



**MASTER EUROPEO EN ESTUDIOS LATINOAMERICANOS:
DIVERSIDAD CULTURAL Y COMPLEJIDAD SOCIAL**

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

DEPARTAMENTO DE HISTORIA MODERNA

**INTERCULTURALIDAD EN LA SALUD REPRODUCTIVA DE MUJERES
CAMPESINAS DE MOLLE MOLLE-HUANOQUITE-PARURO-CUSCO-
PERU.**

TESIS DE MAESTRIA

Alejandra Ttito Tica

Directores:

Dra. Marta Elena Casaus Arzú

Dr. Manuel Álvaro Dueñas

Madrid, 2008



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

DEPARTAMENTO DE HISTORIA MODERNA

**MASTER EUROPEO EN ESTUDIOS LATINOAMERICANOS: DIVERSIDAD
CULTURAL Y COMPLEJIDAD SOCIAL**

**INTERCULTURALIDAD EN LA SALUD REPRODUCTIVA DE MUJERES
CAMPESINAS DE MOLLE MOLLE-HUANOQUITE-PARURO-CUSCO-PERU**

ALEJANDRA TTITO TICA

Universidad Autónoma de Madrid

TESIS DE MAESTRIA

**INTERCULTURALIDAD EN LA SALUD REPRODUCTIVA DE MUJERES
CAMPELINAS DE MOLLE MOLLE-HUANOQUITE-PARURO-CUSCO-PERU**



Presentada por: Antrop. Alejandra Ttito Tica

Asesores: Dra. Marta Elena Casaus Arzú

Dr. Manuel Álvaro Dueñas

**Master Europeo en Estudios Latinoamericanos:
Diversidad Cultural y Complejidad Social**

Facultad: Filosofía y Letras

Departamento: Historia Moderna

Universidad Autónoma de Madrid-España

Conocimientos, experiencias y el sentir a través de la palabra de las mujeres campesinas cuzqueñas. Unidas para defender sus derechos y respeto a una digna salud sexual reproductiva.

Hawallaqta chakra llank'aq warmikunaq kawsaynin, rimarynin, yachaynin. Huñunasqa, derechunku chaninchachinankupaq, mañana saruchasqa kanankupaq, mamakayninku saminchasqa kananpaq.

RECONOCIMIENTOS

Expreso mi profundo reconocimiento y gratitud a la Fundación Ford, por haber financiado mis estudios de Maestría en la Universidad Autónoma de Madrid; especialmente a sus monitores, Jorge Reyes, Lula Álvarez, Anita Rojas y Elsa Gallardo.

Mi agradecimiento a mis padres Demetrio y Emilia, por sus esfuerzos incansables para la formación de sus hijos e hijas. Hoy pudimos aportar con esta tesis en el campo científico. A los pueblos indígenas y campesinos del cual soy originaria. De igual modo va mi gratitud a mi esposo y colega Mag. Máximo Cama Ttito por su ayuda en la transcripción de las entrevistas y apoyo constante en la investigación. A mis queridos hijos, Máximo Gorky estudiante de Antropología, por su apoyo en la toma de fotos, a Nieves Alejandra estudiante de Farmacia y Bioquímica por su colaboración en la revisión de redacción, a Percy Alfredo estudiante de turismo por su apoyo moral para el avance del trabajo. Finalmente, a José Carlos estudiante secundario del Colegio Fe y Alegría No 20 por su comprensión durante mi ausencia. También a mis agradecimientos a hermanos, Alejandro y esposa Nelly Salazar, a Eleuteria, docentes de la carrera Profesional de Físico Matemáticas. A mi hermano Cornelio y Antonia profesora de lengua y literatura, por su constante motivación desde la distancia, para el logro de mí objetivo.

Así mismo mi gratitud a mis asesores Dra. Marta Elena Casaus y al Dr. Manuel Álvaro, por su perseverante apoyo y aportes como investigadores experimentados. A la Dra. Pilar Montero por haberme permitido compartir sus conocimientos sobre el tema, durante la estancia de investigación en el Instituto de Estudios Universitarios de la Mujer – UAM. A

todos los profesores que tuve la oportunidad de conocer y aprender de sus sabias enseñanzas. Así mismo a mis compañeros que estudiaron conmigo el Master Europeo en Estudios Latinoamericanos: Diversidad Cultural y Complejidad Social. En especial a mi amiga Vilma Quispe que estudió en la Universidad Complutense de Madrid. Finalmente, mi reconocimiento especial a las mujeres campesinas informantes y a la comunidad campesina de Molle Molle, quienes hicieron posible hacer la presente investigación.

Gracias al IUEM por haberme dado la oportunidad de realizar las prácticas de investigación, en el hospital de La Paz (Madrid). Los datos van en anexo como referencia, la misma que me permitió hacer una analogía de la percepción de las madres inmigrantes latinoamericanas en relación a atención del parto y los cambios en los patrones culturales.

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	29
OBJETIVO GENERAL	29
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
JUSTIFICACIÓN	30
HIPÓTESIS	32
MARCO TEÓRICO	33
MARCO CONCEPTUAL	64
METODOLOGÍA	73
GUIA DE TRABAJO DE CAMPO	75
ASPECTOS GENERALES DE LA COMUNIDAD MOLLE MOLLE	77
CAPÍTULO I	85
1. MATERNIDAD EN LA COMUNIDAD CAMPESINA MOLLE MOLLE	85
1.1. REFERENCIAS HISTÓRICAS SOBRE EL PARTO	85
1.2. PERCEPCIONES DE LAS MUJERES CAMPESINAS SOBRE EL EMBARAZO	87
1.3. DIAGNÓSTICO O SEÑALES DEL EMBARAZO	91
1.4. CUIDADOS DURANTE EL PERIODO DE GESTACIÓN	93
1.5. ALGUNAS PROHIBICIONES Y LIMITACIONES DURANTE LA GESTACIÓN Y EL PARTO	94
1.6. CÓMO SABER QUE EL PARTO ES INMINENTE	96
1.7. ATENCIÓN DE PARTO DOMICILIARIO EN LA COMUNIDAD	98
1.8. PLANTAS MEDICINALES Y TÉCNICAS TRADICIONALES QUE FACILITAN EL PARTO DOMICILIARIO.....	107
1.9. ALGUNAS COMPLICACIONES Y RIESGOS DEL PARTO DOMICILIARIO	109
1.10. TRATAMIENTO DE LA PLACENTA EN LAS FAMILIAS CAMPESINAS	112
1.11. ATENCIÓN Y CUIDADOS DE POSPARTO EN LAS FAMILIAS CAMPESINAS	115
1.13. ALIMENTACIÓN DE LA MADRE DURANTE EL POSPARTO	121
1.14. PARTICIPACIÓN DE LA PAREJA EN EL PARTO Y POSPARTO.....	123
CAPITULO II	125
2. PERCEPCIÓN DE MUJERES CAMPESINAS SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD... 125	
2.1. CAPTACIÓN Y CONTROL DE GESTANTES	125
2.2. DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO EN EL CENTRO DE SALUD.....	127
2.3. MAMAWASI: UNA ESTRATEGIA DE “ADECUACIÓN CULTURAL”	128
2.4. SEGURO INTEGRAL DE SALUD “OTRA ESTRATEGIA DE ADECUACIÓN CULTURAL”	133
2.5. ATENCIÓN DEL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD	135
2.6. PERCEPCIONES SOBRE LA POSTURA HORIZONTAL	144
2.7. ATENCIÓN DEL POSPARTO EN EL CENTRO DE SALUD	146
2.8. ALIMENTACIÓN DURANTE EL POSPARTO EN LOS HOSPITALES	149
2.9. TRATAMIENTO DE LA PLACENTA EN LOS CENTROS DE SALUD	150
2.10. PERCEPCIONES DE LAS MUJERES CAMPESINAS SOBRE EL PARTO INSTITUCIONALIZADO	151
2.11. RIESGOS A LOS QUE SE EXPONEN LAS MUJERES	156
2.12. PARIR ES UN DERECHO	158
CAPITULO III	164

3. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN LAS UNIDADES FAMILIARES CAMPESINAS	164
3.1. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO	164
3.2. FAJADO DEL RECIÉN NACIDO	168
3.3. LACTANCIA MATERNA	171
3.4. EL DESTETE	175
3.5. JUGUETES DE LOS NIÑOS	176
3.6. ENFERMEDADES CULTURALES QUE ATACAN AL RECIÉN NACIDO HASTA LOS DOS AÑOS	178
3.6.1. <i>El mal de ojo</i>	180
3.6.2. <i>Malos vientos</i>	180
3.6.3. <i>Ñuñupasqa</i>	181
3.6.4. <i>Qhayqa</i>	182
3.6.5. <i>Larphasqa</i>	183
3.6.6. <i>Aya orejo</i>	184
3.6.7. <i>Wayra orejo</i>	185
3.6.8. <i>Phasku</i>	186
3.6.9. <i>Amaychura</i>	186
3.6.10. <i>Susto o mancharisqa</i>	187
3.7. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN EL CENTRO DE SALUD.....	188
CAPÍTULO VI	192
4. TUWINTI, FETO AGRESIVO Y MORTALIDAD MATERNA.....	192
4.1. HIJOS DE LOS GENTILES O SOQAS	192
4. 2. EL TUWINTI O FETO AGRESIVO.....	196
4.3. MORTALIDAD MATERNA:	200
4.3.1. <i>Mortalidad materna en el Perú</i>	200
4.3.2. <i>Mortalidad materna en las comunidades campesinas</i>	203
4.3.3. <i>Caso de muerte materna en un Centro de Salud</i>	206
CAPÍTULO V	211
5. PARTERAS Y PROMOTORES EN LA ATENCION DE LA SALUD REPRODUCTIVA	211
5.1. PARTERAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO	211
5.2. CONOCIMIENTOS TRADICIONALES SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO	215
5. 3. PROMOTORES DE SALUD EN LAS COMUNIDADES	219
CAPÍTULO VI	224
6. PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS COMUNIDADES CAMPESINAS	224
6.1. PERCEPCIÓN SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	225
6.2. LOS ANTICONCEPTIVOS TRADICIONALES EN LAS COMUNIDADES CAMPESINAS	239
ANÁLISIS DE RESULTADOS	242
CONCLUSIONES.....	247
RECOMENDACIONES.....	249
BIBLIOGRAFIA	252
ANEXOS	256

INTERCULTURALIDAD EN LA SALUD REPRODUCTIVA DE MUJERES CAMPELINAS DE MOLLE MOLLE- PARURO – CUSCO – PERU

INTRODUCCIÓN

Nuestro país, pluricultural, multiétnico y plurilingüe permite que su riqueza cultural origine todo un sistema de concepciones, en torno al embarazo, parto y puerperio. Por lo tanto, cada grupo humano crea y recrea todo un sistema de conocimientos y prácticas que le dan significado a su propia existencia, y al mundo que lo rodea. Este contexto plantea la necesidad de entender a la mujer en relación a su salud reproductiva sin dejar de lado su tradición cultural. Es así que las zonas rurales del Perú muchas mujeres optan por el parto atendido por parteras, en su propia casa y de acuerdo a sus conocimientos y costumbres.

La medicina científica, basada en el conocimiento experimental y técnico moderno y la tradicional o popular, fundada en el uso de técnicas, procedimientos y concepciones culturalmente adecuadas; interactúan en un determinado contexto cultural. No obstante, la que predomina es la medicina científica, que no toma en cuenta la tradicional que también es producto de cientos de años de experimentación, y que la legislación no reconoce.

Esto hace que los programas de atención de la salud en general y en particular el programa de salud reproductiva y planificación familiar impuestas a la población campesina, generen resistencia y conflictos, en la atención del parto en los Centros de Salud. Las mujeres gestantes no concurren a los controles prenatales en forma voluntaria. Lo hacen obligadas por el personal de los Centros de Salud y por temor a las sanciones establecidas. Esto hace que las familias campesinas critiquen y desapruében la atención de la salud reproductiva y planificación familiar, y por ende la medicina occidental.

Los resultados de la investigación señalan que, las mujeres atendidas en los Centros de Salud, se sienten “enfermas”, debido a la deficiente atención que recibieron durante el parto. Muchas de ellas testimonian haber quedado inválidas para el trabajo físico agropecuario.

Así mismo constaté que las mujeres campesinas, son objeto de discriminación por pertenecer a la cultura quechua y por ser analfabetas. Estos hechos se demuestran en el trato paternalista de los empleados, al utilizar adjetivos como: “mamachas”, “hijas”, “doñitas”¹. En las oficinas de las instituciones burocráticas, no son atendidas oportunamente, las postergan diciéndoles: “vuelve mañana, hay muchos que atender, no está la enfermera”. Priorizan a personas que van bien ataviadas, particularmente a las mestizas regularmente vestidas.

El personal técnico del Centro de Salud², las obliga a asistir, imponiéndoles multas pecuniarias y en productos agrícolas o trabajo gratuito del esposo para el Centro de Salud. Además de negarles el certificado de nacimiento del neonato para su inscripción en el registro civil. Los esposos que se resisten a pagar, son denunciados ante las autoridades locales y comunales. La presente investigación recoge las diversas percepciones de las mujeres gestantes. Así mismo de algunas autoridades locales, comunales, lideresas, parteros y promotores de salud, sobre la atención de la salud reproductiva.

Una obligación por parte del personal del sector salud es que las mujeres gestantes concurren al Centro de Salud del distrito para el control y atención del parto. Este hecho es cuestionado en las comunidades, particularmente por las mujeres campesinas, que consideran una agresión y discriminación cultural, violación a los derechos humanos y que va en contra de sus costumbres. Así mismo el traslado involuntario de las madres a los “mamawasis”³ genera el abandono temporal de la familia campesina, hecho que repercute en la salud de la misma madre.

¹ Diminutivos que utilizan los profesores, médicos y enfermeras rurales, cuando se dirigen a campesinas quechua hablantes de baja condición social y económica.

² En el ámbito distrital los Centros de Salud se encuentran representados por un médico. En lugares más alejados, las Postas de Salud cuenta con auxiliares.

³ Casa maternal promovida por el ministerio de salud.

En el Centro de Salud de Huanquite, antes Puesto de Salud, jurisdicción del distrito del mismo nombre, provincia de Paruro del departamento Cusco - Perú; las parturientas que provienen de las comunidades alejadas, como de Arabito, Corcor, Huanca Huanca, Rocoto, Quencconay, etc., tienen que permanecer en el distrito dos o tres días, a veces una o dos semanas, algunas de ellas hasta un mes, esperando el parto. Muchas mujeres gestantes acuden a los “mama wasis”, acompañadas por sus esposos dejando abandonadas sus casas, hijos menores y animales. Se instalan en estos locales, trayendo productos agrícolas, leña y algunos utensilios de cocina para preparar sus alimentos. Permanecen en el “mama wasi”; preocupadas pensando en su familia, la seguridad y el bienestar sus casas y animales.

Algunas mujeres recurren donde sus compadres o amigos para ayudarlas en labores domésticas a cambio de alojamiento y comida. Se considera como un traslado involuntario de toda la familia campesina a un medio extraño, hecho que se constituye en una forma de agresión cultural, generándose conflictos. Las gestantes viven en el “mama wasi”, preparan sus alimentos y duermen en un solo ambiente, carecen de privacidad y sus esposos, pasan la noche en otro lugar. Durante el día los esposos, que no tienen nada que hacer, pasean por las calles y plazas del distrito. En caso que no se produzca el parto, vuelven a sus casas. Las aldeas de donde provienen, quedan a uno o medio día de caminata.

Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. Pero en la práctica no son tomados en cuenta, y como consecuencia se producen conflictos interculturales.

Por otro lado, podemos decir que:

“La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo por factores como el insuficiente conocimiento sobre la sexualidad, deficiente información, servicios insuficientes, deficiente calidad de atención en los Centros de Salud. En el Perú en

mujeres pobres y excluidas. La negación del derecho a la salud materno-infantil”, se concluye:

“En el 2000 sólo un 59 por ciento de los nacimientos fue atendido por profesionales de la salud. Ibidem, Pág. 134-135. Si bien en el 2004, este porcentaje aumenta al 71 por ciento, en las zonas rurales sólo el 43 por ciento de los partos fueron atendidos por profesionales de la salud”.

Para tener una mejor referencia sobre el tema a estudiar, mencionaremos a algunos investigadores, obras salud y enfermedad: su problemática en México de Rudy Pérez Tamayo.

Igualmente, la investigación de Tristan Platt sobre El feto agresivo, parto, formación de la persona y mito e historia en los andes, que es un aporte capital, que recoge las percepciones de las mujeres aymaras en Bolivia, que servirá para hacer el análisis y reflexiones sobre la importancia del conocimiento de la medicina andina en la atención de la salud reproductiva. Igualmente, el aporte de Marta Elena Casaus en Diagnostico del racismo en Guatemala, que habla sobre la discriminación de las mujeres indígenas por género, raza, cultura. En la actualidad están latentes y que es considerado como una lacra que frena el desarrollo de las poblaciones afectadas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años se han realizado eventos importantes en relación a la salud reproductiva, como la Conferencia Internacional sobre población y desarrollo CIPD (EL Cairo, 1994), y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la situación de la Mujer (Beijing, 1995). En las cuales se construyó el concepto sobre la salud reproductiva, definiéndolo como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades relacionadas con los sistemas reproductivos. A partir de los cuales, se hicieron algunas recomendaciones a los países para la elaboración de una estrategia nacional. La misma que permita el acceso universal y en condiciones de igualdad a los servicios de atención primaria de salud y la salud sexual y reproductiva.

En Perú, acatando estas recomendaciones internacionales, en julio de 1992, el gobierno de Fujimori declara la “Década de la Planificación Familiar” y promulga el Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de la Familia 1992–1995, que reemplaza al Programa Nacional de Planificación Familiar 1988–1991. A través de este programa, buscaban “contribuir al crecimiento racional y ordenado de la población y al mejoramiento de su salud reproductiva, mediante acciones de prevención del riesgo obstétrico y reproductivo de sus habitantes”. La misma que iba acompañada de la investigación participativa de género, cultura y educación.

Estos antecedentes nos conducen a pensar que estamos frente a un problema cultural, ideológico y político. Los programas de salud reproductiva o planificación familiar promueven estilos de vida que se contraponen a la cultura andina. Como es lógico, las poblaciones campesinas no aceptan, en otros casos, se resisten rechazando la intervención del sistema de salud oficial, en las comunidades. Por lo tanto, nos encontramos frente a un problema de carácter dicotómico entre los sistemas médicos tradicional y moderno. La medicina tradicional tiene su propio sistema de atención, sus categorías especiales para identificar enfermedades, constituyen un sistema de conocimientos y están dotados de una tecnología médica particular. Hay que deducir que los sistemas médicos modernos son también sistemas de conocimientos culturales y simbólicos. Por lo tanto, tenemos que entender esta problemática en forma integral.

En la actualidad podemos constatar que las mujeres indígenas o campesinas, son discriminadas por pertenecer a la cultura quechua. Los funcionarios del sistema de salud pública las consideran personas pasivas y analfabetas. Hechos que se expresan en el trato personal paternalista, al utilizar palabras como: “hijas”, “doñitas”. No las atienden oportunamente, las postergan diciéndoles frases como: “espera, vuelve más tarde, mejor mañana, hay muchos que atender”, priorizando a otras mujeres mestizas que están regularmente ataviadas.

Las mujeres campesinas gestantes desconfían y se resisten de ir a los Centros de Salud de sus distritos por el maltrato que reciben y la discriminación social y cultural de la cual son víctimas. Hechos que nos conlleva a plantearnos las siguientes interrogantes:

Por ejemplo, en el Perú cuando el régimen de Fujimori, a las mujeres en los Centros de Salud les introducían dispositivos intrauterinos. Les ligaban las trompas, o inyectaban algo para evitar que tengan más hijos. El gobierno de ese entonces causo la muerte de miles de mujeres. En lugar que el Estado en estos centros les apoye, solo hallaron la muerte. Como consecuencia de ello, muchos huérfanos y algunos hogares, se desintegraron, constituyéndose en un acto totalmente deleznable. Un grave atentado a los derechos humanos, causa suficiente que los familiares de estas mujeres, planteen otro juicio al ex presidente.

“También hay que considerar que muchos servicios de salud reproductiva no dan información adecuada, sobre la necesidad de controles periódicos para prevenir dichos males, cuando las mujeres acuden a sus controles pre y postnatales. Esto es así, porque un sector de prestadores de los servicios aún arrastra una visión restringida de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, muy ligada a la procreación, no siendo considerado en forma integral otras necesidades que apuntan al bienestar en general, a pesar que las normas dictadas por el Ministerio de Salud digan lo contrario.” (Ramos Padilla M. 2006: 207)

De acuerdo al autor, los profesionales de la salud o los prestadores de servicios, carecen de una visión completa y lógica de la salud sexual y reproductiva de las mujeres del medio rural. Nunca entenderán que cuando se encuentran en los hospitales, esperando y esperando; ellas se preocupan mucho de su familia, porque en esos días, la familia se divide en dos unidades. Mientras tanto, los niños que quedaron en casa, se sienten desamparados y de igual manera el poco ganado que tienen es proclive a robos.

“Esta estrategia no toma en cuenta el bienestar del hombre mismo y de las relaciones equitativas, afectivas y armónicas con la pareja y los beneficios de la participación

del varón en la crianza de los hijos. Otra variante es sólo considerar los beneficios en la salud sexual y reproductiva y en general en el bienestar de las mujeres, que traería la mayor responsabilidad asumida por los varones en la sexualidad, procreación y crianza de los hijos. Pero, no basta con reconstruir la participación de los varones en la salud de las mujeres, sino que es necesario imaginarlos como actores con sexualidad, salud y reproducción y con necesidades concretas a ser consideradas, tanto en la interacción con las mujeres, como en el proceso de construir su identidad masculina y su salud. Hay otros problemas cruciales que las políticas de salud reproductiva contemplan muy poco, y que tienen significados y repercusiones diferentes para hombres y mujeres, precisamente por las construcciones de género. Uno de estos problemas es la infertilidad, la cual resulta dramática para las mujeres, pero también lo es, con otras connotaciones, para los varones. Si bien el ser madres trae consigo una mayor valoración social, el no serlo no cuestiona su orientación sexual. Contrariamente, los hombres necesitan probar su heterosexualidad para ser reconocidos socialmente como hombres, a través de su capacidad no sólo de conquistar sexualmente a las mujeres sino fundamentalmente de preñarlas, porque es lo único que evidencia fehacientemente la virilidad dentro de la cultura de la masculinidad hegemónica.”

“Así, mientras que una mujer infértil es vista con conmiseración, un hombre infértil es objeto de burlas y cuestionamientos a su masculinidad. Este problema tiene consecuencias negativas muy importantes en la esfera psíquica y emocional de los hombres que la padecen, en especial en la mella a su autoestima. Como señala Jorge Calero, las mujeres también sufren no poder gestar y parir, pero el hecho que sus compañeros aparezcan disminuidos como varones ante los demás, hace que muchas veces ellas asuman la responsabilidad de la infertilidad de la pareja, porque la imagen masculina del varón no sólo es importante para el propio varón, sino también para su compañera. En general, los servicios de salud reproductiva del sector público poco se han ocupado del problema de la infertilidad, priorizando un objetivo central pre Cairo como era el lograr bajos niveles de fecundidad y no preocupándose

realmente por la salud reproductiva de quienes no pueden tener hijos.” (Ramos Padilla M., 2006:210)

Hoy continúan pregonando entre la población indígena de los países de América latina, que lo fundamental para el bienestar de aquellas familias empobrecidas, es lograr bajos niveles de fecundidad.

Tabla 1. Tratados internacionales firmados por el Perú que lo obligan a garantizar el acceso a la salud de la población y la igualdad de género.

<i>Tratados internacionales:</i>
<i>Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo de El Cairo</i> <i>Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer celebrada en Beijing</i> <i>Pacto internacional de derechos civiles y políticos</i> <i>Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales</i> <i>Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)</i> <i>Convención Interamericana de Derechos Humanos</i> <i>Convención interamericana para prevenir, erradicar y sancionar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará)</i> <i>Protocolo adicional de la CEDAW (Ramos Padilla M. 2006:213)</i>

“Ya, el 28 de julio de 1995, en su discurso pronunciado ante el Congreso de la República con ocasión de la inauguración de su segundo mandato consecutivo, había presentado una modificatoria a la Ley Nacional de Población permitiendo la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV). Esta había sido expresamente prohibida en 1985, cuando se promulgó esa Ley a finales del mandato del presidente Belaúnde, por la presión de la Iglesia Católica. En esta oportunidad Fujimori se

enfrentó directamente a la Iglesia Católica a quien presumiblemente aludió con la frase que “no aceptaba tabúes ni vacas sagradas” para seguir adelante con la política de población. En 1996 se aprueba el “Programa nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996 - 2000” donde, por primera vez, se coloca como meta el alcanzar en ese período “la prevalencia e uso de métodos anticonceptivos modernos y seguros, necesaria para asegurar una tasa global de fecundidad de 2,5 hijos por mujer”. Incluía también como meta que 100% de las pacientes con atención institucional del parto o aborto egresen iniciando algún método anticonceptivo seguro luego de haber recibido consejería individual.” (Ramos Padilla M. 2006:213)

“RESUCITAN EL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA”

...pese a las críticas y denuncias

Ahora el Gobierno toledista celebra que “este Programa tenga el respaldo mayoritario de la ciudadanía, olvidando que en reiteradas oportunidades presentaron sendas denuncias en mi contra por poner al alcance de las humildes mujeres peruanas, la información correspondiente para que ellas mismas, por voluntad propia, decidieran cuantos hijos tener”.

“Hablaban, sin presentar pruebas concretas, de esterilizaciones forzadas ordenadas directamente por Fujimori para desaparecer del mapa a los pobres, e incluso mencionaban casos de “negligencia”, como si en el Perú y en el mundo no hubiera riesgo en cualquier intervención Quirúrgica” (Fujimori Alberto sitio web)

“El gobierno de Fujimori es el caso prototípico de una política donde el “fin justifica los medios”. Utilizó los acuerdos de El Cairo y Beijing, plasmando los conceptos de salud reproductiva, equidad de género y desarrollo humano en el Programa Nacional de Salud. Reproductiva y planificación Familiar de 1996, con la finalidad de lograr su principal preocupación, alcanzar las metas demográficas planteadas en el mismo documento. Para lograrlo se impartió disposiciones soterradas, sin importar que se violaran los derechos humanos de las mujeres”. (Ramos Padilla M. 2006:214).

Las metas demográficas que se propusieron hacer, fue la de eliminar sistemáticamente a las mujeres indígenas, al haber dispuesto a través del ministerio de salud, que les ligan las trompas, les inyecten para evitar futuros embarazos. Al final, el gobierno encabezado por el sátrapa Fujimori, termino en la cárcel.

“El gobierno de Toledo (2001- 2006) no le dio mayor importancia al tema poblacional y su política en el campo de la salud reproductiva estuvo caracterizada por una actitud de “dejar hacer, dejar pasar”. Esto permitió que el Ministerio de Salud (MINSA) fuera tomado por uno de sus colaboradores más conservadores y confesionales, el cual junto a quien le sucedió en el cargo, desactivó avances importantes en este campo logradas en la década anterior. Se desterró del vocabulario de las esferas oficiales los términos de equidad de género y de salud, y derechos sexuales y reproductivos, en un claro desconocimiento de los compromisos internacionales asumidos por el Estado Peruano”. (Ramos Padilla M. 2006:214)

En lugar de apoyar a la población más vulnerable, mostraron la indiferencia. Qué preocupación van a tener si lo único que les importa es como apoderarse de las arcas del Estado y embolsicarse todo lo que hubiera allí donde hay presupuestos.

“En julio de 2004, dentro de la perspectiva del CIPD, lanzó un nuevo “Programa Integral de Salud Sexual y Reproductiva” y aprobó nuevas directivas nacionales para los servicios. No cabe duda que la Iglesia Católica ha cumplido un papel importante en la formulación y en la aplicación de las políticas de población y, concretamente, en las de salud reproductiva.”

Cuando se trata de mantener buenas relaciones con el poder, sea cual fuese su naturaleza, para la iglesia le da igual. Es necesario condenar esa actitud de mantener el perfil bajo de la iglesia católica. Claro que tenía que ser así, porque se trata del Opus dei o el Lumen dei, posición derechista de la iglesia. De acuerdo con la “política de población” decretada por Fujimori y sus cómplices. De igual modo atentatorios a los derechos humanos y condenables desde todo punto de vista.

“Si bien las condiciones económicas cumplen un papel importante en el logro de un estado de bienestar en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, aun cuando estas puedan ser mejoradas, por si solas no bastarán si no se consiguen superar las desigualdades sociales de género. ¿Cómo lograr que un Estado eminentemente patriarcal encamine sus acciones hacia estos cambios? Como lo planteamos al principio de este acápite, sólo será posible, mediante la vigilancia y la presión de la sociedad civil organizada, para que el Estado cumpla con los tratados y acuerdos internacionales, y con la legislación nacional vigente”. (Ramos Padilla M. 2006: 218)

Como sostiene Ramos Padilla, sólo con una población organizada se puede frenar estos atentados y de una vez implementarlas en beneficio de la población. El desarrollo y progreso que tanto esperan esas enormes mayorías excluidas y marginadas. Sólo ellos tienen la palabra y la acción de hacerlas cumplir, porque no habrá nadie quien haga algo. Aquí tenemos una declaración de una ginecóloga argentina trabajadora de uno de los Centros de Salud:

“El término de salud reproductiva, alentaba a los médicos porque insinuaba una ayuda que el médico puede dar a la mujer; pero no es así. El único objetivo de la ley es la disminución de los nacimientos. Se realizan asesinatos masivos, pero enmascarados. La experiencia que hemos tenido es esta: Se obligó a todos los médicos a cumplir el programa de salud reproductiva. Los que no estábamos de acuerdo, teníamos que firmar la objeción de conciencia; que yo firmé.” (Noticias Globales)

“Cuando la paciente ingresa al hospital y tiene su hijo, se le hace un "score" de riesgo, en base a: si tiene muchos hijos, si es pobre, si ha tenido abortos, etc. Si tienen "score" alto, -suele ser la mayoría-, son derivadas al programa de salud reproductiva. Es una derivación prácticamente obligatoria. Pero, como recurrí a la objeción de conciencia me excluyeron del programa; no admiten que trabajé dentro de él. Por lo tanto, a las pacientes que yo controlaba durante sus embarazos no las

pude seguir tratando”. (Noticias Globales. Año III. Número 266, 87/00. Gacetilla N.º 380; Buenos Aires, 6 de diciembre 2006.

No hay derecho que a las pacientes le hagan aquel tipo de scores, por más que vivan en la pobreza, y derivarlos a estos mal llamados “programas reproductivos”. El bienestar en la salud, la educación no depende solo de las familias que trajeron hijos al mundo, sino también es responsabilidad del Estado para que se encarguen de ellas. Los nuevos seres adecuadamente capacitados, aportaran a la economía del país. Es decir, no serán parásitos, sino entes que produzcan para el grupo étnico al que pertenezcan. De una vez debe desecharse que los nuevos seres que aparecen al mundo son una carga, sino pensar que pueden producir, siempre y cuando se les capacite, instruya y eduque como debe ser.

“Cuando se refieren a métodos naturales lo hacen diciendo que estos métodos no son muy seguros, porque muchas mujeres son irregulares, o porque los espermatozoides pueden vivir hasta tres días en el cuerpo de la mujer, etc. Es decir, que se brinda información falaz a cerca de ellos, ya que los métodos naturales pueden ser usados por mujeres irregulares y los espermatozoides sobreviven, habiendo moco fértil, más de tres días en el cuerpo de la mujer. Además, es una información tendenciosa que tiende a desalentar el recurso a los métodos naturales, induciendo a que se descarten por inseguros.” (Noticias Globales. Año III. Número 266, 87/00. Gacetilla N.º 380; Buenos Aires, 6 de diciembre 2000.)

Es aprovecharse de la ignorancia de la gente que no tiene idea del método del ritmo, y los prestadores de servicio les dan información falsa. Aunque ellas saben que bebiendo infusiones de hierbas que conocen. no les da la seguridad para evitar un embarazo no deseado. Lo que se debe hacer es masificar estos conocimientos aún empíricos y de esta manera las mujeres se sientan seguras. En realidad, el afán de los servidores de la salud es involucrar a la mayoría de la población con el único interés de captar dinero de las exiguas economías de los pobres del campo.

“En El Cairo se definen los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos, el intervalo entre éstos, a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.” (CPD, 7.3). (Derechos sexuales y reproductivos y el ejercicio de nuestra ciudadanía)

Cada familia campesina, sabe el número de hijos que debe tener en forma natural, hecho que mantendrá a las mujeres en condiciones de buena salud. Debe quedar establecido que cuando las mujeres se encuentran periódicamente con su regla menstrual, es sinónimo de tener buena salud y no decir al contrario que “están enfermas”. Más bien cuando se impiden tales flujos recurriendo a dispositivos extraños, para evitar el embarazo, ahí sí se puede decir que está empezando a enfermarse y cuyas consecuencias son imprevisibles. Resulta que aquellas mujeres que tienen varios hijos gozan de buena salud. Lo natural es tener hijos, y lo anormal, no tenerlos.

“Tal y como está planteado en la sociedad actual lo que realmente viola los derechos humanos es el término salud reproductiva y lo que él lleva consigo. Para buscar soluciones reales a los problemas del aspecto reproductivo de la salud humana el camino debe ser otro: la educación en general y en particular, en el valor de la propia persona y "del otro"; el fortalecimiento de la familia; la mejora en las condiciones de trabajo, en especial, de la mujer; la valoración y el reconocimiento social de la maternidad”. (Tomado de la Revista Abril No. 35, España, con la autorización de los autores)

Estoy plenamente de acuerdo con el autor cuando señala que hablar de la salud reproductiva, se está violando los derechos humanos, y que por ello el factor educación es importante; pero tiene que ser una educación bilingüe. Hay resultados favorables de estos

programas EIB en los niveles que se han aplicado de modo que los educandos en este caso las mujeres adultas se capaciten en tales programas.

“En consecuencia la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida satisfactoria y sin riesgos de procrear, así como la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia (Donayre, 1995).” (La situación de la salud reproductiva a nivel nacional y regional)

“Se consideran que las acciones básicas a realizar en salud reproductiva son cinco: Planificación familiar, Salud materna, Aborto, Infecciones del tracto reproductivo y en la Infertilidad.” (La situación de la salud reproductiva a nivel nacional y regional)

“Las muertes maternas eran (y son aún) el mayor signo de discriminación, inequidad e injusticia que divide a nuestra sociedad peruana. Estas muertes estaban distribuidas en el país, en las regiones con mayor pobreza y menor acceso a los servicios de salud para sus habitantes: en la sierra y la selva preferentemente, y en zonas rurales campesinas y/o indígenas originarias en particular”. (Carbone Fernando sitio web)

Dejemos que las mujeres decidan qué alternativa es la mejor para ellas. Permitamos que se hagan los tratamientos con las hierbas medicinales que están a su alcance. Consentir que ellas elijan libremente qué métodos de planificación familiar utilizar y que el Centro de Salud, no las obligue.

“En el 2001, el Ministerio de Salud del Perú definió una nueva Visión y Misión de su razón de ser: Somos Personas que atendemos Personas; la persona humana es a quien nos dedicamos permanentemente, con respeto a la vida y a los derechos fundamentales de todas las peruanas y peruanos; las personas a atender, merecen recibir un trato como el que desearían recibir algún día, los que prestan las atenciones de salud.” (Carbone Fernando sitio web)

“Esto llevó a hablar de integralidad respecto de la salud materna y orientar el esfuerzo hacia una maternidad segura y saludable, en términos de: Brindar a toda gestante un trato y servicios de salud con calidad y calidez; Generar para toda gestante la oportunidad de acceder gratuitamente a los servicios de salud; y comprometer a la familia y a la comunidad frente a cada gestante.”

“Esto supuso un enfoque integral, basado en la equidad y en la igualdad de oportunidades para todas las peruanas y peruanos para acceder a los servicios de salud con calidad y calidez: oferta calificada de servicios adecuados culturalmente (parto en la posición solicitada por la gestante, casa del parto tradicional junto al establecimiento de salud, casa de espera materna apoyadas por los municipios para las gestantes de comunidades lejanas, etc.) y prestados con el máximo con respeto a la dignidad de las personas. Aquí la intervención es directa sobre las redes de servicios de salud.” (Carbone Fernando; Acuerdo Nacional 2002-2022. sitio web).

“En el 2001, el Ministerio de Salud del Perú definió una nueva Visión y Misión de su razón de ser: Somos Personas que atendemos Personas; la persona humana es a quien nos dedicamos permanentemente, con respeto a la vida y a los derechos fundamentales de todas las peruanas y peruanos; las personas a atender, merecen recibir un trato como el que desearían recibir algún día, los que prestan las atenciones de salud.”

“Las explicaciones de las mujeres sobre lo que significa estar sana y sus problemas de salud reproductiva dan cuenta de una "teoría del cuerpo" en la que podemos encontrar algunos factores constantes que serían diferentes y a veces opuestos a los de la biomedicina (lo que no niega su coexistencia). Esta teoría del cuerpo se caracteriza por una visión holística de la salud o totalizadora del mundo, la cual involucra la relación con el grupo social, con la naturaleza y con lo sobrenatural, e incluye lo fisiológico y psicológico; la noción de multicausalidad etiológica fuertemente influenciada por la relación con lo sobrenatural y la organización de la vida social y económica de las familias rurales en un contexto de pobreza; así como

por la búsqueda de equilibrio térmico y de los fluidos esenciales del cuerpo, como la sangre.” (Yon Carmen sitio web)

Al igual como sostiene la autora, es necesario replantear las concepciones referentes al cuerpo de los actores del medio rural. La naturaleza el medio natural donde moran, es importante, para el desenvolvimiento de la vida cotidiana. Se hace impostergable que los servidores de salud, estén mejor enterados de esta realidad, para no incurrir en equivocaciones de diversa índole.

“Aproximarnos a los sistemas explicativos de las mujeres andinas nos ha remitido así a sus interacciones con el sistema biomédico, ya que no hallamos sistemas de explicación "puros", sino más bien una combinación de elementos de ambos. Sobre todo, en lo que respecta a la anticoncepción, el embarazo y el parto, se han introducido conocimientos y términos biomédicos. Hay algunos conocimientos del sistema biomédico que tanto mujeres como varones andinos ya poseen y manejan adecuadamente” (según este sistema). (Yon Carmen sitio web).

Más de quinientos años que tuvieron contacto, ambas culturas se han compenetrado. Los pobladores que moran en los andes no pueden decir que su cultura permanece incólume o que los occidentales son los portadores de conocimientos y prácticas biomédicas absolutamente nuevos y puros. Hay que aceptar que todos están “teñidos” de conocimientos y prácticas que la tradición y la costumbre ha enseñado.

“Sin embargo, esta incorporación de conocimientos de la biomedicina se da también de una manera bastante variada y no siempre se evidencia una apropiación de ellos. Así, el estudio de Diez (1998) muestra que en relación al embarazo, parto y puerperio hay una mezcla de conocimientos de ambos sistemas, muchas veces poco coherente, siendo las fuentes de información también diversas: la familia, los parteros y especialistas tradicionales, la capacitación de múltiples ONGs o el Ministerio de Salud, las amigas y amigos en el colegio, los maestros o la televisión. De modo

similar ocurre con la explicación de la concepción la anticoncepción, como veremos en el siguiente acápite.” (Yon Carmen sitio web)

De esta forma como sostiene la autora ambos conocimientos están presentes y en el momento más crucial e indistintamente se recurre a ellos, conocimientos y prácticas que no se puede separar. Lo importante es que haya reconocimiento de los conocimientos de ambas culturas con un objetivo común de mejorar la atención de la salud.

Respecto a la percepción sobre la concepción Carmen Yon sostiene:

“Considera que la sangre de la mujer porta o constituye en sí la sustancia fértil de la mujer que contribuye a la formación del nuevo ser en la concepción. Se menciona que la sangre de la menstruación ejerce una función de limpieza de su cuerpo y queda aquella sangre ("buena") de la que se forma el bebé. A la vez, se concibe la menstruación como un momento en que el cuerpo se abre y, por lo tanto, permite el ingreso de la semilla o sustancia fértil masculina.” (Yon Carmen sitio web)

“Para muchas de las mujeres rurales el parto es un evento que no pasa por los servicios de salud salvo cuando se ofrecen complicaciones graves. Según la última ENDES (2000), el 75% de mujeres que habitan en áreas rurales dan a luz en su casa y sólo el 29% han sido atendidos por personal profesional o técnico del sistema de salud oficial. Es frente a emergencias obstétricas que se tiene la expectativa que los servicios de salud ofrezcan una solución. Sin embargo, el sistema de salud está diseñado de tal modo, que los servicios de primer nivel - que son los más cercanos a la población-, no están en la capacidad de resolver las emergencias y muchas veces no posee un sistema de derivación eficaz (Movimiento Manuela Ramos, 1997; Diez, 1998; Anderson, 1999). Este tipo de experiencias, alimenta la desconfianza de las mujeres en los servicios de salud, en la medida en que no se muestran capaces de resolver aquello que se considera una ventaja o un aporte específico del sistema biomédico frente al tradicional. Una tarea pendiente es, entonces, re-pensar la estructura de las redes de servicios y sus sistemas de derivación, incluyendo a la

comunidad, sus perspectivas, recursos y posibilidades de tomar decisiones en situaciones de emergencia.” (Yon Carmen sitio web)

Tal como puntualiza la autora, el Estado en el sector Salud tampoco brinda con todas los materiales y equipos que debería contar para la atención del parto, mucho menos un sistema de derivación adecuado a los centros de hospitalización, hechos que solo van a contribuir que haya confusión y desconfianza. Las mujeres creen que del hospital ya no volverán y harán lo que quieran con su cuerpo. Ellas saben que pasó en el último embarazo que tuvieron o las referencias de percepción que dieron otras madres que pasaron por parecida situación

Ciertamente hoy los servidores del Estado creen y más que todo el sector salud con la “política de salud” que se aplica a través de diferentes programas, creen que de esta manera llegarán mejor a la población que requiere sus servicios, al contrario, todo concluye en falacias y apariencias que de por si no darán respuesta por qué las mujeres no quieren asistir a estos Centros de Salud.

Señalar que tener hijos no es sinónimo de pobreza y paulatina destrucción de la sociedad debido a la sobrepoblación. Ya dijimos que es obsoleto pensar de esa manera; al contrario, tener niños sanos equivale pensar en términos de potencialidades. No sabemos qué tipo de aportes pueden dar los nuevos seres debidamente alimentados y bien formados.

