



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL PERU

ESCUELA DE GRADUADOS MAESTRIA EN SOCIOLOGIA

“No me entiende ni yo tampoco lo entiendo...”:

Hallazgos de una investigación participativa sobre salud en comunidades que sufren pobreza y exclusión en el Perú y reflexiones sobre los alcances y límites de las metodologías participativas

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN
SOCIOLOGÍA
Presentada por**

**Marfil Cristina Francke Ballvé
Lima, Septiembre 2007**

INDICE

Resumen

I. Los parámetros de la investigación

- 1. Enfoque conceptual**
- 2. Perspectiva Metodológica**
- 3. Diseño de la Investigación**

II. Hallazgos: Percepciones sobre salud, enfermedad y recursos para atenderla

- 2.1 La salud: permanentemente amenazada por las condiciones de vida**
- 2.2 Las Enfermedades: múltiples y en ocasiones devastadoras**
- 2.3 Diversidad de recursos para tratar los problemas de salud**
- 2.4 Criterios para decidir como atender un problema de salud**
- 2.5 Relaciones ambivalentes con los servicios públicos de salud**
- 2.6 Implicancias de los hallazgos para las políticas públicas de salud**

III. Lecciones aprendidas sobre los aportes, limitaciones y cautelas en el uso de metodologías participativas

- 3.1. Sobre los equipos de campo**
- 3.2 Sobre las instituciones contrapartes**
- 3.3 Sobre las responsabilidades personales y profesionales**

Bibliografía Consultada

“No me entiende ni yo tampoco lo entiendo...”

Hallazgos de una investigación participativa sobre salud en comunidades que sufren pobreza y exclusión en el Perú y reflexiones sobre los alcances y límites de las metodologías participativas

Marfil Francke Ballvé

Código 19702123

Resumen

Este texto resume los hallazgos resultantes de una investigación participativa sobre salud y acceso a los servicios públicos de salud en localidades peruanas consideradas de pobreza extrema, y adelanta un conjunto de reflexiones en torno a las promesas y limitaciones de las metodologías participativas para generar propuestas y procesos que aporten hacia la construcción de sociedades más inclusivas.

La investigación se llevó a cabo entre Abril y Julio de 2006, por encargo del Observatorio del Derecho a la Salud de CIES y el Programa Derechos en Salud de CARE Perú. Ambas organizaciones coinciden en su compromiso de aportar al mejoramiento de las políticas públicas de salud desde un enfoque de desarrollo basado en los Derechos Humanos y, consecuentemente, trabajan para que las percepciones y expectativas de los sectores que sufren pobreza y exclusión sean tomadas en cuenta en el debate sobre las políticas y reformas sectoriales orientadas a incrementar la calidad y la adecuación cultural de los servicios públicos de salud¹. Por ello, un requerimiento de las organizaciones auspiciadoras fue que se emplearan técnicas participativas para llevar a cabo la investigación.

El diseño de la investigación así como el entrenamiento de los equipos de campo fueron responsabilidad compartida entre Raquel Reynoso y la autora de esta tesis, Marfil

¹ Agradecemos a Programa Derechos en Salud de CARE Perú y al Observatorio de Derecho a la Salud y, en particular a sus gestores, Dr. Ariel Frisancho y Profesor Pedro Francke, por el apoyo financiero y técnico así como por la confianza demostrada en nuestras capacidades de investigación.

Francke, quien también asumió la responsabilidad de hacer el análisis final de la información y la redacción del informe final.

El texto está ordenado en tres secciones. En la primera se exponen resumidamente los enfoques conceptuales y la perspectiva metodológica, así como el diseño de la investigación. En la segunda, se resumen los hallazgos referidos a las percepciones sobre la salud y la enfermedad y los factores que, en opinión de los y las participantes, influyen en éstas. Se menciona la diversidad de recursos a los que las poblaciones que sufren pobreza y exclusión acuden hoy en día cuando sufren algún problema de salud y los trayectos aparentemente erráticos y el pragmatismo con que operan cuando se trata de buscar soluciones a dichos problemas. También se pone a la discusión las ambivalentes relaciones de los peruanos y peruanas de comunidades pobres con los servicios públicos de salud, y se adelantan algunas reflexiones sobre las implicancias de los hallazgos de esta investigación sobre las políticas y reformas del sector. Culmina el texto con una sección donde se da cuenta de las dificultades encontradas a lo largo del camino para hacer un uso adecuado y fiel a los principios de la metodología participativa y donde se reflexiona sobre las limitaciones de ésta en contextos donde el requerimiento de generar conocimientos cobra más peso que el interés por generar diálogo, agregación de las voces de las poblaciones que sufren exclusión y propuestas para las políticas.

Cabe esclarecer que como parte de la preparación y diseño de la investigación revisamos una serie de estudios previos, realizadas mayormente con metodologías cualitativas y en algunos casos también con metodologías participativas. Ello nos ha permitido triangular la información producida en el curso de esta investigación participativa y afirmar con mayor confianza a partir de los hallazgos y reflexiones realizados con los y las participantes en el curso de la misma.

La búsqueda y revisión bibliográfica nos permitió, además, constatar que muchas de las investigaciones recientes sobre salud que han utilizado principalmente métodos cualitativos y participativos se han producido en el contexto de proyectos de promoción del desarrollo y sus hallazgos no han sido publicados o están muy poco difundidos. Por ello, el conocimiento sobre el lugar que ocupan y las significaciones que se atribuyen a la salud y la enfermedad en las mentalidades populares aún está disperso y poco

sistematizado: a ese esfuerzo, necesario y pertinente, también pretende contribuir esta tesis.



I. Los parámetros de la investigación

1. 1. Enfoque conceptual

Diversas perspectivas teórico - políticas se articularon para guiar el diseño y análisis de los hallazgos de este estudio participativo: la perspectiva de la Interculturalidad, la perspectiva o enfoque de Género, el enfoque del Desarrollo basado en los Derechos Humanos, la concepción integral de la salud y la atención primaria promovida por los organismos de NNUU.

La perspectiva de la interculturalidad reconoce que el Perú es un país multicultural donde desde tiempos ancestrales las culturas originarias han sido objeto de desvalorización y opresión, al punto que hoy en día sus cosmovisiones y saberes se encuentran fragmentados y han perdido parcialmente coherencia, no obstante siguen vigentes entre vastas poblaciones que demostrando sus capacidades creativas y de adaptación, incorporan conocimientos y postulados de las otras culturas con las que tienen contacto, incluida la cultura hegemónica, recreando sus propios sistemas fragmentados y sus identidades colectivas (Fuller, 2005).

Las culturas originarias del Perú incluyen sistemas complejos de pensamiento y conocimiento sobre la salud, que integran las dimensiones anímica, física y mental, y han generado formas de abordar y tratar los problemas de salud, sobre las cuales lo que se ha sistematizado resulta aun insuficiente. Desde una perspectiva intercultural se reclama el reconocimiento de esta situación de diversidad cultural, desvalorización y no reconocimiento de los enfoques alternativos sobre la salud, y se postula un diálogo respetuoso y equilibrado entre culturas, donde la hegemónica respete, comprenda y aprenda de las otras y viceversa, produciéndose “una mutua transformación a través de la interacción” (AMARES 2003:7).

La perspectiva de género permite visibilizar y entender la producción y reproducción de la subordinación de las mujeres, en tanto portadoras del género femenino, un fenómeno que se manifiesta en las relaciones personales, familiares e institucionales, pero va más allá de ellas. En tanto construcción cultural e histórica, el género configura un sistema que se instala en todos los ámbitos de la vida social, adscribiendo roles y responsabilidades

diferenciadas, normas e instituciones que sancionan la jerarquización en la organización social, mitos y símbolos que naturalizan dicha jerarquización y valoración diferenciada de los roles y sus portadores/as, el lenguaje mismo con que nos comunicamos y ordenamos el mundo deviene un lenguaje de género, al igual que las identidades que los hombres y mujeres se construyen, sus maneras de verse a si mismos, a sus cuerpos, a su salud y su sexualidad.

Todas las culturas humanas conocidas tienen sistemas de género, en el Perú coexistirían varios, con relaciones complejas entre si y que comparten una serie de elementos, entre ellos, la desvalorización en última instancia de lo femenino y la consecuente expectativa de subordinación (y silencio) de las mujeres, por ser tales, en los ámbitos público y privado (De Barbieri, 1993; Ruiz Bravo, 2003).

La perspectiva de los Derechos Humanos o enfoque de desarrollo basado en los derechos, por su parte, afirma que la pobreza y la exclusión son resultado de relaciones de poder que niegan a determinados grupos de población el ejercicio de los derechos humanos universalmente reconocidos y que los Estados integrantes del sistema de NNUU se han comprometido a promover, proteger y cumplir. Dicho compromiso se ratifica y va cogiendo concreción y especificidad en las Constituciones Nacionales, leyes, normativas y políticas públicas de todo tipo, como es el caso del Estado peruano, que en las últimas décadas ha ido ratificando su adscripción a los principales Pactos y Convenciones Internacionales por los Derechos, incluidos los denominados derechos de primera, segunda y tercera generación².

Esta perspectiva demanda al Estado que, para asumir su responsabilidad como portador principal (no necesariamente único) de obligaciones, establezca una relación diferente con los/as excluidos/as, una relación donde éstos no sean considerados ni como beneficiarios ni como clientes, sino como ciudadanos/as activos/as con derecho a voz, derecho a que se les escuche, a que les incluya en el debate sobre las políticas y a que sus puntos de vista, expectativas y propuestas sean incorporadas en el diseño e implementación de las mismas y como indicadores clave para la rendición de cuentas,

² EL Estado Peruano es signatario del PIDESC (Pacto Internacional por los Derechos Económicos, Sociales y Culturales), la Resolución 169 de OIT (reconocimiento de los derechos de los pueblos originarios a sus territorios ancestrales y los recursos naturales comprendido en ellos), la Convención Internacional por los Derechos de los Niños, la Convención Internacional por los Derechos de las Mujeres, entre otros.

complementando así los indicadores derivados de los estándares que se han acordado internacionalmente para guiar y vigilar el cumplimiento de los derechos humanos (DFID, 2000; D'Angello, 2005).

La definición de salud acordada por los países integrantes de la Organización de las Naciones Unidas en la Conferencia de Alma Ata (1972) y promovida desde entonces por las agencias de NNUU y otros actores importantes del desarrollo afirma que la salud es "el estado de completo bienestar físico y mental, resultante de una serie de procesos socio culturales y políticos y del conjunto de relaciones sociales, económicas y de poder que experimentan las personas y los grupos, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS-OPS, 1978).

Desde esta concepción integral y sistémica de la salud y con un enfoque informado por las perspectivas intercultural, de género y de los derechos humanos, se hace patente la pertinencia de revisar las herramientas analíticas y hasta el lenguaje mismo con que se viene abordando la comprensión del problema de la salud pública y el debate para la generación de políticas. Dicho abordaje conceptual reclama, asimismo, desplegar metodologías distintas, inclusivas y holísticas, para la construcción de conocimientos y propuestas sostenibles y eficaces. En esta investigación asumimos dicho desafío optando por una metodología participativa, sobre la cual damos a continuación una breve explicación.

1. 2. Perspectiva metodológica

La metodología participativa no es una simple variante de la metodología cualitativa de investigación. El postulado epistemológico que la subyace es otro: parte del supuesto de que el conocimiento es una construcción social y, como tal, es un proceso político en el cual intervienen las relaciones de poder imperantes en la sociedad, relaciones que excluyen de la construcción de conocimiento socialmente considerado válido a las poblaciones subordinadas (Norton et al, 2001), es decir, a los vastos sectores de la población que continúan siendo objeto de discriminación cultural, exclusión o explotación económica, subordinación política y/o simbólica, pese a que formalmente se les reconoce el estatus de la ciudadanos/as y los derechos cívico-políticos (Subirats y Goma; 2003, Estivill, 2003).

