia de ideas
- Dinámica

Materiales:

- Tarjetas de 20 x 30 cm.
- Tarjetas pequeñas
- Figuras de los problemas de salud reproductiva
- Plumones
- Papel lustre de colores
- 3-4 pliegos de cartulinas
- Toca casete y casetes de música
- Grabadoras
- Casetes en blanco

SESIÓN V: ¿QUÉ SABEMOS Y CÓMO ENFRENTAMOS EL PROBLEMA DE SALUD REPRODUCTIVA MÁS IMPORTANTE?

OBJETIVOS

1. *Profundizar acerca de las experiencias personales y conocimientos de las mujeres sobre el problema seleccionado como el más importante para el grupo.*
2. *Indagar qué es lo que hacen ante el problema seleccionado (inclusive tratamientos).*
3. *Que las mujeres reflexionen sobre las actitudes, uso de recursos propios y externos, así como de los obstáculos y las posibilidades que existen en la familia y en la comunidad para resolverlo.*

Tiempo: 2 horas, 35 minutos.

INICIO DE LA SESIÓN

Tiempo: 5 minutos

En plenaria, la facilitadora hace una breve recapitulación de la sesión anterior mencionando el problema que ellas han escogido. Resaltará que las mujeres tienen experiencias y conocimientos valiosos que compartir acerca de él.

PASO 1: ¿QUÉ SABEMOS DEL PROBLEMA SELECCIONADO?

Tiempo: 40 minutos.

La facilitadora les explica que va a construir un árbol a partir del conocimiento que ellas poseen sobre el problema que han seleccionado y sobre el cual ya se han expresado en la sesión anterior. Ahora van a profundizar y completar este conocimiento. Ello para reflexionar mejor nuestra elección, porque el árbol es como la vida y como las personas pueden estar sanos o pueden estar enfermos

Les explica que un árbol tiene un cuerpo que es el tronco y tiene raíces que le dan la vida y lo alimentan. Si las raíces no están sanas y están enfermas, los frutos serán enfermos y débiles. Así como el árbol, nuestros problemas de salud reproductiva también tienen raíces y frutos; es decir, traen consecuencias para la salud y la vida de las mujeres.

Se dibujará un árbol grande y se irá ubicando las causas en las raíces y los efectos en las ramas como frutos. Las causas y los efectos serán escritos o dibujados en cartulina.

El equipo debe traer preparados dibujos o cartulinas escritas que recojan lo que ya han expresado las mujeres sobre este problema en la tercera sesión, los que colocará en el árbol recordando con las participantes lo que han mencionado. Luego les pedirá que completen esta información y

tratará de profundizar acerca de los términos o aspectos que no estén lo suficientemente claros o sobre los que existen mayores discrepancias.

Ideas a resaltar al final del paso por la facilitadora:

Los problemas pueden estar asociados a varias causas. Si logramos identificar las causas de nuestros problemas y nos capacitamos para enfrentarlos tendremos más posibilidades para solucionarlos. La experiencia y el conocimiento que tienen las mujeres sobre el problema seleccionado y la importancia que esto tiene para enfrentarlo y resolverlo. Señalar en palabras sencillas (tomando expresiones que ellas mismas hayan mencionado) que la falta de equidad en las relaciones de género, la falta de autoestima y de valoración de nosotras mismas agravan los problemas e incluso pueden ser causa de los mismos.

PASO 2: CAMINOS SEGUIDOS POR UNA MUJER PARA RESOLVER SU PROBLEMA

Conocer a quiénes acuden y qué recursos usan para resolver este problema

a) Trabajo en grupos

Tiempo: 35 minutos.

La facilitadora construirá con las mujeres un ejemplo de las rutas que siguen para solucionar un problema. Por ejemplo, puede pedirles a las mujeres que relaten qué hacen cuando su niño se enferma, identificando los lugares o personas donde acuden. Se construirá un ejemplo con ellas mismas para evitar inducir.

Se les pedirá que de igual manera, cada grupo elabore las rutas que siguen las mujeres para solucionar el problema de salud reproductiva escogido. No hay ruta errada. Si las mujeres dibujan más de una ruta, pedirles que lo hagan con plumones de diferente color.

La facilitadora les recordará que incluyan en sus dibujos sus recursos comunales y naturales (local comunal, colegios, recursos de salud, ríos, etc.), así como a las personas, instituciones, plantas, etc., que les ayudan a resolver el problema de salud reproductiva escogido.

b) Plenaria

Tiempo: 15 minutos.

En plenaria las representantes de cada grupo presentan sus papelógrafos, explican los caminos y recursos que la mujer utilizó. Los papelógrafos quedan pegados en la pared.