“Es decir, puede que las mujeres quechuas y aymaras encuentren necesaria la anticoncepción e incluso los métodos "modernos" y que estén dispuestas a aclarar sus temores (como es el caso de varias participantes), debido a las posibilidades que les brindan de ya no tener muchos hijos. Sin embargo, el tener que someterse a un sistema donde encuentran presiones y exigencias del personal de salud unido a la desconfianza en su competencia técnica, podría estar provocando que ellas se desanimen e incrementen sus miedos y desconfianzas a los métodos, ya que quien provee y lo que es proveído (los métodos) son vistos como parte del mismo sistema.

Los temores ya no necesariamente estarían relacionados al mecanismo de acción del método mismo, sino a la calidad de los procedimientos.” (Yon Carmen sitio web)

Las mujeres y sus maridos, casi siempre van a encontrar mecanismos de cómo evitar la atención en los centros maternos. Recurrirán a una y mil argucias para no someterse a los exámenes prenatales, el mismo parto e igualmente los controles que se deben hacer después del parto. Al final para los Centros de Salud todo terminará en apariencias y cifras estadísticas que no serán el reflejo de la realidad, sino solo para la satisfacción de la institución que la maneja para destinar presupuestos o justificar enormes gastos realizados para alcanzar metas.

Entre los compromisos que el estado peruano asumió respecto a los DSR (Derechos Sexuales Reproductivos), están:

“Que la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas lo antes posible, preparando programas de salud reproductiva para atender las necesidades de las mujeres y las adolescentes. Apoyar el principio de la libertad de elección en la planificación de la familia, adoptando medidas para satisfacer las necesidades al respecto de la población lo más antes posible. Proporcionar acceso universal a una gama completa de métodos seguros y fiables de planificación de la familia y a servicios de salud reproductiva.

La promoción, el suministro y la distribución fiables de preservativos de buena calidad deberían convertirse en elementos integrantes de los servicios de salud reproductiva.

Posibilitar el acceso de la mujer a los sistemas de seguridad social en condiciones de igualdad con el hombre durante toda su vida.

Eliminar todas las prácticas de discriminación contra la mujer, ayudando a la mujer a establecer y realizar sus derechos, incluidos los relativos a la salud reproductiva y sexual.

Intensificar esfuerzos de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y de otras infecciones del aparato reproductivo.”

No harían nada de lo anterior, porque no es su objetivo. Lo único que desean son los votos que cada cinco años les otorgarían aquellas poblaciones. Luego que están en el poder, los mandan matar y asesinar. Se produce cuando las poblaciones de marginados, reclaman los recursos del país. Que los gobiernos de Fujimori, Toledo y Humala entregaron a la voracidad del capital extranjero.

“Reducciones significativas de la mortalidad materna para el año 2005: una reducción de la mortalidad materna a la mitad de los niveles de 1990 para el año 2000 y una nueva reducción a la mitad para el año 2015.

Reconocer y afrontar las consecuencias que tienen para la salud los abortos peligrosos. En todos los casos las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos.

Eliminar los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impiden el suministro de información y servicios de salud reproductiva a los adolescentes.” (Derechos sexuales reproductivos. Sitio web)

- *El Perú tiene una de las tasas más altas de muerte materna de América Latina y del mundo.*
- *En el Perú se producen cada año 352 mil abortos clandestinos, cada hora se realizan 40 y cada día 1000 (Delicia Ferrando).*
- *Cerca de un millón de niños/as nacieron sin que sus madres y padres hubieran querido tenerlos/as (ENDES, 2000).*
- *862 mil mujeres continúan con escasa protección anticonceptiva o está totalmente desamparada frente al riesgo de un embarazo no deseado.*
- *13% de las jóvenes entre 15 y 19 años ya son madres o están gestando por primera vez. Esta cifra asciende al 25% en zonas rurales y de la selva (ENDES, 2000).*

• 5,000 personas se encuentran en el estadio final de la infección por el VIH denominada estadio Sida. Desde el inicio de la epidemia en el Perú (1983) ya han fallecido 5,000 hombres, mujeres y niños/as (Vía Libre). (Derechos sexuales reproductivos. Sitio web)

“Se implementó el Programa de Salud Integral de la Mujer, Niñez y Adolescencia que luego fue sustituido por el Programa Nacional de Salud Reproductiva, dentro del cual se promueven intervenciones como la planificación familiar con consentimiento informado y la atención materna neonatal. También han contribuido el Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal del MSPAS de 1997 y las Normas del SIAS para el manejo de las complicaciones obstétricas más frecuentes”. (Salud reproductiva. Sitio web)

En el Perú como en otros países de sud américa, excepto en Bolivia y Ecuador, siguen las declaraciones y compromisos. Pero hacen nada para la población empobrecida, excepto que los engañan en las elecciones, prometiéndoles de todo.

“En efecto, el PA de Cairo define a la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir en todos los aspectos relativos al ejercicio de la sexualidad. Asimismo, el PA asienta que el hombre y la mujer tienen el derecho a recibir información, escoger y acceder a métodos seguros, eficaces, y aceptables para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que garanticen embarazos y partos sin riesgos”. (Langer Ana y Gustavo Nigenda, sitio web)

Evidentemente todos estamos de acuerdo que los hombres y mujeres sean de la condición social que fuesen, tienen el derecho de recibir información. Sin embargo, en los centros hospitalarios no les dicen la verdad, para poner en práctica qué método de control de

natalidad son los más adecuados para evitar el embarazo. En lugar de brindarles la información que se requiere, al contrario, desvían la atención y les sugieren alternativas que ponen en riesgo su salud. Toda esta forma de actuar es atentatoria contra la vida y la salud de las mujeres y hombres, recordemos que en el régimen de Fujimori a éstos incluso les hicieron innumerables vasectomías.

“La relación entre pobreza y salud reproductiva no es lineal, sino circular: no sólo las malas condiciones socioeconómicas determinan una mala SR, sino también una pobre salud reproductiva es una determinante importante de una precaria situación socioeconómica.” (Langer Ana y Gustavo Nigenda, sitio web).

“La salud materna engloba todos los fenómenos que ocurren alrededor del embarazo, parto y puerperio. Estos procesos implican importantes ajustes para la mujer, en los planos biológico, psicológico y social, y no están exentos de riesgos. En el terreno de la salud, las complicaciones son comunes. Se cuenta, sin embargo, con tecnologías que permiten detectar y tratar la mayoría de ellas. Lamentablemente, en los países en desarrollo, sobre todo en los estratos más pobres, estas tecnologías no están siempre al alcance de quienes más las necesitan. En efecto, amplios sectores de la población aún no reciben atención médica durante el embarazo y el nacimiento de sus hijos, y la calidad de la misma es muy deficiente”. (Langer Ana y Gustavo Nigenda, sitio web).

En el caso que las poblaciones tengan la necesidad impostergable de acceder a los servicios de salud, tampoco lo logran, debido que tales servicios se encuentran fuera del alcance de las economías de auto subsistencia. Es decir, no pueden pagar el costo de los mismos. Se trata de familias que apenas sobreviven, carecen de las condiciones mínimas para acceder a tales servicios.

Las condiciones en las que operan los centros maternos, o los hospitales han encontrado otra salida. La existencia de “hospitales para los pobres”, que utilizan equipos obsoletos, además de recetar medicinas de tipo genérico que carecen cualidades para curar,

porque se trata de pastillas y antibióticos para los pobres. Los verdaderos solo están al alcance de los más pudientes y jamás los pondrán en venta en aquellos establecimientos que fueron asignados a la gente de escasos recursos económicos.

Nadie tiene por qué obligar algo, como se está produciendo en todo el Perú. Las autoridades policiales, políticas, de salud el poder judicial, menos los funcionarios de salud pueden irrogarse la potestad de obligar que asistan a los Centros de Salud hospitalarios y que el único objetivo que aparentemente parece ser bueno, no lo es, excepto de tener la ambición de apoderarse los recursos exiguos que estos pobladores rurales todavía tienen. Las autoridades y el mismo gobierno tienen que ser denunciados y sancionados tal como lo estipula el derecho internacional.

“Las mujeres rurales inician su vida sexual más temprano que las mujeres urbanas, y este comportamiento es mucho más notorio entre las mujeres de la selva rural, donde el 15.5% tuvieron su primera relación sexual entre los 10 a 14 años, el 55.8% entre los 15 a 17 años, el 18.4% entre los 18 y 19 años y apenas el 10.3% después de los 20 años de edad”. (INEI - salud productiva, pobreza y condición de vida en el Perú, sitio web).

Es la constatación que, en el medio rural, no se tiene las condiciones para acceder a la información y educación pertinentes a la salud sexual y reproductiva. Ellas se iniciarán más temprano en la actividad sexual y, por lo tanto, esas mismas mujeres vivirán menos años y serán propensas a muchas enfermedades, porque no tuvieron acceso a la información debida, es otra de las razones que para evitar o disminuir estos índices es necesario e impostergable corregir las políticas de educación y salud reproductiva hacia el sector empobrecido.

“Las mujeres que nunca asistieron a un centro educativo y las que tuvieron solamente primaria, muestran una mayor incidencia en la iniciación temprana de su vida sexual”. (INEI - salud productiva, pobreza y condición de vida en el Perú, sitio web).

“La información sobre examen de mamas es valiosa para el sector salud, porque da a conocer la gran labor que tiene que desplegar para mejorar este indicador de salud reproductiva. Es necesario hacer grandes campañas educativas a fin de lograr que la detección temprana del cáncer sea una actividad prioritaria del sector salud y para que las mujeres tomen conciencia de su importancia así evitar tan peligrosa enfermedad que, es uno de los factores causales de los altos índices de morbimortalidad femenina existentes en el país”. (INEI - salud productiva, pobreza y condición de vida en el Perú, sitio web).

Los diferentes conceptos sobre el tema, me permitirán comprender mejor la problemática, las causas, consecuencias y plantear propuestas que contribuyan a mejorar las relaciones sociales entre el sector salud y las mujeres campesinas en la atención de la salud reproductiva y el parto, promoviendo espacios de encuentro, diálogo y superar los conflictos, y promover relaciones sociales de convivencia social, que por supuesto es muy complicado por las relaciones de desigualdad económica y de poder existentes.

Las investigaciones realizadas por especialistas y las experiencias prácticas en la atención de la salud reproductiva de las mujeres campesinas, muestran que las mujeres están asumiendo comportamientos culturales occidentales en la atención del parto, en forma involuntaria. El personal de salud sin tomar en cuenta sus conocimientos ancestrales propios de su cultura, a pesar que está legislada por el derecho consuetudinario. Para la investigación asumiré la opción de la teoría de la interculturalidad entendida como el respeto mutuo a la diversidad cultural, la interacción dinámica, igualdad de oportunidades en el ejercicio de los derechos entre los pueblos indígenas y la sociedad mayor.

1. ¿Por qué las mujeres gestantes campesinas no quieren acudir a los centros maternos para el control y atención del parto?

2. ¿Cuáles son las consecuencias de la imposición de normas y programas de salud reproductiva en la atención obligatoria de las mujeres gestantes en los Centros de Salud?

3. ¿Qué patrones culturales van cambiando a consecuencia de la intervención de los programas de salud reproductiva en la población campesina?

Tomando las consideraciones planteadas podemos afirmar que no hay una relación social de convivencia armónica en términos de interculturalidad entre la población campesina en general y específicamente con las mujeres gestantes y el personal del Centro de Salud del distrito de Huanquite.

Para la presente investigación explicaremos la percepción de las mujeres campesinas y en forma muy puntual las percepciones del médico y otras autoridades locales que están involucrados en la problemática, Por otro lado, delimitar el tema de salud reproductiva solo desde la concepción, control, atención del parto y post parto hasta la atención del recién nacido en el lapso de dos años dado que el tema es muy amplio y complejo.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Proponer una dinámica de interacción y relaciones equilibradas entre el sistema social sanitario del Estado y las prácticas comunitarias de la población campesina en la atención de la salud reproductiva.

Comparar la atención médica que reciben las madres gestantes en el centro materno de salud de Huanquite, con la atención en las unidades familiares campesinas de la comunidad campesina de Molle Molle.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.– Sensibilizar a las instituciones del Estado que se encargan del servicio de la salud, respecto a las prácticas tradicionales de la atención de la salud reproductiva (control, parto y posparto).

2.– Recuperar y revalorar los conocimientos ancestrales indígenas respecto a la atención de la salud reproductiva (control, parto y posparto) y promover procesos de inter aprendizaje en términos de interculturalidad.

3. Contribuir a mejorar las relaciones interculturales en la atención de la salud reproductiva, tomando en cuenta los conocimientos de la población quechua, y del sistema de salud pública oficial impuestos por el Ministerio de Salud Pública de parte del Estado.

JUSTIFICACIÓN

Las preocupaciones de las mujeres de las comunidades campesinas que se traduce en la reproducción, planificación familiar y la atención del parto en los Centros de Salud, constituyen un problema, no solo para las mujeres, sino que repercute en la familia campesina, así mismo sabemos que no hay muchas iniciativas para la investigación desde un enfoque intercultural de parte de las instituciones del Estado. En este sentido la investigación tuvo relevancia porque se trata de identificar los problemas que aquejan a las familias campesinas y particularmente a las mujeres gestantes que concurren a los Centros de Salud para la atención del parto. Una vez identificados los problemas será importante plantear políticas públicas que contribuyan a mejorar la atención de la salud reproductiva y disminuir la discriminación de las mujeres en los Centros de Salud.

La condición indígena de las mujeres, no justifica que las consideren como “retrasadas” con “menos derechos” y aún “pasivas”. Por la humildad que las caracteriza, soportan este tipo de maltratos por el personal de los Centros de Salud y de otras instituciones públicas y privadas.

Otro factor por el cual son discriminadas es que usan indumentarias típicas de la zona; (sombbrero de paja y manta tejida de lana cargada en la espalda), indicadores de identidad cultural. Algunas mujeres para ir a estas instituciones se visten de mestizas, se quitan el sombrero y no llevan manta, sino una bolsa, para así evitar ser despreciadas en los lugares públicos.

Otros aspectos que hace que sean discriminadas, es la pertenencia al grupo social “inferior”, sectores de extrema pobreza, la religión que profesa, el idioma que habla, su condición de analfabetas y las costumbres y tradiciones que practican.

El ámbito de estudio fue la comunidad campesina de Molle Molle del distrito de Huanquite de la provincia de Paruro, departamento del Cusco, se encuentra a 2 horas de viaje en autobús desde Cusco, y está a una altitud de 3350 m.s.n.m. El distrito de Huanquite cuenta con 18 comunidades. La comunidad de Molle Molle, alberga a más de 145 familias y con 450 habitantes. De las cuales 74 familias son empadronadas activos y un promedio de 5 hijos por familia.

En el ámbito distrital, existen 18 organizaciones de mujeres y una organización centralizada, denominada Central de Mujeres del Distrito de Huanquite que agrupa a las 18 organizaciones de mujeres de las comunidades campesinas. Es decir, en cada comunidad existe una organización de comedores populares e infantiles que se encargan de la preparación de alimentos para los ancianos y niños con el apoyo del PRONAA. El aporte de las mujeres es con productos agrícolas, hortalizas, animales menores, etc. El vaso de leche es un programa del Estado que apoya con algunos productos como leche y harina, está dirigido para las madres gestantes y niños hasta los 6 años, administrado por los municipios distritales y provinciales. Las organizaciones de mujeres son reconocidas con personería jurídica funcionan independientemente de los comunales, aunque en algunas comunidades realizan actividades conjuntas. En tal sentido, la participación de las mujeres en la mayoría de las comunidades, se limita a las actividades sociales, fiestas patronales, etc.

El personal técnico que trabaja en los Centros de Salud maternos rurales debería tener conocimiento de la cultura quechua y del derecho consuetudinario de los pueblos indígenas, respetar las formas tradicionales de atención de parto en la perspectiva de establecer un diálogo intercultural, es decir, promover un espacio de encuentro e integración entre las dos culturas.

Por tanto, la investigación tendrá un carácter etnográfico, evaluativo y develar por qué las mujeres campesinas muestran resistencia a los programas de la salud reproductiva. Cuáles son sus percepciones al respecto y como se puede mejorar las relaciones interculturales en la atención de la salud entre el personal de salud y las organizaciones campesinas, profundizar los aspectos culturales de la comunidad de Molle Molle en términos de entender la relación hombre-naturaleza, hombre-divinidades, los curanderos y la eficacia simbólica, sus conocimientos relacionados a la salud reproductiva. Seguidamente abordaremos los conflictos interculturales que se producen entre los integrantes de las instituciones estatales y el grupo objetivo de mujeres. Concluiremos con plantear algunas propuestas para mejorar las relaciones interculturales dentro del respeto e igualdad de oportunidades entre ambas entidades.

Los agentes sociales involucrados directa e indirectamente en la atención de la salud reproductiva en la atención del parto son:

Los esposos, los niños, las suegras y las madres de las parturientas, los niños, parteras, los vecinos y los promotores de salud, obstetras, enfermeras, médicos, la comunidad, etc.

Finalmente, los alcances de la investigación permitieron a que las instituciones tanto públicas como privadas que trabajan el tema de salud puedan evaluar sus estrategias, y técnicas de intervención y prejuicios y reorientar o cambiar las mismas, para contribuir al desarrollo integral de las personas. Y al mismo tiempo que las organizaciones campesinas fortalezcan sus conocimientos y técnicas en cuanto a la atención de la salud y que promuevan acciones educativas, que es un factor fundamental para mejorar las condiciones de vida en sus comunidades.

HIPÓTESIS

Las mujeres campesinas gestantes se resisten a acudir a los Centros de Salud, debido a los maltratos y la discriminación social y cultural de los cuales son objeto por parte del personal de salud por ser mujeres campesinas y de baja condición social y por el desconocimiento y la no valoración de sus prácticas de salud tradicionales.

MARCO TEÓRICO

Abordar el tema de la atención de la salud reproductiva de mujeres indígenas, es muy complejo, pero a su vez muy importante para comprender los conflictos interculturales que se producen durante el control, parto y posparto en las relaciones sociales con las diferentes instancias, en este caso con el sector salud del MINSA de Huanquite. Todo esto obedece a la política neoliberal y la globalización, donde los pueblos indígenas son “absorbidos” por la cultura occidental, a través de los supuestos modelos de inclusión, como el asimilacionismo y la fusión cultural, sin tener en cuenta la diversidad cultural y la multiculturalidad.

Para entender es importante recordar y definir algunos conceptos sobre: cultura, interculturalidad, multiculturalidad, diversidad cultural, identidad cultural, racismo, etc.

Carlos Giménez define cultura “como el conjunto o bagaje, más o menos estructurado, de conductas aprendidas (normas y prácticas en los ámbitos económicos, familiares, de organización social, formas e instituciones de autoridades y poder, etc.) y de modos de significación e interpretación de la realidad (cosmología, creencias, simbolización, cogniciones, valores, etc.) que los miembros de indeterminado grupo comparten (diferencialmente entre ellos, en función a su edad, género, clase, identidad étnica⁴, etc. Y utilizan en sus relaciones con los demás y que, en forma cambiante, son transmitidos de generación en generación”. (Giménez Carlos, 2005. pp.35). Para las mujeres campesinas estudiadas la noción de cultura se reduce a la forma de vida de la comunidad o distrito en el que viven ligados a sus divinidades y la naturaleza.

“Una cultura es un conjunto de formas y modos adquiridos de concebir el mundo, de pensar, de hablar, de expresarse, percibir, comportarse, organizarse socialmente, comunicarse, sentir y valorarse a uno mismo en cuanto individuo y en cuanto a grupo. Es intrínseco a las culturas el encontrarse en un constante proceso de cambio”. (Heise, Tubino, Ardito: 1994 p.7). (Solís F. Gustavo, 2001)

⁴ Etnia, se refiere a un grupo social indígena.

“Una cultura es una variedad de sistemas desarrollados por las sociedades humanas como medio de adaptación del ambiente en el cual se vive; como totalidad un sistema cultural constituye el medio a través del cual el grupo al cual pertenece dicho sistema consigue su supervivencia como una sociedad organizada”. (Robert W. Young En: Abrahams y Troike, 1972.) (Solís F. Gustavo, 2001)

“La interculturalidad es la conducta cultural para desenvolverse en contextos de relación de culturas. Es una conducta de las personas o de los grupos humanos en situaciones de multiculturalidad. Se trata de un saber manejarse entre miembros de diferentes culturas con quienes se interactúa”. (Solís F. Gustavo, 2001)

Las culturas amerindias fueron sorprendidas por la cultura occidental debido que éstas alcanzaron altos niveles de desarrollo tecnológico, gracias a la investigación científica. Ante la tecnología alcanzada, las culturas amerindias que tienen conocimientos sobre la base de la tradición oral, pareciera que retroceden ante la denominada globalización. Al mismo tiempo, hay que pensar en el efecto contrario que se consolidan la diversidad, in surgen los nacionalismos ante la expansión totalitaria. Empezando desde el idioma, la explicación de los diferentes temas del conocimiento científico se alcanzará en el idioma materno, solo así podrán entenderlo en su plenitud.

“La actual Ley de Educación establece que la Educación Intercultural se debe ofrecer en todo el sistema educativo nacional... La Educación Intercultural que debemos elaborar y ofrecer a todos tiene que contemplar situaciones muy diversas; debe por ello ser abierta, flexible y diversificable”. (Tubino Fidel, sitio web)

Adecuar estos programas a las circunstancias, sería muy importante, para ello producir materiales de capacitación y de enseñanza-aprendizaje, en bilingüe (quechua-español) que fortalecerá a los educandos incluida a las madres adolescentes, mujeres adultas y la sociedad en general y así contribuir al fortalecimiento de su identidad cultural.

“Los pueblos necesitan reciclar sus identidades, necesitan renovar sus propias visiones entendiendo, admirando e inspirándose en las demás identidades. No se trata, creo yo, sólo de conservar lo propio, de ejecutar lo propio: se trata de enriquecer en lo espiritual lo que somos como originalidad mirando a los demás. Porque cada pueblo, cada nación, cada sociedad particular tiene algo propio trascendental, algo que nos hace falta a todos, algo que ellos comprendieron mejor pero que también puede aprender de lo nuestro, de nuestra experiencia en nuestro tiempo y en nuestro espacio”. (Sanjinés Jorge, 2004)

Si occidente ha desarrollado tecnologías, las culturas amerindias han desarrollado otros conocimientos y aplicaciones prácticas, referidas a la agricultura y la domesticación de animales que igualmente puede salvar al mundo y al respecto los médicos y enfermeras tienen limitaciones de entender y comprender, se trata de pensar y actuar en términos de interculturalidad.

“Curiosamente, somos ricos en nuestra diversidad cultural y en nuestra biodiversidad; pero, paradójicamente, lo somos de una manera perversa, porque no tenemos aún desarrollada una verdadera conciencia de ese poder, mientras que los que nos miran desde el Norte sí lo saben”. (Sanjinés Jorge, 2004)

No valoramos lo nuestro, porque nuestra cultura es marginal, llena de limitaciones, en lugar de enorgullecernos nos excluyen por los prejuicios que tienen respecto a nuestra cultura, ante el avance de la cultura occidental.

“Pienso que mirando el futuro con optimismo podríamos avizorar una maravilla tal. Y creo que es muy importante aprovechar los instrumentos tecnológicos ya existentes en la informática para utilizarlos en busca de una respuesta globalizada que nos conduzca, cada vez mejor, a una sociedad global sin barreras separatistas económicas y políticas. ¿De acuerdo?” (Sanjinés Jorge, 2004)

Los del hemisferio norte no desean entender todo lo anterior y los de África, Asia y América latina, imitan comportamientos y formas de concebir al mundo extrañas a nuestra realidad; en lugar de fortalecer y volver a lo nuestro.

“Por eso, pienso que en esta hora crucial para nuestros pueblos agredidos por las citadas políticas de invasión cultural uniformizadora, nuestros pueblos indígenas se constituyen en protagonistas de enorme potencial histórico, porque sus movilizaciones contienen la fuerza de la identidad cultural colectiva que se presenta como el lugar privilegiado para resistir, porque sus tradiciones sociales comunales de solidaridad y reciprocidad son espacios de convivencia revolucionaria, porque sus ideas de propiedad son opuestas a las ideas de propiedad privada occidental, porque sus prácticas del poder político democrático son esenciales”. (Sanjinés Jorge, 2004)

Las enormes masas identificadas en un solo proyecto, (como lo demostró la historia) son capaces de hacer grandes transformaciones en beneficio de las sociedades en las cuales viven. Las revoluciones siguen siendo una alternativa para esas enormes masas populares engañadas, decepcionadas, que requieren cambiar y mejorar las condiciones de vida.

“La primera condición para que exista interculturalidad es el contacto de culturas. Pero para que la interculturalidad sea una conducta, lo que debe ocurrir es un proceso de aprendizaje, ya sea natural como parte de la socialización de las personas - o planificado, es decir, normalmente”. (Solís F. Gustavo, 2001)

Los contactos culturales siempre existieron, como sostiene el autor, el asunto es cambiar comportamientos, evitar los prejuicios, aceptar a los otros tal como son. Tantos años transcurridos y continúan los múltiples prejuicios, que solo nos llevarán a una hecatombe como la guerra nuclear.

“De otro lado, no todos en el mundo están en una relación intercultural, esto es, sus relaciones no involucran necesariamente a dos o más sistemas culturales diferentes.

La multiculturalidad no implica necesariamente interculturalidad, pues las personas pueden mantener separadas las culturas de su multiculturalidad". (Solís F. Gustavo, 2001)

"Las relaciones interculturales que se establecen entre los grupos humanos pueden ser armónicas, pero también pueden estar marcadas por desequilibrios que hacen que dichas relaciones sean inequitativas, y atentatorias contra el desarrollo mismo" de los grupos humanos. La discriminación peyorativa entre culturas es uno de los factores nefastos para las relaciones interculturales equitativas. Estas discriminaciones pueden implicar conductas racistas, antidemocráticas, genocidas, etnocidas, etc.". (Solís F. Gustavo, 2001)

Este tipo de ideologías solo llevarán otra vez a situaciones conflictivas, de las cuales la humanidad cree que ya salió. En la actualidad, constaté a diario a los inmigrantes en España en situaciones de discriminación cultural y racial.

"Algunos estudiosos señalan la vigencia de una interculturalidad negativa, con relaciones que no contribuyen a una convivencia armónica entre las culturas y los grupos humanos... Asimismo, podemos hablar de una interculturalidad pasiva frente a una interculturalidad activa. En todo caso, es deseable para la construcción de la interculturalidad que los sujetos sean entes activos, antes que pasivos". (Solís F. Gustavo, 2001)

Por las características de nuestro país con una población porcentual alta de analfabetismo, es pedir peras al olmo que la interculturalidad sea activa. Desearíamos que sea todo lo contrario, pero el Estado peruano no hace nada para que las tasas de ignorancia disminuyan. Para empezar que a los profesores les paguen bien y no salarios de hambre.

"Se trata de una tarea difícil en vista de la complejidad de nuestra diversidad y en razón a las fuerzas contrapuestas que animan a la sociedad peruana, en la que el racismo, el machismo, el autoritarismo, la ausencia de democracia étnica, la falta de

respeto a la diversidad cultural, las múltiples formas de discriminación, deberán dar paso a una conducta de tolerancia y respeto mutuos entre todos los miembros de los diversos pueblos que vivimos en este espacio geográfico que llamamos Perú”. (Solís F. Gustavo, 2001)

El hecho que el país presente una diversidad cultural, la misma no debe ser considerada obstáculo. Al contrario, exhibe las condiciones de una riqueza cultural increíble. Esa condición, podrá llevarnos al éxito, depende de los gobiernos que estuvieron al frente de las instituciones del Estado.

“La riqueza de culturas es una condición básica para una interculturalidad rica y creativa. En esta perspectiva, el Perú es un espacio rico en culturas, por lo que tenemos la posibilidad de desarrollar en el país una interculturalidad que puede significar un aporte relevante para la humanidad”. (Solís F. Gustavo, 2001)

“Para que esto sea posible necesitamos construir conocimientos mutuos respetuosos de la diversidad de los peruanos, pues interculturalidad significa -como dice Heise, et alt. (1994): diálogo, negociación permanente, reflexión cotidiana sobre derechos y modos de ser, aceptación del otro como legítimo para la convivencia. El requerimiento para la interculturalidad es conocer la propia cultura y conocer las otras, para construir identidades desde las cuales nos relacionamos los unos con los otros”. (Solís F. Gustavo, 2001).

Si tenemos prejuicios raciales, en las que unos son superiores que otros, no podremos determinar políticas de desarrollo. Seguiremos pensando y actuando que todo aquello que los funcionarios del estado brindan, son dadas para las clases menos favorecidas del país.

“La interculturalidad tiene enemigos poderosos y mortales. Dos de estos enemigos son el genocidio y el etnocidio. El genocidio desaparece al otro en tanto entidad física y viva, y al desaparecerlo, aniquila su cultura, anulando la posibilidad de establecer relación con una diversa. A su turno, el etnocidio elimina a la otra cultura, o la

discrimina. En la historia de la humanidad las conductas etnocidas y genocidas son las causas más recurrentes de la desaparición de pueblos y culturas, y del consiguiente empobrecimiento de la humanidad en su posibilidad de usufructuar los logros generados con esfuerzos de miles de años” (Solís F. Gustavo, 2001).

El genocidio y el etnocidio en el Perú, fueron prácticas de los gobiernos de Alan García, Fujimori, Toledo y Humala. De este último pende la espada de Damocles, porque empiezan a investigar hechos de Lesa humanidad cometido por el expresidente en la base Madre mía. Todos ellos mostraron su real catadura, deberían estar presos y morir como Videla en la cárcel en Argentina. Otros tantos acusados, juzgados y sentenciados de los diferentes países.

“Para entender mejor hagamos un ejercicio preguntándonos, ¿valen igual todos los peruanos en el Perú? Vale igual un huitoto frente a un aimara, a un quechua, ¿o frente a alguien de origen español? ¿Valen igual los peruanos según su color de piel? ¿Valen igual los peruanos según cómo se visten?” (Solís F. Gustavo, 2001).

“Todos sabemos en el Perú la respuesta, que es NO. Entonces, ¿no convendría formular una política para salvaguardar el derecho de ser diverso, pero con equidad, sin discriminación que atente contra el otro, forjando así una convivencia más deseable? Si la quisiéramos tendríamos que asumir precisamente una política de interculturalidad signada por determinados rasgos, que nos permitiría un estado multicultural con equidad étnica entre sus miembros (democracia étnica); sin actitudes negativas entre las personas por razón de su especificidad cultural”. (Solís F. Gustavo, 2001).

Hechos que podemos constatar en la atención de la salud reproductiva de las mujeres, quienes son obligadas a asumir comportamientos culturales occidentales en la atención del parto sin ser tomados en cuenta sus derechos consuetudinarios, como el respeto a su cultura. Por ello para la investigación asumí la opción de la teoría de la interculturalidad, el

reconocimiento y ejercicio de los derechos de los grupos étnicos y los pueblos indígenas, como el caso boliviano. En esta perspectiva:

“Por interculturalidad se entienden por lo general dos conceptos diferentes: un estado de cosas y un paradigma. Como estado de cosas señala una realidad marcada por el conflicto y las relaciones asimétricas de poder entre diversos grupos de poder y poblaciones. Como paradigma significa un proceso dinámico que apunta a la instauración de relaciones democráticas, a la apertura total y a la igualdad de condiciones entre los actores de una sociedad (Godenzzi, Juan Carlos: Educación e interculturalidad en los Andes y la Amazonía. Cusco: Centro de Estudios Rurales Andinos Bartolomé de Las Casas, 1996)”. (Diez Alejandro sitio web)

“La interculturalidad implica un cambio de mirada del mundo en dos aspectos: la mirada endógena y la mirada exógena. Evidentemente se trata de miradas complementarias e interconectadas que diferenciamos simplemente para ser más claros en la exposición. La mirada endógena es una mirada hacia nosotros mismos, mientras que la mirada exógena implica una visión distinta de la alteridad y del contexto más alejado”. (Rodrigo A. Miquel, sitio web).

Mientras se siga teniendo a gobiernos corruptos que pululan y se sirven del sistema neoliberal, igual como los gobiernos del Perú en los últimos 30 años, seguiremos postrados de temor y obligados a elegirlos cada cinco años a déspotas, que lo único que hacen es asesinar a poblaciones integras.

“La interculturalidad también propicia dos tendencias contradictorias y complementarias: por un lado, la promoción de la diversidad cultural y, por otro, la busca de referentes comunes que trasciendan las diferencias. Esto último nos podría llevar a plantearnos la posibilidad de una ética intercultural y replantearnos los universales culturales desde la interculturalidad. Para Toulmin (2001: 263) los universales culturales plantean “la pregunta de si la gente de todas las culturas y

edades tiene acceso por igual a un mismo 'marco conceptual básico' neutral y, en tal caso, en qué medida y en qué aspectos [...].” (Rodrigo A. Miquel, sitio web).

“En mi opinión la interculturalidad se va a convertir en una de las narrativas que conformarán la modernidad actual, que para Toulmin (2001: 259-260) supone una vuelta a la primera modernidad humanista del siglo XVI: “Todos los ‘cambios de mentalidad’ que caracterizaron el abandono del humanismo en aras del racionalismo en el siglo XVII se están dando en la actualidad al revés: el hincapié moderno en lo escrito, lo universal, lo general y lo atemporal (...) está abriéndose a ojos vista para volver a incluir lo oral, lo particular, lo local y lo temporal”. (Rodrigo A. Miquel, sitio web).

“La interculturalidad es especialmente sensible a la emergencia de lo local. La modernidad actual toma conciencia de que es difícil la extrapolación de conocimientos a realidades distintas de las que lo produjeron.” (Rodrigo A. Miquel, sitio web).

“Finalmente, la interculturalidad nos obliga a repensar la temporalidad desde distintos puntos de vista. En primer lugar, se pone de manifiesto la convencionalidad cultural de su medición. Cuando el 1 de enero del año 2000 Occidente celebraba, erróneamente, el inicio del nuevo siglo, en el calendario judío era el año 5760, en el islámico el 1419 y en el chino estaba finalizando el año del conejo. En segundo lugar, se descubre que hay una gestión cultural del tiempo distinta. Así se distinguen las culturas de tiempo monocrónico y las del tiempo policrónico: “Denomino ‘policrónico’ al sistema que consiste en hacer varias cosas a la vez, y ‘monocrónico’ al sistema noreuropeo que consiste, por el contrario, en hacer una cosa tras otra” (Hall 1984: 58). Por último, frente a la concepción del tiempo lineal y secuencial de Occidente, otras culturas representan la historia de una forma más bien circular”. (Rodrigo A. Miquel, sitio web).

Vale detenerse en la concepción del mundo andino. Ellos conciben al cosmos como algo cíclico de ir volver y otra vez afirmarse. No es como en occidente que piensan en términos lineales. Los andinos conciben al espacio sideral cósmico como una concatenación de líneas circulares en las que se va y viene, igual que la vida y la muerte, afirmación negación y síntesis.

“La interculturalidad supondría enriquecer los modelos de atención en salud sobre la base de un diálogo entre ciudadanos con iguales derechos”. (Yon Carmen sitio web)

“La Plataforma de Beijing reconoce la diversidad étnica, religiosa y cultural, pero también insta a que se adopten medidas para eliminar prejuicios y prácticas consuetudinarias que favorecen la vigencia de estereotipos de inferioridad para las mujeres.” (Yon Carmen sitio web)

¿Qué hace que las mujeres se sientan inferiores frente a los otros? Es el trauma colonial de la explotación, discriminación al que fueron sometidas sus padres y abuelos y los recuerdos de ella son recientes, la vigencia del sistema de hacienda que hasta la década de los 80 del siglo pasado seguía causando muchos males en el comportamiento de estos grupos humanos y que persisten todavía hoy en la ideología. Es necesario puntualizar que todo esto será desterrado con un plan de educación ambicioso y con presupuestos considerables. Caso contrario seguiremos empantanados en el círculo vicioso de no haber hecho algo en beneficio real y efectivo de los actores.

La interculturalidad se ha ido produciendo en la práctica, el problema es que la cultura mayor, oficial, y formal, trata de apabullar, someter y enseñoreándose en el poder del Estado, dictar dispositivos atentatorios a la dignidad humana. Los mismos que se traducirán en la negativa de las mujeres parturientas, a asistir a los centros maternos de salud, comportamientos extraños de estos grupos sociales, ante un ministerio de salud que desconoce lo más profundo de las culturas que creen conocerla.

“los DSR garantizan la convivencia y la armonía sexual entre hombres y mujeres, asegurando que la sexualidad y la reproducción se ejerzan con libertad, respetando la dignidad de las personas, permitiéndole al ser humano el disfrute de una sexualidad segura, placentera y con el menor riesgo posible de sufrir complicaciones de salud”. (Derechos sexuales reproductivos. Sitio web)

Al modo de pensamiento, desde la perspectiva occidental, lo único que les interesa es el dinero. Los profesionales de la salud, no se quedan atrás, son como los políticos, empezando desde los alcaldes distritales, provinciales, los presidentes regionales, desde el instante que asumen el poder, nada más piensan como enriquecerse, desvalijar los recursos económicos en detrimento del estado peruano.

“Se debe entender que los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a coacción, a discriminación y violencia”. Agrega que “las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exige el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual” (C 96/97).

Las parejas del medio rural, una vez constituidos, los roles están definidos, saben de sus responsabilidades referidos a la familia. Aquellas parejas que no tienen un compromiso serio, pueden incurrir en irresponsabilidades abandonando a sus hijos.

La diversidad cultural e interculturalidad son ante todo construcciones históricas, sociales y académicas en constante disputa y negociación, construcciones que deben en primer término ser analizados como tales, en lugar de ser tomadas como mero “dato de la realidad”. Es decir, no concebimos a la diversidad y la interculturalidad como características de lo social, sino como formas de pensar lo social (Ameigeiras Aldo y Jure Elisa, 2006, pp.260).

La mayoría de los profesionales desconocen los sistemas tradicionales, el derecho consuetudinario indígena. Los médicos desprecian la medicina popular e indígena, un cúmulo de conocimientos muy importantes. Por otro lado, las culturas indígenas no son vistas por su homólogo, la cultura moderna, como una alternativa respetable o una posibilidad, sino como algo exótico conjunto de arcaísmos que frenan el desarrollo y, por lo tanto, destinados a extinguirse.

“Las culturas indígenas permanecen no solo a su tenaz resistencia sino también a su capacidad de reelaborar su universo símbolo mediante procesos de apropiación e innovación.” (Ameigeiras, A. 2006: 318).

Esta forma de concepción respecto a los indígenas, genera conflictos que consisten en el rechazo y animadversión entre los actores sociales de ambas culturas. Por otro lado “El proceso de globalización capitalista trae consigo pérdidas irreparables para la humanidad en lo que se refiere al aspecto cultural. La inmensa diversidad de sabidurías, sensibilidades, poesías y modos diferentes en que se experimenta la existencia humana.” (Ameigeiras Aldo, Jure Elisa 2006:330).

“Los pueblos indígenas piden un mayor reconocimiento y visibilidad dentro de la sociedad mayor. En otras palabras, el surgimiento étnico implica una revisión en los términos de integración no un rechazo de la misma.” (Kymicka Will, 1996:100).

Juan Carlos Godenzi, plantea la interculturalidad en relación al conflicto y el paradigma: “o una realidad marcada por el conflicto y las relaciones asimétricas, diversos grupos de poder y poblaciones. Como paradigma significa un proceso dinámico que apunta a la instauración de relaciones democráticas, a la apertura total y a la igualdad de condiciones entre los actores de una sociedad” (Diez Alejandro, pp 36).

Los derechos de los actores sociales del que se habla en el párrafo anterior, ciertamente son inalienables y cualquier ser humano o grupo político que atente contra ellas, debe ser denunciado, juzgado y condenado si es posible por tribunales internacionales. Se

sabe que, para llegar a dichos postulados, tuvo que ocurrir acontecimientos desafortunados que nadie quisiera recordarlos. Lo deseable, que tales derechos sean respetados en todo el mundo sin excepción.

“Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos inalienables e inseparables de otros derechos básicos tales como el derecho a la alimentación, a una vivienda, a la salud, la seguridad, la educación y la participación política. Los derechos sexuales y reproductivos pueden definirse “en términos de poder y recursos: el poder para tomar decisiones informadas sobre la propia fertilidad, la procreación y el cuidado de los hijos, la salud ginecológica y la actividad sexual, así como los recursos para llevar a la práctica dichas decisiones de manera segura y efectiva (Correa y Perchesky, 1995).” (CIDEM y FHI, Marco conceptual 1999. 19).

“María José Araujo y Marisa Matamala (1995) plantean cuatro aspectos fundamentales para una calidad de atención optima, estos son [destaco el segundo y el tercero]:

Lograr la satisfacción de las expectativas de las usuarias, aspecto relacionado con el respeto a la autodeterminación e individualización de los usuarios, lo que significa tomar en cuenta aspectos sociales, culturales y psicológicos de cada persona.

El reconocimiento, promoción y respeto de los derechos sexuales y reproductivos, en el contexto de los derechos humanos, situando a la calidad de atención dentro de un marco ético que no establezca diferencias entre usuarios, pues todos tienen el mismo derecho a ser atendidos, sean hombres o mujeres, de diferente etnia, clase, cultura o edad.” (CIDEM y FHI, Marco conceptual 1999. 31).

Evidentemente debe haber respeto a la autodeterminación, las mujeres que están a punto de desembarazar, deben escoger cual es la mejor alternativa para dar a luz a sus hijos, donde y con quien se sienten más cómodas en la atención del parto, necesitan privacidad y solo así estarán totalmente desinhibidas y expeditas.

“En contextos sociales en que ciertos grupos de mujeres están acostumbradas a asumir una relación de subordinación en la mayor parte de los espacios de su vida, las mujeres tienden a relacionarse con los proveedores bajo los mismos parámetros, socavando su posición como demandantes de servicios de salud. En su relacionamiento con el personal de salud, muchas mujeres se sienten limitadas por sus miedos, su vergüenza y timidez, sus culpas, la doble moral sexual, la inseguridad sobre su conocimiento, e incluso sus vivencias de violencia física, psicológica o sexual, además de las dificultades operativas y económicas que afectan su asistencia al servicio de salud. Todas estas condicionantes obstaculizan las posibilidades de estas mujeres de asumir responsabilidades y comportamientos más adecuados para el cuidado de su salud y en defensa de sus derechos.” (CIDEM y FHI, Marco conceptual 1999. 31-32).