La apuesta del enfoque participativo es incluir a los excluidos, encontrar los modos de recoger sus percepciones, experiencias, conocimientos y expectativas, con la menor intermediación posible -puesto que toda intermediación es una interpretación y toda interpretación conlleva el sesgo de quien lo hace: presumiblemente un integrante del grupo de poder que les excluye. Esta apuesta plantea, por tanto, fuertes exigencias éticas a sus practicantes (Brock y McGee, 2002), obligando de un lado a tener un cuidado permanente respecto de las actitudes y el trato al relacionarse con personas y grupos que han interiorizado la subordinación en la relación con el otro que viene de la cultura dominante, y un permanente estado de alerta respecto de sus prenociones sobre los saberes y prácticas de esos pobladores, si honestamente procura entenderlas y dialogar con ellas. Exige también tomar en cuenta y cautelar el tiempo que se pide a los participantes que dediquen al proceso participativo, tiempo más escaso y valioso cuanto más precarias las condiciones de vida; y prever y cuidar las expectativas que en ellos puede generar dicha participación respecto a cambios en el futuro cercano que reduzcan la precariedad de sus economías (Norton et al, 2001). De otra parte, el postulado epistemológico desafía a los practicantes de las metodologías participativas a reconocer y enfatizar en la comunicación de los hallazgos, que no se trata de las “voces de los pobres” sino de un discurso mediado en el cual otros no pobres han asumido el registro, la selección y edición de dichas voces, construyendo otro discurso, cuya lógica, secuencia, etc. responde a sus intereses (de conocimiento, de acción o ambos), que no necesariamente coinciden con los de los grupos excluidos (Chambers, 2002; De Sousa Santos, 2006)

Otro desafío implícito en la apuesta política de las metodologías participativas alude a la agregación de voces y la construcción de un entendimiento y propuestas compartidas sobre los problemas que afectan al grupo, a los sectores que sufren la exclusión. Participar en la construcción de conocimiento y propuestas es mucho más que simplemente “dar opinión” o expresar el sentir y las expectativas frente a determinado ámbito de la vida social. Supone poder escuchar a los otros que son como uno, confrontar opiniones, enriquecerlas con información que viene de otras fuentes, penetrar y llegar al meollo de los problemas y, en ese proceso, construir propuestas colectivas. La participación en el debate y concertación de políticas, entendida así, es un proceso que requiere conjugar: reflexión, información, diálogo, agregación, generación de propuestas y

negociación. Ello implica que en el camino se vaya desarrollando o fortaleciendo una organización, y ésta debe ser de tal carácter que sea capaz de ejercer con eficacia y equidad la representación de dicho sectores excluidos, en toda su diversidad, riqueza y complejidad. Requiere por tanto, la agregación de las voces de los que sufren exclusión, apostar a procesos complejos, que se prolongan en el tiempo y que exceden la relación de corta o mediana duración que se suele entablar entre los investigadores/ promotores / activistas externos y las poblaciones que sufren la exclusión.

Las dinámicas participativas no se reducen, como algunos consideran, a un mero conjunto de técnicas para *recoger información* en forma grupal en vez de individual. En tanto buscan facilitar a grupos de población que sufren exclusión su participación en procesos de construcción de conocimientos y de propuestas de intervención o políticas, dichas dinámicas procuran que en un mismo proceso los participantes compartan sus experiencias e información, emitan opiniones, prioricen problemas y los analicen. Y, si el proceso se prolonga por el tiempo suficiente y se facilita a los participantes su acceso a información adicional que permita ampliar su comprensión de la problemática, éstos tendrán mayores posibilidades de elaborar sus propias propuestas frente a los problemas analizados y eventualmente, contribuir a su implementación.

Los orígenes de las metodologías participativas pueden rastrearse a mediados y fines de los años 1960. En el contexto del surgimiento y protagonismo de los nuevos movimientos populares, urbanos y rurales, en América Latina se desarrolló con fuerza una corriente de pensamiento y acción genéricamente denominada “Educación Popular”, donde confluyen el pensamiento de Paulo Freire y sus seguidores (educación de adultos para el cambio, Pedagogía del Oprimido), las propuestas de Investigación-Acción (Orlando Fals Borda) y la sociología comprometida con las transformaciones socioculturales de América Latina, y los diversos autores de la Teología de la Liberación (Gustavo Gutiérrez, Leonardo Boff, Frei Beto, Helder Cámara) con su opción preferente por los pobres y la solidaridad con las luchas emancipatorias de los pueblos originarios del continente, entre otros. Por tratarse de una corriente contra hegemónica ha enfrentado obstáculos para hacerse reconocer como legítima y hacer valer los aportes que desde ella se generan, no obstante se ha mantenido viva y se viene regenerando bajo diversas iniciativas, no suficientemente vinculadas entre sí, que buscan configurar espacios alternos para la producción de conocimientos, “formas distintas de pensamiento, un paradigma otro”,

como dice Escobar, que incluya “el conocimiento subalternizado de los grupos oprimidos y excluidos” (Escobar, 2004:2)

Inspiradas por esta corriente de pensamiento contra-hegemónico, en la década de 1970 y en los años iniciales de los 80, se inventaron una serie de dinámicas grupales con el objetivo de facilitar y guiar procesos de auto-educación grupal. Estas propuestas fueron desde mediados de los 80 y a lo largo de los 90, retomadas para la implementación de programas de desarrollo rural que buscaban cambiar la forma tradicional de diseñarse e implementarse éstos y explícitamente indicaban que querían trabajar no “para” sino “con” los campesinos y productores pobres del campo. Los métodos y técnicas de la Educación Popular pasaron así a constituir propuestas organizadas en paquetes y conocieron amplia difusión cuando algunos organismos de la cooperación internacional al desarrollo dedicaron recursos significativos a difundirlas y capacitar a los promotores de proyectos en su uso.

Una de las propuestas más difundidas en la actualidad es el método ZOPP³, desarrollado a inicios de los 1980 por las agencias alemanas de cooperación al desarrollo, con el objetivo de guiar a los grupos metas de sus intervenciones por los derroteros del Marco Lógico, favoreciendo un proceso participativo que va desde un análisis de la realidad enfocado en un problema o ámbito de intervención, hasta un ejercicio de planificación que permite a las poblaciones involucradas priorizar líneas de intervención y acordar cursos de acción. Una de sus limitaciones estriba en el recurso a la “visualización por tarjetas” para organizar la discusión grupal, técnica requiere el dominio de la lecto-escritura para poder participar en las dinámicas grupales, por lo que poblaciones con poco dominio de esta habilidad quedan excluidas o dependen de la intermediación. De otra parte, las técnicas favorecidas por el ZOPP apelan exclusivamente a la racionalidad de las personas, desconociéndose que en la construcción de las percepciones y expectativas que movilizan para la acción, intervienen, además del razonamiento lógico (un tipo de razonamiento, por cierto, mas bien específico al pensamiento occidental), las emociones, la afectividad, la subjetividad.

³ ZOPP: Ziel-Orienterte Project Planung, un método de análisis de problemas y planificación participativa que se basa en el llamado marco lógico.

En el Institute for Development Studies (IDS) de Sussex, Gran Bretaña, Robert Chambers y sus colegas desarrollaron una propuesta diferente basándose en un conjunto de técnicas participativas originadas en contexto propios de la “educación popular” y posteriormente adaptadas para promover la participación de pobladores y pobladoras en diagnósticos comunales que se suelen llevar a cabo en el marco de los proyectos de desarrollo rural y/o seguridad alimentaria. Originalmente difundida con el nombre de Diagnóstico Rural Rápido⁴ y luego como Diagnóstico Rural Participativo⁵, a inicios de los 1990 esta propuesta metodológica fue retomada por agencias de desarrollo como DFID y el Banco Mundial y adaptada para abarcar poblaciones más numerosas y realizar análisis comparativos en el marco de las “Evaluaciones Participativas de la Pobreza” o PPA’s⁶ (Robb, 2002).

Esta propuesta metodológica recurre a dinámicas grupales de carácter más lúdico y emplea técnicas que no requieren dominio de la lecto-escritura para promover el análisis y síntesis grupal, de allí su gran ventaja cuando se trata de llegar a los grupos de población más excluidos y de allí, también, la decisión nuestra de basarnos en ella para el diseño de la investigación que aquí nos ocupa.

Hay sin duda una promesa interesante en las metodologías participativas si lo que se pretende es incluir la voz de las poblaciones secularmente excluidas en el debate y diseño de políticas, promesa que conlleva empero, grandes desafíos. Además del tiempo que supone desarrollar procesos endógenos de reflexión, la promesa de las metodologías participativas exige poner sumo cuidado y respeto a lo largo de todo el proceso para asegurar la inclusión y para limitar el efecto de la “traducción”; creatividad en la facilitación de las dinámicas participativas; y rigurosidad tanto en el registro de las intervenciones y opiniones expresadas en los grupos de debate como en la sistematización de los mismos, y en el segundo nivel de análisis (o agregación) de los hallazgos. Aun cuando todas estas exigencias se cumplen, el desafío que implica la agregación de las voces o construcción (inclusiva) de conocimientos y propuestas no se resuelve del todo porque no se trata de

⁴ En inglés: Rapid Rural Appraisal o RRA.

⁵ En inglés: Participative Rural Appraisal ó PRA. El cambio de la palabra "rápido" por "participativo" señala el desenlace de un debate entre quienes favorecen estos métodos por su eficiencia en conseguir información de la población que va a ser directamente afectada y quienes los han venido promoviendo porque consideran que dichas poblaciones no sólo deben ser vistas como proveedoras de información clave sino que deben ser consultadas e incluidas en el diseño, implementación y evaluación de los resultados de las intervenciones.

⁶ En inglés: Participative Poverty Assessments.

una cuestión metodológica en lo fundamental, sino política: involucra procesos más largos y complejos de construcción de sujetos sociales, actores políticos, proceso al que una investigación participativa puede contribuir, pero no sustituir.

1. 3. Diseño de la Investigación

La investigación de campo a cuyos hallazgos vamos a referirnos en la siguiente sección se llevó a cabo en ocho localidades consideradas de pobreza extrema, ubicadas en cuatro regiones geográfica, socio-económica y culturalmente muy diversas: Huancavelica, San Martín, Piura y Lima Metropolitana⁷. Se trata de una muestra intencional que buscó incluir, dentro de los límites determinados por el presupuesto disponible, la mayor diversidad de situaciones de pobreza y exclusión vigentes hoy en el Perú. Por ello se consideró tanto a la gran urbe capitalina como a las tres grandes regiones ecológicas del país - costa, sierra y ceja de selva-, y en cada una de estas últimas, se incluyó una localidad “urbana” y un poblado rural.

Una vez determinada la muestra, se identificó en cada una de las regiones de estudio, a una organización no gubernamental de desarrollo que tuviera amplia trayectoria y legitimidad en la zona e interés demostrado en contribuir al debate y la incidencia sobre las políticas de salud. Se compartió con ellas en que consistía la investigación y a qué debates y foros se esperaba poder contribuir y, conseguido su acuerdo, se firmaron convenios donde se establecían los términos para compartir la responsabilidad de la investigación de campo con ellas .

Fueron los equipos de promotores de dichas instituciones, conformados por tres a cuatro personas –hombres y mujeres- con distinta experiencia y formación profesional, los encargados de generar, en cada una de las localidades seleccionadas, un proceso participativo para involucrar a hombres, mujeres y jóvenes en la descripción y análisis de sus experiencias y percepciones con relación a la salud, las maneras como atienden sus problemas de salud, sus expectativas y opiniones sobre los servicios públicos.

⁷ Las localidades que participaron en el estudio son: Pachamarca y Villamayo , en Prov. Churcampa, Huancavelica; Pacchilla y AH 10 de Agosto, en Prov. Lamas, San Martín; Buenos Aires de Cumbibirá y AH 8 de Diciembre , en el Distrito La Unión, Piura; Asentamientos Humanos Siglo XXI en San Juan de Lurigancho y Huascarán, en el distrito de Puente Piedra, ambos en el ámbito de Lima Metropolitana .

El diseño de la investigación entrelazó un conjunto de técnicas participativas que favorecen el debate e intercambio de opiniones y expectativas en grupos, en una pauta que recoge y permite transitar fácilmente por los diversos temas y preguntas de interés para el estudio. Se pidió asimismo, a los equipos de campo, complementar el recojo de la información con entrevistas a profundidad y con visitas y observación en las postas y centros de salud⁸.

Las dinámicas o “técnicas” participativas que adaptamos para esta investigación, con el objeto de facilitar el análisis grupal de uno o varios de los temas de investigación fueron: Recorrido de la localidad, Mapeo de la comunidad, Diagrama de Venn, Rueda de Evaluación, Matriz de Valoración, Dibujando el Cuerpo Humano, 24 horas: rutina de actividades diarias, Línea de Tiempo. La indicación dada a los equipos de campo fue que se trabajasen primero en grupos homogéneos pequeños o medianos, por ejemplo, conformados sólo por varones adultos, sólo por mujeres o bien por jóvenes, y que, en un segundo momento de la sesión, los diversos grupos pudieran compartir sus hallazgos en una plenaria a fin de que en conjunto pudieran comparar las similitudes y diferencias y debatir sobre las razones que podrían explicar dichas similitudes y diferencias. Esta indicación no siempre pudo ser respetada por los equipos de campo debido, entre otros, a factores no previstos que afectaron la participación de los varones adultos y de los jóvenes de ambos sexos. Esto sucedió tanto en las localidades serranas como en los Asentamientos Humanos de Lima Metropolitana, lo que resultó limitando nuestras posibilidades de hacer un análisis diferenciado por género de los hallazgos y reflexiones que los/as participantes hicieron en el curso de los diagnósticos participativos.