La facilitadora debe estar atenta a la siguiente información:

- ¿Cómo representan las mujeres las etapas del problema?
- ¿En qué momentos recurren a sus propios recursos?
- ¿Cuándo hacen uso de otros recursos y para qué?
- ¿Quiénes o qué facilitan o limitan el uso de esos recursos?

Si la mujer enfrenta sola su problema o cuenta con apoyo (hijos, pareja, amigos, compromiso de la comunidad, del sector, de la ONG, iglesia).

PASO 2: LISTADO DE LOS RECURSOS LOCALES (públicos, no públicos, comunitarios, individuales)

Tiempo: 30 minutos.

Esta parte se trabaja en plenaria. La facilitadora explica que existen recursos en la comunidad y fuera de ella que las mujeres hacen uso para enfrentar sus problemas de salud reproductiva.

La facilitadora explica que ellas van a elaborar todas juntas el listado de los recursos locales, incluyendo todas las instituciones y/o personas de la comunidad que les pueden ayudar a resolverlos.

La facilitadora estimulará a que las mujeres mencionen los recursos existentes. Es importante que la facilitadora no sugiera ningún lugar porque la idea es saber si las mujeres reconocen o no a un determinado recurso de atención para el problema identificado. Indagar en que casos recurren a los lugares o personas que mencionan, cómo les ayudan a solucionar el problema y cómo los califican (si manifiestan confianza o no).

En el caso de que algún recurso señalado en el mapa del paso anterior que no haya sido mencionado entre los recursos, se pregunta las razones por qué no han hecho.

Se resaltarán también que ellas tienen capacidades y recursos para solucionar sus problemas.

El equipo facilitador debe prestar atención acerca de lo siguiente:

- La relación de las mujeres con proveedores(as) de servicios tradicionales (partera, curandero, médico vegetalista).
- ¿En qué casos se acude a ellos y en qué casos no?

Qué se les reconoce o se critica. Indagar especialmente por los niveles de confianza o desconfianza.

La relación de las mujeres con los establecimientos de salud. Profundizar lo expresado por las mujeres frente a las siguientes preguntas:

- ¿Van a los establecimientos de salud (hospital, centro, puesto)? Especificar a cuál van y si no lo hacen por qué no van.
- ¿En qué casos van a los establecimientos de salud?
- ¿Qué opinan de los establecimientos de salud? ¿Qué les gusta de los establecimientos de salud? ¿Qué no les gusta? Indagar por los niveles de confianza y desconfianza.
- ¿Cómo ha sido su experiencia cuando han ido en un establecimiento de salud? Si no lo señalan, indagar: ¿Cómo las han tratado? ¿Qué opinan sobre el personal que atiende en los establecimientos de salud? ¿Les da lo mismo que sea hombre o mujer?
- ¿Qué cambiarían ustedes (las mujeres) de los establecimientos de salud? ¿Las mujeres podrían hacer algo para que cambien?

Los recursos de salud que las mujeres ya están usando y les permiten enfrentar sus problemas de salud reproductiva. Identificar en que casos les son útiles y de qué manera.

Si el problema genera ayuda y compromiso de las demás personas o la mujer lo enfrenta sola. En qué casos es así y en qué casos no.

La facilitadora resaltarán las siguientes ideas:

Las mujeres tenemos diferentes modos de atender nuestros problemas de salud, de acuerdo a nuestras percepciones, información y acceso a recursos; no hay un sólo camino

Las mujeres somos capaces de enfrentar nuestros problemas y ya hay cosas que estamos haciendo las mujeres para resolverlos. No todo lo que existe en la comunidad responde a nuestros problemas y es necesario tener en cuenta los deseos de las mujeres.

Muchas veces las mujeres enfrentan solas sus problemas sin el apoyo de su pareja y en la mayoría de los casos son otras mujeres quienes las ayudan a solucionarlos.

PASO 4: EVALUACIÓN Y CLAUSURA

La facilitadora debe iniciar esta parte explicando la importancia de haber conocido mucho más al grupo y de los aspectos que se han aprendido en este proceso. Debe animar a que las mujeres también ofrezcan sus opiniones. Estar atentas a cómo las mujeres van respondiendo.

a) Evaluación de todo el autodiagnóstico

Tiempo: 15 minutos

La facilitadora explica brevemente por qué es importante evaluar el autodiagnóstico y les solicita participar de la siguiente dinámica: "Apunta con el dedo".

Se prepara un papelógrafo con una flor grande de 6 pétalos en los cuales, estará impreso el número de las preguntas, las que a su vez están escritas en un papelógrafo a su lado.