“Los proveedores de salud muchas veces reproducen distintas formas de inequidad genérica en sus relaciones con las usuarias y en relaciones profesionales entre sí. La relación médico-paciente no se da en un vacío cultural; las proveedoras actúan con los usuarios en función de su propia construcción de género y de acuerdo con las relaciones institucionalizadas entre ellas y la población usuaria. Es frecuente que los prejuicios y valores sexuales de los prestadores de servicios se reviertan en contra de las usuarias de diferentes formas (rechazos, desdén, sarcasmos, cuestionamientos, etc.), sobre todo en la descalificación de los saberes específicos de las mujeres, de quienes representan grupos étnicos marginados, o de quienes pertenecen a las clases socioeconómicas subordinadas”. (CIDEM y FHI, Calidad de atención 1999: 97).

“La muerte de un bebe es motivo de lágrimas y lamentaciones. Pero no tiene ni remotamente el significado traumático de la muerte de la madre, quien normalmente es un miembro en plenas funciones dentro de la sociedad local”. (Platt. Tristan, 2002:1309).

En la cultura andina, la muerte de un bebé al igual que de los ancianos no son sentidas. Al contrario, es motivo de alegría, el primero todavía no son persona y el otro ya cumplió su rol que la sociedad le asignó, y, por tanto, para evitar sufrimientos es deseable su deceso.

“Un parto doméstico, atendida principalmente por el marido e hijos: los más jóvenes apartados para que no se asustasen por los gritos de la madre, y los mayores haciendo hervir agua, preparando infusiones y buscando utensilios. Un parto normal es, pues, un asunto doméstico, íntimo, que concierne sobre todo a la unidad familiar en la cual está naciendo el bebé”. (Platt. Tristan, 2002:131)

En el parto domiciliario se produce un momento de preocupación por los hijos mayores que se encuentran dispuestos a ayudar a sus padres, así como también los familiares, e incluso algunos vecinos más cercanos, están atentos por ayudar a las mujeres parturientas.

“Además, la compañía de hombres que mascan coca mientras vigilan, también tranquiliza a la madre y la protegen de los duendes predatorios (q'ara wawas: bebés desnudos), considerados una grave amenaza para la vida de las parturientas”. (Platt. Tristan, 2002:131)

Las madres que dan a luz, sienten temor de los seres sobrenaturales, rodeadas de misterio y lo más sorprendente, les causa males desconocidos.

“Más aún, los grandes hospitales son muy temidos y evitados, como lugares siniestros donde las mujeres son descuartizadas”. (Platt. Tristan, 2002:131)

“Fueron seis las causas principales de mortalidad materna que se enfatizaron por los informantes: 1. Mala posición del bebé (wawa trancasqa); 2. Retención de la placenta (Paris trancasqa); 3. Inversión del útero (iwakusyín); 4. Ataque por duendes comedores de sangre (sajtay o sarchuwaqay); 5. Hemorragia post parto (yawar apay); 6. Complicación post parto (recaira)” (Platt. Tristan, 2002:131).

La gente que acude a los centros de salud, postas, hospitales, clínicas; tienen la imagen de un lugar donde trafican con sangre y órganos humanos. Lo que desean es hacerse de dinero y a como dé lugar. La impresión que tienen un gran porcentaje es que allí más bien adquirirán enfermedades desconocidas, de allí podrían salir muertos. Porque lo único que los médicos que saben pronunciar, al decir: “intervención quirúrgica”. Se salvan de alguna responsabilidad, haciéndoles firmar a los pacientes papeluchos que no tienen valor.

“El cuarto y el quinto también están asociados, porque se considera que los abortos y las placentas no bautizados se vuelven duendes, si no han sido enterrados y quemados cristianamente. Asociados con la pérdida de postparto (yawar apay), estos duendes comen la sangre de las madres parturientas.” (Platt. Tristan, 2002:131).

“El feto agresivo es una fuente de dolor, peligro y, a veces, muerte para su madre. Como ya he sugerido, no estaría demás hablar de la madre como si estuviese poseída por un pequeño diablo (en quechua diaylu), que debe exorcizarse trayéndolo a la luz (paqarichiy) o vomitándolo (wikchuy) para librarse o salvarse (liwrakuy, salwakuy)”. (Platt. Tristan, 2002:132)

“la noción del parto como de la batalla de la mujer por la vida es bien conocida entre civilizaciones amerindias.” (Platt. Tristan, 2002:132)

Los conocimientos modernos desde la cultura occidental no tienen más de 200 años de ser practicada, pero frente a los conocimientos empíricos de corte tradicional, tienen milenios de ser practicada. Lo malo será que no están escritas ni sistematizadas. Al respecto de este tema, hay mucho por investigar. En lugar de desaparecerlo, condenándolo, cuestionándolo, hay que pensar que es una invitación para plantear indagaciones de carácter científico.

“En las batallas sobre los linderos, los protagonistas son hombres, mientras que las mujeres se reúnen detrás de las líneas de batallas, cantando y bailando para animar a sus guerreros, y preparando la comida para su retorno. Durante el parto, sin

embargo, los papeles se invierten. La mujer se convierte en la protagonista de una batalla para expulsar el feto agresivo, y su marido debe adoptar un papel de apoyo, cuidado y comprensión (aunque en la práctica esto depende mucho de las relaciones entre pareja). Tanto en las batallas sobre los linderos, como en las del parto, se derrama la sangre sobre la tierra, y es devorada por las fuentes clónicas de poder.” (Platt. Tristan, 2002:132)

“La raíz unqu significa desequilibrio corporal, y los extremos de calor o frío a veces se contrarrestan con medicinas de carácter opuesto para restaurar el balance humoral.” (Platt. Tristan, 2002:132)

“La sangre menstrual es una parte principal de la contribución de la mujer a la sustancia fetal, y se dice que el feto es como una planta (sach'a), y como tal necesita humedad para crecer. La idea de una planta que crece en el campo uterino de la mujer es una noción difundida por todo el mundo.” (Platt. Tristan, 2002:132-3)

“El semen del hombre se considera una forma complementaria de sangre, que se combina con la sangre menstrual en el momento de la concepción”. (Platt. Tristan, 2002:133)

“Otro discurso utilizado para expresar la concepción es el ordeño: la mujer ordeña las ovejas (uwijamanta lichi ch'wanchis) y echa el cuajo dentro de la leche para producir el queso. La idea parece ser la de ordeñar el pene para que la semilla cuaje en el vientre de la mujer, y produzca un feto. Una sacudida de la fuente de leche produce una división en el queso, justo como el rayo que, si asusta a la mujer embarazada, puede producir un labio leporino o la división del feto en mellizos.” (Platt. Tristan, 2002:133).

Las concepciones de cómo se produce el embarazo, son conocimientos que la ciencia occidental lo sabe y es de su amplio dominio. Necesario que los habitantes de poblaciones marginales como los quechuas, también lo conozcan. Eso significa que hay necesidad de

hablar uno a otro y de esta forma se produciría lo que los autores sostienen, la interculturalidad.

“Otro discurso muy poderoso sobre la gestación fetal y el parto se relaciona con la actividad de hilar y tejer, como podía esperarse de una civilización donde el tejido de fibras animales o vegetales sea valorado tradicionalmente por encima de todos los demás materiales artísticos. La misma sangre, se dice, se convierte en grumos al torcerse como lana hilada; el bebé se forma de los hilos de sangre que se van aglutinando dentro de los tejidos carnosos del vientre materno. Los grumos de sangre que salen durante el parto se asemejan a pelotas de lana (muruq’u), la vagina, como acabamos de ver, puede compararse con un textil que envuelve al pene, y se dice que la misma faja usada para envolver al bebe contiene tantos hilos como el número de hijos que la mujer va a tener.” (Platt. Tristan, 2002:134)

El diagnóstico realizado a las gestantes por las parteras tradicionales es sorprendente, con las técnicas que utilizan tal como podemos leer en las entrevistas realizadas. Expresan sapiencia y dominio de prácticas. Por ejemplo, para diagnosticar el embarazo se fijan en:

“Los ojos de la madre también cambian, como se sabe en todo el mundo; pero los ojos de las mujeres andinas cambian de un modo especial. El blanco, se dice, crece hasta ser más visible que el iris”. (Platt. Tristan, 2002:135)

Las parteras “leen” los ojos de las mujeres, al mes o dos meses de haber concebido, éstas especialistas pueden constatar tal situación a través de las pupilas, tomado las pulsaciones de la muñeca de las manos, y otras formas.

“Un macho se mueve aquí y allá, como un pescadito (challwa), que juega en nuestros estómagos; mientras que la hembra se mueve más suavemente como una nube apartándose (phuyu), o como las olitas en la orilla de un lago; porque las hembras no se solidifican tan completamente como los machos”. (Platt. Tristan, 2002:136)

Obviamente cada uno tienen características propias y del mismo modo a través de la “lectura de las venas” los especialistas pueden saber por anticipado sobre el sexo del nuevo ser, si se trata de un varón o de una mujer.

“La hembra se dice, emerge en grumos de sangre (qullu) que todavía no se han solidificado, mientras que el macho aparece a los tres meses como todo un hombrecito (qharisitutapuni).” (Platt. Tristan, 2002:136).

“Los fetos abortados son furiosos y vengativos, porque se les ha expulsado de su cómoda morada dentro del vientre, donde podían comer sangre materna en abundancia. Ansiosos por recuperar la nutrición perdida, salen a vagar por la noche, olfateando el lugar donde puede estar dando a luz una mujer sobre todo si el parto va acompañado por una abundante pérdida de sangre. Visitan la casa, y empiezan a comer la sangre con la mirada de sus grandes ojos fetales.” (Platt. Tristan, 2002:137).

Son parte de las creencias andinas, es la razón por la cual le dan connotaciones sagradas. Algo que debe ser tratado adecuadamente y sobre todo con respeto, por ser ritual.

“Un embarazo sano, que llega a su fin, es indicado por un pulso que dice iphuj iphuj el mismo sonido que hacen tanto la chicha (cerveza de maíz) en fermentación (con la cual se compara el líquido amniótico) como la sopa espesa calentada en tres piedras.” (Platt. Tristan, 2002:138)

Es común entre la cultura quechua que cuando la criatura no está debidamente posicionada, tengan que recurrir al manteo, más conocido por ellos como “suisuy”, técnica ancestral que todavía se sigue practicando en las comunidades más alejadas como entre los Q’eros de la provincia de Paucartambo, Chumbivilcas, Canas, etc.

“Alternativamente, la mujer puede ser colocada en un poncho, que se sacude y se tira con movimientos precisos, e incluso puede ser lanzada al aire tres veces por dos

o cuatro hombres, que agarran las esquinas del poncho (thalay en quechua: en castellano, mantear). También se puede hacer bailar (tusuchiy), saltando, bajo la dirección de la partera, para reposicionar el bulto (wultu) pesado en su interior.” (Platt. Tristan, 2002:138).

Estas prácticas están acompañadas de una serie de creencias, así como:

“Por ejemplo, si la mujer hila durante el embarazo, el cordón puede enredarse alrededor del cuello del feto; tejer a pleno sol puede tostar la placenta, haciendo que se plegue a la pared uterina; alzar una carga sobre la espalda (q’ipiy) puede torcer el cuerpo (khiwiy, palabra también usada para las contracciones), dejando al bebe en mala posición.” (Platt. Tristan, 2002:139)

“Si el bebé está mal posicionado y no puede salir, la madre debe ser sacudida o manteada nuevamente, y se dan otros masajes; un partero dijo que solía aplicar su rodilla al vientre de la mujer, jalar las articulaciones de los dedos o traquear el cuello hacia un lado son formas de quiropraxis que permiten liberar la tensión y el miedo (mulla).” (Platt. Tristan, 2002:140)

Reitero que las mujeres necesariamente deben estar preparados bio-psico-socialmente, estar seguras que en el medio donde están, permite la tranquilidad y optimismo. Caso contrario, se producirán traumas de diverso orden.

“Se adoptan varias posiciones para dar a luz: acucillada (chukusqa), sentada (tiyasqa), de pie (con el apoyo de los presentes), agarrada del lado del catre (si se da a luz a solas), sobre cuatro patas (wakachasqa).” (Platt. Tristan, 2002:140)

Tienen que dar a luz como ellas quieren, como dicta la costumbre, como le sugiere su madre o la partera. Sin embargo, ahí donde se necesita hacer una intervención quirúrgica también se hará, porque las mujeres rurales incluido las parteras, concluirán que es más deseable y seguro que les asista un equipo de médicos, obstetras y enfermeras.

“Pero se considera absurdo dar a luz echada sobre las espaldas en posición supina. Esta actitud concuerda con las críticas de la práctica biomédica corriente por las feministas, e incluso desde dentro de la misma profesión obstétrica...” (Platt. Tristan, 2002:140)

“... la partera rápidamente aprieta el fajín alrededor de la cintura de la mujer para evitar que la placenta flote (phaway), salte (phinkiy) o se alce (jijkatay) dentro del cuerpo en busca del bebe perdido, llegando así a asfixiar a la madre. Solo entonces se corta el cordón (kururu) con un tiesto (k’analla), a veces recogido del suelo fuera de la casa en ese instante... El cuidado prioritario que se da a la madre confirma la preocupación que se siente por su seguridad, por encima de la del bebe.” (Platt. Tristan, 2002:141)

Por eso los actores de la cultura andina al cual pertenecen, aprenderán todos los conocimientos a ser aplicados, cuando se presentan casos de ayudar a las mujeres dar a luz. Saben que la placenta, si no se toman las previsiones del caso, puede introducirse dentro del vientre. Para evitarlo, tienen que atarla al dedo gordo del pie izquierdo con el objeto de neutralizar los perjuicios que pudieran causar la placenta, a la madre que acaba de dar a luz.

“El bebé está ahora en un estado liminal entre el vientre y la sociedad, y mientras no haya pasado por esta etapa no se le da el pecho” (Platt. Tristan, 2002:143)

Son conocimientos que el autor recogió en sus investigaciones. En efecto, el calostro es bueno para los bebés y su conocimiento data de muchos años atrás.

“Esto se confirma cuando preguntamos a una madre si conocía el valor del calostro (kurta): “si, eso es muy bueno”, contesto; “¡es demasiado bueno!”. “No, ya no le hagan amamantar ese calostro, ¡y ordeñen eso! Para que no lo coma así, si llegara a ser hombre, comerá, mucho comerá, y ¡será una vergüenza para sus padres!” (Platt. Tristan, 2002:143)

“Después de cortar el cordón, el cabo de la placenta se ata con un hilo doblado de lana roja, que después se amarra al dedo gordo del pie izquierdo de la mujer.” (Platt. Tristan, 2002:144).

Detalles cómo se procede con los recién nacidos, son prácticas parecidas como se acostumbra en la comunidad campesina de Molle Molle y Llaspay.

“La retención de la placenta se considera uno de los principales peligros del parto, y se asocia con el cocinar sobre el fogón, o sobre todo con el tejer al sol. El calor sobre las espaldas de la mujer hace que la placenta se pegue a la pared uterina como la comida que se quema en una olla en una sartén.” (Platt. Tristan, 2002:145)

“las sangres blanca y roja son las sustancias más básicas del crecimiento fetal, siendo la blanca la semilla del hombre (que da lugar a la grasa lubricante llamada llinki) y la roja la sangre menstrual de la mujer. Infundidos con vida ancestral con la piedra kamiri, estos componentes macho y hembra de la sustancia fetal se entretrejen como hilos torcidos en una solo entidad.” (Platt. Tristan, 2002:147)

Al mencionar la sangre roja y blanca, tienen razón que en occidente se conoce como los glóbulos rojos y blancos. Los conocimientos que ambas culturas tienen son evidentes.

“el feto agresivo se ha desplazado desde las tinieblas del interior de la tierra, que son también las del vientre de la madre, y de las energías oscuras de la chullpa, gobernados por la luna, hacia la leche blanca y la sala cristalina del bautizo en el mundo exterior cristiano, gobernado por el sol.” (Platt. Tristan, 2002:148).

“Hoy, los indios comunitarios luchan por encontrar nuevas formas de adaptación a las últimas manifestaciones biomédicas de la modernidad, que amenazan con eliminar una de las expresiones más íntimas de los derechos colectivos indígenas a la tierra.”. (Platt. Tristan, 2002:151)

TRATADOS INTERNACIONALES

“La Organización Mundial de la Salud ha definido la salud reproductiva como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de la reproducción”.

En la perspectiva del bienestar completo tanto de la mujer parturienta como del esposo. Las poblaciones indígenas de Latinoamérica, por su situación de pobreza y miseria, no pueden acceder a una educación adecuada, haciendo que se hundan en casi la absoluta ignorancia referida a la salud reproductiva.

“En este marco, la salud reproductiva busca además de evitar que la madre y el recién nacido enfermen o mueran durante el proceso de reproducción, que el mismo se lleve a cabo en un estado de completo bienestar físico mental y social de la madre y del padre, para lograr un recién nacido saludable.”

“Por tanto, la salud reproductiva implica un ciclo de vida para el individuo, que le permite nacer y desarrollarse como un niño, adolescente y adulto sano y posteriormente ser un padre o madre saludable capaz de engendrar un hijo sano.”
(*Qué es la salud reproductiva sitio web*)

“La EMA reconoce que tener un niño es un evento emocional y social en el que la confianza y la autoestima de la mujer tienen todas las oportunidades de crecer y desarrollar. Una mujer debe poder tener el parto en un ambiente que refuerce los aspectos del proceso fisiológico normal. La mujer tiene derecho a tener tratamiento médico adecuado si aparecen complicaciones durante el parto”. (European Midwives Association. Sitio web).

El proceso fisiológico normal alude que las mujeres, tal como la costumbre y sus conocimientos lo permiten, indica que ellas tienen todo el derecho de alumbrar a sus hijos como siempre lo hacían antes, sin recurrir a cortes de la abertura vaginal como se practica hoy en los hospitales.

“Todas las mujeres tienen el derecho de tener acceso al cuidado de matronería durante los periodos pre-concepcional, el embarazo, el parto y el posparto. Este cuidado debe incluir la exploración de las elecciones y opciones de la mujer respecto a todos los aspectos de la experiencia del nacimiento y debe ser sensible a sus creencias, valores, y costumbres específicas”. (European Midwives Association. Sitio web).

Las creencias (que también son otra forma de conocimiento), los valores, las costumbres, forman parte de aquello que se denomina cultura en el amplio sentido del término.

“La salud sexual es una parte de la salud reproductiva de la mujer; es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social. Para lograr y mantener la salud sexual deben respetarse y protegerse los derechos sexuales de todas las personas. Esto exige un respeto y un compromiso para la educación sexual adecuada, un respeto para la integridad corporal y el derecho a decidir ser o no ser una madre”. (European Midwives Association. Sitio web)

“Diferentes tratados internacionales, ratificados por nuestro país e incorporados a la Constitución Nacional, abordan la temática de la salud en general, y la sexual y reproductiva en particular. Resultan esenciales las normas contenidas en el Pacto de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño”. (Pierini, Alicia Buenos Aires Argentina, mayo del 2005).

“Aunque el término salud reproductiva se había usado con anterioridad por la Organización Mundial de la Salud para disfrazar el término planificación familiar, fue hacia finales de los ochenta que el concepto actual empieza a surgir. Esto ocurre con la convergencia de tres corrientes simultáneas: 1) La preocupación por la

morbilidad y mortalidad materna, que no habían sido atendidas adecuadamente en los programas de salud materno-infantil (en efecto, estos veían a las mujeres solamente como puericultoras). 2) Aparece en la escena mundial el movimiento feminista que propone tanto el concepto de mujeres en el desarrollo como los derechos humanos de las mujeres. 3) El gran proyecto internacional de planificación familiar se encuentra estancado, con los números de usuarias en descenso. Se postula que esto ocurre por la falta de integración de la planificación familiar en programas de salud y porque no se habían tomado en cuenta las perspectivas de las mujeres respecto a su fecundidad. En el área de salud reproductiva, la Organización de las Naciones Unidas propició una serie de conferencias que comenzaron con la de Bucarest en 1974; siguió la de ciudad de México en 1985, que coincide con el final de la década de la mujer de Naciones Unidas, la del Cairo en 1994 y la de Beijing en 1995. Todas estas conferencias han sido fundamentales para la evolución del concepto actual de salud reproductiva”. (Halperin David C. y Emma Zapata Salud reproductiva, sitio web).

El tribunal internacional, ya ha reconocido los derechos de las poblaciones excluidas. No solo se trata de pueblos que conforman el territorio peruano, sino tienen validez internacional, porque tales derechos son demandas de pueblos del mundo. Lo que hace falta es implementarla o ponerlos en práctica.

“Desde los noventa, la Fundación Ford respaldó una visión amplia de salud reproductiva, apoyada después en la Conferencia del Cairo. En el documento que al respecto se publicó: Salud reproductiva, una estrategia de los noventa, Barzelato (1991) comenta: “al analizar la contribución de los programas de planificación familiar para reducir las tasas de fecundidad en los países en desarrollo, es difícil separar los efectos existentes entre la disminución de la fecundidad por el aumento en el uso de contraceptivos, y los cambios económicos que simultáneamente estaban ocurriendo”.

“Entre los factores concomitantes menciona la disminución de la mortalidad infantil, el aumento en la expectativa de vida y en el número de quienes acceden a la educación primaria y secundaria. Podemos decir ahora que, con la crisis de los ochenta, muchos de los indicadores sobre bienestar se estancaron o declinaron, y también el uso de anticonceptivos se estancó o disminuyó.” (HALPERIN David C. y Emma Zapata Salud reproductiva, sitio web).

El concepto planificación familiar, no tiene el significado de la década del 60 del siglo pasado, sino tiene un significado mayor. Refleja las necesidades más sentidas de estas poblaciones de excluidos sociales y culturales.

“El concepto de salud reproductiva ha evolucionado en muchos sentidos ya no se refiere solamente a la planificación familiar, como se entendía en los años sesenta, sino ahora tiene un significado más amplio que rebasa la esfera biológica y cuestiona a los valores, la cultura y la realización personal de cada ser humano”. (INEI - salud reproductiva, pobreza y condición de vida en el Perú, sitio web). “El UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, es la mayor fuente internacional de financiación para programas de población y salud reproductiva en todo el mundo. Desde el comienzo de sus operaciones en 1969, el UNFPA ha proporcionado casi 6.000 millones de dólares para prestar asistencia a los países en desarrollo.

“El UNFPA colabora con gobiernos y organizaciones no gubernamentales en más de 150 países, a solicitud de estos, y con el apoyo de la comunidad internacional. El UNFPA apoya programas que ayudan a las mujeres, los hombres y los jóvenes a: planificar sus familias y evitar los embarazos accidentales; tener embarazos y partos en condiciones de seguridad; evitar el contagio con enfermedades de transmisión sexual, inclusive el VIH/SIDA; y combatir la violencia contra la mujer.”

Las elites que gobiernan en los diferentes países de Latinoamérica, excepto las de Bolivia y Ecuador, hace tiempo la aplican y no son como los otros que, en lugar de respetar sus derechos, las vulneran y cometen actos de etnocidio y genocidio.

“Esos elementos, en su conjunto promueven la salud reproductiva: un estado de completo bienestar físico, mental y social en todas las cuestiones relativas al sistema reproductor. Se reconoce que la salud reproductiva es un derecho humano y parte del derecho a la salud”. (UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas. Sitio web).

“Los derechos reproductivos forman parte de los derechos humanos ya reconocidos por leyes nacionales, tratados internacionales y otros documentos de consenso. Los derechos reproductivos se refieren tanto a hombres como a mujeres, e incluyen el reconocimiento de los derechos básicos de todas las parejas e individuos a:

- _ Decidir libre y responsablemente el número, intervalo y espaciamiento de los hijos.*
- _ Acceder a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres llevar a término y en forma segura los embarazos y nacimientos de sus hijos.*
- _ Recibir información y tener acceso a métodos de planificación familiar que se hayan elegido libremente, que sean seguros, efectivos, económicamente asequibles y aceptables”. (Langer Ana y Gustavo Nigenda, sitio web).*

Lo que desean todos los ciudadanos del medio rural como urbano, que las mujeres gocen de una buena salud reproductiva. De esa manera aquellas poblaciones de mujeres, excluidas, vilipendiadas; depositarán su confianza. Hecho esto, años más adelante, se podrán ver los indicadores de buena salud y por ende el desarrollo y progreso del país.

“La salud reproductiva refleja, por una parte, el nivel socioeconómico del país, la comunidad y la familia, y la condición de la mujer y, por otra, la utilización de los servicios, así como la calidad de los mismos. La influencia de los factores socioeconómicos se revela claramente en casi cualquier indicador de salud reproductiva que se escoja: fecundidad y edad al primer embarazo, anticoncepción, salud materna, aborto inducido, cáncer cérvico uterino”. (Langer Ana y Gustavo Nigenda, sitio web).

Pareciera que las leyes y las políticas hacia este sector, son puras declamaciones de poesía. Al contrario, sus gobiernos quieren desaparecerlo de la faz de la tierra, por sus convicciones racistas de corte hitleriano.

“En América Latina y el Caribe se han establecido, en los últimos años, leyes, políticas y programas para dar respuesta a las necesidades de salud reproductiva de la región, muchas veces en respuesta a los acuerdos suscritos por los gobiernos en las dos últimas conferencias mundiales 26 más importantes, CIPD (1994) y la Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995). Los siguientes son ejemplos de estos múltiples esfuerzos:

_ Chile y México garantizan en forma explícita los derechos reproductivos. Chile ha creado un nuevo Programa de Salud para la Mujer, en el que se incluyen problemas de salud sexual y reproductiva. México ha creado una Dirección General de Salud Reproductiva y un Programa Nacional de la Mujer.

_ En Bolivia, Paraguay, Guatemala, la República Dominicana y Haití, la reducción de la mortalidad materna es el foco de todas las iniciativas de salud reproductiva. El llamado Seguro para Maternidad y el Niño de Bolivia da a las mujeres acceso gratuito a servicios prenatales, de parto y de atención post-natal. [Subrayado por mí].

_ En El Salvador, el Secretariado Nacional de la Familia trabaja con adolescentes en la prevención del embarazo y de las enfermedades de transmisión sexual como el SIDA, mediante servicios de información y consejería.

_ Se están realizando esfuerzos para mejorar los servicios de planificación familiar en varios países de la región. Las asignaciones presupuestales en Brasil prevén la inclusión de una variada gama de métodos anticonceptivos, que aumente la posibilidad de selección para los usuarios.

_ Brasil es la primera nación en América Latina que ha creado una Comisión Nacional sobre Población y Desarrollo”. (Langer Ana y Gustavo Nigenda, sitio web).

“La tendencia más reciente de las políticas y programas de América Latina y del Caribe es hacia la integración de los servicios de salud reproductiva, incluidos los programas de planificación familiar. Por ejemplo, el gobierno de Bolivia ha declarado que la planificación familiar es sólo uno de los componentes de la salud reproductiva. Sin embargo, en la práctica, son pocos los programas nacionales que ofrecen una gama completa de servicios de salud reproductiva. Así, es difícil referir a los pacientes para la atención de complicaciones durante el parto, ya que los servicios de atención primaria no están integrados con los de atención secundaria y terciaria; asimismo, la prevención del VIH y de las ETS en general se realiza de manera independiente de la atención materna, la planificación familiar y la educación.”

“De igual modo, con frecuencia se omiten los suplementos nutricionales durante el embarazo, sobre todo en el caso de las adolescentes, y muy rara vez se incluyen la detección y tratamiento oportuno del cáncer cérvicouterino, por ejemplo, en los sistemas de atención primaria, a pesar de contarse con medidas de probada costo-efectividad para este fin”. (Langer Ana y Gustavo Nigenda, sitio web).

“La reforma en los sistemas de salud de América Latina ha introducido una serie de modificaciones que buscan superar estos problemas al ampliar la cobertura, particularmente para las poblaciones que no tienen acceso a los servicios en áreas rurales, mejorar la eficiencia en el gasto, desarrollar innovaciones financieras, reorganizar los servicios, aumentar la capacidad de respuesta de éstos y mejorar la calidad de la atención. Con ello, se busca dar mayor efectividad a los servicios de salud, asegurar que sean sustentables y mejorar la calidad de la atención en el nivel primario y preventivo, en el que se ofrecen buena parte de los servicios de salud reproductiva (Merrick, 1998)”. (Langer Ana y Gustavo Nigenda, sitio web).

“Las poblaciones indígenas y/o rurales, un grupo especialmente vulnerable, con necesidades de salud y situación de derechos muy desfavorables en comparación con el promedio de la población. Estos grupos sufren discriminación y son objeto de todo

tipo de abusos, al mismo tiempo que enfrentan situaciones de aislamiento social por el tipo de localidades en los que comúnmente habitan lo que además dificulta su acceso a servicios sociales y de salud, educación y empleo. Este contexto determina un perfil particular de salud reproductiva”. (Langer Ana y Gustavo Nigenda, sitio web).

Como pudimos leer en el párrafo superior, existen tratados y acuerdos internacionales. Lo que tienen que hacer los gobiernos es simplemente incorporarlas e implementarlas y ponerlos en práctica en los centros de salud. Pero ocurre que en muchos países latinoamericanos son sólo palabras que están escritas y a nadie le interesa ponerlas en práctica, son parte de los derechos humanos que los Estados están llamados a hacerlas respetar. En Latinoamérica no se toma en cuenta; a cada instante se violan las mismas, aprovechan la situación de analfabetismo del sector rural. Las mujeres no saben leer ni escribir, que no pueden reclamar, “nadie saca cara” por ellas, además carecen de medios económicos.

“La salud reproductiva se debe considerar como parte integral de la salud del individuo, inherente a la vida misma y constituyente esencial de su bienestar bio-psico-social desde el nacimiento hasta la muerte, no exclusivamente en relación a una condición de fertilidad, procreación, sexualidad o riesgo, sino en el sentido más amplio de integración con el concepto tradicional de salud”. (CONEPO, Apuntes de Población, sitio web)

Es pertinente puntualizar el aspecto bio-psico-social de las mujeres que se encuentran a punto de dar a luz, estas tres condiciones permitirán que ellas se encuentren debidamente preparadas para tan feliz acontecimiento, caso contrario, sólo se entorpecerá el proceso de nacimiento.

“La salud reproductiva en población indígena es un proceso bastante complejo, sobre todo considerando que en México existen aproximadamente diez millones de habitantes que pertenecen a los 62 grupos étnicos que se encuentran diseminados en

todo el territorio nacional (CONEPO, 1988: 116). Los estados que mayor cantidad de población indígena tienen son Oaxaca, Veracruz, Chiapas, Puebla, Yucatán, Hidalgo, México, Guerrero, San Luis Potosí, Michoacán y Sonora”. (CONEPO, Apuntes de Población, sitio web)

“La muerte de una mujer en edad fértil por motivo de la maternidad debe entenderse como expresión de desventajas para el logro de sus deseos reproductivos y constituyen una tragedia familiar y social. Los niveles de mortalidad materna constituyen una advertencia acerca de insuficiencias en la cobertura y calidad de servicios de salud reproductiva que se otorgan a la población”. (CONEPO, Apuntes de Población, sitio web).

Como dijimos anteriormente, las leyes o normas de salud están dadas; pero las autoridades responsables de su implementación, no les prestan la mínima importancia. Es por ello que los centros maternos en el sector rural, no están bien implementados.

“Las seis principales causas de mortalidad materna en las comunidades indígenas son: la eclampsia, las hemorragias del embarazo y del parto, la sepsis puerperal, el aborto y sus complicaciones, el parto obstruido y la hipertensión. Estas concentran más de la mitad del total de defunciones asociadas al embarazo”. (CONEPO, Apuntes de Población, sitio web).

“El papel que desempeña la mujer indígena en el proceso reproductivo es fundamental, pues interviene en la crianza, socialización y educación de los hijos”. (CONEPO, Apuntes de Población, sitio web).

“Cook afirma que la salud reproductiva es un componente importante de la salud de los hombres y de las mujeres, sin embargo, es más crítica para las mujeres. Una buena parte de la carga de enfermedades femeninas está relacionada con sus funciones y su potencial reproductivos, y con la forma en que la sociedad trata o maltrata a las mujeres en razón a su género. Revisemos los principales eventos

vinculados con la reproducción y a la salud reproductiva, y analicemos las diversas intermediaciones que las construcciones de género ejercen en los procesos salud – enfermedad y atención.” (Ramos Padilla M. 2006: 203).

A pesar que las normas están orientadas a la atención y protección de la salud materna de las mujeres en edad reproductiva, al estar inmersos en un sistema neoliberal, no se respetan los derechos humanos desde los enfoques de la diversidad cultural, y se trata de una población vulnerable.

MARCO CONCEPTUAL

Racismo y discriminación social

Otro de los factores que contribuye a la discriminación es el racismo y la discriminación por las que las mujeres indígenas muestran desconfianza al personal que trabaja en los Centros de Salud. En la zona urbana son de tez blanca o mestizo, vinculado con lo étnico, la misma que influye negativamente en las relaciones entre los actores sociales de ambas culturas, generando conflictos en la atención de la salud que es uno de los derechos fundamentales de las personas.

Al respecto Marta Casaus define el racismo:

“La valoración generalizada y definitiva de unas diferencias, biológicas o culturales reales o imaginaria, en provecho de un grupo y en detrimento del otro, con el fin de justificar una agresión y un sistema de dominación. Estas actitudes pueden expresarse como conductas, imaginarios, practicas racistas o ideologías que como tales se expanden a todo el campo social formando parte del imaginario colectivo. Pueden proceder de una clase social, de un grupo étnico o de un movimiento comunitario o provenir directamente de las instituciones o del Estado en cuyo caso hablaremos del racismo del Estado. Puede ocupar distintos espacios de la sociedad, dependiendo de que la relación de dominación tenga su origen en una clase, un grupo

étnico un movimiento comunitario o el Estado.” (Diagnostico del racismo en Guatemala. Pág. 25).

Carlos Jiménez considera: “el racismo como una variante de la exclusión social, como una forma de discriminación social y económica, dado que uno de sus fines básicos es la justificación de unas desigualdades económicas y de un sistema de explotación”. (Diagnóstico del racismo en Guatemala. Pág. 27).

Volviendo a Marta Casaus:

“La lógica de la discriminación socio racial y cultural la dirigen las instituciones coloniales- la corona, la iglesia la audiencia y el cabildo y su objetivo principal es tratar de desidentificar a los pueblos indígenas de sus referentes principales- religión idioma, cosmogonía y costumbres mediante la destrucción gradual y sistémica de su pasado y de la implantación de sus valores cristianos occidentales”. (La Metamorfosis del Racismo en Guatemala. Pág. 34).

Salud reproductiva

“La salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental, social y psicoemocional, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y el sistema reproductivo. Está encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente a la atención en el área de reproducción o de enfermedades de transmisión sexual.” (CIDEM y FHI, Marco conceptual 1999: 19).

Planificación familiar

“Se entiende por “métodos modernos” a aquellos con alta efectividad, como los hormonales orales o inyectables, el dispositivo intrauterino, la ligadura tubaria, la vasectomía, los implantes subdérmicos, el condón y el diafragma.

“Se llaman “métodos tradicionales” a aquellos que no involucran una tecnología, sino especiales precauciones en las prácticas sexuales que disminuyen el riesgo de embarazo, tales como el ritmo, el coito interrumpido o retiro, el método de Billings, y otros. Estos “métodos” tienen un nivel de efectividad para evitar el embarazo sustancialmente menor que los llamados “modernos”. (Langer Ana y Gustavo Nigenda, sitio web).

“Así, por ejemplo, el uso de métodos de planificación familiar donde ya no se necesita de la voluntad del hombre, provoca las inseguridades masculinas y los hace sentirse vulnerables ante una posible infidelidad de sus esposas, ahora que ya no tienen el peligro de un embarazo. A la vez, hay un rechazo a que sus parejas dependan de los servicios de salud para el uso de estos métodos, puesto que consideran que en estos lugares las partes íntimas de sus esposas son auscultadas por un profesional hombre, que podría provocar en ellas deseos de estar con otro hombre. La presión de la comunidad hacia el hombre cuya esposa acude a los servicios de salud reproductiva es enorme, poniéndolo en ridículo ante los demás.” (Ramos Padilla M. 2006: 204).

Cultura

Entendemos al conjunto de artefactos culturales, normas y valores, tradiciones, mecanismos propios para la resolución de sus conflictos, etc. concretamente son formas de vida de la comunidad o distrito que viven ligado a sus divinidades tutelares y la naturaleza, medio social y cultural.

Aculturación

Proceso de transmisión de elementos culturales de una sociedad a otra, de una cultura a otra.

Conflicto intercultural

Como la vulneración de los derechos fundamentales de las personas, expresados en la violencia psicológica, discriminación social, étnica y cultural en la atención de la salud reproductiva de las mujeres indígenas.

Salud reproductiva

Debe entenderse como la atención integral de la salud de las personas, como un derecho fundamental. Así mismo que hay que tomar en cuenta el papel fundamental que desempeña la mujer indígena en el proceso reproductivo. Ella interviene en la crianza, socialización y educación de los hijos. Así como también velar por la salud integral de su familia.

Apus

En el mundo cultural de los quechuas, son espíritus que viven en las montañas. Protegen a los hombres y cada persona tiene uno como protector. Entre los Apus, hay también una jerarquía. El Apu mayor vive en el monte Ausangate, cerca de Cuzco (Amodio, 1988:58).

Cambio cultural

Se dice aquellas modificaciones en los elementos y modelos de un sistema cultural (Hunter, 1988:10).

Campeños

Los campesinos son perfectamente identificables tanto por criterios sociales como culturales. Residen por lo común en pequeñas comunidades, que en muchos sentidos representan a la vez el centro y los límites de su mundo. Cada una de esas comunidades campesinas se caracteriza por poseer una comunidad moral básica, es decir, por un acuerdo esencial lo que es bueno o malo, propio o impropio; conserva y mantiene a su vez costumbres y tradiciones distintivas, que no son sino pequeñas variantes de las que se encuentran en la

sociedad mayor, pero con importancia magnífica a los ojos del campesino. La unidad moral y peculiaridad cultural de las pequeñas comunidades rurales desaparecen con la industrialización, de modo que se ha hecho difícil diferenciarlas como clase (Hunter, 1981:137-138).

Chamán

Con este término se puede indicar una figura médico- religiosa muy difundida entre las culturas indígenas de América Latina. Es el curandero y, a veces, el sacerdote; consejero y defensor de su pueblo. El chamán es quien recuerda las historias antiguas y, por esto, es una especie de “memoria” de la comunidad (Amodio, 1988:589).

Comunidad campesina/comunidad andina

La actual comunidad andina tiene sus raíces en el antiguo ayllu de origen prehispánico y en las reducciones iniciadas por los españoles durante el siglo XVI. A pesar de los siglos transcurridos, es posible encontrar múltiples rasgos indígenas en las comunidades tradicionales (Albó Xavier, 1989:43).

Concepción o visión del mundo

Lo que los individuos de una cultura piensan que es el mundo que los rodea. Incluye ideas sobre el origen de la sociedad, la descripción de la realidad natural, espiritual, etc. Se dice también “cosmovisión” (Llanque, 1990:69).

Cosmovisión andina

Cada pueblo o cultura posee un modelo explicativo del mundo en que vive tanto en los niveles sociales, como en los económicos, cosmológicos, etc. En el caso de los aymaras del altiplano del Collao, existen también un modelo conceptual mediante el cual juzgan el mundo en que viven. A este respecto, mi propósito es presentar descriptivamente sobre cómo

los aymaras enfocan su realidad cósmica y cómo tratan de relacionarse y controlarlo (Llanque, 1990:69).

Costumbre

Colectivo para la totalidad de modelos de comportamiento socialmente adquiridos, sustentados por la tradición y mostrados generalmente por los miembros de una sociedad (Hunter, 1976:194).

Creencias

Conjunto de principios ideológicos de una persona o un grupo social, las mismas que se convierten en “normas que rigen el comportamiento humano. Completo crédito que se presta a un hecho o noticia como seguros o ciertos.

Embarazo

Preñado de la mujer, y tiempo que éste dura, en las comunidades campesinas se denominan también unquq, “enferma”, estado anormal.

Espíritu

Para las culturas indígenas, la realidad no acaba con los seres de la naturaleza. Hay otras realidades en estricto contacto con aquella que cotidianamente vemos. Este otro “mundo” es poblado de espíritus que ayudan o no a los hombres. En cierto sentido, la realidad material que se ve, es el aspecto visible de las otras. Por esto, los espíritus tienen fuerte relación con algunos elementos de nuestra realidad: un monte, una planta, un ave, etc. (Amodio, 1988:58).

Etnocentrismo

Indica sobre – valoración de la propia cultura. Es una actitud etnocéntrica la que juzga las otras culturas a partir de la propia y emite juicios de “inferioridad” y “primitividad”. Esa actitud es opuesta a la del “relativismo cultural” (Amodio, 1988:58).

Familia nuclear

Tipo de familia presente de la sociedad industrial. Está constituida por el padre, la madre y los hijos – reducción a la familia biológica (Amodio, 1988:28).

Familia extensa

Tipo de familia en la cual varias generaciones de parientes conviven en una misma casa o mantienen fuertes relaciones de parentesco (Amodio, 1988:28).

Forma de vida

El conjunto de comportamientos, costumbres y reglas propias de una sociedad, que permite diferenciar un individuo de una cultura de otro perteneciente a un pueblo diferente. Cada pueblo tiene su forma de vida (Amodio, 1988:10).

Identidad cultural

Siendo cada cultura única en su caracterización, sus individuos tienen conciencia de ser diferentes de otros pueblos. Esta percepción de diferencia se basa en las características profundas y originales de cada cultura, que determinan la “identidad” del grupo y en parte también del individuo.

Métodos anticonceptivos

Son todos los instrumentos o medios modernos que se usan para evitar el embarazo.

Mito

Historias que cuentan los orígenes de las sociedades y la invención de las técnicas culturales. Los mitos son historias sagradas de cada pueblo, y sirven también para transmitir a las nuevas generaciones los contenidos espirituales más profundos de la cultura. Una ocasión muy importante de transmisión y relación de los mitos son los rituales comunitarios (Amodio, 1988:18).

Modernidad

Concepto que hace referencia a lo moderno, o a las cosas que existen desde hace poco tiempo. Hecho que ha sucedido o se ha efectuado recientemente, como las tecnologías de las sociedades industriales.

Normas sociales

Reglas vigentes en una sociedad para su funcionamiento y persecución en el tiempo. Puede ser formales e informales (Amodio, 1988:33).

Pareja

Individuos constituido mínimo por dos personas. En el contexto quechua se refiere a las personas que conviven o se han casado, denominado “yanantin”.

Parto o alumbramiento

Es un proceso natural y ritual que consiste en dar a luz a un nuevo ser.