Los procesos de diagnóstico participativo y reflexión compartida tuvieron una duración aproximada de 7 a 10 días por localidad, periodo durante el cual los equipos, que habían hecho visitas, contactos y presentaciones previas, convivieron con la población, organizaron las reuniones grupales, llevaron a cabo entrevistas a profundidad a informantes clave y realizaron observación directa en una diversidad de circunstancias cotidianas donde los problemas de salud se hacen manifiestos. Cada vez, al culminar un diagnóstico participativo en una localidad, el equipo retornó a las oficinas de la organización de desarrollo para elaborar, siguiendo una pauta general acordada previamente, un informe escrito. En éste, los integrantes de los equipos dieron cuenta del

⁸ Ver lista de personas entrevistadas por localidad en el anexo 3.

proceso que se había generado en la localidad y las dificultades que enfrentaron, así como de los hallazgos y aspectos que generaron mayor interés y debate entre los/as participantes.

II. Hallazgos: Percepciones sobre salud y enfermedad y recursos para atenderla

Se presenta en esta sección un resumen de los principales hallazgos que la experiencia de investigación presentada reseñada produjo. Como podrá apreciarse en seguida, la información que se generó fue abundante y sumamente interesante, pero no se limita a eso. Las dinámicas participativas generaron espacios donde los grupos pudieron reflexionar más a fondo sobre algunos de los temas que les propusimos, aportando a este proceso de construcción de conocimientos con nuevas luces sobre aspectos complejos poco entendidos aun hoy, como son las contradictorias y ambivalentes relaciones de las poblaciones que sufren exclusión con los servicios públicos de salud y con los servicios privados de la medicina occidental.

2.1 La salud: permanentemente amenazada por las condiciones precarias de vida

"..hay mucha mosca, se paran en los alimentos y ellos, como son chiquitos, no se dan cuenta y siguen comiendo, por la suciedad que nos rodea es, los basurales a la salida nomás están, la laguna de oxidación; el aire que respiramos acá está contaminado por lo que queman la pajilla del arroz los molinos... (Pedro Ancajima Imán, Asentamiento Humano 8 de Dic, Piura)

..."la causa de las enfermedades a la piel es la arena que existe en la comunidad y la caracha de los perros..."(Cramen Rosa Gomez, AH Huascarán, Lima Metropolitana)

Entre los múltiples hallazgos, destaca en primer lugar, la clara y generalizada percepción de las personas que participaron en los grupos de debate sobre el efecto negativo de las

precarias y deficientes condiciones del hábitat sobre su salud, al igual que les afectan negativamente el trabajo extenuante, los ingresos bajísimos e inestables, las relaciones de pareja deterioradas. Pese a las múltiples diferencias entre los modos de vida, economías familiares, contextos institucionales, organizativos y culturales de las ocho localidades donde se llevó el estudio, las precarias condiciones nombradas fueron señaladas por la mayoría de los pobladores y pobladoras que participaron en el estudio como factores que amenazan su salud.

En Piura, tanto la localidad urbana como el caserío rural incluidos en el estudio se encuentran ubicados en medio de arenas donde el fuerte viento de las tardes levanta polvaredas y acarrea desechos, bolsas plásticas y papeles a través de largas distancias, así como el polvillo producido por los molinos de arroz circundantes, haciendo que el aire se torne en ocasiones irrespirable y el medio ambiente esté cada vez más contaminado. La localidad urbana si cuenta con instalaciones de agua potable pero las tuberías están rotas en varias calles, por lo que pobladores se ven obligados a hacer huecos en el suelo para juntar el agua “potable”, así como en la localidad rural cogen el agua para beber de las acequias abiertas. Como en los asentamientos humanos de Lima, los y las participantes en los grupos de discusión del caserío rural piurano, detallaron entre bromas y risas, las peripecias que tienen que pasar cada día para hacer las necesidades del cuerpo con alguna privacidad, la cual es siempre relativa porque las mujeres suelen caminar en parejas o grupos para sentirse seguras, hasta las lomas aledañas que se han separado para “el baño público”.

Los asentamientos humanos de Lima Metropolitana incluidos en la muestra se encuentran ubicados uno, sobre un antiguo basural, el otro, en una empinada loma sin pistas ni veredas de acceso. En ambos casos se carece de servicios de recojo de basura, acceso al agua potable entubada o desagüe en las casas. En esas circunstancias de vida, los hábitos de higiene personal y de la vivienda así como la disposición de los desechos y basura son poco adecuados, como los propios participantes en las dinámicas grupales se apresuraron reconocer. Ello/as identificaron además, como causa de deterioro de su salud, la inadecuada protección de las viviendas contra el frío y el viento y el no tener parques o lugares adecuado para que los niños y bebés jueguen, por lo que acaban haciéndolo en el terral.

En la región de San Martín, la localidad urbana incluida en el estudio está ubicada a la salida del desagüe principal de la ciudad de Tarapoto y es, además, zona de refugio de maleantes y prostitutas. El factor inseguridad fue mencionado por los pobladores y pobladoras como causa adicional de problemas de salud. En la localidad rural de San Martín también priorizaron al hablar de las amenazas a su salud, el acceso a agua para beber y la falta de letrinas adecuadas como riesgos permanentes a la salud.

Las localidades de Huancavelica, particularmente la comunidad rural, resultaron teniendo las condiciones menos deterioradas en cuanto al hábitat se refiere, pese a lo pequeñas, poco iluminadas y mal ventiladas que son las viviendas familiares, así como a los escasos o nulos servicios básicos con que cuentan. Por contraste, en esa zona es donde la inadecuada nutrición es más evidente, los ingresos monetarios de las familias más bajos y más difundida la migración temporal de larga duración.

En las ocho localidades de estudio, los y las participantes en las discusiones de grupo relacionaron riesgos a la salud con las condiciones del hábitat, pero sólo en cuatro de ellas – las dos de Piura y las dos de Lima –establecieron los participantes un vínculo entre dichas condiciones y la responsabilidad del gobierno local de proveer servicios básicos para mejorar dichas condiciones. Este hecho tiene implicancias sobre la conciencia de sus derechos en relación a la salud y la exigibilidad al Estado, un tema sobre el que volveremos en la sección final de este texto.

También se mencionaron como factores que amenazan la salud, las preocupaciones económicas y las difíciles circunstancias en que se desenvuelve su vida cotidiana. Las jornadas de trabajo, tanto para hombres como para mujeres, suelen ser largas y agotadoras, pese a lo cual los ingresos familiares siguen siendo precarios, inestables y reducidos.

“Todos trabajamos en mi casa, vendemos nuestras gallinas, 15.00 a 20.00 nuevos soles por cada una, me pagan por las “sobadas”⁹, un sol, dos soles, también mi hija lava ropas, le pagan tres, a veces diez nuevos soles, otras

⁹ Sobada: alude a los masajes que realizan las parteras (y sobador@s) para acomodar al bebe y, según esta entrevistada, también se lo harían a los “lisiados” (personas, mayormente varones, que por causa de caídas y accidentes, resultan con discapacidades físicas y sufren dolores crónicos)

veces cambiamos ropas usadas por bandejas.. “(Sra. Diocelina Lopez, , AH 10 de Agosto, San Martín)

En las localidades rurales de la costa y sierra, las mujeres tienen que caminar grandes distancias para acopiar leña y agua, cocinan en lugares estrechos y donde tienen que agacharse mucho, además de lo cual participan en las labores de la chacra y el cuidado de los animales siempre que la multiplicidad de sus otras tareas se los permite. En las localidades urbanas, las mujeres combinan el trabajo doméstico – que también incluye cargar pesados baldes de agua cuesta arriba varias veces al día- con toda suerte de "cachuelos" y trabajos eventuales como poner inyectables, participar algún programa social como "A trabajar urbano" cargando piedras o limpiando terrenos, etc.

En cuanto a los varones adultos, en las zonas urbanas suelen salir a trabajar muy temprano por la mañana y regresar pasadas las 9 o 10 de la noche, cuando no se quedan a dormir en sus centros de trabajo, ello debido a las grandes distancias que tiene que recorrer para llegar a los lugares de la ciudad donde hay demanda de mano de obra no calificada y a lo caro que les resulta pagar varios pasajes de ómnibus cuando no hay una línea que los lleve directamente. En las zonas rurales, tanto de costa como de sierra¹⁰, se afirmó en los grupos que la mayoría de los varones, jóvenes y adultos, migra durante temporadas largas en busca de trabajos remunerados en las épocas de menor demanda de fuerza de trabajo en sus propias localidades.

No obstante la participación laboral de múltiples miembros de la familia y la diversidad de oficios y ocupaciones que ejercen para complementar los ingresos, éstos son -salvo circunstancias excepcionales- escasos e inestables, por lo que la capacidad de ahorro de las familias es muy baja. La ocurrencia de enfermedades graves o accidentes, evento que no es infrecuente, puede tener por ello efectos devastadores sobre la economía familiar, ya que les priva de ahorros y las descapitaliza al obligarles a vender animalitos y aperos, en el caso de las economías campesinas, sus altamentepreciados aparatos electrodomésticos en el caso de las zonas urbanas. Tanto en los grupos de hombres como en los de mujeres se dedicó mucho tiempo a conversar sobre este tema y se recogieron innumerables testimonios de las dificultades que enfrentan cuando algún

¹⁰ La excepción en este caso, como en el del acarreo de leña para las mujeres, está dada por las localidades de ceja de selva rural: no que allí esa tarea nos sea atribuida como su responsabilidad a las mujeres, simplemente que no es tan demandante como en las otras tres regiones. .

miembro de la familia requiere atención especializada o medicinas para atender un problema de salud, y de las estrategias a que echan mano para poder superar las emergencias. Tal vez por ello el reclamo generalizado más claro que emergió en relación al servicio público de salud fue por el derecho al seguro integral (SIS) para todos los miembros de la familia¹¹.

Jornadas extenuantes y precarios ingresos fueron señalados por todos los grupos que participaron en este estudio como una de las causas principales del deterioro de la salud. En el análisis establecieron reiteradamente los vínculos entre angustia y enfermedad, preocupaciones y dolores, tristeza y pérdida de sueño y apetito. También dijeron que este tipo de malestares no son reconocidos ni merecen atención alguna en las postas y centros de salud.

2.2 Las enfermedades: múltiples y en ocasiones devastadoras

La lista de enfermedades “más comunes” que los participantes mencionaron es larga. Se distinguió entre enfermedades de niños, de mujeres, de ancianos y enfermedades comunes. Prevalecerían entre los menores de edad, las diarreas y las enfermedades respiratorias; en el caso de las mujeres, condiciones vinculadas a la salud sexual y reproductiva, como inflamaciones de ovarios y descensos o “regla blanca”, así como los dolores de cabeza y los dolores de “cuerpo”: cintura, espalda, riñones. A los/as ancianas les aquejarían más el reumatismo y la debilidad, enfermedades cardíacas y derrames cerebrales fueron mencionados pero no serían tan frecuentes. En cuanto a los varones, se coincidió en las diversas regiones en que sus principales problemas de salud están vinculados a accidentes y otros riesgos laborales. También se mencionó el alcoholismo y la cirrosis.

La violencia doméstica, el mal trato de sus parejas, fue mencionada como causa de angustia y enfermedad por los grupos de mujeres, más no así por los varones. Tampoco trataron los varones adultos sobre la salud sexual y reproductiva, como si lo hicieron en sus grupos las mujeres y los/as jóvenes, aunque cabe señalar que en esta investigación no se logró que la riqueza de información y el nivel de profundidad en el análisis por parte

¹¹ En la época en que esta investigación se llevó a cabo, el SIS (Seguro Integral de Salud) solo cubría a madres gestantes y lactantes y a niños/as de 0 a 7 años. Esa política ha sido recientemente modificada por el Gobierno.

de la/os participantes que si se ha conseguido en estudios específicamente dirigidos a explorar dichos temas

En Huancavelica, la zona de estudio más directa y profundamente afectada por la violencia política, se mencionó la presencia importante de problemas de salud mental, aunque tal vez querrían decir, salud emocional. Pero este tema no fue mayormente discutido en los grupos, a pesar de que salió con mucha fuerza en las entrevistas individuales.

Enfermedades no tipificadas por la medicina occidental, como el *chacho o pacha*, *el daño*, *el recalco* o *“lomo ñati”*, *el mal de ojo* y *el mal aire*, se discutieron con frecuencia en los grupos de varones y mujeres, tanto en la costa como en la sierra y ceja de selva, y por igual en las áreas urbanas como rurales. Prácticamente no fueron mencionados, empero, en los grupos de jóvenes.

En todas las localidades encontramos unas cuantas familias con miembros en situación de salud particularmente difícil, como discapacitados, tuberculosos, diabéticos. Los integrantes de estas familias no participaron mayormente en las dinámicas grupales pero fueron entrevistados en sus casas por integrantes de los equipos de campo. En ninguno de los casos identificados recibían esos enfermos atención especial o seguimiento alguno por parte del centro o posta de salud, ni parecieran estar registrados por la región o zona de salud. Tampoco encontramos evidencia de que la organización comunal o vecinal estuviera asumiendo responsabilidad alguna por ellos, excepto por la organización de eventos especiales para obtener fondos para ayudarles, como rifas o polladas, en momentos de suma gravedad o en que la condición o enfermedad requiere especial atención, por ejemplo, para adquirir una silla de ruedas o pagar una operación urgente¹².