La señora con los ojos vendados y guiada por el grupo, tendrá que dirigirse hacia el lugar donde está la flor, y señala con el dedo, cualquier pétalo. Se le quita la venda para contestar la pregunta señalada, pudiendo ser cualquiera de las siguientes:

- ¿Cuál de las sesiones le ha gustado más?, ¿por qué?
- ¿Qué le pareció la forma en que se llevaron a cabo las reuniones (metodología)?
- ¿Qué aprendió de las reuniones?
- ¿Qué no le gustó de las reuniones?
- ¿Qué consejos daría usted para mejorar las siguientes reuniones?
- ¿Qué aconsejaría a la facilitadora?

b) Clausura

Tiempo: 10 minutos.

Organizar previamente con las mujeres un espacio de intercambio y recreación. Puede presentarse un baile, una canción o realizarse una dinámica en que participen las mujeres de la comunidad y del equipo que estuvieron en el autodiagnóstico.

La facilitadora cierra la clausura agradeciendo la participación y el tiempo que hemos compartido haciendo referencia a:

EL VALOR QUE TIENE PARA NOSOTRAS RECOGER SUS OPINIONES Y SUGERENCIAS, ASÍ COMO LO MUCHO QUE HEMOS APRENDIDO DE ELLAS EN ESTE PROCESO.

RECOMENDACIONES PARA LA FACILITADORA

Poner particular énfasis en tomar nota de todo lo que se dice en la plenaria de esta sesión pues es muy importante, ya que se refiere al problema elegido. En todo momento el equipo facilitador debe de recuperar la palabra textual de las mujeres y emplear sus mismos términos. La facilitadora debe prestar atención al modo como las mujeres describen los problemas, a los aspectos que enfatizan, a ver si las mujeres por grupos de edad tienen explicaciones diferentes dependiendo del problema.

La facilitadora debe estar atenta para identificar aquellos términos que no están muy claros y tratar que las mujeres expliquen dichos conceptos, aunque pensemos que ya los conocemos, ya que pueden tratarse de significados diferentes a los que creemos.

La facilitadora debe generar un ambiente de confianza y cordialidad para que las participantes puedan expresar cómo están resolviendo sus problemas. Reforzarlas en el sentido de que ellas sí están haciendo algo por cuidar su salud.

En el trabajo de grupo observar quiénes participan, quiénes hacen más referencia a los recursos propios o recursos externos, como delimitan el proceso de un problema.

Técnicas

- Construcción del árbol del problema seleccionado
- Mapa de rutas y recursos usados por las mujeres
- Listado de recursos locales

Materiales

- Papelógrafos, colores
- Lanas, cintas
- Cartulinas
- Plumones
- Goma
- Papel lustre de colores
- Grabadoras
- Casetes en blanco

Bibliografía

Anderson, Jeanine.

1990. Sistemas de género e identidad de mujeres en culturas marcadas del Perú. En: Revista Peruana de Ciencias Sociales. Vol. 2, No. 1

1998. Promoción de la Equidad de Género en la Amazonía: La relevancia de las políticas. Documento de trabajo. REPEM.

1998. Calidad de atención de los servicios y establecimientos de salud desde las perspectivas de mujeres rurales usuarias de los mismos. (Estudio realizado por encargo de Manuela Ramos - ReproSalud)

1999. MUJERES DE NEGRO: La muerte materna en zonas rurales del Perú. Estudios de casos. Lima: Ministerio de Salud - Proyecto 2000.

Alan Guttmacher Institute

1994 Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana.

Barclay, Federica

1985. Para Civilizarlas Mejor: Reflexiones acerca de Programas de Desarrollo para Mujeres en Sociedades Amazónicas. Shupihui 85, X: 35-36. Iquitos.

Basurto, Rosario.

1993. Female Genital Mutilation among the Shipibo of Eastern Peru. Unpublished paper, La Haya.

Cárdenas Timoteo, Clara

1989. Los Unaya y su mundo, Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP).

Chávez Susana, Carlos Fariás y Sixto Sánchez

1998. Prevalencia de Papanicolaou positivo en algunas comunidades rurales del Perú. (Estudio realizado por encargo de Manuela Ramos - ReproSalud en convenio con la Universidad de Washington)

Diez, Alejandro

1998. Embarazo, Parto y Puerperio. (Estudio realizado por encargo de Manuela Ramos - ReproSalud)

Dierna Rosa (coordinadora)

1999. *Salvarse con Bien. El parto de la Vida en los Andes y la Amazonía del Perú*. Lima: Ministerio de Salud - Proyecto 2000.

Erlich, M.

1986. *La Femme Blessée. Essai sur les Mutilations Sexuelles Feminines*. Paris, L'Harmattan.

1987. *Las Mutilaciones Sexuales de las Mujeres*, en *Mundo Científico*, Vol.8, No.78, pp. 236-44.

FONCODES - UNICEF

El mapa de la inversión social. Foncodes frente a la pobreza, 1991- 1994. Lima 1995.

Fuller, Norma.