Patrones culturales

En efecto, existen en el seno de cada cultura lo que podríamos llamar unidades de comportamiento, que son como puntos en que se unen las cuerdas de una red, que de manera casi general suelen denominarse patrones culturales (Silva, 1986:164).

Planificación familiar

Entendida desde la población campesina como el control sexual de la pareja para no procrear hijos. Las relaciones sexuales no tienen como único fin tener hijos. También son una forma de afecto, ternura, de comunicarse con la pareja y sentir placer, entre otras cosas. No es justo que para muchas mujeres las relaciones sexuales terminen con un embarazo no deseado.

Postparto o puerperio

Es el período que corresponde después del parto. En el que a la parturienta la hacen una serie de ritos para la recuperación de su organismo en forma integral.

Relativismo cultural

Concepción antropológica según la cual cada cultura tiene valor en sí y no en relación con otras. Así, no existirían culturas superiores a otras, más bien cada una se puede juzgar solamente desde su interior. Esta actitud de respeto necesaria para el diálogo entre culturas.

Reciprocidad

Característica principal de las relaciones entre individuos y grupos en las sociedades indígenas. Quien da, recibirá de los otros, creándose así un circuito de interdependencia (Amodio, 1988:34).

Rito/ritual

En general, se trata de un conjunto de palabras, gestos y comportamientos especiales, realizados en grupo o individualmente entrar en contacto con seres espirituales. El término es utilizado igualmente para indicar cualquier ceremonia social que conlleva también un aspecto religioso (Amodio, 1988:18).

Rito de transición/rito de pasaje

En general, ceremonia que inicia del pasaje de una situación social a otra. El término indica, sobre todo, los rituales a través de los cuales los jóvenes pasan del mundo de la infancia al mundo de los adultos (Amodio, 1988:18).

Saber empírico

Todos los conocimientos que se obtienen a través de la experiencia son de tipo “empírico”. Este saber nace en la cotidianeidad y, por lo general, se consigue mediante experimentos y pruebas. En cierta medida, también el saber transmitido por los ancianos es de este tipo, porque es fruto de su experiencia o de otros que vinieron antes. El saber empírico se diferencia particularmente del saber mítico (ver) y del “saber” de los animales, que es una buena parte instintivo (Amodio, 1988:59).

METODOLOGÍA

El estudio tuvo carácter etnográfico, comparativo y teórico entre las prácticas científica modernas que se emplean en el Centro de Salud y aquellas que se llevan a cabo en el medio rural, es decir dentro de los hogares campesinos, en la perspectiva del enfoque intercultural.

Nuestro método de investigación hace hincapié en técnicas de investigación de carácter cualitativo sin descartar el apoyo de las metodologías cuantitativas. De esta manera,

durante nuestro trabajo de campo recurriremos a las historias de vida, testimonios, las entrevistas abiertas individuales y grupales, el trabajo detallado con informantes “claves” y al análisis de algunas estadísticas provinciales y nacionales.

La investigación fue de tipo cualitativo por que se pretende conocer aspectos socioculturales de vivencia, sentimientos y cuantitativo porque se pretende estudiar realidades sociales subjetivas, significativas y dinámicas es decir las percepciones de las mujeres y el personal de salud en relación a la salud reproductiva.

Para ello es importante destacar el planteamiento de Clifford Geertz referente a los problemas metodológicos. ¿Hasta qué punto lo que dice el informante es expresión de la sociedad en que vive? ¿Hasta qué punto los miembros de su sociedad racionalizan los símbolos?

Además, tuvimos la oportunidad de ponerme en contacto con la Central de Mujeres del distrito de Ccolquepata. Se trata de un estudio netamente participativo y por esta razón, trabajé con las organizaciones de mujeres campesinas y algunos directivos al igual que con las parteras, quienes aportaron a partir de sus experiencias en la solución de la problemática de la salud sexual reproductiva.

El estudio pretende, realizar un análisis de carácter comparativo de aspectos netamente culturales en relación a la atención del parto y post parto.

Descripción sobre la base de la observación directa y participación en tareas de atención de parto y post parto, en el seno del hogar campesino y en los centros maternos. Se realizó entrevistas a madres gestantes, parteros (as), personal de salud, promotores de salud, esposos de las gestantes, directivos de la comunidad, líderes y lideresas comunales y organizaciones de mujeres (vaso de leche, comedores populares e infantiles). Complementando la información con actores sociales de las diferentes comunidades del distrito y zonas similares de la región Cusco en los eventos “martes campesinos” del CBC en la ciudad del Cusco.

También se ha recogido testimonios e historias de vida de las madres gestantes en los mamawasis. Gracias a las experiencias de trabajo en campo con las organizaciones campesinas por más de quince años y el dominio de la lengua quechua; me ha permitido recoger datos confiables debido que se trabajó en un ambiente de confianza y acercamiento a las mujeres.

GUIA DE TRABAJO DE CAMPO

Se realizó de acuerdo a las siguientes fases, quedando exenta los supuestos e imprevistos que facilitó o dificultó el presente trabajo:

Fase exploratoria

El objetivo de esta fase fue conseguir una información exhaustiva de los componentes que considero en la investigación. Se consideró dos momentos: la primera fue la búsqueda de información bibliográfica que justifique la realidad estudiada, constituirse en la comunidad campesina, contacto con las organizaciones de mujeres, recoger datos del Centro de Salud Huanquite y otros.

La segunda parte se realizó entre los meses de agosto – noviembre. Concentrándome en la comunidad campesina de Molle Molle con la exploración etnográfica de la población objetivo, obteniendo información y observando el sitio los problemas y el comportamiento de las mujeres gestantes.

Fase de contrastación

El objetivo consistió en la contratación de los datos recopilados, de conclusiones extraídas de la fase exploratoria. Se trató de confirmar o refutar los hallazgos de la primera parte de la fase exploratoria, con los resultados de las entrevistas aplicadas a los actores sociales involucrados en la investigación.

Así mismo se lleva a cabo el procesamiento de la información y análisis documental y bibliográfico y la redacción del informe final que se realizó en los meses de abril y mayo.

En el desarrollo de cada capítulo se podrá leer todo cuanto informan los actores sociales sobre el tema de la salud reproductiva. Seguidamente a manera de contrastar la información, se describen los casos más resaltantes recogidos a través de la observación directa, testimonios y entrevistas a mujeres gestantes, y aquellas que dieron a luz en los Centros de Salud, hospitales y en sus domicilios. A sus familiares (esposos) a las parteras, promotores de salud, personal médico y autoridades comunales. Fue imperativo estudiar casos desde la perspectiva individual y colectiva (mediante entrevistas individuales y grupales).

De igual modo, en varias ocasiones, fuimos en busca de informantes a las capitales distritales de Huancarani, El Descanso, Sicuani, producto de los cuales tenemos fotografías, y grabaciones de las entrevistas. Se recogió información de estos ámbitos para confrontarla y verificarla la problemática estudiada.

Se ha elaborado una guía de preguntas semi-estructuradas abiertas para las entrevistas correspondientes. Las observaciones no se limitaron solo a constatar los acontecimientos en el Centro de Salud y en las casas maternas, sino también escuchar los comentarios de las mujeres y sus familiares durante los viajes realizados y al mismo tiempo hacer sugerencias y consejos en cuanto al cuidado de la salud de las mujeres.

Consultas bibliográficas de libros, artículos, revistas y publicaciones por internet, que tratan directa o indirectamente el tema en estudio, las mismas que fueron un aporte sustancial en la profundización y análisis de la problemática estudiada.

El análisis se basa en 58 entrevistas abiertas grabadas y realizadas en idioma quechua, durante en el 2006 – 2007, a mujeres gestantes, padres de familia, dirigentes, líderes, autoridades comunales y distritales. Así mismo a parteros, (as), obstetras del Centro de Salud,

promotores de salud de la comunidad de Molle Molle y otras comunidades aledañas del distrito de Huanquite.

La investigación tiene carácter etnográfico, participativo, comparativo y teórico desde el enfoque antropológico e interdisciplinario. El método de investigación hace hincapié en técnicas de investigación de carácter cualitativo sin descartar el apoyo de las técnicas cuantitativas.

La descripción se hizo sobre la base de la observación directa y participación en tareas de atención de parto y posparto, tanto en el seno del hogar campesino y en los centros maternos. Complementando la información entrevistando a otros actores sociales de las diferentes comunidades del distrito participantes en los eventos “martes campesinos” del programa de Animación Campesina del CBC en la ciudad del Cusco, cuya coordinación estuvo a mi cargo.

Mi experiencia de trabajo con las comunidades y hablar su propio idioma quechua, me ha permitido acercarme con confianza a los actores sociales y recoger información confiable. También es importante resaltar que se hizo 44 encuestas a las madres parturientas inmigrantes peruanas y bolivianas que fueron atendidos el parto en el Hospital de la Paz de Madrid – España, donde el Instituto Universitario de Estudios de la Mujer IUEM de la UAM está haciendo una investigación interdisciplinaria sobre el “Impacto de la migración sobre la salud del binomio madre–hijo desde una perspectiva de género”. A la que me incorporé como parte del equipo de investigación.

ASPECTOS GENERALES DE LA COMUNIDAD MOLLE MOLLE

El distrito de Huanquite se halla en la provincia de Paruro, departamento de Cusco – Perú. Su población está dividida en 17 comunidades campesinas y un anexo, con un total de 5,920 habitantes. Las unidades familiares se dedican a actividades agrícolas de auto subsistencia, siendo su mayor fuente de ingreso la producción de papa, trigo, cebada y maíz, y por complemento la crianza de ganado vacuno y ovino, vinculados con la ciudad del Cusco. Molle Molle se encuentra a una altitud que oscila entre 2,500 y 4,500 msnm. Presenta una

topografía muy accidentada. Algunas comunidades no tienen acceso por carretera, y la mayoría se encuentra de una y tres horas, las más cercanas. Las más lejanas, a un día de caminata de la capital distrital.

Molle Molle es una comunidad que se encuentra a 2 horas de viaje en autobús de la ciudad del Cusco, se encuentra a una altitud de 3250 msnm. La comunidad de Molle Molle alberga a más de 145 familias. De las cuales 74 empadronadas y forman parte activa de la comunidad. Mientras que el resto, son residentes que viven en Cusco, Lima, etc. Aproximadamente cuenta con 450 habitantes y un promedio de 5 hijos por familia. De vez en cuando se dedican al trabajo asalariado eventual como obreros de construcción civil, pequeños negocios, etc.

Molle Molle está catalogada como comunidad en extrema pobreza, poseen pequeñas extensiones de tierras con riego, en seco y en los “laymes”, la principal producción es el maíz en la zona baja, trigo en las zonas intermedias y papa en las zonas altas. El maíz constituye la base de la alimentación diaria de la familia, se consume de diversas formas, (mote⁵, lawas⁶ y meriendas). Del maíz se prepara chicha, bebida principal para los trabajos agrícolas.

Los campesinos, priorizan los cultivos de pan llevar, para cubrir sus necesidades básicas de alimentación, que es lo más importante. Por ello diversifican su producción, cultivándola en casi todos los pisos ecológicos de su comunidad, los que tienen acceso. Por ejemplo, en la zona quechua (parte baja de las quebradas) cultivan maíz y en la parte intermedia, trigo, habas y arvejas. La papa “maway⁷” en pequeñas áreas en los alrededores de su casa, abonados con fertilizantes, fungicidas y pesticidas químicos. En la parte alta, cultivan papa nativa, cebada y ollucos que no requieren riego, pues es suficiente con la lluvia y la fertilización con abono natural.

⁵ Sancochado de habas o maíz.

⁶ Crema de papa seca, maíz y trigo.

⁷ Siembra temprana o primicias.

La cría de ganado vacuno y ovino está casi exclusivamente orientada al mercado. Ingresos que son reservados para la compra de uniformes de los hijos, ropa, fiestas, gastos en la agricultura, etc. Por ello el ganado es considerado como un “banco”, un sustento económico para casos de emergencia o muerte de algún familiar. En caso de su ausencia, tienen que poner en prenda o venta sus parcelas.

La ubicación de las viviendas tiene la característica semi-urbana. Presenta una calle ancha, fragmentada en pequeños pasajes, donde se observa hacinamiento, generando problemas interfamiliares. Cuentan con servicios de agua entubada y luz eléctrica domiciliaria, alumbrado público y con letrinas rústicas, que obtuvieron gracias al apoyo de las instituciones de desarrollo.

Existe un Centro de Salud en Huanquite, que hace tres años fue Posta de Salud, que atiende a toda la población del distrito. Cuenta con una obstetra, un médico, tres auxiliares, dos técnicos, una serumista, un técnico del programa “juntos”, un laboratorista, un Odontólogo y un chofer. Consta de una infraestructura nueva y una ambulancia.

La comunidad está organizada en función a los dispositivos de la ley de comunidades campesinas, la directiva comunal y los comités especializados. La máxima autoridad es la asamblea comunal, instancia en la que se toman las decisiones más importantes. Está regulada por el estatuto comunal. Sin dejar de lado sus autoridades tradicionales como son los remateros⁸, tomeros⁹, etc.

Aproximadamente el 80% de las mujeres de las comunidades campesinas son monolingües, hablan quechua y entienden muy poco el español. La mayoría de ellas son analfabetas, sólo tienen entre el primer y cuarto grado de educación primaria, considerando que las mayores de 35 años han olvidado casi por completo la lecto-escritura del español. No forma parte de su práctica diaria (son analfabetas por desuso). Muchas de ellas apenas

⁸ Autoridad comunal que se encarga del resolver conflictos interfamiliares en cuanto a los daños ocasionados por los animales en los cultivos.

⁹ Autoridad comunal encargado de la distribución del agua de riego.

pueden firmar y con dificultad durante las elecciones generales. Estas condiciones originan la sumisión y humillación frente a los “mistis”¹⁰.

Las mujeres debidamente organizadas en clubes de madres, en comedores populares e infantiles que se encargan de la preparación de alimentos para los ancianos y niños con el apoyo del PRONAA¹¹. El aporte de las mujeres es con productos agrícolas como hortalizas, animales menores, etc. También reciben el “vaso de leche”, que es un programa del Estado que las apoya con algunos alimentos como leche y harina. Está dirigido a las madres gestantes y niños hasta los 6 años de edad y administrado por los municipios distritales y provinciales. Las organizaciones de mujeres son reconocidas con personería jurídica y funcionan independientemente de las comunales, aunque en algunas aldeas realizan actividades conjuntas. La participación de las mujeres en la mayoría de las comunidades se limita a las actividades sociales, fiestas patronales, etc.

Otra característica de los actores sociales de la población en general y de las comunidades campesinas andinas, es que poseen su propia concepción del mundo. La cosmovisión es percibida como una forma de estar, sentir, ver, escuchar y analizar. Ese decir, que no hay un solo mundo. Para el hombre andino el mundo está dividido en tres partes: kay pacha (la tierra donde habitan todos los seres vivos); ukhupacha (debajo de la tierra donde se hallan los seres inertes) y en el hanaq pacha (los seres sobrenaturales, Dios, los ángeles, las almas que al morir se convirtieron en dioses menores). Por lo tanto, cada pueblo tiene su propia forma de vida e identidad cultural. Es por ello que los campesinos sienten mucho respeto y cariño por la Pachamama (tierra), consideran que es la fuente de vida, que el hombre ha brotado de sus entrañas, crece y se reproduce sobre la tierra y cuando muere, vuelve a ella.

¹⁰ Señores o mestizos.

¹¹ Programa Nacional de Apoyo Alimentario. Una de sus actividades principales es la implementación de comedores infantiles y populares en comunidades campesinas considerados de extrema pobreza, como Molle Molle.

En la concepción de esta cultura todo tiene vida, los cerros, las piedras, illas¹². Los ambientes fríos, el granizo, los manantes, el viento etc. La producción agropecuaria no sólo depende del suelo, del agua, de los Apus¹³, del hombre; sino en general de la relación armónica que guardan todos estos seres. Para ello la comunidad debe estar organizada para la convivencia social y la propia vida.

La cultura andina goza de sabiduría que se expresa en la manera de criar a sus hijos, a sus animales y a sus hijos, cultivar sus tierras y su forma de organización social. Sin embargo, en la sociedad occidental se ignoran todos estos aspectos del conocimiento. Empezando desde el sector educación y salud, pasando por el Ministerio de Agricultura y otras entidades de desarrollo estatal.

La mayoría de campesinos de esta comunidad son inmigrantes provenientes de diferentes zonas de la región Cusco. En el pasado el hacendado los trajo como colonos para que trabajaran en sus tierras. Los campesinos de Molle Molle con la reforma agraria, reivindicaron esas tierras y se organizaron en comunidad.

Gerardo Troncoso, de 78 años que vive desde muy joven en la comunidad y quien con mucha amabilidad me invitó a su cocina, estuvo muy dispuesto a contarme la historia de la comunidad. Él es uno de los fundadores de la comunidad, habla español y quechua. Al preguntarle cómo se había constituido la comunidad, respondió:

“Aquellos tiempos los ayllus, eran haciendas. Los hacendados administraban todo desde Lima, no había justicia para la gente que trabajaba en las haciendas. El presidente de la corte era hacendado, el prefecto era otro hacendado, los generales del ejército, eran hijos de los hacendados, los de la guardia civil, también hijos de los hacendados. Toda la sociedad era una organización grande de los hacendados. La comunidad también estaba dentro de la hacienda, sus límites hasta el abra de

¹² Piedrillas rituales en forma de animales como llama, vaca y otros o representaciones de productos agrícolas como la papa, maíz, etc.

¹³ Montañas sagradas.

Occopata. Para voltear a Molle Molle había otra haciendita. De Chifia hacia a Cusco formaban parte de otras haciendas. Era de los Villavicencio, más arriba era de los Álvarez. En el distrito de Yaurisque había otra hacienda.”

Al referirse a la reforma agraria 17716, decretada por el régimen militar de Juan Velasco Alvarado, cuenta:

“Cuando llegó la reforma agraria recién comenzamos a dividirnos. Los feudatarios, y otras haciendas las hemos comprado. La hacienda de Molle Molle era grande, pero cuando se aplicó la reforma agraria nos ganaron los de Paqareqtambo del río para este lado. En esa época en el lugar, apenas había 25 hombres, originarios del lugar. Esta hacienda había sido de un tal Chaparro que también tuvo otra por Ccochasayhuas. Lo dejó a una señora y esta tuvo una sola hija a quien la heredo. Es ahí como entramos nosotros. Ella tenía yernos por tener varias hijas. Un hijo que se fue a Chile para quedarse definitivamente allí.”

En cuanto cómo lo adquirieron expone:

“Decidimos comprar la hacienda con 400 soles, suma que era barato. Pero esa suma no había. Yo hice las gestiones, comuniqué a los comuneros y nos decidimos hacer la minuta de compra venta ante el notario, Yo nomás caminaba en Cusco llevando el dinero. Me preguntó cuánto dinero tenía y yo le dije 130 soles. “este dinero estamos trayendo juntando entre todos, luego de haber vendido nuestros ganados”. Fuimos ante el notario e hicimos la minuta, desde ese momento la viejita nos entregó la hacienda; pero llorando. El abogado nos dijo lo siguiente: “Miren hijos en los terrenos de la hacienda van a trabajar, hasta mientras paguen el resto del valor, tienen que completar con los 270 soles. Cada año tienen que pagar 50 soles hasta completar y recién vamos a pasar a firmar la escritura pública”. Así que teníamos solo la minuta.”

Fue una confrontación de intereses entre los hacendados y la aplicación de la reforma agraria.

“Así es como la reforma agraria fue avanzando rápidamente, vinieron los promotores de SINAMOS que eran funcionarios y técnicos del señor Velasco Alvarado a quienes informamos que estábamos comprando la hacienda. Ellos se sorprendieron y nos dijeron que no había ninguna razón para comprar. Nos recomendaron que no les diésemos ni un centavo más. Es así que ya no hemos pagado la deuda, y nos repartimos las parcelas.” (Entrevista Gerardo Troncoso).

El mismo informante referente a la problemática principal que aquejaba a la comunidad, dijo:

“Uno de los problemas saltantes en la comunidad es el alcoholismo. Muchas familias beben desde muy jóvenes, descuidando la atención de sus hijos, las actividades agropecuarias y comunales. Por ejemplo, uno volvió de Arequipa y a sus padres no quiere reconocerlos, no les habla. Los jóvenes van a Arequipa, Lima, Puerto Maldonado y Quillabamba, van contratados por 90 días. Una vez que retornaron, sus mismos padres suelen decirles: “ya habías llegado, hazme comprar traguito”. Uno compra, otro viene a felicitar la llegada del hijo, otro también compra otro licor y de esa forma pasan todo el día libando entre familiares, vecinos y amigos, sean mujeres o varones.” (Entrevista Gerardo Troncoso).

En esas circunstancias, la historia contada por los actores sociales, volviendo al tema de la salud reproductiva.

Las mujeres gestantes que provienen de las comunidades alejadas, como son: Arabito, Corcor, Rocoto, Huanca Huanca, Quencconay, etc., tienen que permanecer en el distrito dos o tres días y a veces una o dos semanas, incluso algunas hasta un mes, en los “mamawasis”, esperando el parto. Hecho que ocasiona malestar general en la familia y que considero un traslado involuntario de la familia campesina a un medio extraño, que se constituye una forma de agresión cultural y que genera conflictos.

La atención en los hospitales de la ciudad de Cusco, según las usuarias, es aún peor que en los distritos rurales. Las enfermeras y auxiliares las maltratan en forma discriminatoria, las insultan. Luego de dar a luz, les hacen levantar temprano y las obligan a bañarse. Al ser dadas de alta, muchas de ellas no tienen ningún familiar en la ciudad y tienen que ir a la Casa Campesina¹⁴, donde permanecen un par de días para luego retornar a su comunidad. Todos estos hechos, hacen pensar que los derechos de la salud reproductiva simplemente quedan escritos en el papel y que no se ponen en práctica. Por lo tanto, la discriminación y la humillación a las mujeres campesinas, son práctica constante en los Centros de Salud y en algunas instituciones, sin que las autoridades locales, regionales y nacionales hagan algo frente a esta problemática.

¹⁴ Institución privada comprometida en actividades de capacitación de adultos.

CAPÍTULO I

1. MATERNIDAD EN LA COMUNIDAD CAMPESINA MOLLE MOLLE

1.1. Referencias históricas sobre el parto

Los estudios realizados al respecto del tema del parto, señalan que, durante millones de años, el parto de los humanos estuvo rodeado de dificultades. Los humanos somos la única especie que busca ayuda para el parto. Por cuestiones fisiológicas, como el tamaño de la abertura de la pelvis por donde debe pasar el feto, está limitada por la locomoción bípeda y por los movimientos y giros que realiza el feto al pasar por el canal uterino. Todo ello ha representado problemas para los humanos. El canal uterino, tiene la forma retorcida u ovalada, mientras que de los monos mantienen la misma forma de su sección horizontal, desde la entrada hasta la salida, por estas consideraciones, el parto asistido es una costumbre casi universal. Motivos por los cuales surgieron las comadronas (Scientific American, 2002:64).

La diferencia cultural en cuanto al parto, son elocuentes.

En las sociedades occidentales, donde la mujer normalmente da a luz en presencia de desconocidos, algunos estudios han demostrado que la presencia de una persona que proporcione respaldo social y emocional a la mujer que esta de parto, reduce el número de complicaciones (Scientific American, 2002: 64).

Las prácticas de dar a luz, hizo que las mujeres hayan encontrado la mejor opción.

Pero también se explica que, en el período expulsivo, las mujeres adoptaron instintivamente la posición en cuclillas, igual como en las culturas aztecas, incas y araucanas. Estas posiciones acostumbraron las mujeres en casi todas las latitudes de la tierra hasta cuando al famoso tocólogo francés François Mauriceau se les ocurrió a fines del siglo XVII, que debía ser en la cama y en cubito dorsal (Scientific American, 2002:31).

Esto indica que los hombres han creado como una necesidad la atención de ciertas personas especializadas como las parteras o las matronas. Se dice que las mujeres españolas enseñaron a las nativas durante la conquista.

Antiguamente las mujeres no necesitaban ninguna ayuda para dar a luz. Quizás pedían auxilio en casos difíciles cuando la situación se complicaba. Alguna vecina las acompañaba en el doloroso y dramático trance. No se sabe cuándo ni dónde se inició la costumbre de acompañar o auxiliar a las mujeres durante el parto. Nadie puede asegurar que fue de una manera determinada, son solo especulaciones que terminan mitificándose.

Entre las leyes del cacique Nemequene existía una que obligaba al marido a indemnizar a la familia de la mujer en caso de muerte materna durante el parto. Ese hecho demuestra que el matriarcado imperaba entre los chibchas¹⁵. Es posible que la muerte de las parturientas fuera considerada como un acontecimiento digno de recompensa, honrando sus despojos; como si fuesen heroínas muertas en el campo de batalla, e indemnizando a sus deudos. Los aztecas deificaban a las mujeres que morían durante el parto. El cronista Juan de Castellanos relata así la disposición de Nemequene (protección a la mujer embarazada), para evitar el castigo, el esposo tenía que prodigar y procurar cuidados a su cónyuge durante el parto.

Hasta antes de 1930 la atención de los trabajos de parto estaba a cargo de las parteras o comadronas quienes tenían conocimientos prácticos e empíricos, producto de la experiencia. Pero no tenían la capacidad para resolver complicaciones, atendían sin ningún anestésico, aunque utilizaban hierbas medicinales que les daban a beber en infusiones, que fueron eficaces.

Desde 1960 el parto es considerado como un acto quirúrgico y se realiza en clínicas y hospitales que hoy en día, gracias al uso del bloqueo epidural, que tienen la función de quitar el dolor sin perder la sensibilidad y otros medicamentos como el goteo para acelerar las contracciones, etc., las mismas que se aplican antes y después del parto. Para que

¹⁵ Grupo étnico.

disminuyan las complicaciones. En la actualidad, se efectúa la episiotomía en la mujer para prevenir desgarros y la pérdida del tono muscular internos.

Como vemos la atención del parto en las sociedades modernas, así como en sociedades mal llamadas países del tercer mundo, se han producido procesos de cambio que cada vez más conllevan a la excesiva medicalización. No solo del parto sino de todo el proceso biológico de la mujer, dejando de lado los conocimientos y prácticas ancestrales que han demostrado que el parto siempre fue natural.

1.2. Percepciones de las mujeres campesinas sobre el embarazo

En las comunidades campesinas, cuando las mujeres se encuentran gestando se les denomina “Unquq”¹⁶ y cuando ya dan a luz “unqukapunña o qispikapunña”¹⁷, enfermó o se salvó del riesgo.

Al embarazo y el parto, lo consideran como “enfermedades”. A la embarazada no se le aísla físicamente de la comunidad, pero si se le considera como sujeto en estado anormal. Por ello tiene que protegerse de las amenazas que las rodean mediante ritos de protección. Después del parto, a las mujeres los familiares no deben dejarla sola en ningún momento. Los malos espíritus podrían penetrar en su cuerpo con facilidad debido a que está “abierta”:

Tristán Platt que ha realizado investigaciones en una de las regiones de Bolivia, sostiene que las mujeres embarazadas, también son consideradas enfermas. “El verbo en infinitivo “unquy”, significa desequilibrio corporal y los extremos de calor o frío que a veces se contrarrestan con medicinas tradicionales para restaurar el balance humoral. Con el embarazo el proceso de calentamiento se acentúa, porque sólo se puede expulsar el bulto de su cuerpo si se lleva el calor corporal de la mujer a un estado polarizado de fiebre” (Platt, T. 2002:132).

¹⁶ Que está enferma, esperando un bebé.

¹⁷ Que ya dio a luz.

En algunas comunidades andinas, a todos aquellos seres u objetos en proceso de crecimiento y maduración en periodos ceremoniales y rituales, designarán con el adjetivo de “unquq”. Tal como lo constaté en la comunidad campesina de Pamputa¹⁸, donde a la botija de chicha de chuño la llaman precisamente “unquq”. Recipiente que se encuentra en proceso de efervescencia y maduración.

En cuanto a la concepción no se tiene una idea clara. Todavía es un tabú, pero tienen una concepción generalizada que la formación del nuevo ser, se debe a la unión de otros dos seres vivos, tanto animales como las plantas. Por ello es importante la pareja, o el yanantin y en el caso de los humanos se suscita durante el “tupay”¹⁹ entre el varón y la mujer. El concepto de la “concepción” para ambos es muy complejo y poco conocido. Pero piensan a su vez que la reproducción humana no solo dependerá del hombre, sino también de la relación armónica que tenga este con la Pacha mama, los Apus, los “salqas” y con Dios; es decir con la naturaleza y las divinidades.

“La sangre menstrual es una parte principal de la contribución de la mujer a la sustancia fetal, y se dice que el feto es como una planta (sach’a), y como tal necesita humedad para crecer. La idea de una planta que crece en el campo uterino de la mujer, es una noción difundida por todo el mundo.” (Platt. T. 2002:132–3).

Obviamente se trata de semilla que iniciara su nueva vida en el seno materno.

“El semen del hombre se considera una forma complementaria de sangre, que se combina con la sangre menstrual en el momento de la concepción.” (Platt. T. 2002:133).

La analogía es coherente con la vida de las personas en pareja.

¹⁸ Comunidad campesina de altura, ubicada en la jurisdicción del distrito de Ccoyllurqui, departamento de Apurímac, Perú.

¹⁹ Encuentro.

“El discurso utilizado para expresar la concepción es el ordeño: la mujer ordeña las ovejas (uwijamanta lichita ch’awanchis) y echa el cuajo dentro de la leche para producir el queso. La idea parece ser la de ordeñar el pene para que la semilla cuaje en el vientre de la mujer, y produzca un feto. Una sacudida de la fuente de leche produce una división en el queso, justo como el rayo que, si asusta a la mujer embarazada, puede producir un labio leporino o la división del feto en mellizos.” (Platt, T. 2002:133).

“Otro discurso muy poderoso sobre la gestación fetal y el parto se relaciona con la actividad de hilar y tejer, como podía esperarse de una civilización donde el tejido de fibras animales o vegetales sea valorado tradicionalmente por encima de todos los demás materiales artísticos. La misma sangre, se dice, se convierte en grumos al torcerse como lana hilada; el bebé se forma de los hilos de sangre que se van aglutinando dentro de los tejidos carnosos del vientre materno. Los grumos de sangre que salen durante el parto se asemejan a pelotas de lana (muruq’u), la vagina, como acabamos de ver, puede compararse con un textil que envuelve al pene, y se dice que la misma faja usada para envolver al bebe contiene tantos hilos como el número de hijos que la mujer va a tener.” (Platt T. 2002:134.)

Alejandro Ortiz R. que realizó estudios al respecto señala: “En algunos pueblos del centro de Perú y de Ayacucho se piensa que la mujer pone ciertas partes de su cuerpo, carne, sangre...y el hombre, otros huesos...Esta idea de complementación de dos vitalidades distintas concuerdan bien con el orden bilateral andino: cada quien es hijo de dos; no por igual sino por suma” (Ortiz, A. 2000:154).

Así mismo la concepción sobre la enfermedad es diferente a la de la medicina oficial, es el desequilibrio entre el frío y el calor, relacionados a las fuerzas de la naturaleza. Por lo tanto, existen dos fuerzas que producen la estabilidad en el mundo, de allí el tránsito del día a la noche, del bien al mal, de la salud a la enfermedad, del calor al frío, etc.

Al respecto:

“Los curanderos cusqueños atribuyen la enfermedad en general, cualquiera sea su naturaleza, a la falta de armonía entre el ser humano y su entorno social y natural, así mismo que la enfermedad está fuera del organismo humano, pero que se halla en el medio ambiente, y es considerada como un ente autónomo y nocivo cuando penetra al organismo.” (Rosas, W. 214: 2000).

Las embarazadas deben mantenerse en equilibrio, y para ello se controlan tomando infusiones de plantas medicinales, que se consideran como remedios naturales.

“Las mujeres embarazadas están sustentadas por el concepto de equilibrio entre cuerpo y espíritu, por eso las plantas medicinales que toman tienen que ser para mantenerle estable, ya que durante el embarazo el cuerpo es percibido como cálido y durante el parto como frío” (Llanos, E. 1992:122).

El desequilibrio provocado por las relaciones entre el hombre, las “wak’as”²⁰ y los “salqas”²¹ hace que haya ciertos conflictos, por incumplimiento de algunas normas, como la reciprocidad, la equidad y la convivencia armónica entre todos los seres existentes en la tierra. Estos hechos generan malestares en algunas mujeres gestantes durante su embarazo, como por ejemplo (allpaq hap’isqan) que la agarró la tierra, (pukyuq hap’isqan) el manante, (machuq hap’isqan), los gentiles, soqa wayra, etc.

“En el área andina, la enfermedad es parte de las relaciones del hombre con las deidades y de su comportamiento con la sociedad, lo mismo se observa en el mundo amazónico, donde la cosmovisión del hombre y el mundo que le rodea interactúan mediante la reciprocidad y el respeto a fin de mantener el equilibrio y la preservación de la salud.” (Medina, A. y Mayca, Julio. 2006).

²⁰ Divinidad andina.

²¹ Entes en estado salvaje.

1.3. Diagnóstico o señales del embarazo

En las comunidades campesinas cuando la pareja es muy joven, conviven bajo el consentimiento de sus padres, generalmente en casa de los padres del varón. En algunas comunidades alto-andinas, hablar de sexualidad es vergonzoso y está prohibido. Por lo cual la nueva pareja, va aprendiendo de sus experiencias sexuales. Las mujeres no se controlan con nada y después, a los dos meses de convivencia y relaciones íntimas, se embarazan.

Cuando se suspende la menstruación, que es la primera señal de embarazo. Se dice que las mujeres entran en un proceso de “recalentamiento”. Se produce una coagulación de la sangre, tal vez por haber ingerido infusión de hierbas cálidas, y se dio cuenta por la aparición de las manchas o “mirkhas”²² en la cara y los senos. La pareja todavía se pone en dudas, entonces hacen memoria y piensan en los lugares donde han estado caminando. El mal viento o el “soqa”²³ o la “tierra”²⁴ pueden haberle cogido o tal vez orinó cerca de un manante, que pudo “entorpecer la regla y cortar la sangre”.

En relación a este tema Platt dice:

“La primera señal de embarazo es la interrupción del ciclo menstrual, que se piensa como el bloqueo de la libre circulación de la sangre en el cuerpo de la mujer. Los que saben leer el pulso (llankhiris) miran o leen la sangre de la madre; dicen poder escuchar su voz a través de las yemas de sus dedos. Al iniciarse el embarazo, esta voz es lenta y estancada (lat’u), e indica la formación de los grumos en medio de un calor creciente”. (Platt, T. 2002:135).

Luego de estas indagaciones, después de unos tres meses de embarazo, la pareja comunica la noticia a la familia y luego reciben consejos para su cuidado. Además, tienen que acudir donde la partera para confirmar el embarazo a través de la pulsación de las venas,

²² Manchas en la cara en forma de mapas.

²³ Antiguos habitantes míticos que fueron quemados por el sol.

²⁴ A veces la Pachamama es una divinidad negativa, depende del comportamiento de los humanos.

“los ojos de las mujeres andinas cambian de un modo especial, como se sabe en todo el mundo. El blanco se dice, crece hasta ser más visible que el iris, formando un contraste que se conoce como ojos partidos o “alqa ñawi” (Platt, T. 2000:135).

Los signos que establecen el diagnóstico de embarazo para las parteras son: atraso menstrual, mareos, náuseas, vómitos, manchas en la cara, dolor en el bajo vientre y agrandamiento de los senos. Aunque no dejan de ser destacados los cambios de comportamiento: tristeza, mal genio, mirada apagada.

Algunas parteras de las comunidades de Argentina, por ejemplo, utilizan métodos de diagnóstico empírico como la prueba de la aguja que consiste en introducir una aguja nueva en la orina de la paciente durante 24 horas. Si aparece oxidada se confirma el embarazo.

A los tres o cuatro meses, la madre ansiosa de saber el sexo de su bebé, interpreta los movimientos de éste en su vientre. “Un macho se mueve de aquí y allá, como un pescadito que juega, mientras que la hembra se mueve más suavemente como una nube esparciéndose o como olitas en la orilla del lago” (Platt, T. 2002:136).

A medida que avanza el embarazo, las madres pueden identificar el sexo de su bebé aún con más acierto por el tamaño del vientre. Si es varón, el vientre es más grande y en forma ovalada y si es mujer es más pequeño y algo prominente. No necesitan ecografías, pero tampoco se preocupan mucho por el sexo del bebé.

Por otra parte, en las comunidades donde el control social es fuerte y la relación cara a cara cotidiana. Los vecinos se enteran muy rápido de los sucesos, quien está embarazada y quien es el padre, y, por lo tanto, no pueden abortar, salvo en caso de accidentes, y si los hay, sucede en las jóvenes solteras. Por ejemplo, cuando se embarazan de hombres casados, de sus compadres, etc. Si deciden abortar lo harán, pero en forma secreta. Los fetos son

enterrados en los linderos de la comunidad o en lugares lejanos a sus domicilios, para evitar la “presencia de la granizada y helada”²⁵.

1.4. Cuidados durante el periodo de gestación

Generalmente las mujeres campesinas no le prestan mucha importancia a su embarazo. Consideran como un proceso fisiológico natural. Ellas soportan con tranquilidad todas las molestias y cumplen con normalidad las labores del hogar, tanto agrícolas y el cuidado del ganado. Incluso mantienen relaciones íntimas hasta los últimos días del embarazo. Cuando el embarazo ya está avanzado, recibe el apoyo del esposo, la madre o la suegra en algunas actividades, como levantar objetos pesados, lavar, cocinar, etc. Continúan con sus actividades domésticas hasta que se presenten los primeros dolores de parto.

Cuando las gestantes sienten algunos dolores leves, concurren donde su madre o una curandera o partera, quien diagnóstica el estado de la gestante a través de la lectura de la coca y palpando las venas de las muñecas de las manos. De acuerdo al resultado, se le hace un tratamiento en base de infusión de hierbas y masajes. Todas estas hierbas deben ser cálidas, suponen que la causa de los dolores se debe al enfriamiento del cuerpo.

Así va preparando su cuerpo para el momento del parto, por lo tanto, los exámenes y controles prenatales son llevados a cabo en sus casas por las parteras, las madres o el curandero, que les hacen masajes para aliviar los dolores, y controlar la posición del feto. No es necesario hacer el control de peso de las gestantes, ni aplicar las vacunas, tampoco restringir su alimentación, ni los análisis de sangre, etc., como lo que se acostumbra hacer en los Centros de Salud.

Las madres indican que antes no era obligatorio hacer el control de las gestantes en los Centros de Salud, tampoco asistían a pesar de ser gratuito. Mientras que, en la actualidad,

²⁵ En las comunidades del ande, se tiene la creencia que cuando la gente incurre en relaciones sexuales incestuosas, se producen fenómenos extraordinarios adversos como las granizadas y heladas que dañan los cultivos.

tienen que acudir obligada por temor a las multas y sanciones y contra su voluntad. Se resisten a concurrir, para ellas lo primero son sus creencias ancestrales. Les aterra los exámenes a los que serán sometidas por desconocidos.

1.5. Algunas prohibiciones y limitaciones durante la gestación y el parto

Los cuidados durante el embarazo tienen que ver con las actividades diarias de la gestante, debiéndose tomar precauciones, evitar los trabajos pesados o esfuerzos bruscos.

La etapa del embarazo está rodeada por un sin número de creencias, valores, mitos y prácticas de vida. A una mujer embarazada en la comunidad, la madre, la suegra, los ancianos u otros familiares, suelen darle consejos y recomendaciones que debe tener durante el embarazo, para que sea fácil y sin complicaciones. Entre ellos tenemos:

La mujer embarazada:

No debe caminar sola cerca de los manantes, las quebradas o lugares malignos o “phiros”²⁶, creen que puede darles el “mal viento”, o ser agredidas por los malos espíritus como los “gentiles” o el “soqa”²⁷.

No debe exponerse al frío. El cuerpo se pondría duro, lo cual dificultaría la “dilatación del cuerpo” en el momento del parto.

No debe sentarse con la espalda al sol por mucho tiempo, tampoco puede cargar cosas calientes en la espalda, (por ejemplo, refrigerio a la chacra), creen que la placenta puede pegarse al útero.

Se le prohíbe salir de la casa a altas horas de la noche, corren el riesgo que los “malos espíritus” le roben el alma del bebé y éste nazca muerto.

²⁶ Lugares misteriosos y malignos.

²⁷ Pequeños habitantes antiguos que fueron quemados por el sol.

No debe ver cadáveres de personas, para que su hijo no padezca de la “larpha”²⁸.

Al respecto una de nuestra entrevistada Valentina Saqsi confirma esta creencia:

Pueden enfermarse de “aya orejo”. Eso consiste que los hijos son enfermizos. El alma del difunto ingresa al bebé y éste empieza a enflaquecer, la cara se torna blanquecina, como si fuera de un muerto y los dientes se vuelven más blancos de lo común. En situación de embarazadas, no deben acercarse a los muertos. A la salida del sol o cuando el alma del difunto está divagando, hay que hacer el “kutichi”²⁹, soplando y diciendo al mismo tiempo: “kuti, kuti, kuti, kuti”³⁰. Para el mal del “aya orejo” hay que quemar todos los alimentos y moler la ceniza y hacer tomar a la parturienta.

A la parturienta debe impedirse la acción de hilar mucho. Creen que el cordón umbilical puede enredarse alrededor del cuello del bebé. Uno de nuestros entrevistados Américo Flores confirma esta creencia:

“Por este trabajo realizado se enreda el ombligo del bebé y también hay la creencia que cuando cocinan o hacen frituras en una sartén, la placenta se adherirá al estómago de la mujer. Tampoco deben usar tostaderas ni menos hacer tostado de cereales, creen que sucederá lo mismo. La mayoría de las jóvenes ya no creen en estas cosas, decidieron salir de sus comunidades a las ciudades, sus padres no les enseñaron”.

También creen que no hay que permanecer en el marco de una puerta haciendo una cruz con ambos brazos, el parto puede obstaculizarse. Tampoco se debe poner el cucharón atravesado sobre una olla.

²⁸ Llorón.

²⁹ Rito ceremonial para hacer retornar el alma de los niños, que salió en el momento del susto.

³⁰ Vuelve, vuelve, vuelve.

Tampoco deben permanecer sentadas por mucho tiempo. La cabeza del bebé puede crecer demasiado y dificultar el parto. La parturienta debe satisfacer sus apetitos o antojos de alimentación, de lo contrario podrían provocarle un aborto. No debe tomar bebidas alcohólicas, creen que el niño cuando sea adulto, puede ser un borracho. No debe quemar la comida en la olla, para evitar que la “placenta se pegue” a la espalda interna de la parturienta.