Al explorar en los grupos sobre el tema de las enfermedades, se debatió también sobre el impacto que éstas tienen en la vida cotidiana y en la economía familiar. Sobre el impacto en la economía familiar, como se señaló más arriba, éste puede ser devastador ya que la precipita hacia a un círculo vicioso de endeudamiento y descapitalización del cual puede

¹². Este tema de la responsabilidad frente a enfermos con condiciones crónicas no fue discutido en los grupos ni en las plenarios. La omisión es mayormente responsabilidad de las investigadoras que no lo incluyeron como tema de debate en las guías.

resultar muy difícil volver a salir. La enfermedad de un adulto varón suele ser la más temida por dichos efectos en la economía familiar:

“en ese momento tengo que salir a pedir prestado, yo sola, como sea, tengo que llevarlo a la emergencia...” (AH Huascarán, LM)

En cuanto al impacto en la rutina diaria, en la vida cotidiana, se concordó en que son mayormente las mujeres las que tiene que multiplicarse para atender a los enfermos, llevarlos a la posta, comprar los remedios, etc. y seguir haciendo todas las otras tareas que de por si ocupan su jornada diaria

“le decimos: vecina, mira mi casa por favor... Ese día nuestros hijos no van al colegio, ese día, con la preocupación, no se toma ni desayuno...” (grupo de mujeres, Asentamiento Humano Huascarán, Lima Metropolitana)

En el caso de economías familiares dependientes de ingresos salariales, fue generalizada la noción de que los varones no pueden faltar al trabajo para atender enfermos o apoyar en dichas circunstancias porque la pérdida de su jornal no es algo que la familia pueda asumir. Inversamente, no se consideró admisible que las mujeres priorizaran su asistencia al trabajo, aun en el caso de tener empleo fijo e ingreso similar al del varón, en caso de una enfermedad grave en la familia. Estos hallazgos confirman que el cambio en las nociones sobre roles y responsabilidades de género aún no es muy profundo, pese a que en los discursos de éstas mismas poblaciones urbanas sobre el tema se afirme, a veces, lo contrario.

En la región serrana de Huancavelica, tanto en la comunidad rural como el distrito urbano, encontramos que la costumbre cuando se acude al curandero es hacerlo ambos, el varón y la mujer “cabezas de familia“, pero corresponde al varón mayormente participar en el tratamiento ceremonial que implica la medicina tradicional. De otra parte, son las mujeres mayormente las encargadas de vincularse con la posta o centro de salud, sea para llevar a consulta a enfermos o para los controles de salud de los recién nacidos y niños menores de edad.

Un tema que pusimos al debate en los grupos fue a quienes se da atención prioritaria en caso de que varios miembros de la familia se enfermaran al mismo tiempo. La discusión fue muy rica y se recogieron puntos de vista divergentes que no obstante reflejan lo complejo que es el ordenamiento de género. Algunos participantes afirmaron que en su familia se atendía preferentemente a los varones adultos porque no se puede prescindir del ingreso que ellos aportan para “el diario”, otros/as decían que cuando la mujer se enferma el hogar colapsa y que si ella no se sana rápido los demás pueden enfermar peor y por eso es que se les da a ellas prioridad en la atención. Si bien sobre este tema los grupos no pudieron llegar a consensos, si lo hicieron frente al tema de las enfermedades infantiles: fue generalizada la opinión de que a los niños pequeños se da atención prioritaria porque las enfermedades pueden empeorar en corto tiempo. El fallecimiento de hijos a temprana edad fue mencionado con frecuencia en las entrevistas individuales y también apareció las dinámicas de grupo, al igual que la ocurrencia de pérdidas y abortos, particularmente en el caso de las mujeres rurales.

2.3 Diversidad de recursos para tratar los problemas de salud

Varias de las dinámicas participativas diseñadas para este estudio tenían el objetivo de indagar sobre los recursos a los que los pobladores pobres del Perú echan mano hoy en día para recuperar la salud. También fue largo el listado de los recursos nombrados y que luego fueron objeto de debate en los grupos.

“...los pobladores de esta comunidad cuando tienen dolor de muela se curan en sus propias casas, para ello pueden tomar medicinas como la antalgina que lo adquieren en alguna tienda o en las ferias, también usamos ron y hierba caseras como la centella... cuando ya me lo tienen que sacar la muela voy al Centro de Salud en Illpe, o a la feria de Tucuqasa¹³, o si el dolor es cuando la muela está sano, entonces ya es “chacho”, ahí nos vamos al adivinador”...(grupo de mujeres, Villamayo, Hvca.)

¹³ A la feria sabatina de Tucuqasa, que queda a una hora –hora y media, a pie, de Villamayo (Huancavelica), saben llegar “sacamuélas” conocidos. No pudimos averiguar si se trata de técnicos dentales o de personas que han adquirido oficio y experiencia en la práctica, pero en opinión de los participantes en los grupos su desempeño es eficaz.

En todos los grupos y localidades se mencionó en primer lugar y como el recurso más importante para recuperar la salud, al hogar. Aluden con ello a los conocimientos y formas de curación heredados de sus ancestros y que son lo primero que se pone en práctica, principalmente los ejercen las mujeres, quienes los han aprendido de pequeñas, con sus madres y abuelas.

"La iglesia" (ésta puede ser evangélica, católica, u otras) fue mencionada repetidamente en las entrevistas a profundidad, pero casi no apareció en las discusiones de grupo. La fe en la oración sería también un recurso al que se apela con frecuencia, probablemente combinado con todos los demás nombrados, aun cuando no pareciera ser legítimo el aceptar esa creencia en público.

Curanderos, partera/os, huesero/as, curioso/as, también fueron materia de debate en todos los lugares donde se llevó a cabo la investigación como recursos a los que apelan para tratar problemas de salud. Las opiniones sobre su efectividad, sobre el comportamiento y la ética de sus practicantes, difirieron bastante de una zona a la otra. En las zonas de Piura y Huancavelica y aun en los asentamientos populares de Lima Metropolitana, las y los participantes manifestaron respeto por estos practicantes de la medicina tradicional y dijeron acudir a ellos con frecuencia, de hecho, en Huancavelica, se les prefiere y se acude a ellos en primer lugar sin duda alguna: En una de las localidades de San Martín se registraron opiniones negativas sobre el curandero local, no obstante aun en ese caso, se sigue prefiriendo acudir a los recursos de la medicina tradicional para una diversidad de condiciones de salud. En 5 de las 8 localidades de estudio encontramos partera/os y curandero/as que son miembros de la comunidad o viven muy cerca ella, por lo que se les pudo entrevistar y observar directamente. Constatamos que son personas que merecen amplio respeto y aprecio de la población.

Los servicios públicos de salud, que van desde la posta más cercana, el centro de salud, o establecimiento de segundo nivel, hasta el hospital del estado, ubicado generalmente a varias horas en la capital provincial o regional, también fueron reconocidos como recursos importantes a los que pueden acudir en caso de enfermedad, aunque aparecieron en los debates de grupo una serie de "barreras" o factores que les desincentivan de acudir a ellos. Sobre este tema se exploró a profundidad con un conjunto de técnicas

especialmente diseñadas para ello, pues era de interés principal para la investigación. Los hallazgos serán comentados más adelante.

También mencionaron los grupos de participantes, en la exploración sobre los recursos a los que la población considera recurrir, las clínicas privadas y consultas a médicos particulares. Aun en las comunidades más alejadas y pobres de la muestra, se afirmó que en casos de enfermedad grave las familias ponen en consideración procurar los servicios privados de medicina occidental en la ciudad, aunque ello supone un esfuerzo económico muy grande y para la mayoría, una opción inalcanzable. Entre los servicios privados a los que se acude, destaca por su importancia para los pobladores pobres del campo y la ciudad, la botica. Los boticarios ofrecen consejos sobre medicinas y tratamientos y las personas de las localidades donde realizamos el estudio dieron muestra, en general, de tener mucha confianza en esos conocimientos. En todas las localidades urbanas se registró que mayormente acuden al boticario como primera prioridad una vez que se determina que los tratamientos caseros no están surtiendo el efecto esperado¹⁴.

En síntesis, encontramos que coexisten en el Perú diversos sistemas de creencias y prácticas para atender los problemas de salud y enfermedad. De acuerdo a los hallazgos de este estudio, los peruanos y peruanas que viven en condiciones de pobreza y exclusión reconocen estos múltiples y diversos recursos a los que pueden acudir en caso de enfermedad y, como veremos a continuación, eligen entre ellos de acuerdo a una combinación compleja de criterios, configurando en ocasiones trayectos aparentemente erráticos y cuya lógica no sería lineal.

2.4 Criterios para decidir como atender un problema de salud

Los factores que incentivan o desincentivan a las poblaciones que sufren pobreza y exclusión en el Perú para acudir a uno u otro recurso o servicio para recuperar la salud y las consideraciones que se ponen en juego al momento de optar son múltiples:

¹⁴ En las localidades rurales incluidas en el estudio no se cuenta con boticas formales, sólo algunas tienditas venden medicinas básicas como antalgina, las personas que consideran que requieren medicinas más complejas van a la feria o mercado de la ciudad más cercana a adquirirlas o pasan por consulta al Centro de Salud para ver si allí se las recetan y entregan.

“... cuando te da fiebre primero te vas al curandero y allí ya te enteras, el curandero ve y te dice si es una enfermedad, “es enfermedad, dice, tienes que ir a la posta”, así diciendo te manda a la posta, pero si es esto del “chacho”, entonces él mismo te cura ...” (Sra. Aurelia Gaspar Sedano, Villamayo, Huancavelica)

Primero que todo parecería que se pone a consideración el tipo de enfermedad. Para la mayoría de los y las participantes en este estudio, habría dos grandes tipos de enfermedades: unas las puede curar la medicina occidental, las otras no, es necesario recurrir a los curanderos. Los que practican la medicina tradicional parecen coincidir en esta apreciación. Ellos/as dicen ser conscientes de que hay enfermedades que no pueden curar y cuando es el caso, derivan a los pobladores a la posta o centro de salud. Esa actitud de reconocimiento de otro sistema de medicina y de las falencias o limitaciones del propio saber no sería recíproca de parte de personal graduado en escuelas de enfermería y medicina: los servidores de postas y centros de salud que se entrevistaron en ocasión de este estudio manifestaron poco interés por conocer que otros practicantes de medicina hay en sus zonas de trabajo y desvalorizaron a las personas de la comunidad que acuden a ellos.

Los y las participantes de las diversas localidades coincidieron en que algunas condiciones de salud podrían ser atendidas por ambos sistemas, el tradicional y el occidental. Cuando eso sucede, la decisión de optar por uno u otro, estaría influida por otras consideraciones que interactúan entre sí. En primer lugar, en todos los grupos de debate, se habló del “gasto”:

*...” nos da facilidades para pagar
... le pagamos en animalitos, en lo que tenemos,
...a veces le pagamos cuando ya se curó
...hay veces no cobra, sólo le damos presente... “
(grupo de mujeres de Pachamarca, Huancavelica,
debatendo sobre los gastos que implica acudir al curandero
en Pachamarca, Huancavelica)*

Los gastos que genera una enfermedad pueden ser considerables para la poco monetarizada economía campesina y aun para muchas familias pobres urbanas cuyos ingresos monetarios son relativamente más altos. Fue difícil analizar en los grupos de debate cuánto cuesta atender un problema de salud, dada la gran diversidad de situaciones no era fácil ponerse de acuerdo. Se decidió priorizar para ese ejercicio algunas enfermedades. En esos casos, los grupos incluyeron en el gasto, además del pago por la consulta, la adquisición de medicinas y remedios: un gasto que se percibe como muy alto y motivo principal de preocupación en todos los grupos y localidades. Otro costo importante, cuando el recurso o servicio requerido para atender el problema de salud no lo hay en su misma localidad, es el transporte.

Pero en algunas de las localidades incluidas en el estudio, como muchas tantas otras en las zonas denominadas pobres o pobres extremas en el Perú, no se cuenta con transporte regular y peor aún, en muchas ni siquiera hay una trocha carrozable. En esos casos, los enfermos tienen que trasladarse a pie o ser cargados en camillas, lo cual puede tomar varias horas, y éste constituye otro de los factores que limita severamente el acceso a los servicios públicos y privados de la medicina occidental.

El tiempo también es un factor que se pone en consideración cuando se trata de optar a donde acudir para buscar remedio a una enfermedad. Éste incluye, según las situaciones, el traslado hasta el lugar de atención, la espera de turno para ser atendidos, los horarios de atención y la duración de la consulta. Paradójicamente, las personas que más lejos viven de los servicios públicos y más esfuerzos deben hacer para llegar, no reciben la atención que esperan, en particular se quejaron en varias localidades de que la consulta dura muy poco, por lo que el tiempo invertido en buscar esa atención no se siente compensado. En ocasiones, dicho esfuerzo supone perder la jornada de trabajo entera y ese sería un costo muy alto para las familias con economías más precarias, de allí que a veces se prefiera pagar más por el servicio pero conseguir una atención más pronta:

“En el Hospital de la Solidaridad no necesitas hacer colas, hay todas las especialidades, puedes ir a cualquier hora, en cambio en el Centro de Salud tienes que ir a las 5 de la mañana para hacer cola, esperas mucho rato y tampoco no hay todas las especialidades...” (grupo de mujeres, Asentamiento Humano SXXI, Lima).