1998. *Significados y Prácticas sobre Descenso Vaginal entre Mujeres de Areas Rurales y Nativas del Perú*. (Estudio realizado por encargo de Manuela Ramos - ReproSalud)

García, Patricia

1998. *Prevalencia de flujo vaginal anormal en algunas comunidades rurales del Perú*. (Estudio realizado por encargo de Manuela Ramos - ReproSalud en convenio con la Universidad de Washington)

Gebhart - Sayer, Angélica

1986. *Una terapia estética. Los diseños visionarios del Ayahuasca entre los shipibo-conibo*. *América Indígena* vol XLVI num I. Enero - Marzo de 1986.

Heise, Maria, Liliam Landeo y Astrid Bant.

1999. *Relaciones de Género en la Amazonía Peruana*. Lima: CAAAP. pp.148

Hern, Warren M.

1989. *Poligyny and Fertility among the Shipibo: an Epidemiologic Test of an Ethnographic Hypothesis*. MDPH. Dissertation. The University of Carolina at Chapel Hill.

1994a. *Alta Fecundidad en una Comunidad Nativa de la Amazonía Peruana*. *Amazonía Peruana*, No. 24, pp. 143-160. Lima:CAAAP.

1994b. *Conocimiento y Uso de las Anticonceptivos Herbales en una Comunidad Shipiba*, *Amazonía Peruana*, No. 24, pp. 161-184. Lima:CAAAP.

1994c. *Poliginia y Fecundidad en los Shipibos*, *Amazonía Peruana*, No. 24, pp. 185-212. Lima:CAAAP.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

1997. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996*. Lima.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

1994. *Perú: Mapa de necesidades básicas insatisfechas de los hogares a nivel distrital*. Lima.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

1995. Perú: Niveles y Tendencias de la fecundidad. Lima.

Luna, Luis Eduardo

1986. *Vegetalism, Shamanism among the mestizo population of the Peruvian Amazon*, Estocolmo (mimeo)

Morin, Françoise.

1973. *Les Shipibo de l'Ucayali: Rencontre d'une Civilisation Amazonienne et de la Civilisation Occidentale. Aspects Psychologiques des Changements*. Thesis 3eme c. Paris EPHE

Population Council.

1998. *Hombres como Socios en la Salud*. Lima.

Roe, P.

1982. *The Cosmic Zygote: Cosmology in the Amazon Basin*, Rutgers University Press, New Brunswick.

Rodríguez, Gregorio, Javier Gil y Eduardo García

1996. *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.

Ruiz-Bravo, Patricia.

1998. *Prácticas y Representaciones de Género*. (Estudio realizado por encargo de Manuela Ramos - ReproSalud)

Stocks, Kathleen y Anthony Stocks

1984. *Status de la mujer y cambio por aculturación: Casos del Alto Amazonas*. En: *Amazonia Peruana*, No. 10, pp 65 - 77. Centro amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP). Lima.

Tratado de Cooperación Amazónica.

1998. *Memoria Taller Regional. Elaboración y Validación de una Guía Metodológica para el Diseño de Políticas de Desarrollo con enfoque de Género en la Región Amazónica*. Venezuela 8-11 de julio, 1998.

Villavicencio Ríos, Nydia

1995. *Los shipibos del Ucayali, doc. de trabajo*, CIPA, Perú.

Wallerstein, Immanuel

1989. *El moderno sistema mundial. Siglo XXI Editores*. México. Quinta edición. Tomo IV.

Zeidenstein, Sondra y Kirstein Moore

1999. *Aprendiendo sobre Sexualidad. Una manera práctica de Comenzar*. The Population Council / International Women's Health Coalition. Nueva York.

SOBRE LAS AUTORAS

Astrid Bant es antropóloga y activista feminista. Investiga y publica sobre sistemas de género en la Amazonía. Desde una perspectiva intercultural, diseña e implementa estrategias y proyectos para mejorar el acceso de mujeres rurales a espacios de toma de decisión y servicios públicos. Actualmente es Oficial de Programas para América Latina en la International Women's Health Coalition en Nueva York.

Angélica Motta es antropóloga por la Pontificia Universidad Católica del Perú y diplomada en Estudios de Género por la misma universidad. Investiga sobre los temas de género y sexualidad. Se ha desempeñado como investigadora asistente en el proyecto ReproSalud y actualmente es docente en la Universidad Nacional Federico Villarreal.

Genero y Salud Reproductiva

Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali
se terminó de imprimir en los Talleres Gráficos de
Stampa Gráfica S.A.C.

Calle Los Telares 259, Urbanización Vulcano, Ate Lima - Perú

Telf.: 349 4923 / 349 2093

ventassg@millicom.com.pe

Fuente interiores: Humnst 777 11 ptos.

Bond 75 gr