No debe matar gallinas o cuyes, para evitar que el niño tenga enfermedades cardiacas. También se le debe restringir algunos alimentos como el ajo. Su ingestión provocará que la producción de leche se corte. Tampoco debe tomar café, el bebé puede volverse negro.

Si es primeriza debe moldear sus pezones dándoles masajes suavemente. Debe pasarse la barriga con orines para refrescar y suavizar el vientre y descansar bien durante la noche. Se recomienda que, en los últimos meses, las embarazadas barran su casa con escoba de mano, de tal forma que el feto “baje” y se vaya posicionando.

Tampoco hay que hacer trabajos como el teñido de los hilos, los bebés serán negros o rojizos. También se les aconseja caminar permanentemente para que el parto sea fácil. Caso contrario, dentro del vientre el bebé crecerá demasiado y la mujer, no dará a luz fácilmente.

1.6. Cómo saber que el parto es inminente

Es importante recuperar los conocimientos ancestrales en relación al diagnóstico natural del parto. Las parteras antiguas tenían sus propias técnicas que aplicaban para saber si el parto estaba próximo o por demorar.

Américo Flores dice al respecto:

“Hay varias formas de saber si una mujer ya va a dar a luz. Por ejemplo, cuando tuestan el fruto de un árbol, si éste revienta, el parto es inminente. En caso que no revienta, todos concluyen que es conveniente hacer el manteo. A mí me convencieron

pues yo tenía dudas, pero constaté que ese tipo de costumbres son buenas, se hacen todavía. Mi esposa fue sometida a esos tratamientos.”

La partera más antigua de la comunidad y distrito de Chinchero llamada Angélica se encontraba un poco embriagada, pero con ganas de contar todas sus experiencias como partera tradicional. Es la madre de una de mis amigas Braulia Puma que fue cocinera en sede de Chinchero de la asociación ARARIWA³¹, donde trabajé como promotora social. En el momento que la visité, se encontraban bebiendo licor con sus dos hijas y una vecina. Les ofrecí panes, dulces y frutas. Al tiempo que les explicaba el trabajo que estaba haciendo, muy gustosa aceptó la entrevista.

Me hizo pasar al patio de su casa, a un campo abierto y me alcanzó una manta para sentarme, deseaba convidarme algo de comida. Yo le dije que ya había desayunado. Seguidamente sus hijas se retiraron a sus casas y dejaron conmigo a su madre y a una vecina. Al empezar la conversación, le pregunté cómo diagnosticaba el embarazo y contestó:

“Cuando una mujer embarazada está a punto de dar a luz, yo solamente sé tocar las venas de las parturientas. Me doy cuenta que está próximo a dar a luz. La sangre de las venas de la muñeca salta más rápido, es como si los latidos fueran más rápidos y seguidos. En el dorso de la mano por encima de los dedos pareciera que se coagula. Y de esa forma sugiero que de una vez vaya a la Posta de Salud.”

Igualmente, Cristobalina de la comunidad de Tantarcalla–Paruro refiriéndose a las parteras narra:

“Ellas tienen la costumbre de sacar paja y queman dentro de la habitación, para ahuyentar los malos espíritus. De igual forma nos hacen beber un poco de infusiones de las cenizas de hilos de color. Otras saben pasar el cuerpo con huevo de gallina y luego ponen a la brasa del fogón y si no revienta el huevo, ellas concluyen: “vas a durar todavía”, y si revienta la fuente dicen: “ya estas a punto de dar a luz”.

³¹ ONG, que realiza actividades de desarrollo agropecuario con las organizaciones campesinas.

Ella misma cuando le pregunté, cómo se sabe si el parto ya está próximo, afirma:

“Mi madre se daba cuenta en las pulsaciones de la sangre, tocando las muñecas de ambas manos y decía: “ya es el momento, mejor lo cuidamos nomás, en cualquier momento se va a producir”.

Como pudimos constatar en las versiones de las parteras y otros miembros de la familia que tiene experiencia, saben que el parto está próximo según la pulsación de las venas, mirando la coca y cuando el vientre se pone duro y que el feto ya está encajado.

1.7. Atención de parto domiciliario en la comunidad

Actualmente el mayor porcentaje de los partos se realizan en los Centros de Salud del distrito, debido que las mujeres son obligadas. Si el parto se complicara son llevadas a los hospitales de provincia en este caso a Cusco, pero las mujeres prefieren dar a luz en sus domicilios atendidos por una partera o el esposo. Prefieren esta atención por el trato personal, comprensión y seguridad que sienten. El parto para las mujeres campesinas es un proceso natural y ritual por lo cual debe ser atendido en el domicilio por ser algo privado.

Para ello, la familia limpia la casa, dentro de ella la cocina, considerando que, durante el parto, el cuerpo pierde temperatura. El lugar apropiado para dar a luz es la cocina, por lo caliente que siempre está. Se cree que durante el parto si se recibe una corriente de aire, se puede detener el proceso y podrir la sangre. En caso que dentro de la cocina, no haya un catre o una tarima hecha de adobes, la parturienta se acomoda en el suelo sobre cueros. Tienen que calentar el ambiente, cubrirle la espalda y la cintura, así dará a luz.

Cuando la embarazada se queja de dolores fuertes, se acostumbra hacerle el “suysusqa”³² o manteo. Afirman que el dolor se produce debido a la mala posición del feto. La partera con la ayuda de cuatro personas procederá a hacer el “suysuy” o manteo, que consiste que la mujer debe echarse sobre un cobertor o poncho, levantándola sacuden suavemente de las esquinas. La embarazada debe cambiar de posición, adelante, costado derecho e izquierdo, de espalda, con la cara hacia arriba, para que el feto pueda tomar su posición normal.

Si el proceso del embarazo se desarrolló con normalidad, la partera toca las venas y hace la lectura mediante el palpamiento de la sangre de la muñeca de la mano izquierda, siente los latidos que emite el corazón. La sangre circula con mayor rapidez, y emite un ruido como ¡tiqj!, ¡tiqj! ¡tiqj!³³, entonces dice que ya es el momento. En la zona de aymara–Bolivia, también diagnostican de la misma forma. Al respecto Tristán Platt, escribe:

“Un embarazo sano que llega a su fin, es indicado por un pulso que dice ¡phuj!, ¡phuj! el mismo sonido que hace tanto la chicha, en fermentación con la cual se compara el líquido amniótico... El parto eminente se oye como ¡thum!, ¡thum!, mientras uno vacilante y delicado ¡it iuj!, ¡it iuj!; dice al leedor de pulsos que el parto está lejos.” (Platt, T. 2002:138).

Guadalupe Astete, mujer campesina de Molle Molle, cuenta cómo dio a luz en su casa:

“Me puse de rodillas y apoyándome en mi esposo. No es nada fácil, mi esposo tuvo que salir a pedir ayuda, es así que vino mi madre. Mi hermano también estaba preocupado: “o tal vez fuese bueno que te manteemos”. Así me hicieron como también es partera, sabe. Me dieron infusiones de hierbas y así es como di a luz. También tenía la costumbre de darme una infusión de garbanzo tostado y molido con

³² Acto de posicionar al bebe. Consiste en acostar a la parturienta sobre una manta con la ayuda de 4 hombres la levantan para hacerle balanceo. De ese modo el bebé que todavía permanece en el vientre, tomaría una posición normal.

³³ El lenguaje de la sangre, que la partera interpreta para indicar que el parto es inminente.

una infusión cálida. Me daba cuenta que la infusión me hacía entrar en calor. Me daba una sudoración y así se producía el alumbramiento.”

No faltaron los conocimientos y experiencias compartidas por un promotor de salud:

“Soy Víctor Machacca Melo de la comunidad de Andayaje distrito de Ccatcca, promotor de salud. Primero a nuestras mujeres les hacemos el manteo, puede ser que la posición de bebé no sea la correcta. Uno se da cuenta en las pulsaciones de sangre en las muñecas de las manos, si está cercano el acto del alumbramiento o todavía falta.

“Si ya está próximo tenemos que cuidarlas nomás. En caso que los dolores fuesen más seguidos o intensos en ese caso les damos una infusión de una hierba que se llama “mejorana”³⁴. Hay que darle en el momento oportuno. Si se da antes, el parto se vuelve difícil. Ellas buscan la mejor forma de dar a luz, ya sea de cuclillas o arrodillándose.”

Américo flores, otro promotor de salud de Andayaje, al referirse a la atención del parto expresa:

“Desde que tuve uso de razón, vi cómo fue de mi madre. Cuando les duele el vientre le hacen sauna de eucalipto hervido y sobre eso les dan café caliente con un poquito de alcohol para que el cuerpo entre en calor. Luego le pasan con cebollas soasadas con huevo y lo tiran dentro de las brasas, repentinamente revienta. Con otra porción de cebollas soasadas y huevo, pasan la rabadilla todo eso para que el cuerpo recaliente y se abra.”

Las mujeres campesinas, prefieren dar a luz de cuclillas (“posición india”), sobre un cuero de oveja con lana para que la sangre sea absorbida. Entre tanto, la partera le va dando infusiones calientes de hierbas, para que entre en calor, espera pacientemente el momento

³⁴ Palabra quechuzada proveniente del castellano mejorar.

del nacimiento. Mientras la partera o partero, masca coca y según el sabor dulce o amargo pronostica que el parto será fácil o difícil. Si va ser complicado, pide a los Apus que de fuerzas a la mujer para pujar.

En seguida la partera sahúma la casa con humo de cigarro, coca, azúcar y tela de araña contra el mal viento. Al mismo tiempo, echa licor a la Pachamama³⁵ e invoca a los Apus y luego, revisa las cuatro esquinas externas de la casa para evitar las brujerías. Recoge un poco de tierra y la coloca en un hoyo dentro de la cocina. Esto se hace generalmente a las mujeres que han tenido algún tipo de conflictos personales.

Los dolores aumentan por las contracciones, la parturienta se pone en cuclillas y comienza a pujar. La partera indica al esposo que agarre a su mujer por la cintura, sujetándola bien. Le da la fuerza que necesita y soporta la presión y mientras tanto los pellizcos de ella, no se dejan esperar. Se produce el alumbramiento y el bebé es recibido en una manta limpia y colocando sobre un cuero. Luego la atención se centra en la madre, inmediatamente le amarran a la cintura con una faja ancha, poniendo un nudo al medio, para evitar que la placenta suelta, se vuelva, “en busca del bebé perdido” (Tristan Platt), o “desplazarse hacia arriba y asfixiar a la madre. Luego le amarran la cabeza con un mantel o bufanda, para evitar que la parturienta pierda el conocimiento, todo el cuerpo, supuestamente está “abierto”.

“... la partera rápidamente aprieta el fajín alrededor de la cintura de la mujer para evitar que la placenta flote (phaway), salte (phinkiy) o se alce (jijkatay) dentro del cuerpo en busca del bebe perdido, llegando así a asfixiar a la madre. Solo entonces se corta el cordón (kururu) con un tiesto (k'analla), a veces recogido del suelo fuera de la casa en ese instante... El cuidado prioritario que se da a la madre confirma la preocupación que se siente por su seguridad, por encima de la del bebe.” (Platt. Tristán, 2002:141)

Por otro lado, en algunas comunidades, esta etapa es considerada como preparación para enfrentarse a la muerte. Por ello los familiares y la partera apoyan decididamente en este

³⁵ Madre Tierra

proceso, preparando su cuerpo y brindando algunos elementos o armas de defensa como las fajas. El parto mismo es el momento del enfrentamiento a la muerte.

“La mujer se viste con un viejo vestido y se peina cuidadosamente mientras yace esperando, con un fajín (infanta) enrollado a la cintura que se amarrara inmediatamente después del parto, para evitar que la placenta la asfixie al flotar hacia arriba dentro de su cuerpo en busca del bebe.” (Platt, T. 2002:139).

En efecto, el alumbramiento de un nuevo ser, es enfrentarse a la muerte. Todos saben que es así; pero Platt es uno de aquellos que lo ha investigado y ha escrito.

“En las batallas sobre los linderos, los protagonistas son hombres, mientras que las mujeres se reúnen detrás de las líneas de batallas, cantando y bailando para animar a sus guerreros, y preparando la comida para su retorno. Durante el parto, sin embargo, los papeles se invierten. La mujer se convierte en la protagonista de una batalla para expulsar el feto agresivo, y su marido debe adoptar un papel de apoyo, cuidado y comprensión (aunque en la práctica esto depende mucho de las relaciones entre pareja). Tanto en las batallas sobre los linderos, como en las del parto, se derrama la sangre sobre la tierra, y es devorada por las fuentes clónicas de poder.” (Platt. T. 2002:132).

De acuerdo a las creencias, es importante que las pitas o cuerdas deben estar torcidas hacia la izquierda, para que “no vuelva” y se mantenga firme. Es un secreto, y dichas cuerdas deben ser blancas. Se amarra para que haciendo esfuerzos la parturienta ayude salir hacia fuera, además permitirá incluso a que la placenta si no es expulsado en su debido tiempo, proteger a la parturienta para que esta no le provoque asfixia.

Américo Flores, cuenta cómo se debe preparar a la parturienta:

“Para que dé a luz tenemos que darles bebidas cálidas como son chocolate, jora de maíz. Hay que hacer hervir y tiene que tomarlas unas tres o cuatro tazas. Tiene que

dar a luz en un ambiente cálido generalmente en la cocina, no puede ser en una habitación que tenga muchas ventanas. En un ambiente de privacidad y confianza, mi esposa dio a luz en poco más de media hora. Los dolores del parto le dieron por la mañana y por la tarde empezaba dolor fuerte y dio a luz.”

El cordón umbilical se corta con un pedazo de tiesto de teja y no lo deben hacer con cuchillo o tijera. Tienen la creencia que el niño va a gastar la ropa muy rápido o va ser ladrón. Luego se ata el ombligo cortado con una pita o q'aytu, o trapo totalmente limpias.

Cristobalina confirma:

“Ciertamente las parteras cortan el cordón umbilical con un pedazo de tiesto, recientemente quebrado y si no hubiera eso, con la cubierta del tallo del maíz recién sacada y que suelen ser filudo, si el nacimiento se produce por esa época.”

Reitero que los cordones de la placenta suelen amarrarse con un “q'aytu” o pita al dedo gordo del pie izquierdo, para que la sujete hasta que la placenta salga completamente. Luego de 15 a 20 minutos, sale, y es recibida igualmente como otro bebé. Es cubierta con una frazada, para que mantenga la temperatura adecuada. Luego el esposo, los ancianos o en algunos casos las parteras, la deben lavar y quemar en el fogón preparado en el corral. Luego recogen la ceniza y la guardan como medicina, aunque algunos tienen la costumbre de enterrarla después de quemarla.

Son interesantes las experiencias que tienen las parteras en cuanto al comportamiento del cuerpo de las mujeres, eso determinará la expulsión rápida o la demora. La partera Angélica comenta:

“El tiempo de expulsión de la placenta depende, unas son “sispawiksas” (embarazos muy seguidos) y de éstas saldrá rápidamente; en cambio cuando son “karuwiksas” (embarazos espaciados), la duración es un poco más larga. De las primeras después de media hora, y de las otras después de una hora y media. También hay mujeres que

no sale fácilmente, debido que cuando estaban embarazadas, hicieron tostado, o recalentaron las ollas y por eso no dan a luz fácilmente. Para eso tienen que introducir cucharones de madera dentro de la boca y además de pasarle con huevo para provocarles vómito. De esa manera puede expulsar, así es.”

Agustina Sarmiento, también cuenta sus experiencias acerca de cómo fue atendida en su domicilio. Enfatiza que las parteras demuestran cariño, confianza y calor humano, que las mujeres necesitan en ese momento:

“Yo di a luz en mi casa y bajo la atención de una partera. Fui atendida por una de ellas, te tocan. Desean que tu cuerpo entre en calor. Te da de beber infusiones de hierbas, sea por la tarde, la mañana, te acuden y cogen de los brazos.”

Igualmente me hice la pregunta por qué es importante amarrar la cabeza de la parturienta, después del parto. Nos indicaron que lo hacen para que no sufran de dolores de cabeza, y que tampoco se “desintegre el cerebro”, no pierdan el “conocimiento”. Son las percepciones de las parturientas, que les brinda garantía y seguridad emocional y si no se hace así, las parturientas se enfermaran psicológicamente.

Al respecto:

“Es para que no se abra la cabeza, la mollera del bebé está abierta tenemos que permanecer durante 8 días y luego de eso podemos lavarnos la cabeza y el cuerpo. Cuando tenemos demasiada hemorragia yo tomo un poco de hierba de muñaka y me lavo con eso y como consecuencia de eso, deja de manar la sangre. También dicen que amarran para que nuevamente se consolide o reintegre, dicen que se ha expandido o desintegrado el cerebro.”

Hermenegildo Huamantla comunica al respecto:

“Eso es para que no sea olvidadiza. En caso que no lo hagan las cosas a donde pone, no va a recordar. Además, que tendrá dolor de cabeza. Tiene que permanecer así hasta que hagan el fajado. Algunas si quieren, pueden permanecer de esa manera hasta por un mes.”

Angélica, partera con experiencia cuenta cómo atendía los partos domiciliarios en su comunidad, hasta antes que el parto fuera institucionalizado:

“En la casa atendía usando hierbas para facilitar el parto, agua de boldo, aguaymanto silvestre, mejorana de campo, “quwi mirachi”, llamp’u (sebo). Todo esto hay que molerlo y hacer tomar en chicha tibia. Luego tengo que sahumar con incienso, una vez que le haya abierto las piernas. A la vista cuando uno palpa la cintura, por debajo de las costillas, va bajando el bebé. Luego de esto, tengo que sahumarle con incienso y si no hay, se hace solamente con azúcar y luego nace el bebé. Antes no había muchas Postas de Salud ni tampoco obligaban.”

Américo Flores recuerda lo que sucedió con su esposa.

“Desde el momento que tuve mi esposa no había como hoy Centros de Salud, tampoco había obligaciones de ningún tipo. Hacíamos de acuerdo a nuestras costumbres y conocimientos. Desde el momento que concebía la mujer, no había que darle mucho trabajo. Una vez que está en este estado, las mujeres empiezan a rechazar algunos alimentos y a apetecer otro.” (Américo Flores promotor de salud).

Cada una de las mujeres sabe qué tipo de cuerpo tienen. Cada embarazo es distinto. Por tanto, tienen que estar preparadas. Algunas mujeres dan a luz fácilmente y otras no. La partera Hermenegilda Huamantica quien tuvo 13 hijos, explica:

“Hay matrices de todo tipo como son de perro, cerdo, de vaca, de yegua e incluso de cuy y también la matriz de las mestizas y ésta suele ser débil. Cuando se trata de la matriz de los perros en forma fácil dan a luz ni siquiera les da viento. En cambio, a

las de las matrices débiles, las puertas tienen que estar cubiertas con frazadas para que no se introduzcan los malos vientos. Cuando dan a luz por la noche, tienen que cuidar entre dos o tres hombres, para que no se aproxime nada, ni le toque algo, se encuentran muy delicadas, propensas de sufrir un susto.”

Las mujeres campesinas añoran con mucha tristeza los tiempos pasados donde la atención del parto era en el domicilio. No era obligatorio ir a la Posta de Salud como ahora. Era más privado e íntimo, de acuerdo a sus costumbres. Costumbres que normaban el comportamiento de los runas, además de ser un ritual. Frente a los riegos, cada vez más incrementaban los conocimientos y las técnicas de atención de las parteras y las familias, por tener varios hijos. Solo en el primer hijo “phiwi”³⁶ necesitaba de la ayuda de la partera, mientras a las madres que ya tuvieron varios partos, solo las atendían sus esposos o la familia. Por ello ahora la obligatoriedad es cuestionada, consideran como una imposición y vulneración de los derechos humanos.

El parto vertical es la más ventajosa y fisiológica que la horizontal, como las que se acostumbra en los Centros de Salud. En el vertical y en casa, son visitadas por sus parientes cercanos, quienes la atienden bien. Salvo en las mujeres multíparas solo se encuentra presente el padre del niño.

Por otro lado, sugerí que las mujeres tienen que dar a luz como ellas quieren, como dicta la costumbre, como les sugieren sus madres, suegras o las parteras. Sin embargo, cuando se necesita hacer una intervención quirúrgica tampoco se opondrán, pues saben que es lo mejor.

La postura vertical para el parto que se practica en las comunidades campesinas, es por una cuestión lógica. El momento de pujar es ayudado por la fuerza de la gravedad, que no sólo atrae al bebé, sino que, a los órganos abdominales, se añaden al peso del bebé, hecho que facilita la expulsión y una vez que el cuerpo ha adquirido una temperatura apropiada.

³⁶ Primer hijo.

Estas posturas tienen varias ventajas. Una, que la mujer dispone de libertad de movimiento, es decir se siente libre. Puede sostenerse y hacer fuerza para pujar, así mismo ver a su bebe inmediatamente.

Algunos estudios han demostrado que el trabajo del parto se reduce y causa menos alteración del ritmo cardíaco fetal y menos moldeamientos del cráneo del feto cuando la mujer es libre para moverse y caminar durante las fases de dilatación y expulsión.

Además, las prácticas tradicionales infunden una mayor confianza a la parturienta. Respeto su pudor, ya que no es necesario que se quite sus vestimentas para dar a luz. El bebé sale por debajo de las faldas o polleras de la madre.

Finalmente, los hechos expuestos y las técnicas modernas de atención de parto, no han tenido buenos resultados. En el sector rural, a pesar que la Organización Mundial de la Salud recomienda explícitamente libertad total de movimiento y elección de postura, tanto durante la dilatación como en el momento de parto mismo. Lo que ha animado a muchos países de ir adecuando sus protocolos hospitalarios para garantizar este derecho de las mujeres. En el caso peruano, se ha creado un nuevo programa de adecuación cultural en la atención del parto, pero que no es apropiado para las familias campesinas. No responden a sus necesidades y en muchos Centros de Salud tampoco cumplen con esta propuesta.

1.8. Plantas medicinales y técnicas tradicionales que facilitan el parto domiciliario

A través de la historia, las mujeres fueron las primeras farmacólogas, dedicadas al cultivo de hierbas medicinales, haciendo los primeros experimentos inclusive en sus familias. Los secretos de su uso se transmitieron de unas a otras, entre vecinas, comadres o de madre a hija y demás relacionados sociales. Podemos decir que las mujeres campesinas en general, fueron y siguen ejerciendo el papel de médicos en las unidades familiares. Pero son marginadas por la ciencia médica oficial.

Las mujeres son maltratadas por los médicos y las enfermeras, cuando ellas les cuentan que fueron donde la curandera o bebieron algún té de hierbas medicinales. Por estas y otras razones, el uso de plantas medicinales ha disminuido. Su uso está más arraigado en los ancianos y adultos que en los jóvenes. Debido a la adopción de nuevos modelos culturales, por el proceso acelerado de la globalización.

En las casas de las familias campesinas, casi siempre se encuentra ruda, alcohol y coca para curar el mal viento. Las hierbas más comúnmente usadas durante el parto son: Mejorana, (*Origanum majorana* de la familia *lamiaceae*) romero, k'uchu, pachaqera, qera, hoja de coca (*Erythroxylum coca*), orégano (*Origanum vulgare*), *agua de boldo*, *aguaymanto silvestre*, "*quwi mirachi*", etc., que las beben en infusión para apurar el parto. La zarzaparrilla (*Smilax áspera*) para la limpieza de sangre y para el fajado, infundía (sebo) de gallina.

Para calmar los dolores del post parto: chikchipa (*Tagetes terniflora*), alusima (*Lavandula latifolia*). Para la limpieza de la sangre del útero después del parto, se recomienda tomar infusión de hierbas "frescas", como: ortiga (*Urtica sp*), pinco (*Ephedra breana*, o *ehedra americana*) yanaruco, flor de nabo, llantén (*planta golanceolata*), etc.

Para los malos vientos, a las parturientas los hacen sahumar con un poco de telarañas, incienso, azúcar. Algunas hierbas medicinales henificadas, para facilitar el parto, por la creencia que el viento puede atar al feto. Algunas parteras acostumbran dar la clara del huevo crudo a las mujeres embarazadas, para provocarles náuseas y así estimular las contracciones musculares que faciliten el parto.

También se utiliza cebolla soasada, que acelera el parto. Se le hace también vaporizaciones o baños María, durante unos 10 minutos, para que el cuerpo retome calor, y pueda expulsar al bebé con facilidad.

Estas y otras técnicas de atención de parto se van perdiendo. Debido a la obligatoriedad de atención de parto institucionalizado de corte occidental.

1.9. Algunas complicaciones y riesgos del parto domiciliario

Al diagnosticar que el cordón umbilical está enredado en el cuello del feto, por movimientos bruscos. Sucede porque la mujer ha tejido o hilado mucho, durante el embarazo, acostumbran hacer el “lluqisqa”³⁷. Esta acción consiste en envolver el cuerpo de la parturienta con hilo o q'aytu de oveja o alpaca, pero torcido hacia la izquierda y después se rompe para soltar el nudo que también obstaculiza. De tal manera que quede libre y el feto puede tomar su posición normal. Esto se hace soplando y diciendo al mismo tiempo: “kuti, kuti, kuti” invocando a los Apus y a la Pachamama.

Una de las parteras de salud informa al respecto:

“Cuando no pueden dar a luz, las parteras hilan fibras de oveja hacia la izquierda, como si estuviesen desenvolviendo lo que está enredado. Es una forma de hacer volver el cordón umbilical. Resulta que el cordón, rodea la cabeza hasta por tres veces y esto mismo jala al bebé hacia arriba dificultando el parto, es difícil, a las mujeres hace sufrir mucho.”

Hermenegilda Huamantica, también cuenta como atendían las parteras en su comunidad, casos como el que sigue:

“Cuando el bebé estaba atravesado, le sobaban del viento y de los malos comentarios tenían que limpiarlas con kutis, izquierdos, arrancaban paja de las cuatro esquinas, limpiaban todo el cuerpo de la parturienta y todo para facilitar el parto. Después le hacían tomar la semilla de la calabaza, e igualmente el pelo delantero (altura del pecho) de las vicuñas, también frutos de la selva. Las mujeres embarazadas suelen ser criticadas e insultadas de los cuales había que limpiarlas. Ocurría que solían decir: “en sus heces que le lleve el demonio”, así se insultaban todas esas cosas le ata o dificulta para que dé a luz fácilmente.”

³⁷ Torcer o hilar hilos de lana de oveja hacia la izquierda.

“Una vez que lo limpian tienen que hacerle un sahumado con telarañas, con incienso, con basura del río, y de los cerros; con todo eso tienen que sahumarlo una vez que le hacían separar las piernas. Esto se origina del viento que da vueltas por el lugar y si se hace todo eso, en forma fácil da a luz, todo eso sabe la partera, así eran los partos.”

El kutichi, es una técnica ancestral que consiste en hacer volver metafóricamente la enfermedad, que pudo haber sido causada por un fenómeno natural o por energía negativa de una persona con quien tuvo algún problema.

Esto se hace en prevención, primero diagnostican en coca. Presienten que hay algo que bloquea, puede ser el viento. En referencia a este tema, un Curandero de Livitaca, comenta:

“Por envidia hacen algún amarre por algún problema que tienen con sus vecinos, amigos o parientes. Para todo eso hay medicamentos, hay ese tipo de hechos. Para eso se prepara alcanzos dirigidos a los Apus y de esa manera se facilitará el parto. Y todo con la ayuda de las parteras. Ahora es cuando las mujeres acuden a los Centros de Salud y no dan a luz en sus casas.”

Si, a pesar de estos tratamientos, no sale el bebé, la partera se lava las manos con jabón y orín. Se pasa con aceite para meter la mano por la abertura vaginal y de este modo guía la cabeza del bebé.

Ella misma afirma:

“Cuando el bebé venía de cola, ella con las manos le daba vuelta, es una maniobra útil que se usa en estos casos, menos riesgoso para el feto y la madre, mientras que el médico ordena inmediatamente, una cesárea.”

“Si el niño está mal posicionado y no puede salir, la madre debe ser sacudida o manteada nuevamente, y se dan otros masajes. Un partero dijo que solía aplicar su rodilla al vientre de la mujer. Jalar las articulaciones de los dedos o traquear el cuello hacia un lado son formas de quiropraxis que permiten liberar la tensión y el miedo. La mujer también puede ser obligada a soplar fuertemente en una botella verde para forzar los músculos de su estómago hacia abajo e inducir contracciones.” (Platt, T. 2002:140).

En la actualidad, cuando el bebé está atravesado, sea en forma horizontal u oblicua y además enredado con el cordón umbilical; inmediatamente tienen que evacuar a los Centros de Salud más cercanos, pero estos casos se presentan raras veces.

Si la placenta demora en salir, la punta del cordón ligado a ella se quema con un cigarro. El humo que se desprende, “viajará por toda la extensión del cordón umbilical hasta llegar a la placenta, produciendo su desprendimiento”.

Uno de los problemas que se presenta en los partos domiciliarios en las comunidades, sigue siendo la retención de la placenta.

“Se considera como uno de los principales peligros del parto, y se asocia con el cocinar junto al fogón, o sobre todo con el tejer al sol. El calor sobre las espaldas de la mujer hace que la placenta se pegue a la pared uterina como la comida que se quema en una olla en una sartén.” (Platt, T, 2002:145)

Es importante señalar que, si no se atiende adecuadamente a la parturienta en esta etapa puerperal, más adelante puede presentar complicaciones que la afectarán. Les sobrevendrá el sobreparto o recaída, que consiste en escalofríos, fiebre, temor al agua y al calor, sudores, fatiga y malestar general.

1.10. Tratamiento de la placenta en las familias campesinas

Para las mujeres quechuas la placenta más conocida como “uthapi”³⁸, “paris”³⁹, o “parisnin” (par) es considerada como el hermano del bebé. Por ello tiene gran importancia, viene a formar parte del mundo de lo sagrado. Un adulto mayor debe ocuparse de lavarla con cuidado, extrayendo toda la sangre (aunque ahora lo hacen también los esposos o las parteras). Del mismo modo, deben lavar la cara del bebé, igual como de la madre, dejándolas limpios y sin manchas.

“Los aymaras queman la placenta, luego las cenizas las echan en el techo. En otras comunidades suelen enterarla en el patio. Si no lo hicieran así, tanto la madre como el niño estarían expuestos al peligro, incluso dicen que el niño no crecerá sano y fuerte, probablemente muera. Si en el futuro ese niño tiene algunos defectos físicos o anda siempre sucio, se atribuye al hecho de no haber lavado bien la placenta.”
(Llanos, E. 2003: 135).

La partera Hermenegilda Huamantica, comenta al respecto:

“La placenta del bebé varón es un medicamento, e inclusive el ombligo de los varoncitos es un remedio. Es para los males del susto y para los ladrones, hay que llevar un poco de ceniza en el bolsillo y el resto guardarlas en la casa. Una vez que sale la placenta hay que mantenerla cubierto conservando su calor. Si se enfría, la matriz de la mujer parturienta empezará a enfermar. Es como si fuese un soplo frío que recorrería su matriz por haberse enfriado, hace hinchar el vientre y hasta puede matar a la mujer.”

La mayoría de nuestras entrevistadas, afirman que la placenta es como el hermano o mellizo del recién nacido. Por lo tanto, requiere también un trato cariñoso y ritual, hay que

³⁸ Placenta.

³⁹ Término quechuizado del español “par”.

mantenerla con calor adecuado, lavarla después de media hora, para luego ser quemada y en algunos casos, enterrarla.

Andrea cuenta sobre el caso:

“La placenta después de unos 20 minutos o media hora, tienen que quemarla, unos queman luego de haberla lavado y otros no. En el medio rural queman haciendo una hoguera con bosta de ganado vacuno, llevando además licor, coca creyendo que les puede dar algún mal. Dicen que la placenta de los hijos varones produce el “qhayqa”⁴⁰, seguro es debido que los varones son fuertes.”

Angélica Choqueconsa:

“Para que los bebitos no tengan estreñimiento por frío, entierro la placenta con maíz, arvejas, habas, chuño acompañado con incienso, es un remedio. La ceniza de la placenta quemada hay que guardarla y eso sirve para curar a todos los que tienen dolor de estómago, sea placenta de niños (as). También es bueno para los males de los caballos. A estos suele darles la rabia, transmitida por los perros.”

El tratamiento que se le da a la placenta, según las entrevistas realizadas, es muy importante para que las parturientas se recuperen completamente. Esto les da seguridad, sabiendo que parte de su cuerpo esta “guardada” y que servirá a su vez para curar una serie de males de la familia y de sus animales. Si no se le da el tratamiento correspondiente, las mujeres se enfermarán. Sus creencias forman parte de las normas que rigen a toda la población. Por ejemplo, en cuanto al lavado, sostienen: “si no se lava convenientemente la placenta, la cara del niño será negra. Si se bota la placenta, la madre sufrirá de dolor de estómago permanentemente”.

Tomasa Álvarez de Centro poblado de Livitaca confirma:

⁴⁰ Influencia negativa mediante el aire por un difunto.

“En nuestra comunidad tenemos la costumbre de quemarlas y luego las enterramos, de lo contrario las mujeres se enfermarán hinchándose.”

También existen algunas creencias respecto al uso medicinal de la placenta, la lideresa, Paula Huarca Mamani del distrito de El Descanso refiere:

“Hay diferencia de varón o de mujer. Pero lo de la mujer primeriza es un secreto es muy bueno es una medicina muy valiosa. También escuché decir que cuando las mujeres ven que sus cabellos van cayendo hay que lavarse con champú de placenta y eso impedirá que siga cayendo. Debería explicarnos cual sería la razón por las cuales cayesen nuestros cabellos o es por falta de vitaminas. Que cosas todavía harán de la placenta, si fabrican shampoo. Escuché hablar que hacen no sólo eso, sino otros productos que no conocemos.”

“En las comunidades de la selva peruana, también tienen parecidas costumbres, donde la placenta tiene que ser enterrada bajo la cama de la madre, a una profundidad de aproximadamente 60 cm. Brinda una tranquilidad emocional a la madre, al cumplir con el ritual que evitará enfermedades, peligros de brujería y actitudes futuras de desarraigo y desamor de sus hijos, creando un vínculo con la comunidad, y cuando el niño(a) sea grande, se casará con una mujer o varón de su comunidad y no se alejara, manteniendo la unidad familiar.” (Medina, A. y Mayca, J., 2006).

Cristobalina de la comunidad de Tantarcalla, cuenta su experiencia sobre la importancia de la incineración de la placenta:

“Eso lo ponen detrás del fogón y poco a poco desaparece quemándose. Otros tienen la costumbre de darla a los perros por la creencia que “cuando nuevamente des a luz, lo hagas sin sentir igual como las perras”. Ponen detrás del fogón para que caliente y no se produzcan fríos de ninguna clase. En caso que lo entierren, el cuerpo de la mujer también se hinchará. Ciertamente una de las placentas que tuve lo habían

enterrado y otro sugirió que no era lo más adecuado. Lo desenterraron y como consecuencia de aquello me hinche y el frío que me daba era insoportable. La partera pregunto “No vaya a ser que la placenta la hayas enterrado” y mi esposo respondió afirmativamente. Mi vientre me dolía en extremo y luego que la desenterraron y lo pusieron detrás del fogón, dejo de dolerme, es un secreto.”

“En relación a la placenta, los Awajun y Wampis la consideran como un hijo más que tiene que ser atendido bajo el contexto de algunos rituales. No se puede botar al río ni al monte porque puede ser devorado por los animales y el recién nacido, puede enfermar y morir.” (Medina, A. y Mayca, J. 28:2006).

1.11. Atención y cuidados de posparto en las familias campesinas

A las mujeres en recuperación después del parto, se les denomina “risin parira”⁴¹, deben ser bien atendidas y cuidadas. En las comunidades campesinas la atención y cuidados del parto, eran acontecimientos importantes en las relaciones interfamiliares en la que la suegra era la responsable de la salud de la nuera, inclusive acompañada por la madre de ésta. La buena atención depende de la relación de la nuera con la suegra, ya que generalmente las parejas jóvenes viven en la casa de la ella. Por lo tanto, se esmera en la atención; actualmente muchos de estos valores se han perdido.

Mientras que la partera o el esposo van atendiendo el parto; los demás miembros de la familia como los hijos mayores o la suegra van preparando el caldo de carne de cordero que va hirviendo con especias: comino, orégano, pero sin cebolla ni sal. Al final, le agregan chuño remojado, que constituye un alimento muy sustancioso y energético para la madre que ha perdido energías durante el embarazo y el parto. El esposo o la madre, tienen que hacerle comer con mucho cuidado, como a una niña. Ella debe permanecer en cama sin moverse, debido que su cuerpo esta “descompuesto”. Américo Flores promotor de salud de Andayaje confirma estos hechos:

⁴¹ Parturienta dio a luz recientemente.

“Cuando se produce el alumbramiento preparan caldo de cordero negro con hierba buena, salvia, orégano y con la yema de la hierba llamada “mankap’aki” con comino, chachacoma. En seguida le ponen chuño chancado y puede comer dos o tres platos hasta que la parturienta se sacie.”

Al respecto observo que, al mismo tiempo alternado con el caldo, se le da infusiones de hierbas para que pueda eliminar los coágulos de sangre. Sin necesidad de tomar pastillas como se acostumbra en los Centros de Salud. Se le ofrece infusión de ortiga, sanu sanu y perejil para que baje toda la sangre. Estas infusiones deben tomarlo durante todo el mes posterior al parto, para mantener el equilibrio corporal. La partera Hermenegilda Huamantica, comenta:

“Para limpiar la sangre del cuerpo hay que recoger de los cerros “nihua”, “monteculantro”, “suelda que suelda”, “yana rocco”, tomar estas infusiones tarde y mañana. Hay que lavarse las manos y la boca con agua de romero durante una semana y luego hay que mandarse fajar una vez que la sangre ha dejado de fluir.”

Así mismo una de las parturientas entrevistadas cuenta:

“Tomamos la infusión de ortiga, eso limpiará el cuerpo, sin tomar pastillas ni nada. Las mujeres que dan a luz son bien atendidas, se les alimenta muy bien, con caldos de carne y tomando infusión de hierbas.”

Al día siguiente, la mujer tiene que lavarse la boca y las manos con agua de una planta llamada romero, que la preservará del mal viento. Sirve también para que no se le destemplan los dientes, asimismo le lavan la abertura vaginal, labor hecha por la partera o el marido con infusión de arrayán. Esto fortificará los huesos, así tiene que hacerlo durante todo el mes.

Durante estos días la madre permanecerá siempre al cuidado, de ninguna manera puede quedarse sola en casa. Por lo general, se quedan a su cuidado los viejos, mientras el

resto sale a trabajar a la chacra. Al respecto el curandero de Qeros, Víctor Paucar Machaca de 34 años dice:

“No hay que dejar sola a la madre. Para protegerla nosotros tenemos que poner hacha, machete, una soga hecha de la cola de caballo. Todos estos elementos son para que los malos espíritus no ingresen a la casa, son parte del secreto. Los seres diabólicos tienen miedo al hacha. La soga es como si fuera parte de un corral para evitar el ingreso de lo malo. Utilizamos también la hoz y otros objetos de hierro.”

Del mismo modo, la promotora de salud Cirila Mamani indica:

“A las mujeres parturientas no se les deja solas, tienen que ser cuidadas permanentemente. Si no se hace esto, las mujeres pueden morir debido que le alcanza el viento.”

Asimismo, los esposos de las entrevistadas, comentan que las mujeres parturientas se encuentran en una situación delicada. Carecen de fuerzas, permanecen como si estuvieran deshechas. Es por ello que requieren de cuidado, pueden ser atacadas por cualquier espíritu maligno, a causa de fuerzas naturales malignas como el mal viento, el “supay”⁴², etc. Los fetos abortados se convierten en duendes y pueden atacar a las madres. Se cree que divagan en el ambiente buscando sangre.

No es fortuito que los adultos varones permanezcan mascando coca, fumando cigarrillos. En buena cuenta, cuidando a la mujer. En previsión que los gentiles penetren con el propósito de beber la sangre de la parturienta. Para evitar esto, tienen que aplastar la placenta con pesadas herramientas de hierro, colocadas dentro de una piel de oveja recién degollada.

La madre permanece en cama tres o cuatro semanas después del primer parto. En las siguientes tres semanas, no debe levantarse ni para hacer sus necesidades biológicas. No

⁴² Diablo o demonio.

puede tocar el agua por lo menos durante un mes. Víctor Machacca Melo, explica la importancia del cuidado de la parturienta en el posparto:

“Antes creían, que una vez que la mujer da a luz, entra a una situación de oscuridad o “limbo”. No se da cuenta de nada y es el momento cuando los malos vientos pueden atacarla o alguna fuerza oscura, puede ponerle la mano causando males desconocidos; existen esas creencias. A las parturientas las cuidaban entre varios, hacen una especie de “velada” y ahí también se improvisaba una borrachera.”

Del mismo modo, consideran que durante el parto el cuerpo se ha abierto. Lo que significa un gran peligro, la madre al estar simbólicamente “abierta” está expuesta a cualquier perturbación externa. Está prohibido tocar agua, por lo tanto, no puede lavarse, ni bañarse como mínimo por un mes. Al finalizar el mes, deberá tomar un baño de romero, combinando con otras hierbas, siempre tomando en cuenta el equilibrio entre caliente y fresco. Si no se cumple con estas recomendaciones, le puede dar una recaída, que parece ser causada por un desequilibrio térmico corporal, provocado por un exceso de frío o calor. Tampoco debe salir del cuarto, les puede dar el mal viento. Salvo en un día de sol, y por tiempo limitado. Además, puede ser objeto del “sopla frío”, que consiste en la hinchazón y dolencia de todo el cuerpo (recaída). Aseguran que es peor que el mismo parto.

Tampoco debe beber agua fría, no debe hacer nada durante este tiempo. Incluso los primeros días del alumbramiento, el esposo ayuda y acomoda bien al bebé para la lactancia, de tal modo que la madre no haga ningún esfuerzo.

Después de tres o cuatro días cuando disminuye el sangrado, se acostumbra hacer el “walthasqa”⁴³, para que la parturienta pueda levantarse por lo menos unos cuantos minutos. Si es primeriza se hace el fajado hasta por tres veces, y si es segunda, solo dos.