Cuando se consideró en los grupos de debate el tiempo requerido y los gastos que implica, el servicio público de salud apareció en seria desventaja frente a los otros recursos o servicios disponibles en las zonas, tanto en las urbanas como en las rurales.

Pero costos y tiempo no fueron los únicos factores que determinan que mayormente sean preferidos unos servicios a otros: el trato, la actitud de los que brindan los servicios, el respeto y la paciencia con que escuchan al paciente, la atención y explicaciones que les brindan en general, además del idioma, la empatía y otros factores culturales aparecieron una y otra vez como consideraciones de primera importancia:

“Cuando en Illpe (el puesto de salud más cercano) nos trataba mal, nos regresábamos diciéndole ‘no me hagas rabiar, no sólo depende de ti para curarme’ y así molestos nos regresábamos” (Aurelia Gaspar, Villamayo, Huancavelica)

Un hallazgo interesante que requiere exploración y análisis más profundos sería que el peso que se da a determinados criterios sobre otros a la hora de optar por un tipo servicio podría variar según el género y edad de l@s afectad@s:

“¿A dónde le hacemos atender? Eso depende de quien es el enfermo...”

(grupo de mujeres, A.H. 10 de Agosto, San Martín)

El peso de este tipo de consideraciones salió con especial claridad en la región Piura, tanto en la localidad urbana como en el caserío rural, donde los varones afirmaron que en caso de enfermarse ellos se van a la clínica de pago, ya que allí se da un mejor servicio y tienen más posibilidades de curarse rápido¹⁵.

Por otra parte, fue común a todas las localidades la afirmación de que cuando los bebés y niños pequeños se enferman se acude a la posta o centro de salud primero, incluso antes

¹⁵ En la localidad rural de Piura los jefes de familias extensas suelen tener acceso relativamente fácil al crédito para habilitar la siembra de algodón: el dinero que así entra a la economía familiar se usa para muchos tipos de gastos que no necesariamente están vinculados a la producción de algodón, entre otros, gastos de salud.

que al curandero/a: ello puede deberse a que los niños cuentan con seguro¹⁶, y/o también a que la mayoría de los niños pequeños, en las diversas localidades de estudio, ya son nacidos en centros de salud y las madres se han acostumbrado a llevarlos allí para los controles de crecimiento, vacunas, etc. Este hecho podría ser indicador de un cambio significativo en la salud pública peruana cuyos efectos sobre las tasas de mortalidad infantil y materna, sin embargo, aun no se habrían evidenciado plenamente.

En resumen, encontramos que la población que sufre pobreza y exclusión, atendiendo a consideraciones económicas y culturales, a experiencias previas y expectativas diversas, suele acudir a una gama de servicios diversos, originados en sistemas de medicina diferentes, produciéndose trayectorias bastante eclécticas en la búsqueda de atención.

Pedimos a los grupos de participantes que dibujaran el recorrido que hacen cuando tienen un enfermo en casa, estos los productos que se generó en dicha dinámica participativa en el Asentamiento Humano 8 de Diciembre (Piura) :

Si la persona no está asegurada (caso de la mayoría de familias en este AH)

¹⁶ El SIS, seguro integral de salud, cubre a todos los niños de 0 a 7 años sin distinción. Requiere si, una ficha de inscripción que se renueva anualmente. Para los niños de 2 a 7 se debe hacer un pago de dos soles en la primera consulta, cualquiera sea el tratamiento. Las medicinas son gratis cuando las hay en el puesto o centro.

Contar con atención gratuita para los niños y tarifas muy reducidas para las madres gestantes y lactantes, que es lo que les brinda el SIS, constituiría un incentivo para optar por el servicio público:

Para aquellos que si están asegurados por el SIS (niños y madres gestantes)

Se vislumbraría, según los hallazgos de este estudio, una tendencia creciente de parte de las mujeres a llevar a sus menores hijos directamente a la Posta de Salud una vez que ya están inscritos en el SIS y sabiendo ellas que no se les cobrará por la consulta.

Respecto del SIS cabe señalar que, si bien en algunas de las localidades incluidas en el estudio todas las familias han sido afiliadas al SIS (caso de Villamayo, Huancavelica), en otras, a pesar de ser lugares muy carentes de servicios básicos y con mucha precariedad en los ingresos familiares, sólo se afilió al SIS a un número pre-determinado de familias. Esto genera la percepción de un trato desigual que resulta difícil de comprender para las familias no beneficiadas y es motivo de desazón y descontento en dichas localidades.

También escuchamos, en algunas localidades, a los participantes en los grupos conversar sobre los conflictos que les generan, a la hora de tomar decisiones, los mensajes que se difunden desde los servicios públicos de salud y la educación pública – mensajes que niegan completamente la legitimidad de la medicina tradicional y las creencias de su cultura de origen que les dicen que los curanderos si pueden curar condiciones que en las postas y centros no sabrían atender, como el *chacho*, la *pacha*, el mal ojo, el mal aire, el

daño. Este sería otro motivo de desazón en las poblaciones que participaron en el estudio. No obstante estos conflictos internos, a la hora de decidir como atender un problema de salud, pareciera primar el pragmatismo: se optaría por los recursos que están más a su alcance, buscando combinarlos para lograr la mejor atención: aquella que cura sin mellar la economía familiar ni pasar por tratos que consideran humillantes.

3.5 Relaciones ambivalentes con los servicios públicos de salud

La relación de las poblaciones que sufren pobreza y exclusión con los servicios públicos de salud aparece como compleja y ambivalente. Exploramos con dinámicas participativas las percepciones de los y las pobladoras sobre el acceso y la calidad de los servicios, el trato que se recibe, la información que se les brinda en las postas y centros de salud, entre otros.

Las quejas de los y las participantes en los grupos de debate respecto a los servicios públicos son múltiples e interminables: en parte, parecieran obedecer a su desconocimiento sobre lo que éstos les pueden brindar y a la frustración que les genera que sus expectativas no sean satisfechas cuando hacen el esfuerzo -esfuerzo que viviendo en condiciones de pobreza es grande- de llegar hasta el lejano -lejano físicamente, lejano culturalmente- servicio público.

Encontramos que la desinformación y la dificultad para entenderse unos a otros son mutuas. La población que sufre exclusión desconoce la manera como está organizado el servicio público y cuales son los tipos de servicios que se brindan según el nivel de atención, no comprenden porque se les piden tantos requisitos y fichas para acceder al servicio, o porque se les cobra en unos casos y en otros no, tampoco entienden las indicaciones de los médicos y funcionarios. Al no entender el lenguaje en que se expresan todos esos aspectos del servicio público, no saben como actuar quedando en muchos casos sujetos a la voluntad de los funcionarios y a la interpretación particular que hacen éstos de las normas.

*...” no me entiende ni yo tampoco lo entiendo lo que me dice...” (Ent. 7
Pacchilla, San Martín)*

Pero la desinformación no es de un sólo lado: tampoco el sector público y sus funcionarios conocen o pretenden entender las creencias de las poblaciones, lo que piensa la gente sobre los servicios de salud, lo que esperan, sus temores, dudas, desconfianzas – y las razones para ellos. Desconocen asimismo la existencia de otros recursos de salud que vienen operando desde antes que ellos llegaran, y en general, se comportan como si la población fuera una tabula rasa y las zonas donde viven, regiones yermas donde nada precede a su presencia.

“Cuando en Illpe (Posta de salud más cercana) nos trataba mal, nos regresábamos diciéndole ‘no me hagas rabiar, no sólo depende de ti para curarme’ y así molestos nos regresábamos” (madre de familia, Villamayo)

Los interesados en el tema están de acuerdo en afirmar que las políticas públicas y los servicios de salud no toman en cuenta las percepciones y expectativas de las poblaciones en pobreza, no reconocen las prácticas tradicionales y los conocimientos de los sistemas culturales preexistentes, ni valoran el rol importante y el potencial de los especialistas de la medicina tradicional (AMARES, 2003; MINSA-CARE, 2006; CORCUERA et al., 2006). De ahí que no se incluya en la formación de los profesionales y técnicos de salud contenidos referidos a prácticas tradicionales que ya han sido investigadas científicamente, ni se promueva el desarrollo de actitudes abiertas y comprensivas hacia los sistemas de salud alternativos.

El etnocentrismo prevaleciente en las políticas de salud y en la manera como se están implementando, a su vez, legitima la reproducción, en el trato cara a cara, del racismo y el desprecio por los y las pobladoras pobres por parte de los funcionarios/as.

Recogimos en esta investigación múltiples testimonios del maltrato que sufren las personas pobres cuando acuden a los servicios públicos de salud: los trabajadores y trabajadoras de las postas y centros de salud les suelen decir a la cara y sin tapujos que huelen mal, que están sucios/as, que son descuidados/as e ignorantes, haciendo despliegue de su propia ignorancia respecto a las condiciones cotidianas de vida, la falta de agua, la escasez y el sobre trabajo a que estas personas están sometidas. El maltrato, según pareciera, es mayor de parte de los servidores que se encuentran en los

escalafones más bajos del servicio público y también pareciera haber de por medio un elemento de género, ya que se vincula su ejercicio mayormente con el personal femenino de las postas y centros de salud.

... “ el médico al menos nos escucha, quienes nos tratan peor son las técnicas, las enfermeras...” (grupo de mujeres, AH Siglo XXI, LM)

...” cuando llego y lo veo que sólo está la enfermera, me dan ganas de regresarme...” (Doris Menacho C., AH 8 de Diciembre, Piura)

En esta relación difícil entre los/as funcionarios públicos y la población que sufre pobreza y exclusión, la peor parte la llevarían las mujeres pobres. Portadoras de una doble subordinación, étnica y de género, ellas serían – en su condición de madres y/o de gestantes- las que acuden más frecuentemente a las postas y centros de salud, y las que reciben el maltrato más cruel en esos lugares. Las dimensiones de género de este fenómeno, o si se quiere, la manera como el sistema de género hegemónico se reproduce y adquiere nuevos desarrollos en las relaciones entre funcionarios/as y ciudadanos/as pobres, merecería por ello una exploración y análisis más finos.

“ ...abre las piernas pues, ahora sí sientes vergüenza pero para quedarte embarazada no tuviste vergüenza de abrirlas, así nos dicen...” (grupo de mujeres, Pachamarca, Huancavelica) .

“... a las gestantes les gritaba cuando no se dejaban controlar, les decía ¿para eso te embarazas para que no te dejes revisar? a veces nosotros de acuerdo a nuestras creencias sólo le pedimos que nos vean en nuestro pulso y de eso se molestan...” (Aurelia Gaspar, Villamayo, Hvca.)

En una de las zonas urbano-populares de Lima, los varones dijeron que las mujeres

“... hasta se enferman de los nervios de pensar que tienen que ir a la posta, les causa tensión por el maltrato que reciben”. (grupo de varones, AH Huascarán, Lima Metropolitana)

Las difíciles relaciones entre los ciudadanos pobres y los servicios públicos de salud se ven agravadas por el estilo tutelar y punitivo que el Estado peruano ha venido adoptando cuando pretende implementar determinadas medidas de política a rajatabla. Es el caso de las multas que entre fines de los años 1990 y hasta el 2005 se imponían a las mujeres que optaban por el parto domiciliario en vez de acudir al centro o posta de salud, multas que se les exigían como requisito para extender el certificado de nacido vivo, a su vez requisito para la partida de nacimiento, y que como señaló la Defensoría del Pueblo, son inconstitucionales. En esta investigación escuchamos reiteradamente, en las entrevistas a parteras, curiosas y madres de familia y en los grupos, referirse al asunto de las multas, pese a que para cuando se hizo el trabajo de campo, hacía más de un año que éstas habían sido expresamente prohibidas por la Ministra Pilar Mazzetti.

“Nuestro doctor de Illpe es demás, hasta si no tienes 6 controles de embarazo en el puesto y das a luz aquí no más, cuando vas a pedir el certificado de nacimiento primero te hace pagar la multa de 100 soles, por eso es que no vamos...” (Albina Cahuana, Villamayo, Huancavelica)

Experiencias como esa dejan huella en la memoria de las poblaciones, sembrando desconfianza y temor frente a las iniciativas del sector público, como lo pudimos constatar también cuando los grupos de mujeres en las localidades de Huancavelica y San Martín empezaron a recordar y narrar, como si aun estuviera pasando, la realización de ligaduras de trompas (anticoncepción quirúrgica) sin información ni consentimiento previo a mujeres que llegaban a las postas y centros de salud a tener sus bebés o a solicitar servicios de planificación familiar.

No obstante tan difícil relación y tan duro trato que suelen recibir en ellas, en muchos poblados y localidades pobres del Perú se anhela contar con una posta de salud, con un servicio propio y atención permanente cercana. Testimonio de ello es la cantidad de localidades que con recursos propios y contribuyendo con su fuerza de trabajo gratuita han construido locales para sus postas y enviado delegaciones a la capital para tramitar su reconocimiento y dotación con equipos y personal. En este estudio, dos de las ocho localidades incluidas, han pasado por la experiencia frustrante de haber construido un

local para su posta y luego recibir la negativa de parte del Ministerio de Salud a reconocer y habilitar el servicio.

...”A pesar de haber enviado nosotros un memorial y rechazaron solamente por la cantidad de población aún teniendo conocimiento que existe una distancia bastante larga para acceder al puesto de Illpe, a pesar de contar Villamayo con una infraestructura, no quieren reconocer (el Puesto de Salud construido con recursos del FONCOMUN y faenas comunales)... “ (Nicodemo Onoc Blas, Villamayo, Hvca.) .

Asimismo, un anhelo generalizado que manifestaron los participantes en todas las localidades, fue que se amplíe el Seguro Integral de Salud (SIS) a toda la población, a todos los integrantes de la familia y a todas las familias de la comunidad:

“en nuestras familias todos somos pobres, no sólo el niño, acaso los hombres también no necesitan también ese seguro? ...” (grupo de mujeres, A.H. Huascarán, Lima)

“sólo 120 familias se ha puesto como cuota para el SIS acá en 8 de Diciembre, más número de familias no quieren aceptar, acá somos muchas las familias que lo necesitamos ese seguro...” (dirigente, A.H. 8 de Diciembre, Piura)

En suma, el enfoque del sector público es etnocentrista y los funcionarios intensifican la brecha de desconfianza y temor con sus actitudes discriminatorias y prejuicios racistas. Además, prevalece en el sector una concepción tutelar y punitiva hacia los ciudadanos, a quienes clasifica como usuarios y considera ignorantes, desconociendo las capacidades que despliegan para velar por su salud, y atribuyendo la prevalencia de enfermedades a esa supuesta ignorancia y no a las precarias condiciones en que transcurren las vidas de esas personas desde siempre. A pesar de ello, las poblaciones que sufren exclusión anhelarían contar con postas y servicios públicos de salud adecuados y eficientes, si bien mayormente no reconocerían aún el derecho a la salud como uno de sus derechos ciudadanos.

“tenemos miedo hasta de preguntar o reclamar, por que si no para otra vez nos trata mal... por eso es que no nos quejamos, por miedo, preferimos callarnos” (grupo de mujeres, Villamayo, Huancavelica) .

La conciencia sobre las responsabilidades y los derechos, de ambos lados de la relación, es limitada. Las mujeres y varones de los poblados rurales en la sierra y ceja de selva manifestaron que no se atreven a reclamar cuando son mal tratados o la atención es deficiente. En localidades de costa y urbanas los grupos, particularmente los jóvenes y los varones, parecieran tener más claro que son portadores de derechos pero manifestaron que no le ven sentido reclamar a las autoridades ya que no se les escucha.

“... muchas veces hemos recurrido a ellos (la municipalidad) para que recojan la basura y nos solucionen el problema de los molinos y la laguna de oxidación pero no hacen nada” (grupo de jóvenes varones , A.H.8 de Diciembre, Piura)

Tampoco pudimos recoger en las entrevistas a médicos, enfermeras y personal de las postas y centros de salud expresión alguna que indicara la convicción o conciencia de que los/as usuaria/os son ante todo ciudadanos/as, que como tales son portadores de derechos –derechos a la salud, a un trato respetuoso y empático, a sus propias creencias y costumbres, a un servicio de calidad y efectivo – y que ellos, en su condición de servidores públicos, son los primeros en la línea de los llamados a asegurar que dichos derechos se hagan efectivamente realidad.

2.6 Implicancias de los hallazgos para las políticas públicas de salud

Los hallazgos de este estudio participativo, como los de estudios previos realizados con metodologías participativas también y /o con métodos cualitativos, levantan al debate una serie de temas de interés para quienes están pensando en las políticas publicas de salud y en las estrategias que el Estado Peruano debería diseñar y desplegar a fin de poder cumplir con su responsabilidad de hacer posible el ejercicio de su derecho a la salud por parte de las aun vastas poblaciones que sufren pobreza y excusión. Entre otros:

- La pertinencia de revisar y cuestionar la concepción de salud vigente en el Estado peruano, una concepción que denota ser etnocentrista y parcial, centrada en la enfermedad, que ignora que la salud es un estado integral de bienestar donde lo físico, lo emocional y lo social se conjugan y retroalimentan¹⁷, y que no toman en cuenta el conjunto de condiciones que influyen en la capacidad de conservar una salud plena o sufrir un deterioro permanente de la misma a lo largo de la vida. Las políticas de salud en este país aun se limitan a la provisión de servicios y medicinas, no se vislumbra una política integral que incluya, aun cuando no fuera bajo la responsabilidad del MINSA, la vivienda y el hábitat, oportunidades de acceder a un empleo digno e ingresos estables y suficientes, entre otros.
- La urgencia de reconocer la existencia y legitimidad atribuida por la población a sistemas de creencias, conocimientos y atención a la salud alternativos a la medicina moderna occidental (ó hipocrática), sistemas que se requiere identificar y poner en diálogo con el servicio público de salud, reconociendo que la población excluida y que vive en la pobreza ha recurrido tradicionalmente y aun recurre hoy a ellos porque confía en su efectividad y, por tanto, son merecedores de reconocimiento y respeto, y que el diálogo con sus practicantes podría ser enriquecedor para ambas partes, y de beneficio para el conjunto de la población.
- La importancia de repensar también en otros recursos no visibilizados ni valorados para la atención primaria de la salud: el hogar como el lugar donde se hereda y ejerce el buen sentido común y la sabiduría cotidiana para el tratamiento oportuno y eficaz de muchísimas enfermedades menores, y el rol de las mujeres en este cuidado primario de la salud familiar, rol que habría, por un lado, que potenciar reconociéndolo, revalorándolo y calificándolo con información y conocimientos complementarios, y de otro, respecto del cual habría que promover que se torne en una responsabilidad compartida entre los diversos miembros de la familia y que no siga viéndose como responsabilidad “natural” de las mujeres.
- La atención específica y adecuada a las familias que comprenden personas con condiciones particulares ó enfermedades crónicas que hacen a la familia más

¹⁷ Cabe señalar al respecto que recién hace un par de años se abrió en el Ministerio de Salud el servicio de atención a la salud mental para poblaciones víctimas de la violencia política y que dicho servicios no se ha extendido al conjunto de la población afectada aún.

vulnerable y su estabilidad económica, emocional y social más precaria. Se debería poner al debate la creación de programas de asistencia especial para estos casos: las familias con enfermos crónicos, discapacitados, etc deberían ser empadronados en sus postas/o y centros de salud más cercanos, y objeto de seguimiento periódico, atención preferente para medicamentos, etc. La descentralización de los servicios de salud y los presupuestos participativos abren oportunidades nuevas para pensar y debatir sobre este tipo de programas de apoyo especial y seguimiento permanente.

- En cuanto a la obligación del Estado de garantizar el acceso de las poblaciones que sufren exclusión a los servicios públicos de salud aparecen varios temas.

Frente las llamadas “barreras geográficas” que limitan el acceso a los servicios públicos afectando particularmente a las poblaciones rurales escasamente comunicadas: reconocer y habilitar las postas construidas por los mismos pobladores, calificar y asimilar al servicio público a los recursos locales de salud, trátase de curanderos y parteras y otros recursos tradicionales, o bien de promotores/as comunales de salud calificados por proyectos de desarrollo, programas estatales y eclesiales, etc. que se han venido multiplicando en las últimas tres décadas.

En relación a las barreras " económicas", se debe debatir sobre la ampliación del acceso a seguros de salud y políticas para la provisión de medicamentos a precios accesibles o costos muy reducidos para las poblaciones en pobreza y exclusión.

De cara a las llamadas “barreras culturales”: considerar la preferencia en la contratación de personal para la atención en las postas y centros de salud¹⁸ rurales a personas originarias de la misma comunidad o zona, y en caso de no haberlas con las calificaciones requeridas, exigir por lo menos que quienes trabajen en éstos niveles de atención tengan dominio del idioma nativo de la región y entendimiento y respeto a las pautas culturales tradicionales con relación a la salud y su cuidado,.

- Por último, lo más importante: la urgencia de mejorar la calidad de la atención en los servicios públicos, particularmente el trato hacia las personas de localidades

¹⁸ Las Postas y Centros de Salud son considerados establecimientos de primer y segundo nivel

donde se sufre pobreza y exclusión, como un tema de derechos humanos frente al cual el Estado Peruano está obligado y no puede ni debe rehuir su responsabilidad. Una oportunidad para reforzar la conciencia de los derechos de los ciudadanos a recibir un buen trato y atención eficaz, y de la responsabilidad de los servidores públicos a brindarlos, se abriría si se incorporase la Evaluación de Desempeño como requisito para la promoción laboral del personal del sector salud y si en dicha evaluación se considerase la opinión de las y los ciudadanos de la zona o algún otro mecanismo para hacer oír la voz de los usuarios.

III. Lecciones aprendidas sobre los aportes, las limitaciones y cautelas en el uso de metodologías participativas

En esta sección compartimos algunas dificultades que encontramos a lo largo de esta investigación, que se vinculan al hecho de no haber mantenido las investigadoras control sobre algunos de los procesos o elementos clave para asegurar el uso responsable de las metodologías participativas, sensible a y coherente con los desafíos identificados. La reflexión sobre dichas dificultades permitirá decantar las lecciones de la experiencia y establecer recomendaciones para hacer un mejor uso de dichas metodologías.

En primer lugar, vamos a referirnos a los equipos que llevaron a cabo el trabajo de campo y la calidad de sus contribuciones; en segundo lugar, hablaremos sobre la responsabilidad de las organizaciones que se asociaron a la iniciativa; culmina esta sección con una reflexión crítica respecto a la actuación propia y la responsabilidad personal y profesional frente a dichas dificultades y otras limitaciones de esta investigación. .

3. 1. Sobre los equipos de campo: conformación, entrenamiento, desempeño

La responsabilidad de conformar los equipos de campo fue dejada en manos de las organizaciones no gubernamentales que se asociaron a la iniciativa para llevar a cabo el estudio, siguiendo una pauta general establecida por las investigadoras principales, que señalaba que éstos debían ser mixtos en género y de preferencia multidisciplinarios, que

los integrantes debían tener dominio de la cultura e idioma local así como experiencia e inclinación personal por el trabajo cara a cara con la población.

Dos instituciones optaron por conformar equipos de cuatro personas, las otras dos sólo integraron tres personas a sus equipos de campo. El equipo de Huancavelica estuvo conformado por jóvenes ayacuchanos, dos hombres y dos mujeres, todos ellos quechua hablantes, con formación universitaria en carreras de ciencias sociales o afines, y con experiencia previa en trabajo de promoción rural. Se generó gran empatía entre ellos y los pobladores de Villamayo y Pachamarca, lo que redundó en que la población participara con entusiasmo en las dinámicas grupales y que tanto en éstas como en las entrevistas individuales que hicieron, se generase información muy rica que favoreció una comprensión más profunda sobre los temas del estudio.

El equipo de Piura, conformado por dos mujeres y un hombre, ninguno con formación profesional en ciencias sociales pero todos muy comprometidos con la realidad del campo piurano y con mucha sensibilidad hacia las condiciones de vida y recursos desplegados por esas poblaciones, consiguió también establecer relaciones de mucha empatía mutua y sus reportes son acordemente de muy buena calidad, completos y acompañados de buenas entrevistas que facilitan la profundización acerca de las percepciones y expectativas de los y las participantes tal como se expresaron en las dinámicas grupales.

El equipo de Lima Metropolitana, integrado por cuatro personas: una trabajadora social y un ingeniero, ambos trabajadores permanentes de la organización, y dos antropólogos (una mujer y un varón, colaboradores frecuentes de la organización), no logró en cambio generar relaciones significativas con las y los pobladores de los asentamientos humanos. Probablemente enfrentaron las condiciones más difíciles de trabajo: la población urbano-marginal de Lima Metropolitana trabaja desde muy temprano hasta muy tarde y muchos, mayormente los varones adultos, pasan muy pocas horas a la semana en sus localidades o barrios, lo cual limita la viabilidad de organizar dinámicas participativas con ellos en plazos cortos. Una limitación adicional fue que los integrantes del equipo no se instalaron a vivir en los asentamientos, como lo recomienda la metodología, en parte porque en esas zonas no habría facilidades para hacerlo, pero también por un factor que no se cuidó como debiera: algunos de ellos no se dedicaron a tiempo completo a la investigación, como se había establecido en el convenio firmado con la organización que los contrató.