Por todas estas experiencias y condiciones de atención a las parturientas, las mujeres concluyen que la atención de parto en domicilio, es lo mejor. Se sienten física y

⁴³ Fajado de la parturienta, igual como a un bebé recién nacido.

psicológicamente apoyadas por sus familiares cercanos y con muchas ganas de recuperarse y continuar con sus actividades cotidianas. Ambrosia Quispe lo confirma cuando indica:

“En la casa era mejor, era efectivo, normal y con productos naturales. Cuando dan a luz en el campo, tienen que cuidarse mucho ni siquiera la cuchara deben tocar. Primero tienen que envolverlas con una hebra de lana para evitar todo contacto con objetos fríos. Tienen que comer en un recipiente de arcilla cocida y la olla también debe ser de barro, los de hierro o aluminio influirán en el bienestar del estómago.”

Cirila también comenta sobre sus experiencias:

“Cuando damos a luz en nuestras casas, no está permitido que nosotras tengamos contacto con agua fría, no hay pastilla ni inyecciones. Permanecemos sobre la cama, bien atendidas y alimentadas con chuño, carne de cordero y comino. El chuño lo comemos con palito, el caldo también con sorbete. Para levantarnos primero tenemos que mandarnos a fajar. Para lavarnos utilizamos agua de una hierba llamada romero, mezclada con poco de sebo de vaca, y solo así podemos levantarnos.”

1.12. Walthasqa o fajado después del parto

El fajado o walthasqa es fundamental. Esto determinará la buena o mala salud de la madre luego del parto. Según los informantes del lugar y distritos aledaños, durante el parto el cuerpo se “abre” y se “descompone”. Motivo por el cual se debe hacer el fajado para reestablecer la integridad del cuerpo. Por ello tienen que hacerle masajes con unguento preparado sobre la base de hierbas medicinales molidas: maycha, cebo de vaca, alucema, bálsamo, árnica y miel, etc. Se empieza con masajes desde la punta de los cabellos, y los dedos con dirección al vientre. Luego se le envuelve con una frazada, es parecido como el fajado a un bebé. En esa situación permanecen unas tres horas. Para que entre en calor, le dan de beber chicha tibia de jora de maíz o caldo de carne de cordero.

La Partera Hermenegilda Huamantica, comenta cómo hacer el fajado:

“Para eso hay una serie de hierbas, principalmente el romero que recogen de los cerros y fajan todo el cuerpo. La cara, también le pasan para la tenga roja. Para que sus manos ni pies sientan estremecimiento, tienen que sobarle en forma muy delicada esas partes, comenzando desde la punta de los cabellos sobándolas todo en dirección al vientre. Para eso se necesita alucema (Lavandulavera), romero, arrayán (Thymus serpyllum). También sebo y el líquido biliar del ganado vacuno, bálsamo, árnica. Antes de hacer el fajado, hay que hacer hervir la cabeza de dos ovejas negras hasta que se torne blanco y hacerle beber en un recipiente de barro cocido. Sólo de esa manera el cuerpo empieza a entrar en calor. Luego se procede con el fajado del bebé que debe permanecer a un lado. El sudor se debe limpiar permanentemente. Hay que fajarlo a las dos de la tarde y se suelta a las cuatro y como si fuera un bebé. Se limpia con trapo rojo para evitar que en la cara le aparezcan manchas del posparto. A la parturienta hay que fajar por tres veces solo así será bueno para la salud de la parturienta. De esa manera recuperará la salud, no sentirá nada cuando trabajen o se ocupen de sus funciones.”

En las comunidades de Paruro acostumbran fajar a la mujer que da a luz con maycha (Senecio pseudotites), ch’illka y otras hierbas molidas después de haber sido masajeadado todo el cuerpo. Se envuelve a la mujer como a un niño con frazadas y que luego la atan con un lazo. Tienen que permanecer así por varias horas. Solo de esta manera las mujeres que dieron a luz, volverán a levantarse sanas y fuertes.

“Los fajados tienen que mandarse hacer por tres veces, cuando el bebé es varón. Si es mujer, solo dos. Eso dicen, porque el varón nos ha sacado más fuerzas. El fajado de las mujeres que recién dieron a luz, lo hacen con mucho cuidado. Comienzan a sobar desde la punta de los dedos de las manos, los pies e incluso desde punta de los cabellos hacia el centro del cuerpo, para terminar en el vientre. Todo el cuerpo lo envuelven con maycha, solo así las mujeres recuperarán la salud y nuevamente son fuertes.” (Agustina).

En las comunidades de la zona alta, también se hace lo mismo, el uso de las hierbas varía en cada zona y lugar. Lo importante es el fajado, que es esencial para el restablecimiento de las energías perdidas. La “reintegración” de las partes del cuerpo, que simbólicamente estaba abierta y dispersa.

Américo Flores explica también al respecto:

“Tienen que mandar recoger las yemas de las hierbas que existen por la zona. Colocan dentro de una tostadera para soasarlo. Lo extienden sobre la sabana o frazada el cuerpo cubren con frazada y lo amarran bien fajado. Suele hacerse volver todo para adentro incluso desde la punta de los cabellos. Tenemos que pedir el favor a alguien que sabe de esos menesteres. Van frotando suavemente con las yerbas soasadas en dirección al centro del cuerpo y no olvidan que también debe hacerse con el líquido biliar del hígado de las reses. También está presente el sebo de ganado vacuno, proceden a amarrar todo el cuerpo, es el acto del fajado.”

En algunas comunidades, tienen la costumbre de darles de beber chicha de maíz con hierbas especialmente preparadas. Consideran que esta bebida tiene un contenido energético y curativo.

“A los ocho días soban el cuerpo con bálsamo y árnica, con una hierba llamada “ch’iri”, spinglo, alcohol, pumatanka. Hacen hervir chicha y beben, por eso volverán a ser fuertes y se levantarán en forma normal.” (Américo Flores).

1.13. Alimentación de la madre durante el posparto

Las dietas son preparadas con cuidado. Transgredir estas normas puede acarrear serios problemas, que no sólo afectarán la salud de la madre, sino también la del bebé. Los cuidados se inician desde la gestación.

La dieta de la madre durante este periodo es especial. Le proveen de alimentos cálidos, menos frescos, papa, habas, harina, etc. Generalmente la dieta consistente en caldo de carne de cordero macho y negro. Consideran que es más nutritivo, energético y de buen sabor, en comparación a los otros. Se prepara caldo de carne de cordero con chuño (papa deshidratada por la acción de temperaturas bajo cero y el sol) y un poco de comino, hierba buena, pero sin sal ni cebolla. El cuerpo está abierto y sensible, el frío puede “entrar” y provocar el mal del posparto. Por otro lado, tampoco deben comer frutas, que consideran frescas y hacen daño.

El caldo de carne se debe servir cuatro veces al día. La madre ha perdido energía durante el parto y tiene mucho apetito. El chuño al tiempo de ser alimento, también es usado en la medicina. Es la base de la dieta para los enfermos en recuperación y en especial para las parturientas.

Si se le sirve comida, la madre desea que el resto de la familia, también coman. Creen que a ella se le puede hinchar el estómago. Pero dada la situación económica de las familias, muchas madres comen lo que tienen. Por ejemplo, aves de corral, las más preferidas son las gallinas y patos negros.

“Las parteras de la zona Aymara de Bolivia dicen que el comer cebolla después del parto, produce cáncer porque el cuerpo está debilitado. No se debe tomar agua fría, tampoco comer frutas, verduras y pescado porque son alimentos frescos, tampoco los condimentos.” (Llanos, E. 2003:138).

Tomando en cuenta estas consideraciones, podemos deducir que el comportamiento y actividades que realizan los componentes de las familias campesinas, están normados por sus creencias y prácticas de tipo cultural.

1.14. Participación de la pareja en el parto y posparto

Los esposos de las mujeres campesinas, por lo general están pendientes a todo lo que pasa durante el embarazo de sus mujeres. Casi siempre trabajan juntos en las actividades agrícolas. Ellas cumplen con sus actividades cotidianas, normalmente hasta el último día de su embarazo. El esposo y los hijos mayores, si los tienen, apoyan en el pastoreo. Ellas se quedan mayormente en casa; pero siempre acompañadas de algún miembro de la familia, por ejemplo, los abuelos.

Los esposos generalmente están presentes en el parto, salvo que se hayan ausentado por motivos de viaje. Son los principales responsables y quienes se encargan de cuidar a la parturienta. Convocan a la partera, toman decisiones en la alimentación de la parturienta y están prestos a las órdenes de la partera. Con el apoyo de su madre, también se encargarán de atender las demandas de la partera una vez que la madre se encuentre estable. La partera se encargará de su atención hasta el fajado. En señal de agradecimiento, la familia le ofrecen coca, comida, licor y algo de productos agrícolas.

Es importante la presencia del marido durante el parto, pues este dará seguridad y confianza a la parturienta. A su vez se sensibilizará con los sufrimientos de su pareja, hecho que incluso hará que cambie de actitud. Más adelante, apoyará en los quehaceres de la casa, hasta que su mujer se recupere por completo. Es por esto que los padres quieren mucho más a sus hijos, porque los vieron nacer. Lo que no ocurre cuando son atendidas en los puestos de salud y hospitales, en las que está prohibido el ingreso de los esposos y familiares a la sala de partos.

CUADRO DE MUJERES GESTANTES POR COMUNIDAD – DISTRITO DE HUANOQUITE–PARURO–CUSCO–PERU.

NOMBRE DE COMUNIDAD	AÑO 2005	AÑO 2006	AÑO 2007
CAMPESINA.			*
Maska	27	13	08
Tihuicti	12	17	07
Llaspay	27	12	08
Chanca	18	19	08
Molle Molle	12	08	17
Rocco	07	06	05
Rocoto	02	07	08
Parpay	08	08	17
Paco	05	02	00
Chifia	10	05	04
Arabito	06	08	11
Huanca	08	05	07
Qeñaparo	06	04	07
Huillcabamba	04	06	03
Qenqonay	05	03	01
Toctohuaylla	05	02	02
Coror	06	06	04
Markhura	11	03	06

Fuente: Datos obtenidos del Centro de Salud Huanoquite, madres gestantes atendidas por el Centro de Salud. Madres gestantes comprendido entre enero a Julio del 2007.

CAPITULO II

2. PERCEPCIÓN DE MUJERES CAMPESINAS SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD

2.1. Captación y control de gestantes

La atención de la salud reproductiva, se inicia con la captación de mujeres gestantes de las comunidades campesinas del ámbito de trabajo del Centro o la Posta de Salud.

Los promotores(as) de salud son los encargados de la acción de captación de las gestantes. Ellos conocen la comunidad y las familias. Son personas clave de los Centros de Salud y ONGs que trabajan los programas de salud reproductiva. Se valen de ellos para promover la atención del parto en los Centros de Salud. Son los intermediarios entre la medicina convencional y tradicional. Una de sus funciones principales es informar sobre las gestantes. Uno de los promotores de salud del distrito de Huanoquite, ante la pregunta, cómo saben las enfermeras de la situación de las gestantes, respondió:

“Por el hecho que ellas se encuentran aseguradas en el SIS, están obligadas de asistir a los controles respectivos. En caso que alguna mujer encinta, no vaya durante tres meses. Las enfermeras ya no querrán controlarlas, les amedrentarán: “vayan a hacerse controlar a sus casas, en vista que no hacen caso a la Posta de Salud. Sería mejor que vuestros maridos, también les aseguren y controlen. Cuando ya no tiene la regla durante uno o dos meses, deben acudir inmediatamente a la Posta de Salud”. Cada mes tienen que acudir sea el motivo que fuese. A veces a las mujeres les coge el rayo y a ellas también las vacunan y que les causan males desconocidos. También les vacunan contra la fiebre amarilla, el sarampión y, además, las mujeres que dieron a luz deben recibir tres vacunas y es obligatorio todos los años.”

Las mujeres acuden al Centro de Salud, para su control permanente una vez al mes. Obligatoriamente, tienen que cumplir con los días y horas de las citas. No importa, aunque tengan que pasar horas de horas esperando la atención. Si no acuden a los controles, el

personal de salud, debido a la resistencia de las mujeres; se verá obligada de ir a sus casas a hacer el control prenatal. Muchas mujeres al escuchar la bocina de la ambulancia o de la moto, se ocultan, es como si las estuvieran persiguiendo. La promotora de salud Cirila Mamani informa:

“Las enfermeras y obstetras persiguen a las mujeres encinta es como si tuvieran alguna deuda en dinero. Les obligan que vayan a su respectivo control y si van ya no les sueltan. Les ordenan: “tienes que dar a luz aquí” y las retienen. Y no vuelven a su casa y el esposo le lleva los alimentos que requiere y permanece hasta que dé a luz.”

La señora Victoria de Molle Molle, embarazada de 8 meses, que espera a su cuarto hijo, comenta acerca de sus controles:

“Estoy asistiendo a mi control como debe ser. El próximo me toca este sábado 25 de agosto y temo que tal vez me obliguen a quedarme en el “mamawasi”⁴⁴. En el primer embarazo permanecí en la casa de mi comadre dos semanas, no quería ir al mamawasi. En esa ocasión había apoyo con alimentos, me dieron de la posta arroz, habas, aceite, y dos latitas de atún. Esperé en la casa de mi comadre a cambio de ayudarla en algunas tareas domésticas. Cuando entré a la posta, estaba preocupada por mis hijos y les dije que tenía deseos de ir a mi casa. Y así lo hice y encontré a mis hijos llorando y éstos ya no querían que regrese a Huanoquite.”

Como constatamos en las entrevistas, el personal del Centro de Salud suele intimidarlas. Las amenazan para que las madres gestantes vayan de todas maneras al centro o la Posta de Salud. Motivos por los cuales, muchas mujeres tienen temor de ir a sus controles, especialmente cuando esperan los últimos meses, suelen internarlas en los mamawasis.

⁴⁴ Casa de materna donde viven temporalmente las madres gestantes.

También tenemos las versiones de la obstetra del Centro de Salud del distrito. Pregunté cómo era la captación de gestantes y la relación de la institución con las comunidades. Nos respondió lo siguiente:

“Nos constituimos en las comunidades y les decimos que el control pre natal es muy importante, pero no siempre internalizan eso. Siguen teniendo un poco de resistencia y temor, se les da charlas y ellas acuden voluntariamente a la posta.”

Una vez que los promotores hacen llegar la lista de gestantes de su comunidad, al Centro o Posta de Salud, van a la casa de las parturientas para convencerlas de ir a hacerse controlar su embarazo. Que la institución ofrece el seguro integral de salud, para todas las mujeres gestantes, para la atención del parto, así como de sus hijos hasta los tres años que será gratuita y además de apoyarles con alimentos. Caso contrario, si no se hacen controlar, no se les expedirá el certificado de nacimiento, tampoco estarán aseguradas. Los promotores cumplen lo que les indican los médicos y obstetras.

2.2. Diagnóstico de embarazo en el Centro de Salud

Según la información de las gestantes, las mujeres acuden a su control cada mes. Muchas van a los Centros de Salud de lugares distantes, a un día de camino a pie. Lo cual les ocasiona malestar y la consideran como “pérdida de tiempo”. Lo único que les hacen es medirles la barriga, ponerles una vacuna y sacarles sangre al decirles: “hay que hacer análisis de sangre”. También toman la temperatura y luego les anuncian: “te va tocar tal fecha”. Calculan la fecha del parto y que no se produce. Algunas no recuerdan la fecha, cuando dejaron de menstruar o cuando estuvieron lactando al “hanuk'a”⁴⁵, otra vez aparecen embarazadas. Las mujeres pueden presentar síntomas de vómitos y dejan de amamantar. Casos como estos son frecuentes en la comunidad, razón por la cual no pueden calcular la fecha exacta del nacimiento.

⁴⁵ Niño destetado.

Una vez identificadas las gestantes de cada comunidad, el personal de los Centros de Salud hace el respectivo seguimiento. Si no acuden puntualmente a sus controles, van a sus casas, sea de día o de noche. Tal como sostuvieron las entrevistadas, como si tuvieran alguna deuda con el Centro o la Posta de Salud.

Por otro lado, informan que no desean concurrir a los controles porque les tocan sus partes íntimas. Los médicos y obstetras son personas desconocidas. Las mujeres no están acostumbradas que les toquen su cuerpo. Temen que las insulten, porque pueden haber ido sin bañarse, o que en el trayecto del camino se hayan llenado de polvo y de lodo. Llegan sudorosas al centro, razón por la cual sienten temor y vergüenza frente al personal de salud.

Las mujeres gestantes, son de comunidades lejanas. Les recomiendan ir un mes antes de la fecha probable del parto, son obligadas a abandonar sus hogares.

Finalmente, las mujeres gestantes no desean asistir a sus controles en forma voluntaria. Las mujeres que se encuentran en los últimos meses de gestación, no desean ir a su control. Sienten temor que se les interne en los mamawasis. En efecto, el personal de salud, no le permite el retorno a su comunidad, presienten que ya no volverá al Centro de Salud para el parto. Este hecho ocurre con mucha frecuencia. Lo único que les queda por hacer a las mujeres es encargar a sus esposos o algún familiar que le lleven ropa y algunos utensilios y productos para cocinar: ollas, platos, leña, frazadas, etc.

2.3. Mamawasi: una estrategia de “adecuación cultural”

Los mamawasis se implementaron después de una evaluación del programa de planificación familiar y salud reproductiva. Cuyos resultados no fueron óptimos, no se habían cumplido con las metas trazadas y mucho menos con los objetivos de sus planes operativos. Entonces se identificaron algunos problemas por los cuales la población campesina, no acudía a los servicios de salud. Se hicieron algunas modificaciones en su estrategia de intervención en cuanto a la atención del parto. Pero cada vez más, las madres no asistían a su control y atención a los Centros de Salud, mostrando una fuerte resistencia.

Se cree que con la implementación de los mamawasis se ha solucionado el problema cultural, lo cual es falso. Más al contrario, las mujeres gestantes no desean quedarse. Aquellos establecimientos no están implementados adecuadamente. Desde el diseño de la infraestructura que tiene un modelo de vivienda urbana (mini departamento) donde se comparten los servicios. Las familias campesinas no están acostumbradas a vivir en este tipo de viviendas.

La mayoría de los Centros de Salud, carecen de locales propios. En Huanquite el Centro de Salud alquila una habitación de una familia del tamaño de un dormitorio o una cocina y en el segundo piso, implementada con tres o cuatro camas y un baño en el primer piso la misma que es compartida por las mujeres embarazadas. Indagando al respecto, la obstetra dijo que salió una resolución para la construcción e implementación de la casa materna, pero no hay presupuesto. En algunos distritos, han construido pequeños módulos de vivienda consistentes en unas cuatro habitaciones pequeñas, con una tarima de adobes, un fogón al costado de la cama. Unas conejeras hechas de abobe para criar cuyes, un lavabo compartido, y ubicados relativamente cerca al local del Centro de Salud. En el distrito de Huancarani fueron construidos con el aporte de mano de obra no especializada de los mismos campesinos. Son ambientes fríos no aptos para la permanencia de dichas mujeres.

Las mujeres que acuden de comunidades alejadas al Centro de Salud del distrito, permanecen días y a veces semanas. En algunos casos hasta más de un mes, esperando ser atendidas para el trabajo del parto. Muchas de ellas se instalan en los “mamawasis” acompañadas por sus esposos, dejan abandonadas sus casas, hijos menores y animales domésticos. Mientras esperan el alumbramiento, los maridos traen productos agrícolas, leña y algunos utensilios de cocina para preparar sus alimentos.

Los “mamawasis” no tienen las condiciones adecuadas mínimas, comparten un solo ambiente para dormir y una cocina para preparar sus alimentos. Carecen de privacidad y sus esposos son obligados a alojarse en otro lugar. Durante el día, los esposos, no tienen algo que hacer, pasean por las calles y plazas del distrito. En algunos casos van y vuelven a sus casas.

Agustina Colque propietaria de un restaurante ubicada en una de las calles del distrito de Huanquite expresa:

“Las enfermeras obligan a las parturientas acudir a los Centros de Salud, permanecen allí durante un mes. En el mamawasi cocinan y preparan sus alimentos, la Posta de Salud no contribuye. Una vez que dan a luz, se van a su comunidad. Aquellas madres, se sienten muy tristes, extrañan a sus hijos menores abandonados. Definitivamente los seres humanos no pueden sentirse como en su casa, al permanecer en otro ambiente que no les pertenece.”

Ella misma al referirse al local comenta:

“Aquí en Huanquite el mamawasi es del todo precario, las paredes no estucadas ni nada. Yo entré a ver, había una mujer de Rocco, era mi amiga e ingresé a visitarla y al ver cómo se encontraba compartí su melancolía. La mujer estaba en el patio triste, al verla yo le dije inmediatamente “vamos a mi casa, mejor estaremos ahí”. Si sale a la plaza, va por las calles y la mujer de todas maneras se siente desesperada y muy mal. Y ella me dijo “Mis hijos y mis animales como estarán en Rocco”. El esposo viene de vez en cuando dejando a sus hijos trayendo leña, y también víveres. Cuando no van a la Posta de Salud les imponen una multa, tampoco quieren certificar el nacimiento del bebé una vez que nació.”

Una mujer del distrito de Huancarani, que no quiso dar su nombre comentó su experiencia en relación a su embarazo:

“Vine a vivir al mamawasi durante un mes, esperando dar a luz, y estuve desesperada, sabemos que el esposo no vive como debiera ser, la casa es como si estuviera abandonada. Así embarazada, tuve que ir a buscar leña para cocinar. Te ponen como si estuvieras en prisión, no te sueltan. Sólo vine al control y me capturaron, recuerdo que me dijeron “ya no vayas a tu casa, en cualquier momento se va a producir, tampoco volverías”.

Ella misma cuando le pregunté cómo era la alimentación en los mamawasis, me dijo con mucha pena:

“Tuve que encargarle a mi esposo que me traiga mis alimentos. Dan Ollas, el fogón también que será, no es como tienen las familias; tuve que cocinar en ollas grandes. Los mamawasis divididos en cuartos separados. Cada uno tiene un fogón, hay camas, frazadas insuficientes, hace mucho frío, está a una cuadra del Centro de Salud.”

Sigue la conversación con ella, ante la pregunta, cómo las convencen para ir a los mamawasis, responde:

“Aseguran que darán a luz como en sus casas: “les vamos a atender bien, hay alimentos, también hay ollas”. Y una vez allí, no hay ollas ni alimentos ni nada. Tenemos que adecuarnos, e ir a los cerros a buscar yesca y algo de leña para encender el fogón. Como mis otros hijos son pequeños todavía fui con ellos, no me trataron como debe ser. En nuestras casas damos a luz con tranquilidad y en un ambiente de confianza.”

Uno de nuestros informantes Américo Flores de Huancarani, refiriéndose a los mamawasis expresó:

“Otro mal que hicieron es el hecho de haber construido los mamawasis. Aseguran: “ahí es donde debes dar a luz. En caso de no ser así, no te daremos el certificado de nacimiento para inscribirlo en el municipio”. De esa forma las mujeres dejan sus hogares, abandonan sus animales y tienen que trasladarse a los mamawasis. Una vez ahí no les atienden como debe ser. Seguro que la parturienta se encuentra en un ambiente frío, no hay atención, no puede dar a luz. Otras mujeres permanecen una o dos semanas sin hacer nada, gastando dinero por las puras y preocupadas por la casa y todo eso influirá en el nuevo ser.”

Guillermina también cuenta sus vivencias:

“Yo viví en el mamawasi durante una semana, allí me dio dolor de vientre y di a luz. En aquella ocasión lleve ollas, alimentos y leña. Aquella vez me pusieron una inyección y me causaron dolores insoportables de cintura. Esa fue la razón por la cual ya no quise ir más.”

Por otro lado, tenemos la versión de la obstetra del Centro de Salud de Huanoquite. Ante la pregunta: ¿qué reacción tienen los esposos cuando las mujeres parturientas se instalan en el mamawasi para esperar el parto y los controles? respondió:

“Los varones son más asequibles, ellos toman la decisión. Las mujeres son más reticentes y reacias. En relación a los problemas que se generan a raíz de su permanencia en el centro, antes que se trasladen a los mamawasis, se les va preparando y preguntando a quien dejar a sus hijos menores, sea a la abuela y algún familiar. También se da el hecho que los esposos que vienen y vuelven de sus casas, no hay problemas.”

Respecto a las multas o sanciones que se les aplican dijo:

“No les imponemos ninguna sanción, pero si se les explica el riesgo que corren y que, por negligencia de ellas mismas, pueden ocurrir muchas desgracias, se les concientiza, no se les impone ninguna sanción.”

Finalmente comentó sobre la implementación del mamawasi:

“En este momento tenemos dos camas, pero nos falta equiparlas. Aunque tenemos los utensilios necesarios para la cocina y se da el caso que algunas mujeres tienen familiares en la capital distrital, entonces ellas les van acompañando. Nosotros en forma constante estamos visitándoles y viéndolos como se encuentran.”

Los testimonios demuestran que existe maltrato hacia las mujeres gestantes, por parte del personal del Centro de Salud. Desde el momento que les obligan a tener que vivir en los

mamawasis del distrito. Los Centros de Salud no tienen una infraestructura adecuada, y no todas las mujeres tienen familiares en la capital distrital. Si las tuvieran, necesitan de privacidad, seguridad y comodidad.

Los mamawasis, parece una “cárcel”, que no tiene patio, viven como prisioneras.

El deseo de los médicos, obstetras y enfermeras es casi siempre ponerles un anticonceptivo después del parto en cumplimiento a sus metas. Tras de ellos están los laboratorios farmacéuticos que desean vender sus productos. Pareciera que desean diseminar enfermedades desconocidas.

2.4. Seguro Integral de Salud “otra estrategia de adecuación cultural”

Según las versiones de los promotores de salud y las mujeres gestantes, el SIS (Seguro Integral de Salud), es otra estrategia para que las mujeres acudan a sus controles y el parto en los Centros o Postas de Salud. No es del todo gratuito, carecen de algunas medicinas y tienen que comprarlas de la farmacia. En caso sean transferidas a los hospitales, el trámite documentario se complica más y no cubre todos los gastos, muchas de ellas se sienten defraudadas.

Américo Flores al respecto, expresa:

“El seguro integral, son puras palabras. Para el seguro, primero cobran por inscripción y por tarjeta de control que hay que pagar, no hay nada gratis en el Centro de Salud salvo la atención del parto. En mi caso yo observo y cuestiono todo eso. Otro es el hecho de la imposición de las multas pecuniarias, si fuera razonable haría caso, pero si no por qué tendría que pagar la multa, yo no hice caso el pago de las multas que decían, debía pagar, no tuve problemas.”

El SIS no cubre todos los gastos como les dijeron cuando las trasladaron, entonces la familia campesina se pone en una situación de incertidumbre. Tal como declara una de nuestras informantes:

“Mi hija dio a luz por cesárea en el hospital. Me dijeron que fue así porque estuvo con anemia. Al día siguiente tuve que regresar y me dieron un listado de recetas que había que comprar era demasiado; pero felizmente estuvo asegurada. Así es como salió del hospital, más bien tuvo que pagar el costo de la sangre que le pusieron. Pero los certificados del bebé no quisieron darle, entonces a la fuerza el padre del bebé logro rescatarlo pagando.”

Al respecto, la obstetra del Centro de Salud de Huanquite, al preguntarle si todas las mujeres estaban aseguradas, respondió:

“Si, están consideradas en el seguro. Puede ser para un año, dos años o cuatro. Se está impulsando el seguro para adultos más que todo en las comunidades. El SIS cubre las medicinas que requieren las madres gestantes, eso comprende el estado prenatal, traslado al centro y también a los niños. En relación a los adultos se les brinda todo, menos atención odontológica ni oftálmica.”

Las mujeres testimoniaron que el Seguro Integral de Salud (SIS), no cubre los gastos de atención del parto en su integridad. Por ejemplo, en caso de transferencia, las familias tienen que afrontar con los gastos, como medicinas y el transporte. Así mismo las personas que desean inscribirse para recibir tratamiento médico gratuito del SIS, deben completar un cuestionario complejo y detallado denominado Ficha de Evaluación Socioeconómica. Por la situación de literacidad de las mujeres, dificultan con el llenado, tienen cierto temor y vergüenza.

Por ello se propone que los costos de transporte de las embarazadas y sus familiares acompañantes al Centro de Salud y los costos de estadía en las casas de espera, deben ser

asumidos por el SIS. Por otra parte, es importante que el sector salud, deje a la libre elección de la gestante, a decidir en forma voluntaria donde desea dar a luz y no imponerles.

También informan que muchas mujeres de comunidades marginadas, no están bien informadas. No tienen acceso a la información clara en su idioma sobre el Seguro Integral de Salud (SIS), si los servicios están disponibles de forma gratuita o es subsidiada.

2.5. Atención del parto en el Centro de Salud

Las mujeres campesinas afirman que la sala de partos es un ambiente inadecuado. El piso de cemento, un ambiente extraño, deprimente y muy frígido. El potro obstétrico les causa temor por ser alto, al no poder subir ni bajar solas. Además, se sienten como “seres aprisionadas dispuestas para ser descuartizadas”. Tener que ponerse una bata que no les protege contra el frío, les causa desesperación. En cuanto a la posición para dar a luz, en algunos casos es consultada, pero en la mayoría de los casos en los centros hospitalarios, son atendidas de acuerdo a las exigencias de la medicina moderna. Usar el potro obstétrico está fuera de sus costumbres culturales. Ellas están acostumbradas a dar a luz en el piso y en cuclillas. Lo más sorprendente, les obligan a caminar, cuando empiezan las dilataciones, no les dejan acostarse en la cama. Las mujeres sienten temor y vergüenza que la obstetra y los médicos les toquen sus partes íntimas.

Una mujer campesina que dio a luz en el Centro de Salud, y no quiso dar su nombre por temor a represalias por parte del personal de salud, dijo:

“Yo no quise hacerme tocar siquiera “¿por qué tendrían que tocar mi cuerpo?”. Comentan que a otras poniéndose guantes, les introducen las manos, diciendo que van a lavar. El lenguaje que utilizan es solo castellano, no hablan quechua. Pero yo estoy entendiendo, se hacen las “q’oqas”⁴⁶. Cuando les hablo en quechua, agrandan los ojos, al oírnos, acostumbran decir: “¿qué?, ¿qué dices?”.

⁴⁶ Hijo de los gentiles.

Más adelante ella misma especifica:

“A otro de mis hijos di a luz a media noche. En la Posta de Salud, me trajeron en ambulancia, me pusieron sueros y así di a luz. Permanecía en cama y yo me levanté y di a luz en el suelo. Las enfermeras no me tocaron para nada y mi esposo me agarró con fuerza. Al día siguiente, me dijeron que me levante y me fui al mamawasi, era un ambiente frío y en torno a mí, daba vueltas un viento helado. Decidí irme a alojar a otra casa, y al día siguiente fui a mi casa en carro particular. Me dieron el certificado al instante. Yo creo que, por levantarme inmediatamente, tengo el cuerpo destrozado. Ya no tengo resistencia física en el trabajo de la chacra.”

Referente al tema Cotrina Quispe también comenta:

“Vine de mi comunidad un domingo por la mañana, ingresé una vez que toqué el timbre. Dije que me dolía el vientre. Me hicieron un examen y dijeron “Por la noche todavía vas a dar a luz”. A las 9 de la noche tenía fuertes dolores, no había nada y tuve que volver al mamawasi y cuando era alrededor de las 10, me encontraba ya casi muerta, recién se pusieron en apuros. A otras que estaban sufriendo también les dijeron: “a qué volviste al mamawasi si ya estabas decidida a ingresar a la posta. Es la causa por lo que no puedes dar a luz y nosotras no pudimos atenderte”.

Ella misma continúa relatando:

“Del mamawasi nos llevan a la posta, ahí nos amenazan con bañarnos con agua fría, nos tocan el vientre. Luego nos sugieren que nos provoquemos vómitos introduciéndonos la mano a la boca que así daríamos más fácilmente a luz. Luego nos aplastan y aprietan el vientre como si fuese un trapo y con el propósito que la placenta salga en forma rápida. Inducen que la placenta salga, según ellas: “la placenta no debe permanecer mucho tiempo, así que jalémosla”, así hacen. En el Centro de Salud no permiten que permanezcamos echadas: “no deben echarse” nos ordenan. Creo que, por haber dado a luz en la posta, hoy ya no tengo fuerzas.”

La atención en los hospitales según las entrevistas y testimonio de las mujeres de las provincias y en la misma ciudad de Cusco, es aún más crítica con relación a las mujeres campesinas. Son evacuadas a la capital provincial, cuando los partos son complicados, si llegan de emergencia allí son maltratadas mucho más. El personal médico no sabe ni entiende quechua. Además, que, en muchos casos, los familiares de las gestantes no están en condiciones para afrontar los costos de las medicinas que les recetan.

Tenemos testimonios de los maltratos y agresiones que han sufrido otras mujeres que fueron atendidas en los hospitales de Cusco.

Yanet Acetona Colque de 19 años del distrito de Livitaca, vestida con unos pantalones negros y una polera color crema, llevando a cuestas a su hijo de tres meses, expresó en la casa del cargador ciudad del Cusco, lo siguiente:

“Yo vine con el fin que me atiendan el parto y no fue como debería ser. Vine en auto desde Livitaca al hospital Antonio Lorena. Las enfermeras me maltrataron, muchas mujeres estábamos esperando en la sala de maternidad. Nos dijeron: “aguanten pues, échense sobre la cama, nosotras atendemos a todas de esa manera”. Seguidamente otra vez reiteraron: “¡Sube! ¿No puedes subir a la cama?”. Nos ponen a la cama de partos con las piernas abiertas. Cuando ya estaba naciendo mi hijo me cortaron la abertura vaginal. Luego yo deduje: “ya estaba por nacer”. No me prestaron la atención debida y me introdujeron en la sala de operaciones. Siempre decían que todavía faltaba y fue así que determinaron cortarme a pesar que la cabeza del bebé, ya estaba fuera. Y al no soportar el dolor me quejaba y la enfermera dijo en quechua: “para eso tienen hijos. Por qué no han cosido vuestros traseros”. Era una mujer joven, no fue la obstetra sino una practicante o auxiliar. Son mujeres que no tienen sentimientos maternos.”

“Al día siguiente me sacaron de ahí y en otra habitación la enfermera me dijo: “párense, lávense la boca, péinense”. Seguía hablando “deben levantarse rápido ¿por qué no se lavan y bañan?”. Nos hizo lavar yo también me peiné. A los bebitos

también lo cogen y bañan como si fueran trapos o cueros de oveja, asiéndolos de las piernas, los brazos. Después nos ordenó: “ahora pueden irse a sus casas, no hay desayuno ni nada, la atención es solo por un día”. Luego nos reiteró “el trasero que les hemos cosido sanará ¿de eso tienen miedo? deben limpiarse y asearse, tiendan sus camas”.

“Yo he pagado 120 soles y todavía me han insultado. He reclamado “yo estoy aquí por mi dinero”. Durante tres meses la sutura me ha causado dolor y los hilos desaparecieron de por sí, me dolieron en extremo no podía bajar ni las gradas. Cuando me pusieron esas ampollas desconocidas he cambiado de carácter.”

Tomasa Álvarez de Livitaca también contó:

“En los hospitales obligan a echarse sobre la cama sin ninguna almohada en un ambiente frío cubierto con una manta y una bata que no protege nada. No hay de dónde agarrar para hacer los esfuerzos que se necesitan. Cuando permanecemos echadas con qué fuerzas vamos a dar a luz, cómo puedes resistir, puedes morir. Me doy cuenta que no valoran a las madres para nada, en cambio a los bebés les dan preferencia y a la madre para nada, todo eso he constatado.”

Paula Huarca refiriéndose a la atención en los Centros de Salud rural, cuestiona la actitud que las enfermeras tienen con ellas:

“A las enfermeras no les interesa nada, salen del ambiente es como si nosotros fuéramos unas perras. Donde andarán, dando vueltas por las calles, o se van a jugar y las madres llorando. Para eso les obligan ir a los mamawasis y a las Postas de Salud. Yo como dirigente que soy he comprobado estos hechos. Encontré a las mujeres a punto de perder el conocimiento, recién se ponen en apuros, eso es la Posta de Salud.”

Américo Flores agrega:

“En el Centro de Salud también instruyen a las madres “debes levantarte y caminar una y otra vez lavarte”. Al hacer las caminatas que les exigen ya no pueden hacerlo, debido al frío que le penetra, se contrae no puede más. Haciendo comparaciones digo que soy promotor, las órdenes que dan en el Centro de Salud no sirven para nada.”

Cotrina Quispe, al preguntarle cómo había dado a luz, con mucha nostalgia contó:

“Tuve que cogerme de la cama en presencia de las enfermeras y por mi suegra. Las enfermeras se ponen a atender al bebe, la placenta; tratan de hacerle tomar aire, ni siquiera te lavan. A la madre no le dan importancia, se ponen a atender al bebé, así es como casi me mataron.”

Yanet Acetona recuerda:

“A las mujeres del campo escuche que les dijeron: “cómo es posible que vengas de esta manera, deberías haberte lavado siquiera los pies ¿así crías a tus hijos? No deberías traer nuevos seres si estas vistiéndote también con ropa ennegrecida”. A otra señora que dio a luz y que estaba a mi lado le insulto de esta manera: “Oye chola india, por qué no te levantas, por qué llora el bebé”. Como le cortaron la abertura vaginal, les duele y no pueden levantarse menos sentarse.”

Felicitas Ramos también comenta:

“Nos hacen dar a luz en la mesa de partos separando las piernas y debajo de ella un balde y luego nos llevan a otra habitación donde descansamos, eso me causo miedo.”

Andrea Huallpayunca también cuenta como atendieron su primer parto hace 10 años:

“En la actualidad, poco o casi o nada ha cambiado la atención del parto en los hospitales. A pesar que hay leyes que protegen la salud reproductiva de las mujeres

en general, lo cual es lamentable, salvo que en algunos Centros de Salud rurales se está intentando de alguna manera aplicar la propuesta de adecuación cultural.”

“En mi primer hijo me atendieron en el hospital Regional. Ingresé a las 5 de la mañana con fuerte dolores y cuando me evaluaron me dijeron que faltaba todavía. Luego me dijeron que camine, suba y baje las escaleras. Así me pase todo el día, y el frío que hacía no soportaba y los dolores se me calmaron. Entonces le dije a mi esposo que me trajera mate caliente y cuando estuve bebiendo, la enfermera me preguntó “que estas tomando, no debes tomar nada” y por mi capricho tome. En la noche a eso de las 8 me volvieron a evaluar, me pusieron con un pijama delgado, me rasuraron y también me pusieron enema. Yo me asuste, empezó a darme diarrea. Continué caminado en el pasillo, a mi esposo no le permitieron quedarse, le dijeron que viniera al día siguiente. A media noche se intensificaron los dolores y dije a las enfermeras que me atendieran y no me dieron importancia.”

“Así iban llegando otras mujeres, y entonces centraban sus atenciones en ellas, y de pronto me baja el líquido y ya eran la una de la mañana y el frío y los dolores me aturdía. No permiten ponerte más ropa, en eso me llevaron a la sala de partos, me subieron al potro obstétrico y allí permanecí por más de una hora, echada, cubierta con una sábana me moría de frío, mientras las enfermeras y obstetras de turno, se pusieron a conversar, tomar café. Yo llamaba desesperadamente y dijeron “espera, no grites”. Así que no pude ni bajarme, me desesperé y empecé a gritar más. El bebé ya estuvo por salir y temía que se caiga al suelo. Recién se pusieron a atenderme, me cortaron y nació el bebé. Después de unos minutos, cuando salió la placenta aplastaron mi vientre incluso poniendo su rodilla diciendo que está muy grande y que hay coágulos. Luego nuevamente desaparecieron con el niño y después de 30 minutos volvieron para saturar y recién me llevaron a la sala de maternidad, mientras tanto ya era las 3 de la madrugada.”

“A las 7 de la mañana las enfermeras nos dijeron a todas que nos levantáramos, para lavarnos, no quise, me exigieron y entonces tuve que levantarme no tenía fuerzas. Me

bajé de la cama y me desmayé. Justo allí apareció mi esposo quien me acudió, para el colmo ni siquiera tenían alcohol. Al día siguiente me dieron alta, me dijeron que tenía que volver para que me sacaran el hilo.”

La obstetra, en relación a la resistencia de las mujeres a la atención del parto en el Centro de Salud informa:

“Hoy nosotros estamos trabajando con el programa adecuación cultural. A las madres que vienen a dar parto, se les explica que ellas podrían dar a luz arrodilladas, que les abriguen y agarren y no ponemos limitaciones de ningún tipo. Nosotras más que todo estamos de observadoras, quizás por eso determinaron acudir al Centro de Salud.”

Pregunté, además, si el esposo también participaba y dijo:

“Sí, es decir la persona más allegada a la parturienta, puede agarrarle la madre o el esposo. Les proporcionamos una banca pequeña para que se siente el esposo y también nos hemos agenciado de unos cueritos de ovejitas y así se acomodan como en su casa y dan a luz.”

Esta versión carece de veracidad según los testimonios recogidos de las parturientas, debido que el programa está en proceso de implementación. Además, con la presencia, observación y órdenes de una persona extraña, la parturienta no se siente cómoda como en su casa, no le dan todo lo necesario. Por ejemplo, las infusiones de hierbas para acelerar el parto, y de no poder realizar sus actos rituales, etc. Cuando la mujer es multípara muchos consideran que no es necesaria la intervención del médico.

Así mismo, la obstetra respecto a la queja constante de las mujeres parturientas, sobre la aplicación de la técnica de la episiotomía en el momento del parto comenta:

“La episiotomía se hace viendo el tipo de paciente, la anatomía que tienen, unas tienen la vagina muy estrecha y el bebé no va a poder salir y en previsión que no se produzcan las muertes de los bebés en estado de prenatales. Todo es de acuerdo como evoluciona el parto. Con respecto al corte siempre se les ha explicado que deben cuidarse, lavarse. También se puede dar el caso que los bebés sean demasiado desarrollados y siendo evidente que va a ser difícil, entonces se le practica el corte.”

Los sufrimientos a los que están expuestas son mayores. Todavía más para aquellas que son analfabetas y monolingües. Los médicos, enfermeras y todo el personal de salud, no entienden lo que dicen las mujeres. Por temor a ser agredidas se someten y soportan los dolores.

En los Centros de Salud a todas las mujeres parturientas en el momento del parto, las obstetras les hacen la episiotomía, que las mujeres consideran como innecesarias en la mayoría de los casos. Les causa molestias y dolores, que las dificulta caminar para retornar a sus domicilios, que en algunos casos se infectan. Ya no vuelven a los controles de posparto por vergüenza por las distancias que tienen que recorrer, porque se encuentran delicadas de salud.