No sorprende por tanto que a este equipo le haya sido difícil generar relaciones con los y las pobladores y que la participación de éstos en las dinámicas grupales haya sido irregular y limitada. Ello se refleja en sus informes de campo: breves, poco sustanciosos, dejan la sensación de que no generaron dinámicas más reflexivas y de debate que permitiesen profundizar la comprensión de los comportamientos, expectativas, desconfianzas, opciones de los pobladores urbano- marginales en relación a los servicios alternos de salud. En las palabras del equipo:

*“En el AH Huascarán la concurrencia a nuestros talleres no fue masiva. Las mujeres y los jóvenes participaron con más disposición. Los varones nos dieron su tiempo un domingo, que es el único día que permanecen más horas en su comunidad”
(Informe AH Huascarán, LM)*

El equipo reclutado en la región de ceja de selva, San Martín, también enfrentó condiciones difíciles para llevar a cabo el trabajo. Al principio tuvo cuatro integrantes, tres mujeres y un hombre, ninguno con formación en ciencias sociales y, al poco tiempo de iniciado el trabajo de campo, una de las mujeres se retiró, no necesariamente dejando un vacío en términos de su aporte profesional pero si generando un sentimiento de abandono en el resto del equipo, sentimiento que no es positivo para ningún equipo que está empezando una tarea que nunca antes ha realizado, en interacción con poblaciones que no conoce y con las que no tiene relaciones de confianza preestablecidas. En segundo lugar, le tocó a este equipo hacer el trabajo de campo en el asentamiento urbano marginal más pobre, precario, sucio e inseguro. Como en el caso del equipo de Lima, este equipo tuvo que enfrentar la desconfianza de la población y tratar de vencerla sobre la marcha, con apuro por la brevedad de los plazos y es probable, como también habría sido el caso del equipo de Lima Metropolitana, que los dirigentes y la población les hayan aceptado participar en las dinámicas más por cortesía que convencidos de su utilidad o atraídos por la promesa de pasar un buen rato conversando libremente sobre temas que no suelen conversar con sus vecinos más que en circunstancias excepcionales. Un factor limitante adicional parece haber sido que una de sus integrantes, obstetriz de formación, no supo controlar sus prejuicios contra los sistemas tradicionales de parto y atención a la salud, lo que habría condicionado las opiniones vertidas por los y las participantes en las dinámicas

grupales. Los informes de este equipo son dispares y reflejan las tensiones descritas¹⁹, pero algunas sus entrevistas individuales son ricas en contenidos.

El hecho de que dos equipos, justamente los que condujeron los diagnósticos participativos en los asentamientos urbano - marginales, no hayan logrado establecer relaciones de empatía con los y las pobladoras, implicó limitaciones serias para el análisis comparativo de los hallazgos por tipo de zona y por género. También es indicativo de la importancia de las actitudes y compromiso de los investigadores/as de campo, por encima, incluso, de las destrezas y formación profesional.

¿Cuánto de estas limitaciones pudieron haberse previsto y superado? La conformación de los equipos pudo haber sido mejor guiada y cautelada por las investigadoras principales. El entrenamiento de los equipos de campo también es un proceso clave en el cual se debe poner cuidado porque es allí donde se estimula el cambio de actitudes, el reconocimiento y revisión de prejuicios, la reafirmación del compromiso personal de los integrantes de los equipos. En el caso que nos ocupa, llevamos a cabo el entrenamiento de los equipos de esta manera:

Antes de iniciarse el trabajo de campo, organizamos un taller de siete días de duración durante el cual compartimos con los equipos los principios claves de la metodología participativa y les entrenamos en el buen manejo de las dinámicas, incluida una práctica en campo en un barrio popular de Huanta y en una comunidad campesina de la misma provincia. Luego de la práctica, los equipos tuvieron dos días más para compartir sus experiencias, reflexionar sobre las dificultades encontradas y escuchar recomendaciones de los compañeros e investigadoras más experimentadas sobre como enfrentar éstas.

Posterior a la culminación del trabajo de investigación en campo, y una vez que los equipos habían redactado la primera versión de sus informes, realizamos un segundo taller de reflexión – afirmación de destrezas con los equipos. En este segundo encuentro, los equipos presentaron los hallazgos de los diagnósticos participativos y compartieron las

¹⁹ Estos dos informes, además, no pudieron ser mejorados a la luz de las discusiones que tuvimos entre las investigadoras principales y los equipos, a mediados de junio del 2006, cuando todos los equipos ya habían culminado su trabajo de campo y sus primeros borradores, porque la institución que los contrató no estimó conveniente que todos los integrantes del equipo vinieran a la reunión y envió sólo a una de ellos, la cual se vió ante la responsabilidad de asumir el trabajo adicional de incorporar las sugerencias sola y sin apoyo de la organización contratante. Las versiones finales de los informes no exhibieron mayores cambios ni mejoras.

dificultades que habían experimentado, y realizamos juntos un primer análisis comparativo de los hallazgos en las ocho localidades, identificando los elementos comunes, las diferencias notorias y debatimos entre todos sobre los probables factores explicativos de las similitudes y diferencias ²⁰. Posterior a dicho taller, los equipos contaron con un plazo adicional para mejorar sus informes, teniendo mayor claridad sobre cómo hacerlo y el reconocimiento de que estos informes constituyen un insumo fundamental del informe final.

Reflexionando sobre el desempeño de los equipos y el entrenamiento inicial, concluimos que éste, originalmente considerado por nosotras como algo corto pero adecuado, tuvo una limitación seria por haber nosotras privilegiado la explicación y práctica de las técnicas en detrimento de un debate más a fondo sobre las perspectivas teórico-conceptuales que subyacen a las metodologías participativas y sobre la crucial importancia que tienen las actitudes y lenguajes que empleamos los que venimos de afuera cuando se trata de generar una relación de confianza, de mutua empatía, con las poblaciones que sufren exclusión ancestral en realidades como la de nuestro país. Ello sin duda fue un factor que contribuyó a que no se lograra en todos los integrantes de los equipos el mismo nivel de compromiso y comprensión profunda de las exigencias de la tarea que tenían por delante, error por el cual la autora de esta tesis asume personalmente la responsabilidad.

Como lección aprendida, cabe reafirmar que el uso de las metodologías participativas de una manera coherente con sus principios y apuestas descansa fuertemente en las actitudes y el compromiso ético del equipo humano que la implementa, siendo la destreza en el uso de las técnicas y las habilidades para estimular la conversación y para generar espacios de intercomunicación e interacción positiva un valor añadido, pero no tan importante como las actitudes. De allí, el sumo cuidado que se debe poner en el

²⁰ Los integrantes de los equipos tuvieron también oportunidad, en el mencionado segundo taller, para reflexionar sobre sus aprendizajes personales y afirmarlos. Nos interesa, a las investigadoras y a la institución que apoyó financieramente a la investigación, que los aprendizajes de esta experiencia no se queden sólo en las personas que estuvieron directamente involucradas en ella, sino que puedan ser sean apropiados por las organizaciones y personas comprometidas en la realización de los derechos de los excluidos, de allí el carácter de reafirmación de aprendizajes de mencionado taller, la presente tesis y otros esfuerzos similares de reflexión crítica que podamos seguir haciendo.

reclutamiento, conformación, entrenamiento y apoyo en campo y a lo largo de todo el proceso, a los integrantes de dichos equipos.

3.2 Sobre las instituciones contrapartes: responsabilidad y compromiso con el proceso y las apuestas en juego

Las organizaciones que ya vienen trabajando en las zonas de intervención, que conocen la(s) cultura(s) local(es) y tienen legitimidad ganada ante la población y autoridades locales son, según los autores, las mejor calificadas para emprender procesos de investigación participativa donde se apuesta a la construcción conjunta (intercultural) de conocimientos y propuestas para la intervención (Norton, 2002, Robb, 2002, Brock y McGee, 2002) .

Por ello, decidimos en este caso establecer convenios de mutua colaboración con instituciones con reconocida trayectoria y experiencia para que fueran ellas las que directamente implementasen el trabajo de investigación de campo. Así, una vez definidas las regiones, se convocó a las organizaciones miembros de Foro Salud, una red de la sociedad civil que trabaja por políticas de salud con enfoque de derechos, con trabajo reconocido en las zonas elegidas, a manifestar su interés en participar en dicho estudio. A las cuatro organizaciones seleccionadas se les transfirió un fondo que tal vez resultó pequeño pero que, de acuerdo a cálculos previos con los cuales las organizaciones estuvieron de acuerdo, consideramos sería suficiente para pagar los honorarios y gastos del equipo de campo, para que llevaran a cabo los diagnósticos participativos, uno en una localidad rural y el segundo en una población urbana o en un barrio popular.

La selección de las localidades específicas donde se llevaría a cabo la investigación (segunda etapa de la muestra) también fue dejada a la decisión de las propias instituciones, por considerar que sus conocimientos y criterios serían más informados que los de las investigadoras. Para orientar a las organizaciones en dicha selección se establecieron varios criterios, entre otros: a) para la localidad rural, que ésta debía quedar a por lo menos una hora de distancia, en el medio de transporte habitualmente empleado por los pobladores, del centro urbano más cercano. Otras características que debían tomar en cuenta: viviendas dispersas, escasos servicios públicos, ingresos familiares dependientes en medida significativa de actividades agro-pecuarias; y b) para el

caso de las localidades urbanas, se les pidió elegir un centro poblado con más de 2,000 habitantes y que tuviera carácter de centro político-administrativo, de preferencia capital de provincia o departamento, y en dicho centro poblado o capital provincial/departamental, y dentro de esta localidad, llevar a cabo el diagnóstico en un barrio popular donde sea mayoritaria la población de bajos ingresos²¹. No todas las organizaciones cumplieron estrictamente las recomendaciones dada por las investigadoras, lo cual tuvo como consecuencia una sobre representación del estilo de vida rural en la muestra y también que los barrios populares de las capitales de provincia no se encuentren representados en esta investigación.

Un segundo factor de responsabilidad de las organizaciones al cual ya nos hemos referido tiene que ver con la selección y gestión de los equipos de campo: se les pidió que reclutasen para este trabajo a promotores de campo con experiencia en la zona y sensibilidad y compromiso demostrados con las iniciativas de la institución: no todas entendieron o respetaron esta indicación, con las consecuencias ya descritas. Es indicativo que el equipo que mejor desempeño tuvo fuera aquel compuesto por jóvenes muy comprometidos con los procesos de cambio de la zona y que ya venían trabajando con la organización que les contrató en una serie de iniciativas dirigidas a favorecer el ejercicio de derechos de las poblaciones más excluidas. El segundo equipo en términos de calidad del aporte a la investigación fue reclutado personalmente por la directora de la institución, antropóloga con amplia experiencia, quien se movilizó personalmente al campo para apoyar y acompañar al equipo en su momento de inserción en la localidad rural. No se observó interés o compromiso similar en el reclutamiento y acompañamiento a los equipos de campo por parte de las otras dos organizaciones co-responsables de la investigación en campo.

Un momento en que el involucramiento de la organización es clave para la calidad del proceso participativo, se configura en torno a la entrega de los informes resultantes, donde se resumen los hallazgos y reflexiones de los participantes y el equipo de campo, a la población y sus autoridades. Este momento constituye una oportunidad para iniciar el diálogo y la inclusión de las voces de los participantes en el debate sobre las políticas de

²¹ Para el caso de Lima Metropolitana, se indicó que la muestra debía estar conformada por dos barrios urbano –populares, ubicados en el mismo distrito o no, pero donde, como en los otros casos, la institución socia no trabajase directamente.

salud a nivel local y/o regional. Sobre ello, mantuvimos conversaciones con los directivos de las cuatro organizaciones desde el contacto inicial y éstas convinieron en la importancia y cuidado que pondrían en dicha tarea. No obstante, no hemos recibido noticias claras de que ello se haya llevado a cabo más que en un caso, el de Huancavelica, donde las propuestas generadas por los participantes en los grupos fueron difundidas en programas radiales y alcanzadas directamente a las autoridades locales y la mayoría de la población a través de informes escritos y folletos de divulgación. De las otras tres organizaciones no fuimos informadas si cumplieron con esa parte del compromiso que, antes que con las investigadoras o la institución que dio el apoyo financiero, es con la propia población que dio su tiempo, compartió sus opiniones, y se esperanzó en que con ello podría contribuir a un cambio de algún tipo en algún momento.

Como lección aprendida, confirmamos que el interés genuino y el liderazgo demostrado por las organizaciones que asumen responsabilidades en este tipo de procesos participativos aparece como un factor crucial para responder adecuadamente a las exigencias éticas de las metodologías participativas. Es responsabilidad de las/os investigadores y promotoras de procesos participativos, cautelar que las organizaciones con las que se establecen socios cuiden y cumplan efectivamente con los compromisos adquiridos: reclutando y asegurando condiciones de trabajo y remuneraciones adecuadas a los equipos de campo; el retorno de los hallazgos e informes producidos a las poblaciones que participaron en el proceso y su elevamiento, por medios variados, a las autoridades locales, regionales y/o sectoriales implicadas en el diseño e implementación de políticas públicas orientadas al cumplimiento de las obligaciones del Estado de cara a los derechos de los ciudadanos excluidos. Esos aspectos del proceso participativo, cruciales para el avance de las apuestas políticas y promesas emancipadoras, no fueron objeto en este caso, de la cautela y cuidado que se requería.

3. Sobre las responsabilidades personales y profesionales

Algunos defensores de las metodologías participativas insisten en que los procesos de construcción participativa de conocimientos no pueden estar sujetos a control estricto por parte de sus promotores, sino que requieren ser abiertos, flexibles, justamente para invitar a la participación, para hacer lugar a la diversidad y a lo inesperado, y permitir su apropiación por parte de las poblaciones excluidas cuya inclusión se pretende facilitar

(Brock & Mc Gee, 2002; Norton, 2002). No obstante, a lo largo de este texto, hemos identificado momentos críticos en los que la falta de cuidado – por no decir control- por parte de las investigadoras ha redundado en prácticas que en vez de aportar al logro de las apuestas de fondo y a enfrentar con éxito los desafíos previstos, han contribuido a que el producto y los procesos generados pierdan calidad y se empobrezcan. Queda abierto al debate y a la reflexión compartida, la tensión o equilibrio deseable entre la apertura del proceso y el control sobre los factores claves que inciden en el mismo. Sobre el mismo tema ya hemos avanzado algunas reflexiones autocríticas más arriba, al analizar el aporte de los equipos promotores en campo y el rol jugado por las organizaciones que se asociaron a la iniciativa de investigación participativa materia de esta discusión.

Nos interesa reflexionar ahora sobre la responsabilidad de quien asume la tarea de sintetizar los resultados de las dinámicas participativas y la autoría de los informes escritos que dan cuenta de los procesos y hallazgos para su divulgación más amplia. El tema remite a un desafío epistemológico de fondo: ¿es posible generar procesos de construcción de conocimientos y propuestas para/con poblaciones que sufren exclusión social, política, económica, cultural? ¿Puede una investigación participativa contribuir a que las voces de los excluidos se agreguen y se hagan escuchar más fuertemente?

Retomo acá una distinción de Norton (2001) quien encuentra en los diagnósticos participativos de pobreza llevados a cabo por organismos de desarrollo internacional en la última década, dos dimensiones que sostiene deberían analizarse separadamente: la dimensión de aporte al conocimiento y la dimensión política. Sobre la primera dimensión, concluye el autor que hay un aporte indudable, que la investigación con métodos participativos arroja luces sobre la multidimensionalidad de la pobreza y los complejos arreglos sociales, políticos, culturales o simbólicos, que facilitan su reproducción, aspectos que no son fácilmente captados por investigaciones que emplean otro tipo de métodos de investigación. En este sentido, el caso que hemos analizado en esta tesis reafirmaría la opinión de Norton: se generó en esta investigación abundante información, rica en sugerencias, sobre las percepciones y expectativas de las poblaciones participantes, en relación a su salud y el cuidado de la misma, información que ha sido contrastada con la generada por investigaciones previas y sometida a control por expertos, afirmándose su confiabilidad. Persiste, empero, el desafío epistemológico: ¿este texto: trasmite las voces de las poblaciones excluidas del Perú?

La pregunta remite a la segunda dimensión o la apuesta política: la que alude a "la posibilidad de crear espacios para el empoderamiento, negociación e influencia de los pobres, en las políticas que los afectan" (Norton, 2002: 16). Es claro que eso no sucedió en esta ocasión. Los esfuerzos para generar tales dimensiones políticas del proceso participativo no fueron suficientes, en parte porque el desarrollo de un proceso con tales características depende, en mucho, de que tales esfuerzos estén inscritos en el contexto más amplio de la organización, articulación y movilización de redes y colectivos de la sociedad civil orientada a entablar una relación propositiva y vigilante en relación a las políticas y programas sociales que el Estado implementa como estrategia para cumplir con sus obligaciones frente a los derechos humanos para todos sus ciudadanos. De otra parte, queda en duda si tal apuesta política tiene viabilidad desde procesos que apuntan fundamentalmente a mejorar la comprensión de una problemática tal cual es vivida/interpretada por un sector de población. Lo planteamos así, como duda, porque no hemos encontrado evidencia en los autores que tratan sobre estas metodologías de que ello haya sucedido alguna vez.

Las lecciones aprendidas por la experiencia de investigación descrita reafirman, en ese sentido, la cautela y la responsabilidad personal que debemos poner a lo largo de todo el proceso de investigación y, en particular, en el ordenamiento de los hallazgos y la producción de informes, cuidando de no pretender ser los portadores de las voces de los excluidos y, a la vez, procurando respetar la riqueza de sus conocimientos y saberes y la lógica particular de su pensamiento. Mantener, en suma, el compromiso con las poblaciones que sufren exclusión, de promover mediante el discurso que gracias a ellos los investigadores sociales podemos generar, su derecho a tener opinión propia y que sus creencias y conocimientos sean considerados legítimos, a generar propuestas y a participar en procesos de negociación y decisión sobre las políticas que los afectan.

Lima, Septiembre 2007

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**AMARES**

- 2003 Salud e Interculturalidad: estudio diagnóstico
Lima: Programa de Apoyo a la Modernización del Sector salud y Aplicación en una región del Perú (AMARES)

AMARES- MINSA

- 2005 Salud mental: tarea compartida
Ayacucho: Programa de Apoyo a la Modernización del Sector salud y Aplicación en una región del Perú (AMARES)

ANDERSON, Jeanine

- 2001 Tendiendo Puentes: Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud
Lima: Manuela Ramos

ANGULO TUESTA, Flor de Belén

- 2002 Hablan las mujeres de San Martín: género y salud reproductiva
Lima: Manuela Ramos

ARIAS, Rosario; ARAMBURU, Carlos Eduardo.

- 1999 Uno empieza a alucinar... percepciones de los jóvenes sobre sexualidad, embarazo y acceso a los servicios de salud, Lima, Cusco e Iquitos
Lima: Redess Jóvenes – Fundación Summit

BROCK, K & McGEE, Rosemary

- 2002 Knowing poverty: critical reflections on Participatory Research and Policy
London: Earthscan

CACERES, Carlos F. (ed)

- 1999 Nuevos retos: investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva d los jóvenes del Perú
Lima: Redess Jóvenes.

CASTELLON, R. y LAPLANTE, L.

- 2005 Exigiendo el derecho a la salud mental: los afectados por el conflicto armado interno en el Perú
Lima: CIES

CHAMBERS, Robert

- 1997 Whose relaity counts? Putting the first last
London: ITDG

- CHAMBERS, Robert
2002 "Power, knowledge and policy influence: reflections from an experience" en BROCK, K y McGEE, R., 2002, *Knowing poverty: critical reflections on Participatory Research and Policy*, London: Earthscan
- CORCUERA, R., HIDALGO, C., QUINTANA, A.
2006 *Exigibilidad del derecho a la salud*
Lima: CIES
- CORNWALL, Andrea
1992 *Los mapas del cuerpo: su uso en los talleres DRP enfocados a la salud*
Lima: Universidad peruana Cayetano Heredia, Diploma Internacional de Derechos Humanos en Salud (mimeo)
- DE BARBIERI, Teresita
1993 "Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica", en DEBATES en Sociología No.18, Facultad de CCSS, PUC.
Lima: PUC
- DE SOUSA SANTOS, BOAVENTURA
2006 *Conocer desde el Sur: para una cultura política emancipatoria*,
Lima: UNMSM – Programa de Estudios sobre Democracia y transformación Global
- DFID
2000 *Haciendo realidad los derechos humanos para los pobres: estrategias para lograr las metas del desarrollo internacional*
Londres: DFID
- D'ANGELO, Gustavo
2005 "Aportes del enfoque de derechos al desarrollo", en CARE - Oxfam GB- DFID, *Haciendo realidad nuestros derechos*, Lima.
- ESCOBAR, Arturo
2004 "Mundos y conocimientos de otro modo": el Programa de Investigación de modernidad/ colonialidad Latinoamericano. Ponencia presentada al Tercer Congreso Internacional de Latinoamericanistas en Europa, Ámsterdam, Julio, 2002. Publicado en inglés en *Cuadernos del CEDLA*, No 16, 2004.
- ESTIVILL, Jorge
2003 *Panorama de la lucha contra la exclusión social: conceptos y estrategias*, Ginebra: SEP -OIT
- FERRANDO, D. y Ulloa, P.
2005 *Espaciamiento óptimo entre nacimientos: conocimientos, opiniones y actitudes en distritos de La Libertad*, Lima: Cathalyst Consortium, AGROVIDA.

- FERRANDO, D. y Manrique de Lara, C.
2004 Espaciamiento óptimo entre nacimientos: conocimientos, opiniones y actitudes en comunidades de Loreto, Perú
Lima: Cathalyst Consortium, ADAR
- FRANCKE, Marfil
2005 "Sobre las metodologías participativas y su aporte a la investigación social", separata del Curso Investigación para la Gerencia Social II, Maestría de Gerencia Social,
Lima: PUC (mecanografiada)
- FULLER, Norma
2005 Interculturalidad y políticas: desafíos y posibilidades
Lima: Red para el desarrollo de las Ciencias Sociales
- GODENEZZI, Juan Carlos (comp)
1996 Educación e Interculturalidad en los Andes y la Amazonía.
Cusco: CERA Bartolomé de las Casas.
- IRIGOYEN F., Soraya
2002 Investigación bibliográfica sobre estudios de sexualidad de la mujer rural
Lima: CMP Flora Tristán
- LOAYZA CONDORI, Fernanda
2003 Voces de Mujeres de Huancavelica: género y salud reproductiva
Lima: Manuela Ramos
- MINSA - CARE
2006 Carta de la salud: escuchando la voz de la población
Lima: MINSA
- MINSA – CARE
2006 Ayacucho: respuesta a la carta de salud
Lima: MINSA
- NORTON, Andy et al
2001 A rouge guide to PPAs (Participatory Poverty Assesment), an introduction to theory and practice,
London: Overseas Development Institute
- PEDERSEN, Duncan et al
2001 Violencia política y salud en las comunidades alto andinas de Ayacucho, Perú
Ponencia presentada en la VI Conferencia latinoamericana de Ciencias Sociales y Salud

Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia

- PEREZ, F., QUINTANA, A. HIDALGO, C. DOURJOJEANNI, D.
2003 Sexualidad y mujeres jóvenes: negociación, protección y placer
Lima: IES
- POLIA M. Mario
1996 Despierta, remedio, cuenta: adivinos y médicos del ande
Lima: Fondo editorial de la Pontificia Universidad católica del Perú
- QUINTANA, A., VASQUEZ DEL AGUILA, E.
1997 Construcción social de la sexualidad adolescente: género y salud sexual
Lima: IES
- OPS – OMS,
1978 Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud de Alma Ata, 6 – 12 Septiembre 1978, URSS
En: <http://www.ops.org>
- ROBB, Carolina
2002 ¿Pueden los pobres influenciar las políticas? Evaluaciones participativas de la pobreza en el mundo del desarrollo
Bogotá: Alfa-Omega – Banco Mundial
- RUIZ BRAVO, Patricia
2003 Identidades femeninas y propuestas de desarrollo en el medio rural peruano, Tesis de Doctorado,
Université Catholique de Louvain
- SCOTT, Joan
1990 “El género: una categoría útil para el análisis histórico” en AMELANG y NASH, Historia y Género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea,
Madrid: Ediciones. Alfonso el magnánimo
- SUBIRATS HUMET, J. & GOMÀ, R. (dir)
2003 Un paso más hacia la inclusión social. Generación de conocimiento, políticas y para la inclusión social. Madrid: Plataforma de ONGs - IGOP

- THEIDON, Kimberly
2004 Entre prójimos: el conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú
Lima: IEP
- VALLENAS, Sandra, VALVERDE, Rocío et al.
2001 Vivir la tuberculosis: estudio socio antropológico de la tuberculosis en dos zonas de alto riesgo en Lima: San Cosme y El Agustino.
Lima: MINSA, Proyecto Vigía, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.
- VIA HUERTA, Gladis et al
2003 Así son l@s jóvenes: conocimientos, percepciones y prácticas de salud sexual y reproductiva en el distrito de Villa El Salvador y Villa María del Triunfo
Lima: FOVIDA
- WORLD HEALTH ORGANIZATION & WORLD BANK,
2002 “Dying for change: poor people’s experience of health and ill-health”,
en www.worldbank.org/prem/poverty/voices/reports/dying/dyifull2.pdf
(consultado por última vez el 12/2/2007)
- YON, Carmen
2000 Hablan las mujeres andinas: preferencias reproductivas y anticoncepción
Lima: Manuela Ramos