Américo Flores, comenta sobre la atención del parto en el hospital:

“A las mujeres les hacen un corte vaginal, luego de esto introducen la mano tratando de jalar al bebé y seguidamente proceden a lavarlo con agua fría y lo tratan como si no fuese un ser humano. Por eso para mí el Centro de Salud no es bueno, no le doy ningún valor, tratan a las personas peor que a animales. Digo todo esto porque lo he constatado con mis propios ojos.”

Una de nuestras entrevistadas que no quiso dar su nombre, comentó cómo fue atendida:

“Cuando di a luz en el hospital Regional de Cusco y también en Sicuani, me aumentaron el parto, sin que sea necesario. Empecé a poner todas mis fuerzas para pujar. Pero en el momento que ya estuvo a punto de salir el bebé, me dijeron que espere, me pusieron anestesia y cortaron. Me desesperé y hasta perdí fuerzas y los dolores continuaron después, me dejaron tapándome con una sábana. Me moría de frío y luego de unos 20 minutos, volvieron y me suturaron la herida.”

Según los testimonios las mujeres, no están de acuerdo, cuando se aplican las técnicas en la atención del parto como la episiotomía y la aplicación de medicamentos para facilitar el parto o evitar dolores intensos, aplicando la epidural⁴⁷. De acuerdo a las recomendaciones de la medicina convencional, se considera como parto natural. Creemos que desde el momento en que el parto ha sido intervenido con la medicalización a la parturienta, pierde su naturalidad.

Por otro lado, la relación de las mujeres con el personal de salud no es amicales, es decir “no son buenas”.

“Se sienten limitadas por sus miedos, su vergüenza y timidez, sus culpas, la doble moral sexual, la inseguridad sobre su conocimiento, e incluso sus vivencias de violencia física, psicológica o sexual. Además de las dificultades operatorias y económicas que afectan su asistencia al servicio de salud. Todas estas condicionantes obstaculizan las posibilidades de estas mujeres de asumir responsabilidades y comportamientos más adecuados para el cuidado de su salud y en defensa de sus derechos.” (CIDEM y FHI, 31–32:1999.).

Tiene sentido que las mujeres no deseen dar a luz en los centros hospitalarios, debido a los argumentos que pudimos leer en el párrafo anterior, igual que en las entrevistas y testimonios recogidos. Cualquier ser humano siente miedo y vergüenza frente a determinados acontecimientos y las madres al no estar informadas adecuadamente sobre la sexualidad y

⁴⁷ Inyectable para contrarrestar los dolores de parto.

sobre las nuevas técnicas aplicadas en la atención del parto, que son diferentes a su contexto cultural, hace que desconfíen de los médicos y obstetras

“Los proveedores de salud muchas veces reproducen distintas formas de inequidad genérica en sus relaciones con las usuarias y en relaciones profesionales entre sí. La relación médica–paciente no se da en un vacío cultural; las proveedoras actúan con los usuarios en función de su propia construcción de género y de acuerdo con las relaciones institucionalizadas entre ellas y la población usuaria. Es frecuente que los prejuicios y valores sexuales de los prestadores de servicios se reviertan en contra de las usuarias de diferentes formas (rechazos, desdén, sarcasmos, cuestionamientos, etc.), sobre todo en la descalificación de los saberes específicos de las mujeres, de quienes representan grupos étnicos marginados, o de quienes pertenecen a las clases socioeconómicas subordinadas.” (CIDEM y FHI, 97:1999).

El sarcasmo y la burla de las que objeto, son elocuentes. Los servidores de salud, pertenecientes a la “cultura moderna o superior” por haber tenido la oportunidad de seguir estudios superiores, creen que lo saben todo. En una actitud de desprecio hacia las mujeres campesinas que cuestionan sus costumbres, su aspecto personal, sus concepciones sobre la medicina tradicional y todo aquello que pertenezca al pasado. Suministran medicamentos genéricos, las someten a diversas operaciones cesáreas, intervenciones quirúrgicas, cuyo objetivo es obtener beneficios económicos a cualquier costo, rigiéndose a las leyes formales del sector salud.

2.6. Percepciones sobre la postura horizontal

Como dijimos párrafos arriba, los Centros de Salud a las mujeres parturientas las tratan como a enfermas. Por ello se las acuesta para dar a luz en posición horizontal, que las distingue a otros enfermos. Es necesario aclarar que los campesinos también afirman que las mujeres embarazadas, se encuentran “enfermas”, pero desde una concepción más simbólica y ritual. Físicamente no está enferma, y durante el parto no las acuestan. Por otro lado, por la experiencia vivida en relación a la atención de la salud, hace que perciban que la atención en

el hospital o Centro de Salud es sinónimo de enfermedad grave. Es decir, acuden a estos centros solo las personas muy graves, según sus concepciones y prácticas culturales.

Es incomprensible que, para comodidad de los médicos, las mujeres tengan que subirse al potro obstétrico para que aquél pueda ver y manipular con facilidad sus instrumentos, mientras que la mujer no puede ni moverse. Al respecto, me pregunté ¿Por qué el hombre desafía a la ley de gravedad, obligando a las mujeres a pujar en condiciones incómodas?

En los hospitales de las ciudades y en la mayoría de los Centros de Salud urbana y rural tanto públicas como privadas, atienden a las mujeres parturientas posicionándolas de espaldas, complicando, alargando, dificultando el proceso y poniendo en riesgo la salud de la mujer y el bebé.

Según los estudios realizados la posición horizontal es la que favorece los desgarros. Los médicos consideran necesario hacer la episiotomía. Además, esta posición inmoviliza a las madres generando el sufrimiento fetal. Considero que es una de las evidencias de la subordinación intelectual, corporal y emocional de la mujer a las políticas destinadas a limitar sus iniciativas y decidir sobre sus propias vidas.

El parto horizontal se puede considerar como una expropiación del acto de dar a luz en el que la mujer sólo puje cuando el médico o la obstetra lo ordene. Además, debe quedar agradecida, por no haber muerto en el parto, no haberse desgarrado y ni siquiera haber sentido todo lo que debería haber sentido. Se le aplico epidural, considero que en esta situación la madre es un actor pasivo y no cumple el papel protagónico como ocurre en el parto domiciliario en el seno de las familias campesinas.

“Esta apropiación del acto de parir encuentra su atención o interés en el abuso de las cesáreas. Para la OMS una cifra razonable de esas intervenciones debería rondar el 15 por ciento del total de los nacimientos. En el Perú, las cifras oficiales del MINSA, que sólo incluyen los partos atendidos en hospitales públicos, indican que

en Lima Metropolitana la tasa de cesáreas es del 26.7%; en el resto de la costa 17.4; en la sierra 5% y en la selva 6.8%. Esto obviamente nos deja ver, además de una insuficiente cobertura médica de los partos en las zonas más pobres del país, concretamente, supera con mucho las cifras consideradas apropiadas por la OMS, aún sin tomar en cuenta las practicadas en clínicas privadas, de las cuales el MINSA no dispone de datos.” (Tan solo unas burbujas, 2007).

Por otro lado, los testimonios recogidos confirman la extrema vulnerabilidad de derechos de las mujeres en el momento de dar a luz. A esto hay que agregar la desinformación y desconocimiento por parte del personal médico, la diversidad cultural de las que provienen las mujeres campesinas en particular. El desconocimiento de su idioma, sus propias técnicas de atención del parto, puerperio y posparto. El personal técnico de los hospitales de las grandes ciudades, se tornan cada vez más insensibles. Observo que en las salas de maternidad y en los pasillos, mujeres grávidas de todas las edades, permanecen horas de horas, esperando ser atendidas y sin que nadie les preste atención.

En el caso de las mujeres campesinas que muy pocas veces llegan a estos centros, para la atención por cesárea. Para ellas una intervención quirúrgica es considerada muy dolorosa y les causa mucho temor. Además, piensan que las personas “operadas” quedarán discapacitadas, debido que ya no estarán habilitadas para hacer esfuerzos físicos, y trabajar en las labores agrícolas, como lo hacían antes.

2.7. Atención del posparto en el Centro de Salud

Después de la atención del parto, la obstetra les programa para otra cita, que regresen a su control. Sin embargo, la mayoría no vuelve por los maltratos recibidos. Por otra parte, no tienen dinero para los pasajes y consideran que es una pérdida de tiempo. Por ello, proceden a tratarse de acuerdo a sus costumbres, que consideran más eficientes y efectivas. Una vez en sus casas, sienten como si hubiesen salido de la prisión. Sus familiares y vecinos las pueden visitar. De esta forma la familia campesina, se consolida.

Al respecto las mujeres manifestaron que, en el Centro de Salud, después del parto les hacen levantar y bañar, no les permiten descansar tranquilas. Les ordenan que caminen para que bajen los coágulos de sangre. En referencia a esto, Cotrina Quispe explica:

“Suelen decirnos: “estás muy sucia, tienes que lavarte”. Al día siguiente también quieren que nos lavemos. Nosotras no tenemos la costumbre de lavarnos, salvo que fuese con agua caliente, ni mucho menos nos levantemos. Al contrario, permanecemos echadas sobre la cama y una vez que nos fajan el vientre y todo el cuerpo podríamos levantarnos. Por el hecho de haber venido aquí a dar a luz, no estaré segura para trabajar en la chacra. Rápidamente me agoto, no sirvo para realizar el mínimo esfuerzo. Mi mamá si me hizo a dar a luz muy bien, no tenía dolores de cintura.”

Para devolverlas a sus casas, no las apoyan con la ambulancia, como cuando las trajeron. No les importa cómo retornan a sus comunidades. La mayoría vuelve caminando o montados a caballo, otras van hasta cierto lugar en carro y de allí a pie. Tienen que caminar horas hasta llegar a sus hogares. Estos son los factores por los cuales las mujeres consideran que, al volver del Centro de Salud, se sienten angustiadas.

Huarca continúa:

“Y si se da el caso de llevarlas en una ambulancia, piden de frente que compremos gasolina tres o cuatro galones. Si no compran gasolina, tienen que dar dinero el equivalente a la cantidad de combustible que se necesita, y como no disponen de medios económicos tienen que ir caminando o montados a caballo.”

Agustina Colque, lideresa del distrito comenta con mucha tristeza, que las mujeres sean maltratadas, durante la atención de posparto. Aquellas que proceden de las comunidades más lejanas, en las que la mayoría son mujeres campesinas son iletradas:

“Las enfermeras a las mujeres que vienen de las comunidades las maltratan e insultan. Les hacen subir sobre la cama: “Oye tú cochina de una vez levántate y lávate”. Por esa razón las mujeres, por miedo tratan de lavarse atropelladamente. Si les tratan de esa manera, cualquiera se asusta. Ni siquiera te tocan hasta antes del parto. Cuando gritas te lanzan insultos, por miedo y temor, te das cuenta dónde te encuentras.”

El interés en el seguimiento del posparto parecer ser solo para efectos de planificación familiar y no así para evaluar el estado de la salud integral de las mujeres después del parto. Guillermina cuenta su caso cuando fue a su control:

“Una vez que dejó de manar la sangre de mi cuerpo. La señorita Yeni me ha convencido para que me hiciera inyectar yo ni siquiera sabía. “Entra ¿quieres hacerte poner?” Yo acepté y para eso me hizo firmar un papel, solo me hice poner uno que es para un año. Aquel dispositivo, no me permitía hacer nada, si hacia algún esfuerzo inmediatamente empezaba la hemorragia que es demasiado.”

Cristobalina cuenta cómo la trataron en el hospital mientras acompañaba a su hija:

“Mi hija de 17 años teniendo anemia se embarazó, y lo llevamos al hospital...Dio a luz a una niña de 7 meses tuvimos que internarlo en el hospital en la incubadora. Lo salvaron, una vez que le hicieron una cesárea. Entonces tuve que acompañarla por la noche, debido que era ya tarde y cansada me recosté al lado de mi hija y la enfermera era muy mala. Me expulso, diciendo que no había ninguna razón para que yo permanezca a su lado, ni menos pase la noche allí. Me preguntó “¿Era tu cama?, ¿era tu casa?, para que estés tirada ¿acá?” Como regresaría a mi casa si era pasada la media noche, no sabía por dónde salir. Utilice el ascensor y no sé a dónde fui por los pasadizos, que había tanto en dirección derecha e izquierda. Entre hasta los sótanos, pero yo no me daba cuenta y no sabía por dónde salir. Caminé a tientas y había muchos automóviles, pregunté y me dijeron la forma de salir del ambiente y me quedé en la calle.”

Por otro lado, los programas de planificación familiar, así como los programas de salud reproductiva en general, están orientados a brindar un servicio momentáneo. Luego se olvidan de hacer un seguimiento a las pacientes, a sabiendas que la atención antes, durante y después del parto, tiene efectos directos en la salud de la madre y del niño, según la misma versión de las mujeres.

La mayoría de las mujeres intentan olvidar, los momentos difíciles que pasaron durante el parto. Como si el nacimiento, del hijo que ahora tienen en brazos, mereciera lo que padecieron. Lo peor, que estos son innecesarios pues sólo les causó sufrimientos. Razones como ésta hacen que no quieran volver a su control. Si lo hacen, es por presión y a las amenazas como estas: “cuando se enferme tu hijo no me lo traigas, para curarlo”.

2.8. Alimentación durante el posparto en los hospitales

En el Centro de Salud del distrito no les dan nada de comer ni beber, sus esposos son los que tienen que llevar sus alimentos. Ellos se ponen en apuros, tienen que cocinar en el mamawasi si pueden o caso contrario, tienen que mandar cocinar en el restaurante caldo de carne sin sal. Pero generalmente compran cualquier comida y entonces las madres tienen que comer papa, arroz y fideos con condimentos, sal. No es como en su casa, de acuerdo a sus creencias y costumbres.

Igualmente, en los hospitales de la ciudad del Cusco, a las madres parturientas, les dan la misma comida que se prepara para los demás pacientes, con sal y condimentos, no les preparan una dieta diferente. Por lo tanto, tienen que aceptar lo que les brindan. Allí se sienten aún mucho más preocupadas que en su distrito, esperando recuperarse pronto para retornar a casa.

Hermenegilda, partera de la provincia de Livitaca, cuenta lo siguiente:

“Cierta vez mi cuñada dio a luz en forma normal y para lo cual llevé caldo de chuño y la enfermera me dijo: “que es eso que comen, son tonterías” Yo le respondí

“nosotras comemos de esa forma y así no nos da ni dolor de cabeza ni nada, nos recuperamos del todo sanas y fuertes. En cambio, en el hospital le ponen solamente inyecciones y al poco rato le mandan peinarse. Nosotros no damos a luz de esa manera”. Y ella me dijo “eso será parte de tus vivencias antiguas, hoy es otro.”⁴⁸.

Según las experiencias de las mujeres parturientas que comen alimentos con sal les causa cólicos, retorcijones en el estómago y se les corta la sangre. Por ello, después del parto, no pueden comer pastas, papa, y sobre todo sal y condimentos. No son adecuados para este periodo, aseguran que la papa es mala, favorece la infección.

Un padre de familia informa que en el hospital de Sicuani una de las enfermeras cuando le dijo que le traería comida de la calle, le dijo:

“Ustedes tienen la costumbre de comer solo chuño, que alimento es el chuño negro, tienen que comer lo que le damos”.

En algunos hospitales, no está permitido el ingreso de alimentos que sus familiares pudiesen llevar para la parturienta. Entonces lo hacen en forma oculta, con fines de prevención de los posibles males que les puedan ocasionar.

2.9. Tratamiento de la placenta en los Centros de Salud

En la mayoría de los Centros de Salud rural, la obstetra y las enfermeras que atienden los partos, tiran la placenta a los desagües, no le dan ninguna importancia. Algunas mujeres suelen pedir las, pero la mayoría por temor y vergüenza, prefieren callarse.

Actualmente en el Centro de Salud de Huanquite se va haciendo costumbre en las mujeres exigir que se les devuelva la placenta. La misma que llevan a casa, para darle el correspondiente tratamiento de acuerdo a sus creencias y costumbres.

⁴⁸ Obviamente cuestionan los alimentos de la época incaica.

Las mujeres informaron que en los hospitales una vez expulsada la placenta, va a dar a un balde junto con la sangre, que luego lo tiran al desagüe. Como consecuencia de esto, las madres se enferman psicológicamente, consideran que una parte de su cuerpo termina divagando. Según ellas los espíritus malignos se pueden apoderar de la placenta y causarle malestares. Muchas afirman que, a causa de ello, les duele la espalda y no desaparecen las manchas de la cara. A sus bebés les pasa el frío, tal como testimonian las entrevistadas que tuvieron parto domiciliario. Al respecto Benedicta que dio a luz en el hospital informa:

“En mi vista lo tiraron al río. A consecuencia de eso, el frío me pasó en extremo. Posteriormente me dijeron que eso se debe a que la placenta fue arrojada al río. Los otros síntomas son que mis brazos, las manos y los dedos duelen por el frío.”

2.10. Percepciones de las mujeres campesinas sobre el parto institucionalizado

El personal de salud obliga a las mujeres campesinas gestantes para acudir al Centro de Salud para la atención del parto, en cumplimiento a las disposiciones legales del ministerio de salud.

Segundo Puma, esposo de una de las parturientas comenta al respecto:

“A mi hija, cuando estaba con dolores, la obligaron que vaya sin haber calculado como debe ser. Y como de por medio están siempre las amenazas: “no te daremos el certificado, vas a pagar una multa en dinero”. Por temor a estas amenazas tuvo que tomar valor para caminar, ni siquiera llegó a la posta y en el camino dio a luz, felizmente no ocurrió nada. Tuve que cargarla en carretilla hasta la casa, vinieron las enfermeras y tuvimos que llevarla a la posta. Si trabajasen especialistas no le harían sufrir de ese modo.”

Paula Huarca, dirigente de la FDCC agrega:

“Como dirigente he constatado que hay obligación de asistir al centro materno, si hay alguien que no dio a luz en la posta, no quieren dar el certificado. No aceptan la

inscripción, obligan pagar una multa de 60 soles y recién aceptan. Mi cuñada tenía miedo de ir a la Posta de Salud. No hizo caso y así fue cómo dio a luz en su casa. Los de la posta no quisieron inscribirle, le hicieron sufrir durante un mes para que logre hacer inscribir a su hijo en el municipio. Por eso me pregunto: “¿no es falta de respeto a la vida del nuevo ser?, pienso que es un atentado a su derecho a la vida y la debida inscripción”. Tuvo que pagar la suma de 60 soles y cuando preguntamos en asamblea general para qué es el dinero, respondieron: “eso nos han ordenado desde la región Cusco, tenemos que enviarlo”; todo fue mentira.”

Al respecto Amnistía Internacional hizo una investigación, en la cual indican:

“Algunos Centros de Salud imponen multas a las familias si los niños o niñas nacen en sus domicilios o si las madres no asisten a sus controles prenatales. Aunque el aparente propósito de esta práctica es el de alentar a las mujeres a que den a luz con seguridad en las clínicas. Estas multas de carácter punitivo son ilegales e imponen graves dificultades económicas a familias que ya cuentan con muy pocos recursos. Estas multas también desalientan a las mujeres de asistir a los Centros de Salud para recibir tratamiento médico. En algunos Centros de Salud el personal se niega a emitir certificados de nacido vivo (constancias de nacimiento) en los casos de niños o niñas nacidos en su casa, y cuyos padres no pueden pagar la multa. Sin este documento no se expiden partidas de nacimiento, requisito esencial para obtener documentos de identidad para el niño o niña. A las personas que no poseen documentos de identidad se les niega de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, entre ellos el de inscribirse en el Seguro Integral de Salud.” (Amnistía Internacional 2007).

Tomasa Álvarez del distrito de Livitaca a sus 43 años, dio a luz en el hospital de Cusco:

“No estoy de acuerdo con lo que obligan. En varias ocasiones incluso discutí con las enfermeras “cuál es el motivo, en qué ley esta publicada, en qué artículo está contemplado, en nuestra situación de ignorantes también queremos saber”. Ellas

simplemente que todo está aprobado de acuerdo a la ley. Todos repiten lo mismo sean enfermeras, auxiliares o las obstetras.”

Considero que la obligatoriedad de la atención del parto en el Centro de Salud, así como el traslado involuntario de las gestantes y familia, en algunos casos a los mamawasis, constituye una agresión cultural, racismo y discriminación, generándose problemas en los hogares campesinos. El desentendimiento entre el personal de salud y las mujeres gestantes.

Algunas autoridades comunales denunciaron estos abusos; pero no fueron escuchados, al contrario, los amenazaron en las asambleas comunales: “¡La ley obliga a todos y tienen que cumplir!”. Cansadas de tanto reclamar, las madres se consumen en el silencio. Fui testigo del caso de vulnerabilidad de los derechos, por parte de las autoridades locales y del Estado, imponiendo y presionando a las comunidades a garantizar que todas las mujeres concurren en forma obligatoria a los centros maternos para la atención del parto.

Mercedes Quispe, miembro activo de la comunidad de Molle Molle, informa:

“Ciertamente se presentan a la asamblea de la comunidad tanto el médico, el gobernador de la jurisdicción e igualmente el comandante del puesto y también el Juez. Convocan a las madres gestantes para que concurren a la Posta de Salud a sus respectivos controles desde los dos meses y en los últimos meses, tienen que estar en la condición de internadas en el mamawasi. Si cumplen con esto, recién se hacen acreedores de los alimentos consistente en víveres. Si son de lugares lejanos y una vez que hayan dado a luz, recién retornan a sus casas y si no lo hacen, tienen que pagar una multa de 50 soles. Reitero que en caso que diesen a luz en sus casas, pagarán la multa, tienen que ir a la Posta de Salud.”

A la pregunta, si las mujeres vienen por seguridad al Centro de Salud para la atención del parto, ella con mucha pena dijo:

“A las mujeres las obligan a venir desde sus comunidades y permanecen en el mamawasi durante un mes, preparan y cocinan sus alimentos. La Posta de Salud no contribuye con nada, los esposos traen leña y una vez que dan a luz, recién se van a su comunidad.”

A la pregunta, si estaba de acuerdo que a las mujeres gestantes campesinas las obliguen a atenderse en las Postas de Salud, respondió:

“De ninguna manera compañera, pobres mujeres como yo no pueden dar a luz como en sus casas ni tampoco soportar el maltrato de las enfermeras. Es increíble, las mujeres no recibamos una buena atención.”

Roberta Roque promotora de salud, dijo:

“Nuestra labor es exigir que las mujeres vayan al Centro de Salud. Las enfermeras y obstetras no quieren que las mujeres den a luz en sus casas, les obligan que vayan al Centro de Salud. Resulta que las mujeres cuando falta un mes para dar a luz, les obligan permanecer en el Centro de Salud, y en esa situación se encuentran durante dos o una semana, preocupadas por su hogar, e hijos, abandonados.”

Ernestina Troncoso, promotora de salud de Molle Molle, a la pregunta si las mujeres están de acuerdo para ir al Centro de Salud para la atención del parto, puntualiza:

“Algunas no quieren ir, como es una obligación del Centro de Salud tienen que ir, en caso de no hacerlo, tienen que pagar una multa de 20 soles, también amenazan que, en caso de no ir, no les darán los certificados de nacimiento de la municipalidad distrital. Además, que ellas se preocupan de las madres y niños. Cuando se emborracha el padre, se descuida y la madre muere, y los niños quedan desamparados.”

Justina Ramos de Huanquite, referente a la pregunta si es cierto, que las mujeres son obligadas a acudir para la atención del parto en el Centro de Salud, responde.

“Así es, tienen que esperar en el mamawasi o alquilar una habitación. La comida también es cara y para un hombre pobre de donde habría y lo que trabajamos [actividades agropecuarias] no tiene precio. A los del pueblo les vendemos a precio de regalo. De donde vamos a tener dinero si todo es del trabajo de la chacra nomás. Así estamos todos aquellos que vivimos en el campo. Acaso los esposos ganan sueldo mensual y con eso pueden ayudarse, tienen que atenerse a todas esas consecuencias. Trayendo algo, permanecen allí dando vueltas en el pueblo cuidando a la esposa. Otras parejas, a la fuerza regresan a su comunidad en vista que no dan a luz. Una vez que vuelven a su casa, dan a luz y así ocurren los problemas y malentendidos. No quieren inscribir tampoco quieren expedir el certificado de nacimiento. Imponen la multa por no haberse atendido en la Posta de Salud.”

Igualmente tenemos la versión de la obstetra del Centro de Salud, quien, frente a la pregunta: ¿cómo se sienten las mujeres, cuando ustedes las obligan a asistir al centro?, desmiente:

“Obligarlas no. Desde el momento que vienen a sus controles, nosotras les hablamos. Anteriormente se producían muertes maternas y uno de nuestros objetivos es evitar justamente eso. Usted sabe que, si una madre muere, la familia se desintegra, los niños sufren, ellas son conscientes de este hecho.”

Como leímos en las entrevistas, las mujeres y en general las familias campesinas, no tienen predisposición para concurrir a los Centros de Salud. Por las experiencias vividas y debido a la deficiente atención que reciben. Además, por las nuevas técnicas aplicadas y de acuerdo a las recomendaciones de la medicina moderna. Si no fuera por la obligatoriedad, por evitar pagar las multas, las mujeres no asistirían, salvo en casos de riesgo o de emergencia.

Aquí una de nuestras entrevistadas Evarista Quispe confirma esta hipótesis:

“Si fuese voluntario no vendría”. Solo venimos al Centro de Salud porque es obligatorio, sino daríamos a luz solo en nuestras casas”.

También pregunté a una de las autoridades comunales, el Fiscal de Arabito, Justino Vizcarra. Si es cierto, que a las mujeres les obligan para ir a los Centros de Salud; responde:

“Es cierto los traen por la fuerza y ellas permanecen en Huanquite sufriendo de hambre y no hay dinero. Más que todo, sufren los hijos y como su comunidad está lejos y como en el pueblo son extraños, no conocen a nadie y entonces ellas padecen de todo.”

2.11. Riesgos a los que se exponen las mujeres

Los testimonios muestran que desde el momento que salen de sus casas, con dirección a los Centros de Salud, muchas mujeres van caminando, acompañadas por sus esposos, algunas en caballo, si son de muy lejos. Llevando consigo sus alimentos, ropa para dormir y algunos utensilios para cocinar en los mamawasis. Allí se internan algunas de ellas con sus menores hijos, que no pueden dejar en casa. Los esposos asumen las tareas de casa, cuidado de los animales, atención de los hijos, el trabajo agrícola y demás actividades, tienen que estar pendientes al igual que de sus esposas. Ir a verlas de vez en cuando, ocasionando un malestar general en la familia y retraso en sus actividades. Las mujeres que viven relativamente cerca, a unas tres o cuatro horas de caminata. Por el compromiso asumido, luego que empieza los dolores, se dirigen al Centro de Salud. Muchas dan a luz por los caminos, si es por la noche, el riesgo es mayor.

Luzmila cuenta:

“A mi hijito di a luz por el camino cuando estuve bajando a Huanquite. Luego me llevaron a la posta en ambulancia, cuando mi esposo les comunicó.”

Asimismo, señalaron que otra de las consecuencias de la atención del parto en el Centro de Salud, es que las mujeres se predisponen de estar “enfermas”. Asumen que todo aquello que las afecta, después del parto, son consecuencias de la mala atención recibida. En esas circunstancias tocaron agua fría, les han exigido caminar. En otras palabras, todo el cuerpo les duele, sienten malestar general.

Las mujeres que provienen de las comunidades más lejanas, tienen que retornar montadas a caballo, en pleno sol o lluvia dependiendo de la época. Como consecuencia de ello, sufren de muchos males. La mayoría expresa que “ya no sirven” para realizar trabajos agrícolas. Según ellas les da “desmanto”⁴⁹, que consiste en dolor y escalofríos en todo el cuerpo. A algunas les da la recaída o post parto, consistente en fiebre y malestar general. Se quejan también de dolores en la matriz, etc.

Es lógico que tengan este tipo de sobresaltos debido a que las técnicas de atención del parto, son diferentes de sus prácticas tradicionales a las que se acostumbraron. Ellas consideran el parto como algo privado, y no público.

Como hemos constatado en los testimonios, las mujeres campesinas son tratadas con indiferencia, por ser humildes. Por todo ello retornan a sus casas con traumas psicológicos y físicos que según ellas son incurables.

Cirila Mamani, ex presidenta de la central de mujeres del distrito de Ocongate, quien dio a luz a uno de sus hijos en el hospital de Cusco y en circunstancias de un viaje a hacer gestiones para su organización, cuenta:

“A mí me atendieron en el hospital me lavaron con agua fría y debido a eso hoy no estoy bien, mi cuerpo se recalienta igual el vientre. No puedo permanecer al sol y me doy cuenta que es debido a eso. Me hicieron levantar: “anda para que la sangre se limpie”. Estuve sin calzado y como consecuencia de eso, mis pies también

⁴⁹ Recaída, por la mala atención durante el posparto, que puede ocasionar incluso la muerte de las madres.

recalientan, es como si se hubiesen partido y hoy no son normales. Por eso no puedo caminar lejos. Era directivo cuando el reparto de los alimentos en PRONAA, me dio dolores de parto y entré al hospital, no era obligatoria la concurrencia a los Centros de Salud. Eso ocurrió por el año 2000.”

Considero que las técnicas de atención del parto son de acuerdo a la medicina moderna, como el rasurado, epidural, y la episiotomía. Hechos que les causa severas complicaciones tales como infecciones, rasgado del recto, hemorragia, dolor, inflamación, depresión y trauma posparto, dificultades para reanudar su vida sexual, etc. Determinaciones que obedecen a las políticas de salud homogeneizante del sistema capitalista. Hechos que hacen que no se tome en cuenta a la diversidad cultural de la que provienen las mujeres. Por lo tanto, no hay respeto por sus tradiciones culturales. En vez de mejorar la atención de la salud de las mujeres parturientas, complican la salud de las mismas. Tal como expresaron las entrevistadas.

2.12. Parir es un derecho

Las demandas por la humanización de la atención del parto y nacimiento; se oyen voces de protesta desde hace ya varias décadas en América Latina y el Caribe. En 1985, en el contexto de la Conferencia Internacional sobre Tecnología Apropiada para el Parto efectuada por la Organización Mundial de la Salud, OMS, en Fortaleza–Brasil, se aprobó una serie de recomendaciones:

“que el nacimiento es una etapa natural de la vida reproductiva de la mujer, que un alto porcentaje de los partos transcurre sin complicaciones y que, por lo tanto, no se justifica que el sistema de salud aplique intervenciones – algunas de ellas de sofisticada tecnología salvo aquellas que estén plenamente indicadas según el desarrollo del proceso.” (Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe).

Entre otras cosas, se recomendó:

“Desincentivar la práctica cada vez más frecuente de la cesárea, el uso rutinario de monitoreos fetales electrónicos, las episiotomías, la inducción artificial del parto, la ruptura precoz de las membranas, la aplicación de enemas y rasurado pubiano, etc. Asimismo, se subrayó la facultad y el derecho de toda mujer a escoger la forma de hacer nacer su criatura, es decir, en la postura que más le acomode y facilite para dar a luz, con la compañía de la o las personas que prefiera y a no ser separada de su hija o hijo cuando nace.” (Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe).

En la práctica muy poco se ha tomado en cuenta las recomendaciones de la OMS, y continúan utilizando algunas técnicas que son innecesarias, como la episiotomía. Ante esto me pregunto ¿Quién hará cumplir realmente estas disposiciones?

Las mujeres en general tanto ciudadinas como rurales, están sometidas a las técnicas habituales científicas de la medicina moderna, que hacen una reflexión sobre la atención del parto en los Centros de Salud públicas. De acuerdo a los testimonios vertidos por las mujeres campesinas, las enfermeras, las obstetras, el médico, una vez que entran a la sala de partos, las parturientas al sentirse solas en las que está presente el personal médico. En el momento de las contracciones, todos le tocan el vientre como si ello no perteneciera a un ser humano. Esta desea que su marido la sostenga. Tomasa Álvarez del distrito de Livitaca que ha sido atendida en el hospital regional de Cusco cuenta:

“En los hospitales te obligan echarte sobre la cama sin ninguna almohada en un ambiente frío cubierto con una manta y una bata que no protege nada, no hay de dónde cogerse para hacer los esfuerzos correspondientes. Cuando permanecemos echadas con qué fuerzas vamos a dar a luz de dónde puedes agarrarte y así puedes morir. Me doy cuenta que no valoran a las madres para nada, en cambio a los bebés les dan preferencia en las atenciones y la madre para nada todo eso he constatado.”

En seguida tenemos otro testimonio de una mujer de una de las comunidades de Huanoquite cuyo parto fue atendido en el hospital:

“Todos me metían las manos, dedos, todo, ellas solo saben decir: “no estás sola, si algo te pasa, aquí estamos”, no te dan la mano para poderse agarrar, necesitaba que mi esposo o algún pariente más cercano me sostenga. Lo peor, te hacen callar diciendo: “No grites. Si siguen gritando, el parto será difícil y guarden fuerzas para pujar”.

De acuerdo a la concepción de las mujeres, la persona más indicada para el apoyo durante el parto, es el padre del bebé y en su ausencia la madre de ella o la partera. Además, de ser ella la protagonista de su parto.

Marta Dillon del Centro Tubi Natal de Argentina, que realiza investigaciones respecto a la atención del parto en los Centros de Salud, en una de las entrevistas que hizo señala:

“La obstetricia procede, tratándola como si fuera una enferma tonta, son hechos políticos”, Belén lo supo dolorosamente; su cuerpo grávido fue el campo de batalla en el que la corporación médica cerró filas como un niño encaprichado que dice esto es mío o no es de nadie. Antes que se produzcan las contracciones regulares, antes que la vagina y la vulva de Belén empezaran a dilatarse para abrir el canal de nacimiento...”. “El médico estuvo dos minutos conmigo, cuando me dijo que pujaba mal, me pidió que pasara a la camilla. En la sala de partos me ataron las piernas. Me sentí presa, nunca me agarró la policía. Pero en ese momento sentí que me habían agarrado, que me llevaban. Era una sensación mezclada de injusticia e impunidad. Cuando la nena salió la frase del médico fue: ‘Histérica como la madre.’” (Marta Dillon, 2003).

“La aplicaron localmente para practicarle la episiotomía que su doctor consideraba de rutina. Seis años después, Lucrecia todavía siente el filo de la tijera en la

entrepierna y hasta puede escuchar el sonido del desgarro provocado.” (Marta Dillón, 2003).

Comprendemos que la formación del personal médico en las diferentes especialidades, hace que cada cual, se ocupe específicamente de cuanto le corresponde. Es así que, en el momento del parto, la obstetra, al hacer el corte vaginal lo hace sin tomar en cuenta que es otro ser humano. El tratamiento que le da a la paciente no es integral, no toma en cuenta sus costumbres ni sus sentimientos, sus problemas. Lo cual, desde el punto de vista del derecho consuetudinario, es vulnerado. A pocos médicos y obstetras les importa lo que necesita una mujer durante el parto, intimidad, seguridad y confianza.

El trabajo de parto está regido por el cerebro primitivo, cualquier estímulo del neocórtex inhibe las contracciones y la dilatación. Si una mujer está descontextuada, incómoda, le gritan, le dicen que se calle, no puede segregar naturalmente la oxitocina necesaria (Marta Dillón, 2003).

Por otro lado, es muy común que las insulten. Si gritaran de dolor, les hacen recordar, al tiempo que los resonan: “Por qué no gritaste así cuando dormías con tu marido. Para eso no hay que tener hijos, hay que cuidarse”. Aprovechan el momento para tratar de convencerlas de no tener más hijos, al tratar de convencerlas para que acepten la utilización de anticonceptivos. Tener muchos hijos, son causa de muchos sufrimientos. Después del parto, les motivan que tienen que ser ligadas o ponerles algún dispositivo, especialmente a las mujeres que ya tienen tres o más hijos. Con engaños les hacen firmar a sus esposos la carta de aceptación y una huella digital”. Al respecto Alicia Ticona cuenta como la trataron en el hospital de Canchis Sicuani:

“Recuerdo que cuando di a luz en el hospital de Sicuani, en el momento que me estaba dando fuertes dolores e insoportables, la enfermera me decía: “tú ya tienes 4 hijos, tienes que ligarte, caso contrario, vas a seguir teniendo más hijos”. Me preguntaba cuántos años tenía y le dije 32. Me preguntó además “cuantos todavía tendrás, después de tu parto te vamos a ligar”. Yo les dije que sí, para que tal vez así me

pueden atender bien. Luego que nació mi hijo, me dijeron que ya estaba programado mi intervención para que me ligen las trompas. Además, ya tenía la autorización de mi marido cuando vino a visitarme. Hecho que fue falso mientras mi marido viajaba a Cusco, y yo les dije a mi no me dijo nada. Él tendría que decidir sobre mi cuerpo, si él ha aceptado pues a él tendrían que hacerle. Entonces me negué, no quise y se pusieron molestos todas. Aproveche hablar con las demás mujeres campesinas que estuvieron en la sala de recuperaciones. A ellas también iban a hacerle la ligadura ya estaban en la lista de espera. No sabían que les iban a hacer, y al escucharme sobre los métodos de planificación y especialmente de la ligadura. Muchas se resistieron y no quisieron y el personal médico se sorprendió. Motivo por el cual cuando en la mañana del día siguiente, que es habitualmente la visita médica a las 8 de la mañana, el medico de turno ya no me quiso atender, se enteraron que yo había comentado algunas verdades entre las parturientas. Era la época del gobierno del dictador Fujimori, que hoy le juzgan por delitos de lesa humanidad.”

Tomando estas consideraciones deducimos que la manera de dar a luz y nacer, depende de decisiones políticas de los Estados. Lo mismo podemos decir que los sufrimientos por las que atraviesan las mujeres durante el parto, acompañada de sentimientos de culpabilidad, frustraciones, etc. Son parte de sus estrategias de intervención para lograr sus objetivos de política de reducción de la población.

El año 2000, en Brasil se realizó la Conferencia Internacional sobre Humanización del Parto y Nacimiento, organizada por ReHuNa (Rede pela Humanização do Nacimiento) de ese país. Allí se reunieron centenares de personas profundamente críticas para la reflexión sobre el tema de la humanización del parto. La medicalización del parto y nacimiento, quienes exigieron el cese de este intervencionismo injustificado. De tal forma que las mujeres, recuperen el derecho a tener a sus hijas e hijos en una modalidad humana y respetuosa, y donde ellas sean las verdaderas protagonistas.

Podemos concluir que, en la práctica, las mujeres campesinas en general, no ejercen sus derechos de decidir libremente la forma, el lugar y el tiempo para ser atendidas en su

salud reproductiva, especialmente en el parto. Siempre están sujetas a las decisiones de las políticas de salud que les imponen.

Finalmente considero que el parto es un derecho de las mujeres, ellas deben tomar decisiones cómo estar acompañadas por quienes quisieran durante el trabajo de parto. Sin embargo, la ley no está reglamentada. Motivo por el cual, las mujeres siguen siendo obligadas a concurrir a los Centros de Salud, donde pasan horas sufriendo dolores sin tener a nadie conocido a su lado, escuchando las órdenes de quienes les piden “que se porten bien”.

CAPITULO III

3. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN LAS UNIDADES FAMILIARES CAMPESINAS

3.1. Atención del recién nacido

Según los datos recopilados, al respecto indican que, en las comunidades campesinas, una vez nacido el bebé, es recibido en una cobija (mantón) y envuelto bien y permanece sobre un pellejo de oveja, hasta que salga la placenta luego que la madre se haya salvado del peligro.

“Una vez que nace el bebé tienen que calentar el agua para proceder a bañarlo con jabón, tienen que limpiar todo el sebo que le envuelve sea en dos o tres aguas y limpiar todo y luego lo ponen al lado de su madre para empezar a succionar la leche.” (Américo Flores).

En seguida se procede con el baño, que generalmente hace la madre o la suegra de la parturienta, utilizan agua tibia y luego abrigan al recién nacido. A continuación, le colocan un pedazo de lana negra en su fontanela, llamada “mollera” o “pukyu”, para evitar que ingrese aire y se resfríe. A la ropita con que se le viste, se le adiciona ajo o ruda para que “no sea mirado con envidia”.

Para evitar la infección del ombligo del recién nacido, actualmente las madres siguen las costumbres que sus ancestros les han enseñado, por estar a su alcance. Uno de nuestros informantes *Tomasa Ticona de Sicuani*, cuenta cómo se debe cuidar el cordón umbilical del recién nacido en las comunidades:

“Seguimos tratando como de costumbre, en el muñón del cordón, aplicamos un insecto llamado “thuta” que abunda en las casas cuando se inician las lluvias. Este insecto, similar a la polilla, desprende un polvillo dorado que produce un efecto

antinflamatorio y cicatrizante de las heridas. Así deberá permanecer por dos días seguidos.”

“Antiguamente las abuelas las bañaban primero con orín, y luego les daban unas tres gotas de orín antes de lactar, así como el baño del cuerpo y principalmente las extremidades superiores e inferiores que produce un efecto de curtido, que cuando sea grande no se cuarte los pies ni las manos cuando se ponga en contacto con el agua. La orina es un antiséptico que sale por los orificios inferiores del cuerpo al igual que la sangre reproductiva. Neutraliza y limpia al bebe en un baño amarillo y salado que constituye un bautizo etónico, anterior al bautizo cristiano de sal blanca con agua que se administrara pocos días después.” (Tristán P. 2002: 146).

Una vez concluido el baño, el agua se echa en una esquina de la cocina. Si no lo hacen así, tienen la creencia que cuando crezca el niño (a), será un haragán. Tampoco desean que sea afectado por los malos espíritus y el mal viento.

También indicaron que acostumbran bañar diariamente a los bebés con agua tibia, y en algunos casos con agua de alguna infusión de hierbas como una forma de protección del mal viento y otras enfermedades. Esto se hace por lo menos durante un año. Así mismo mientras el niño está durmiendo, se acostumbra poner debajo de la almohada una tijera en forma de cruz o un cuchillo de acero para ahuyentar los malos espíritus que puedan apoderarse del alma de la criatura y de este modo evitar que se enferme.

Américo Flores, promotor de salud comenta sobre sus conocimientos en el trato al recién nacido:

“El agua del baño no se bota hacia el patio, hacen un agujero en el suelo y tienen que echar allí y lo cubren con un poco de ceniza”.

Nuestra informante Angélica Tomayconsa, la partera más anciana de la comunidad de Molle Molle dijo:

“El agua con el que bañaste al bebé hay que echar debajo del fogón de la cocina. Si no se hace así, se considera como un acto malo, algo que puede pasar con el bebé. Cuando ocurre eso, el bebé se morirá pronto. Hoy en la posta ya no creen en los “phirus”⁵⁰, tampoco en los malos vientos y si eso ocurre con los bebés, estos se morirán irremediablemente”.

Mientras Hermenegilda, una de las parteras con bastante experiencia, de una de las comunidades del distrito de Livitaca, sostiene lo contrario:

“Que el agua con la que bañan al bebé, hay que echar esparciéndola por el suelo, para que no sea parsimonioso, sino todo lo contrario que sea vivo. En caso que después de bañarlo lo guardas, es más seguro que va a ser caprichoso, totalmente ocioso. Hay que echar el agua totalmente esparcida en el patio no en un solo lugar.”

La gente puede tener diferentes creencias. Lo importante radica en que la comunidad comparta y que poco a poco se vayan constituyendo en normas. En lo referente al tratamiento de las enfermedades, existe un intercambio constante de conocimientos, tanto dentro de la familia y el resto de la comunidad.

Cabe resaltar que la atención de la partera como de la familia en el parto domiciliario, se centra en la madre. No se le otorga mucha importancia al bebé, consideran que lo más importante, lo primordial, es la salud de la madre. Ella es miembro activo de la comunidad, creadora de vida. Igual que la Pachamama cobija en sus entrañas la vida de todos los seres vivos. En torno a ella se desarrollan las actividades agropecuarias y la economía familiar. En general, de ella depende el bienestar de la familia. Por ello es más sentida la muerte materna. Mientras que, si un bebé deja de existir, no afecta mucho a la familia. Es algo que se puede compensar, teniendo otros hijos, si la madre es joven.

Hermelinda Torres comenta:

⁵⁰ Lugares malignos, que no deben acercarse los niños y las mujeres gestantes.

“Cuando el niño es recién nacido o con unos meses de vida y muere, lo entierran cantando todo alegres: “En buena hora que mi hijo se haya muerto huertay culischallay (coles del huerto)” y tienen la costumbre de quemarse las entrepiernas con paja de la variedad iru, tanto de mujeres como de varones.”

Un campesino que perdió a su esposa en el parto que fue atendido en el Centro de Salud de Challabamba – Paucartambo, por negligencia médica. No deseaba saber nada de su bebé recién nacido. Pregunté quién se haría cargo de su bebé y dijo lo siguiente:

“Que hagan lo que quieran los del personal de salud, así como han matado a su madre. Yo no voy llevarlo a mi comunidad, quien lo va a criar, que se quede aquí en el hospital”.

Quería deshacerse de su niño. Fue la reacción en un momento de desesperación. En estos casos, los varones no están preparados para asumir responsabilidades como la madre. Finalmente, el hombre tuvo que retornar a su comunidad llevando a su bebé, al igual que el cadáver de su esposa para enterrarla.

Respecto a la muerte de los niños (as) comentan. Antes de cumplir un año de edad, y sin ser bautizados no causa mucho dolor en sus familiares, particularmente si son mujeres. Creen que los Apus y la Pachamama se los ha recogido para que no sufran en el futuro. Cuando muere por ejemplo un bebé de apenas unos meses, los entierran vestidos de blanco. Le ponen una jarra pequeña con agua bendita en una de las manos y en la otra, flores. Creen que ellos irán al más allá a servir a los dioses y cuidar de sus jardines. Otros afirman que se convierten en angelitos. Por lo tanto, no se debe llorar, más bien hay que hacerle una buena despedida, motivo por el cual después del entierro (que por supuesto es acompañado por todos los parientes y vecinos de la comunidad), retornan embriagados cantando algunas canciones en honor al difunto.

En otras comunidades se acostumbra llevar papel y paja brava a los cuales encienden fuego y con ello persiguen a los padres en son de juego. Este acto lo hacen con la intención

de recalentarles sus partes íntimas, porque fueron malos padres. Necesitan recalentamiento, que por la frigidez se murió su hijo, suelen decir. Toda la gente se ríe y van comentando “hacen el hijo para comérselo”. El mensaje es hacer notar irresponsabilidad de aquellos progenitores, por no haber estado bien preparados para ser padres, no supieron cuidar como debió ser a su vástago.

Hermenegilda Huamantica de Livitaca al respecto cuenta:

“Después tienen la costumbre de enterrar al bebé, pero al lado hacen herramientas de palitos como la rawk’anas, lampas, escobas, caballitos, perritos, también un uso, igualmente jarritos para que beba agua, acompañado de todo eso, entierran a los bebés, para que tenga vida en el más allá. Según la creencia, Dios da a estos seres huertos para que ellos mismos lo trabajen, para lo cual necesitarán herramientas”.

“En zonas rurales de Bolivia (Macha) también tienen las mismas concepciones respecto a la atención prioritaria de la madre. “La muerte de un bebe es motivo de lágrimas y lamentaciones, pero no tiene ni remotamente el significado traumático de la muerte de la madre, quien normalmente es un miembro en plenas funciones dentro de la sociedad local.” (Platt, T. 2002:130).

Las entrevistas recogidas, demuestran que las políticas de atención a la salud reproductiva, están orientadas prioritariamente a buscar el bienestar del niño, posponen la salud de la madre. Esto es uno de los factores por los cuales las madres, no desean dar a luz en los Centros de Salud.

3.2. Fajado del recién nacido

Actualmente en las comunidades campesinas, las madres siguen fajando a sus bebés, desde que nacen hasta a la edad de un año. Para ello utilizan un paño para la cabeza, un cinturón de pañal para el ombligo, y una faja tejida de lana de oveja, bien dura. Después de

bañar al bebé, lo dejan tendido un momento que denominan “*t’ankay*”⁵¹. Luego proceden con el fajado, envolviendo desde la cabeza, que va protegida con una gorra con borde negro para que el niño fije su mirada, hacia la altura de su frente y no se desvíe. Los pies y las manos rectas con pañales, se amarra con una faja y en seguida la madre le da de lactar y luego el bebé se duerme.

Hacen esto para que los niños adquieran fuerza al tratar de mover sus extremidades que les permite que crezcan derechos, que no tengan las piernas separadas. A los varones se les faja con más fuerza, utilizando una faja ancha. Así tendría más fuerzas cuando sea grande, para trabajar en las labores agrícolas. Mientras que a las niñas las fajan suavemente, mientras las madres desarrollaran actividades domésticas.

Agustina (distrito de Huanquite) habla sobre la importancia del fajado de los niños en los primeros años:

“Tiene que fajarse sea de noche o de día y hacerlo hasta los 8 meses de edad, si son varoncitos tiene que ser más apretado. Es decir, para que tenga fuerzas En cambio, a las niñas durante 6 meses y ni siquiera muy fuerte como se hace a los varones, así siempre es la costumbre”.

“Los bebés que se acostumbraron que se les faja, seguro que le duele la espalda empieza a llorar. Pero una vez que se le faja, se tranquilizan lactan y comienzan a dormir.”

En el Centro de Salud, estas técnicas de crianza de los niños son consideradas arcaicas. Creen que los niños no se desarrollarán bien al mantenerse fajados.

Lorenza informa al respecto:

⁵¹ Dejar suelto el niño después de haber estado fajado.

“No quieren que se faje a los bebés. Ellas afirman que eso no permite que desarrollen los bebés como debe ser. Al amarrar las manos de los bebés, no están libres”.

Igualmente, Hermenegilda comenta lo siguiente:

“En la ciudad, las enfermeras tienen opinión contraria: “el crecimiento del bebé está impidiéndolo”. Las de las generaciones de hoy, ya no sirven para nada. Las mujeres jóvenes, cuando tienen el primer hijo, se encuentran en estado lamentable, los hijos varones sin fuerzas. Acaso los hijos de la gente de la ciudad del Cusco van al cuartel. Casi todos son hijos de campesinos, solo estos tienen resistencia. Tenemos la costumbre de fajarles, son alimentados con leche materna y no conocen el biberón.”

Los primeros meses se debe cuidar al niño del sol, del frío y del aire para que no tenga susto ni resfrío. Se saca al bebé a un lugar abierto pasado un mes o más.

Gerardo Troncoso, comenta respecto a la importancia del fajado de los niños en las comunidades:

“Antes fajaban muy bonito, las piernas todas rectas, hoy las mujeres no saben tejer ni hilar. Cogen su bebé, se cargan y jalando su bolsa de plástico se van a pastorear su ganado. Se han vuelto mestizas, al menos ya saben leer y escribir.”

Comentan que los niños que fueron bien fajados, desde pequeños, se acostumbraron para trabajar y hacer grandes esfuerzos físicos. El trabajo en la chacra les parecerá fácil. Mientras aquellos que fueron criados de acuerdo a las sugerencias del Centro de Salud, serán débiles y de poca resistencia para el trabajo.

En Algunas comunidades de la zona de Canas, Chumbivilcas, el fajado de los niños y niñas, es considerado un acto ritual. A los varones los fajan amarrando con warak'as (hondas blancas y negras) y les ponen una piedrecilla para que cuando sean grandes, sean buenos guerreros. A las niñas se las fajan también con hondas para que sean buenas pastoras.

También Cirila señala al tema:

“Es para que los bebés tengan fuerza, si no se hiciera así, los huesos serán débiles. Tanto a los varones como a las mujeres, a todos tenemos que fajarlos hasta el año y seis meses o hasta dos años”.

Tiempo atrás, el color de la ropa de los bebés no era importante en las comunidades. Se les vestía indistintamente con lo que se tenía. Muchas mujeres confeccionaban la ropa de sus hijos a mano; pero en la actualidad, las mujeres la compran diferenciando los colores para varones y mujeres. Generalmente tejen para los primogénitos, pero para los demás hijos, ya no lo hacen. Los visten con la ropa de sus hermanos mayores.

Rosenda Ccala firma esta percepción:

“Usan indistintamente la ropa, a veces las mujeres cogen su pollera usada y lo convierten en pañales cortándolas por igual. Tampoco se fijan en los colores, caminan con phalikas amarradas a la cintura”.

En las comunidades alto-andinas, provincias como Canchis, Espinar, Chumbivilcas y Canas; los niños varones o mujeres son vestidos con phalikas⁵² de bayeta de lana de oveja de color crema para los niños y de rosado para las niñas. Desde el momento que empiezan a caminar, usan estos faldines, porque les facilita hacer sus necesidades biológicas con facilidad, incluso sin que la madre esté siempre pendiente de ellos.

Mientras que, en la comunidad de Molle Molle y alrededores, cambian sus hábitos de vestir. A los niños les ponen chompas y pantalones de lana sintética. A las niñas un pantalón y encima un vestido. El precio de estas prendas de vestir es rebajado, pero la desventaja, no les protege del frío.

3.3. Lactancia materna

⁵² Faldines con abertura que usan los niños que generalmente son de bayeta tejida de lana de oveja.

La lactancia materna es responsabilidad exclusiva de las madres campesinas, salvo aquellas no tengan leche, pero es muy raro. Para ello es importante tomar las precauciones debidas, como preparar los pezones. Después de dar a luz, la madre debe tomar caldo caliente de carne de carnero. Debe alimentarse bien y una vez expulsado la placenta, debe dar de lactar al bebé inmediatamente.

Angélica, explica:

“Los bebés deben lactar casi inmediatamente después de nacer, aunque al tercer día lacta bien. Algunas mujeres tienen leche inmediatamente, de otras todavía tarda y al bebe hay que darle “matecito” como una forma de ayudar a la mamá. La cantidad de leche depende si la madre tiene bastante sangre y se alimenta adecuadamente.”

Lo primero que hace la madre, es limpiarse los pezones y extraerse las primeras gotas de leche, le harían daño al estómago del bebé. Ella misma explica por qué es necesario expulsar la primera leche:

“Hay que ordeñarla sobre un trapito limpio. Le haría mal al bebé, influiría en su corazoncito. Si una mujer tiene bastante leche empieza a doler y a aburrirse. Por debajo del sobaco se junta tanto, que no le deja ni dormir. Hay que ordeñarse sobre un trapito con la ayuda previa del bebé si cayese al suelo seguro que se secará.”

Las madres dan de lactar al bebé cuantas veces éste lo reclame. Seis veces o más al día, dependiendo de su edad. Cuanto más crecido, requiere mayor cantidad de leche. Como la madre está con el bebé en todo momento, está a libre disponibilidad. Incluso en el camino o en el lugar del pastoreo, siempre está cargado del bebé sobre la espalda. De modo que cuando llore, la madre se acomoda la manta hacia delante y luego le da de lactar.

Es importante destacar la relación afectiva de la pareja con el niño, y éste con la madre. Durante los primeros años, la madre nunca se separa de su bebé, por la lactancia materna.

“Según las investigaciones realizadas por expertos en el tema, consideran que la leche materna constituye una de las barreras naturales para la protección contra las bacterias y otros gérmenes, ya que contiene anticuerpos que la madre transmite al bebé. Las mandíbulas de los bebés amamantados son más fuertes, debido que el pezón de la madre es sensible y que reacciona a la succión del bebé, para satisfacer las necesidades del bebé, debido a que se requiere 60 veces más de energía para succionar del pecho de la madre que del biberón. Por eso es mejor para el fortalecimiento, crecimiento y nutrición, el olor del pecho materno y su calor permiten al bebé estar más seguro.” (Espinoza, F. 2006).

Las mujeres tienen que cuidar su cuerpo durante la lactancia, protegerse del frío y del calor, controlar su alimentación, que debe ser balanceada entre fresco y cálido. Por ejemplo, no pueden comer mandarinas, mangos, paltas (aguacates) y harinas, porque le provocarían fiebre al bebé y que, en los primeros meses, son muy débiles.

Es importante para las madres tomar caldo de pulmones de oveja con quinua y hierbas, pero sin ajo, alimento que aumentará la cantidad de leche. Algunas mujeres beben chicha que también puede ayudar. Deben tomar bastantes líquidos y dar de lactar constantemente al bebé.

En la actualidad, las madres amamantan a sus hijos, si es varón hasta un año y medio, y si es mujer, tan solo un año. En algunas comunidades les dan hasta los dos años, tanto a varones como a mujeres. Si dan de lactar por más tiempo, el niño será malcriado y caprichoso. Los límites están bien establecidos y de acuerdo a sus creencias y prácticas.

La leche materna a la vez de ser fundamental para el crecimiento de los niños, tiene también otras cualidades. Es utilizado como medicina para curar ciertas enfermedades. Al respecto Robertina Hermosa comenta:

“Es bueno para los vientos conocidos como qhaqyas. También es bueno para la sordera, bajar el calor, los males de los pulmones, la leche materna es un

medicamento. La leche de la mujer se utiliza también como anti inflamatorio, se echa sobre la piel inflamada y la refresca. Se usa en forma de fomentos, como desinflamante, para curar los ojos de los niños.”

Aún persiste la costumbre de dar de lactar a los niños más tiempo que a las niñas. Se preparan para el futuro para trabajar en las labores agrícolas. Las madres creen que los niños succionan con más fuerza que hasta les duele la espada. Mientras que las niñas, lo hacen suavemente.

A partir del cuarto o quinto mes, la alimentación del niño (a) se complementa con sólidos como papillas que las mismas madres preparan para toda la familia, y no exclusivamente para el bebé. Más adelante, preparan un caldo de carne y verduras, la madre preferirá darle papilla de patatas.

A los 6 meses, el bebé ya puede sentarse solo en el piso sobre un pellejo de oveja. Se distraerá con algunos juguetes u objetos que le rodean y llaman su atención.

El inicio del gateo es un acontecimiento muy importante para los padres y abuelos. El bebé al desplazarse utiliza los brazos y piernas. Cuando se pone inquieto, la madre lo deja moverse libremente, dejándolo en el piso por un tiempo, y seguirá haciéndolo cuanto sea posible, en un espacio mucho más grande como el patio o en los pastizales.

Esta etapa es importante para que el niño desarrolle los músculos de los brazos y piernas. Para que cuando sea grande, en momentos de riesgo como por ejemplo una caída, primero sacará las manos como defensa para no dañarse el rostro ni la cabeza. Se considera como una etapa de aprendizaje, el niño explora su casa, la naturaleza. Si está en campo, reconoce a los suyos y finalmente se va preparando para caminar.

Así mismo, el hecho que los bebés estén libres gateando, hace que desarrollen sus capacidades cognoscitivas, además de crecer fuertes y volverse inmunes a ciertas enfermedades, desarrollan sus propias defensas. Otro aspecto característico de la crianza

tradicional, los niños duermen con sus padres desde el nacimiento hasta el destete por dos años. Lo cual es mal visto de acuerdo a los patrones de crianza de la cultura occidental.

Un niño sano, al año o año y medio de vida, empezará a dar los primeros pasos, mientras que las niñas lo harán desde los 10 meses a un año. Esto dependerá de la zona y el clima, y particularmente del cuidado que sus padres les prodiguen. Luego que empiezan a caminar, se incrementa su inquietud por conocer y descubrir la cocina. Persiguen a los cuyes, juegan con los perrillos, destapan las ollas, hechos que requerirán de más cuidado. Empiezan a hablar y se relacionan con los que los rodean.

3.4. El destete

Generalmente en estas sociedades, el destete es tardío, después de dos años. Salvo en caso en que la madre sea muy fecunda (sispawiksa) y haya vuelto a embarazarse. En este caso, el destete ocurre a los 9 meses o poco más o menos.

El destete habitualmente se hace por la noche. Al niño se le aparta de la madre, acostumbran llevarlo a dormir a la casa de la suegra, donde ella se encargará de atenderlo por unos dos días. Ella le proveerá leche de vaca con avena, o hierba buena, y si no hubiese, leche enlatada. La madre le hace tomar en taza y no en biberón, al que poco a poco se va acostumbrando.

Algunas madres se untan los pezones con ají, limón y hierbas amargas, agrias; para que el niño lo rechace. Así se va olvidando de la leche materna, para reemplazarlo le va dando alimentos sólidos e infusiones de hierbas.

Por otro lado, durante este periodo, si no se le brinda los cuidados adecuados, puede atacarle alguna enfermedad. Porque “disminuyeron” sus defensas. Es por ello que siempre estará con su madre, por lo menos hasta los cuatro años.

Al respecto Rosenda Quispe madre de cuatro hijos opina:

“Eso hacemos con leche de vaca y en una taza, ya no con biberón. En caso que no haya leche de vaca, con la de tarro. Los abuelos y tíos le van trayendo algunas golosinas como caramelos, frutas, mazamorras, para que el niño se olvide de la lactancia.”

3.5. Juguetes de los niños

Hace diez años atrás los padres se encargaban de hacer algunos juguetes para sus niños (as) primogénitos. El padre hacía los juguetes para los niños, que consistían en carritos de madera o de arcilla. Otros les compran pequeñas herramientas agrícolas, para que vayan imitando el trabajo que realiza el padre. A las niñas, las madres les confeccionan muñecas de trapo, para que, en el futuro, vayan preparándose para ser madres. Mientras que, para los hijos menores, son sus hermanos quienes les enseñan hacer sus propios juguetes, como son pelotas de trapo, cometas, carritos de barro. En cambio, las niñas, hacen enseres de cocina ollitas, platos, fogones, etc.

La siguiente entrevista a Juliana Huamantica confirma estos hechos:

“Tenían la costumbre de hacer sus propios juguetes, como por ejemplo un allachu, una lampa, una chakitaqlla, todos pequeñitos. Enseñan y aprenden a preparar la tierra y más adelante a trabajar. Igualmente, a las mujercitas los padres compraban ollitas muy pequeñas, cantaritos. Los mismos niños hacían sus propios juguetes. Cuando la Navidad estaba cerca, hacíamos caballitos de barro, vaquitas, ovejitas. Cuando aparecieron los carros, los niños empezamos a hacer los carritos de arcilla. Todo esto está cambiando, ahora todo es de plástico y todo es regalado. Los niños campesinos eran creativos, hacían sus juguetes. En agosto hacíamos nuestras cometas de plástico con los palitos de nihua. El hilo lo hurtábamos de nuestras madres. Ahora todo es fácil nada de dificultad, lo cual no nos permite enriquecer la imaginación.”

Considero que hoy en día, especialmente en las ciudades, los niños se acostumbran al facilismo. Se les priva de su capacidad creativa como expresan las entrevistadas, al comprarles juguetes modernos de todo tipo como robots, cochecitos, animales de dibujos animados. Se le proporciona todo lo que el niño pide. Pienso que así no se está haciendo lo mejor, sino al contrario, se está contribuyendo a crear dependencia y promoviendo el consumismo.

Rosenda Quispe al referirse a los cumpleaños de los niños comenta:

“En las comunidades campesinas, no tienen esa costumbre. Nosotros tenemos la costumbre de celebrar el acontecimiento de su nacimiento a partir de los 10 años de edad, no es como la ciudad. En el campo preparan una comida especial, que se comparte con toda la familia.”

“Actualmente en algunas comunidades, cuando el niño cumple dos o tres años, acostumbran prepararle un plato denominado quwi kanka⁵³, con papas sancochas, una merienda para toda la familia. Con la particularidad que al niño o niña que cumple años sirven un plato de cuy asado entero, que comerá acompañada por sus padres y hermanos. Si no acaba, la madre tiene que guardar para que el día siguiente lo coma.”

A los niños y niñas no se les festejan en sus cumpleaños como en las ciudades, consideran que todavía “no son runas⁵⁴”. Todavía no se dan cuenta, carecen de “yuyay⁵⁵”. Les festejan a partir de los 8 a 10 años.

⁵³ Asado de cuye hecho en casa y en el fogón

⁵⁴ Hombres.

⁵⁵ Memoria.

3.6. Enfermedades culturales que atacan al recién nacido hasta los dos años

Para el hombre andino, las influencias del clima frío y calor son las causas de la mayoría de los males y enfermedades, los campesinos viven en un medio ambiente rudo. Expuestos a numerosas influencias adversas de la naturaleza. Lo importante, ellos desarrollaron habilidades para protegerse de los mismos. Además, dentro de la cultura se encuentran algunos espíritus y fuerzas divinas con las cuales conviven.

En la medicina tradicional campesina, la salud implica una relación de armonía o equilibrio entre el hombre, la naturaleza y los seres sobrenaturales. Es por ello que consideran a la persona no sólo como algo físico, sino también con pensamientos, recuerdos, emociones y espíritu y que forma pareja.

Por ello es de gran importancia mantener buenas relaciones sociales en la familia con los parientes y vecinos dentro de la comunidad. Finalmente, significa también una armonía del hombre con la naturaleza y dentro de ella. La armonía con los seres vegetales y animales con los seres “invisibles” (gentiles, wakas⁵⁶, viento, etc.) y con lugares sagrados en las cuales moran aquellos seres.

Por otro lado, para las familias campesinas, es importante el conocimiento de las plantas medicinales, su clasificación y sus propiedades curativas para las diferentes enfermedades. El sistema de fresco y cálido, constituye una guía ideal para el comportamiento, la dieta y la medicación, para evitar el desequilibrio en el tratamiento de las personas.

La clasificación cálido y fresco, se puede entender como algo pragmático, un sistema elaborado a base de experiencias, muy importante para la población quechua. La gente está acostumbrada a clasificarlo así, no solo las plantas, sino también los alimentos.

⁵⁶ Representaciones en piedras labradas de las divinidades andinas. También alude a las wankas que son canciones sagradas, para dirigirse a los entes espirituales divinizados.

Lo “fresco” y “cálido” en relación a las plantas y alimentos, no se refiere al grado de temperatura, sino a la propiedad que tienen de equilibrar la temperatura en el cuerpo humano. El equilibrio alcanzado, es el estado templado, que es considerado como lo normal.

El excesivo calor puede provocar enfermedades originadas por la irradiación solar (dolor de cabeza, fiebre, dolor de muelas, etc.). Lo frío, es la causa también de enfermedades frecuentes en las zonas altas, en los meses más fríos que se producen en los meses de mayo, junio y julio.

Si las madres no cumplen con las recomendaciones sobre los cuidados de los niños de acuerdo a las costumbres y tradiciones, sufrirán una serie de enfermedades. Por ello es importante que las madres siempre brinden los cuidados adecuados a sus niños.

Los recién nacidos son los más propensos al ataque de los malos vientos que puede causarles la muerte. También puede provocarle estreñimiento, hasta los tres meses. Angélica explica sobre las enfermedades que afectan a los recién nacidos:

“Eso depende de los alimentos que haya tomado la madre, sea fresco o cálido. A una mujer que tiene bebé le da hambre. Hecho que puede hacer que coma cualquier cosa, y es la causa para que al bebé le dé “estreñimiento por frío”. Si pasa esto, hay remedios en base a las hierbas del campo. También se puede tostar cebollitas y agregarle un poco de orines frescos, estrujarlo entre las manos y con eso hay que sobarle la espalda y el vientre. En caso que no curara, hay que batir solo la clara de un huevo en un plato. Enseguida soasar en una tostadera flores de manzanilla y de santa María, hasta que tengan una coloración dorada y luego agregarle al batido y añadir un poquito de sulfato de cobre. Eso es.”

Entre las enfermedades más comunes que existe en las comunidades campesinas, son los siguientes:

3.6.1. El mal de ojo

“Ataca a los niños, se manifiesta por el llanto insistente, por temor. El niño no tiene fijeza en los ojos, hay rápido enflaquecimiento. El mal del ojo lo produce una persona que tiene mucha energía en la vista. Puede ser por maldad, por odio o por amor. Una caricia intensa a un niño lo puede transformar. La energía de los adultos es muy fuerte y el niño es muy susceptible. Se puede curar con un soplo para sacar esa energía, la concentración mental es indispensable.” (Entrevista Eleazar Bravo).

Las madres acostumbran ponerles una pulserita de hilos negros o de mostacilla negra en las muñecas de las manos de los recién nacidos. Para que no sufran del susto ni sean ojeados por personas malvadas. Razón por la cual los primeros meses, no es recomendable que otras personas miren demasiado a los bebés, salvo los padres. A partir de los dos a tres meses de edad, pueden acercarse otras personas.

3.6.2. Malos vientos

No se debe tener la ropa ni los pañales del recién nacidos tendida hasta muy tarde en el patio de la casa. Le pueden atacar los malos vientos de la tarde. Si uno cubre con la ropa contaminada al bebé, éste hará deposiciones verdosas y entrecortadas. La gente suele decir: “le ha pasado el mal viento de la noche”. Y en caso que la ropa caiga al suelo, dirán: “se ha puesto en contacto con la tierra que a su vez ésta en contacto con los sapos, y por eso le aparecieron granos. Hay que hacerle sahumarlos con incienso, azúcar y con un poco de telarañas. Y cuando le duele el estómago se le da una infusión de hierba buena o manzanilla.

A su vez Ambrosia comenta:

“Cuando sacan fuera de la casa y lo mantienen descubierto, por ahí rondan malos vientos, o le puede dar gripe. Siempre hay que bañarle con agua tibia, cuando se utilice agua fría, se enfermará con esos males. Para el mal del viento es bueno la ruda y markhu. Los bebés no resisten el viento y mueren. Cuando esto sucede, los

labios del bebe se tornan morados y también algunas partes del cuerpo, es difícil salvarlo y mueren irremediabilmente.”

“Generalmente en las comunidades hay varios tipos de vientos malignos, como el soqa wayra, muyuq wayra, sullu wayra, y otros de los cuales hay que cuidarse. Ataca a los niños, los adultos y también a los animales, y que el hombre andino sabe curar.”

“El soqa wayra, mata a los bebés y también a los adultos. Todos aquellos que les dio la soq’a wayra, tienen síntomas. Todo el cuerpo lo tienen amoratado como si alguien hubiera golpeado, mal que los mata rápidamente.” (Entrevista Cirila Mamani).

Se cura al bebé haciéndole humear con las hierbas secas o qachas (heno) de viernes santo, que se acostumbra guardar para estos casos. Se acompaña con azúcar, incienso, wayrallika (telarañas para el viento) y luego se le frota suavemente el cuerpo con ruda soasada.

Para el mal viento (phiru wayra) también se hacen baños de vapor a base de infusiones de hierbas o con el humo de las hierbas secas (incienso, ruda, eucalipto, etc.). Lo más recomendable es prevenir, abrigarle bien la cabeza y la espalda. Es el motivo por el cual a los niños se les carga bien abrigados.

3.6.3. Ñuñupasqa

Se produce cuando los bebés lactan mientras la madre está totalmente dormida. Esa leche les causa daño, muchos niños que se enferman vomitan y tienen retorcijones en el estómago y malestar general.

“Eso se cura, haciendo hervir un poquito de la misma leche de la madre y hacerlo beber. Eso se hace hervir con un poquito de hierba buena en una cáscara vacía de huevo de gallina. Para eso hay que sacarse un poco de leche materna. Eso hay que hacer hervir con hierba buena en una papa horadada y asada, hay que hacerlo por tres veces consecutivos.” (Entrevista Cirila Mamani).

“Para eso tomo las yemas de las asnapa (hierbas aromáticas) y lo estrujo solo en las manos y con un poquito de leche materna. Lo hago tomar, con lo cual se quita. Al sufrir con la ñuñupa, los bebés no quieren lactar, vomitan y las deposiciones son verdosas. También se puede curar cogiendo un pedazo de papa agria y haciendo un hoyo y dentro hay que hacer hervir la leche materna. Debe tomar el bebito como también la madre.” (Entrevista a Ernestina Troncoso de Molle molle).

3.6.4. Qhayqa

Es otro de los males más frecuentes que afectan a los recién nacidos hasta los 4 meses. Es la corriente de aire que produce un desequilibrio corporal, cuando la madre posiblemente transitó por lugares malignos. Por ello los niños tienen que estar bien fajados y protegidos del sol y del viento.

Para Cirila Mamani del distrito de Ocongate, son los malos vientos que circulan y matan a los bebés. Los síntomas son que lloran mucho, les duele la cabeza o el estómago. Para eso hay una hierba llamada “asna chichira” (hierba de mal olor). Unos lo estrujan y con ellas les soban la barriga, otros preparan infusiones y se las dan de beber.

Angélica Choqueconza recomienda:

“Para eso, es bueno las yemas soasadas de capulí y de coca. Primero hay que sobar el cuerpo del bebé, y luego volverlo a frotar el pecho y el estómago. A los adultos también la qhayqa nos puede dar y se cura de la misma forma. También existe el “ruphay qhayqa”, por el hecho que los pañales estuvieron demasiado expuestos al sol.”

Por estos riesgos, no se puede lavar la ropa ni los pañales de los recién nacidos en los ríos, manantes ni riachuelos. Tampoco tener los pañales a la intemperie hasta muy entrada la noche. Antes la gente tenía mucho más temor a estos males de viento. Es así que la ropa y

los pañales de los niños, se hacían secar dentro de las casas. Hoy desaparecieron también estas prácticas.

En los Centros de Salud no se pueden curar estas enfermedades, simplemente son desconocidas para el personal de salud. Creen que esas supuestas enfermedades son supersticiones. Que la suciedad es lo que produce esos malestares en los niños. También afirman que todas las enfermedades que atacan a los recién nacidos, son por la deficiente alimentación de las madres por falta de higiene. Por estos motivos, las madres campesinas no llevan a sus hijos a hacerlos atender. Además de tener temor a ser criticada por la forma de crianza de sus hijos.

Ernestina promotora de salud, señala:

“En la posta no entienden nada de eso y les proveen pastillas, analgésicos como la novalgina. No se dan cuenta de eso, yo curo solo con plantas y haciéndole tomar remedios contra la qhayqa, así se recuperan. Por ejemplo, para el calor, les pongo emplastos y sanan.”

Un curandero de Canas explica cómo curar a los niños de esta enfermedad:

“Para curar el mal de la qhayqa, hay que utilizar salvia bendecida, telarañas que tienen que ver con el viento y con ají. Con todo eso hay que sahumar el ambiente. En una brasa incluida toda la ropa y los pañales y recupera la salud. Luego hay que fajar al bebé y sobre ella hay que poner ají soasada.”

3.6.5. Larphasqa

Es cuando el bebé llora incontinentemente y no se calma con nada; las mujeres suelen decirse entre ellas: “Seguro que cuando estabas embarazada, escuchaste llorar a un gato, o a un perro. Es más seguro que te ha “larphado.” Recomiendan que una mujer encinta, pase por encima del bebé que llora, hasta por tres veces y así se calma.

La promotora se salud Ernestina, expresa respecto del larphasqa:

“Es cuando las mujeres están embarazadas. Escuchan el ruido del agua en la orilla del río y cuando encienden la radio. Los bebés empiezan a llorar inconsolablemente. Igual que cuando canta el gallo, y eso tiene que hacerlo volver sea el abuelo o la abuela haciendo el larphasqa. Encienden la radio, y hay y decir “kuti, kuti, kuti”. Hacen lo contrario para neutralizar e igualmente en el río hay que hacer lo mismo.”

3.6.6. Aya orejo

Es cuando los niños se vuelven muy flacos. Tiene un aspecto parecido al de los muertos. Tienen los ojos desorbitados y hundidos y los dientes muy blancos. Determinan que es debido a las mujeres gestantes vieron algún muerto.

Cirila comparte sus experiencias:

“Eso es a causa que la madre se acercó a los difuntos a pedir perdón, pero estando embarazada, le dará el “aya orejo”. Para curar de esto, hay que traer tierra del cementerio en un recipiente y echarle agua. Ponerlas fuera de la casa y esa agua hay que entibiarla. Con eso bañarlo y un poquito de la tierra de los difuntos. Hay que tostarlas y luego hacerlos tomar, de esa manera sanan.”

Ella misma:

“Para curar del aya orejo, hay que hacerle el larphasqa que consiste que la tía del bebé, tiene que llevarle donde el velorio y pasar por encima del cuerpo del difunto diciendo: “larpha, larpha, larpha.” (en lugar de decir: kuti, kuti, kuti).

Por eso las mujeres gestantes, no deben ver a los muertos, tampoco deben asistir a los entierros, ni escuchar sonidos o ruidos fuertes que causan impactos negativos para la salud de sus bebés.

Del mismo modo, nuestro informante Hermenegilda Huamantica, cuando le pregunte por qué está prohibido que las mujeres embarazadas vean a los difuntos o vayan a los entierros, indica:

“Así es, “le coge” el muerto, los bebés serán del todo flacos. No quieren comer, tampoco caminar, con los ojos grandes solo hueso y pellejo. Eso hay que curar trayendo del panteón la ropa de los difuntos, e igualmente sus huesos. Hay que bañarlos y lo que trajeron del panteón, hay que quemarlos y hacerlos tomar y además tienen que degollar un ganado. En otros casos en las heces del ganado recién degollado, ponerlos dentro de todo el estiércol hay que enterrarlo, así se recupera.”

Angélica Choqueconza del distrito de Chinchero agrega:

“Igualmente hay el gallo orejo que también da. Eso hay que curar sacando una pluma de la cola del gallo y quemar, acercar a la nariz del enfermo. Hay que hacerle humear y se cura. En otros casos, con el mismo gallo hacerle atravesar por encima del enfermo diciendo kuti, kuti, kuti.”

3.6.7. Wayra orejo

Los niños lloran demasiado hasta el mediodía, luego siguen llorando hasta que se oculte el sol y después se duermen profundamente hasta el amanecer, no tenemos al respecto más información.

3.6.8. Phasku

Es cuando los bebés están expuestos mucho al sol, con la cabeza descubierta. Les aparecen aptas en la lengua y tienen la boca seca. No desean lactar, se sienten del todo inquietos y fastidiados. Para ello hay que preparar infusiones de qañiwa, “pasto qollana”, y ayrampo. Con los cuales hay que bañarlos y luego darles de beber.

3.6.9. Amaychura

Es un mal que ataca a los niños que ya comen. Por carencia de algunas vitaminas, por deficiencia en la lactancia. Es decir, bebés con desnutrición grave. El niño no tendrá fuerzas ni para caminar, a pesar que come bastante, pero no asimila. Tiene la barriga hinchada y hace sus deposiciones a menudo.

Hermenegildo Huamantica madre de 10 hijos, explica en qué consiste esta enfermedad:

“Eso es porque el nuevo ser, come y come y le crece el vientre. Pero no engorda y sigue del todo flaco, las uñas también crecen. Eso se produce debido que algunas mujeres no tienen leche. Se cura con baños de hierbas, y si no se recuperan, mueren de todas maneras. Se asustan por varias razones. Los niños caen de algún lugar o cuando ven algo fuera de lo normal. Es necesaria la presencia de un curandero especializado que cura estos males. Este personaje hace un muñeco de trapo y desde el río traen hacia la casa tirándole la cuera, llamando por su nombre “Ven, hacia mí, soy tu madre”. De esa forma sana y hay que repetir el acto hasta por tres veces, es el llamado del alma con dulces, panes. El alma nuevamente ingresa al ser que está enfermo y sana.”

3.6.10. Susto o mancharisqa

Generalmente da a los niños incluso desde el vientre de su madre, el susto es causante de muchos males. Es por ello que debe ser tratado inmediatamente. Se basa en la idea tradicional que el cuerpo y el alma son dos componentes “inseparables” del ser humano. Se cree que ambos están relacionados con la tierra o Pachamama. Esta puede separar el alma del cuerpo por haberse producido un desequilibrio. Por ejemplo, que la familia no hizo pago a la tierra de su recinto. Entonces ésta que está de hambre ataca al más débil.

Para curar de estos males se acostumbra hacer el despacho o pago a la tierra y con eso se le pasa el cuerpo del niño. Finalmente se tiene que enterrar en el lugar donde se asustó el niño, repitiendo unas oraciones.

Un curandero de Canas cuenta como hay que curar del susto:

“Eso se llama a media noche. Hay que preparar los despachos correspondientes, así como estamos haciendo ahora, preparando su plato principal y una vez que hemos quemado el despacho, hay que proseguir sacando un poco de ceniza. Después hay que hacer un muñeco con la ropa del niño asustado y con todos los elementos necesarios como el “pan de San Nicolás”. Luego preparar todo e invocar “ven ven, retorna”, al tiempo que vas rezando, vas haciendo sonar la campanilla del rezo. Entre tanto, uno se da cuenta que al retornar el ánimo lo va haciendo “poq, poq, poq”. Continúas llamando y una vez que está dentro, llamas por su nombre, mientras el tronar de los granos de maíz continúa.”

Angélica comenta sobre el caso de su nieta que nació a los siete meses. Ella cree que fue por el susto que tuvo su madre. Cuando estuvo embarazada, se habría caído a la laguna y por ello no pudo crecer como debía ser. Actualmente tiene tres años y todavía no camina y está muy delgadita, la manera de curar el susto es conocida como “pillpiy”. Al preguntar a qué se refería con este término, respondió:

“El pillpiy, es un acto de hacer un ritual para llamar el ánimo que se quedó en el lugar donde se asustó el ser, en este caso la laguna. Hay que escoger 12 grupos de hojas enteras de coca llamada “k’intus”. Sobre ella hay que asperjar chicha primeriza (ojo de la chicha) con todo eso se hace un despacho, hay que hacer un pago a la laguna. Del lugar donde cayo, hay que sacar tierra, hay que preparar una mesa donde estén los kintus, la tierrita, las semillas de coca. Hay que enterrar quizás haya cogido eso. En la caída que tuvo y cuando estaba por los siete meses, más que seguro el bebé ya tendría la mente desarrollada y que pudo asustarse, por eso nació con 7 meses. Me preocupo mucho, inclusive lloro por las noches pensando si va ser un ser humano como debe ser o no.”

Los dolores de estómago de los recién nacidos, son más frecuentes. Se les cura dándoles infusión de anís, o hierba buena. Hay que pasarle el vientre con orín caliente y hacerle masajes con hojas de ruda y alcohol.

Es importante recuperar estos conocimientos que tienen las curanderas y curanderos e igualmente las familias campesinas en general, enfermedades desconocidas por el sector salud. No hay ningún mal que ellos no puedan curar, para todo tienen tratamiento. Este conocimiento que va siendo transmitido de generación en generación en forma oral durante las actividades cotidianas. Cuando se enferman sus hijos, las madres recurren a las personas mayores que tiene experiencia y piden consejos para el debido tratamiento.

3.7. Atención del recién nacido en el Centro de Salud

Durante el parto, las madres consideran que en el Centro de Salud brindan mayor atención al niño (a) que a las parturientas. Que son las que realmente necesitan más apoyo. Una vez que nace el bebé, abandonan a las madres, particularmente en los hospitales donde hay muchas pacientes por atender. Las madres permanecen en la sala de la maternidad sangrando sobres las camillas y temblando de frío, cubiertas con una delgada bata, esperando ser atendidas para hacerles la sutura de la episiotomía hecha.

Las mujeres indican que algunas veces las enfermeras no informan sobre el recién nacido, los entregan después de haberlos bañado. Considero que la atención debe ser con el mismo interés, tanto a la madre como al recién nacido. En caso que no se haga, va en contra de sus creencias. La atención debe centrarse en la madre y no tanto en el niño.

Algunas mujeres sospechan que tal vez los bebés fueron cambiados, al momento de bañarlos. Las enfermeras pudieron confundirse en ponerles las etiquetas. Esto puede ocurrir en los hospitales de la ciudad, hay cierta desconfianza. No permiten la presencia del padre o algún familiar en el momento del parto. Además, indican que, por la posición del parto horizontal, la madre no puede ver lo que sucede a su alrededor. Se ignora quien y a dónde llevarán a su bebé.

Américo Flores testimonia el caso que pasó con su niño que nació en el hospital:

“Aseguran que los bebés cuando toman el líquido amniótico, es malo. Luego siguen diciendo que cuando nazca hay que levantarlo de los pies con la cabeza abajo. Eso para que expulse el líquido que haya bebido. Pero para mí eso no es bueno de acuerdo a las observaciones que hice. Por ejemplo, a mi hijo hicieron mal y por hacer eso, descoyuntaron las caderas de los muslos y por esa razón tuve que venir acá al Cusco, fue internado durante un mes en el hospital.”

“Así es como mi bebé con tres días ya no estaba bien, tuvimos una gran pena y así comprometieron la columna y ahí había empezado un proceso infeccioso y seguro que se hubiese muerto. Por todo eso yo al Centro de Salud no lo veo bien, no es bueno. Antes no había problema y hoy por el hecho que obligan hasta perseguir a las mujeres, hasta lograr que vayan al Centro de Salud. No podía darme cuenta quien la tenía el bebé. Averiguamos quien fue el que atendió al bebé y resulto que le habían causado una infección. Al no poder hacer nada, dijeron: “tiene que ir al hospital regional” y nos despacharon.”

“Le hicieron las radiografías correspondientes y hallaron que la columna estaba mal y al constatar me echaron la culpa: “por qué no te preocupaste de tu hijo, es más que seguro que le pegaste o lo aplastaste”. Yo resulté culpable y yo les convencí que no le hice nada. Recién determinaron que también tenían la cadera zafada. Así ocurren este tipo de hechos y como consecuencia de todo el niño vive, pero se quedó cojo.”

Tan luego que nacen los bebés, las enfermeras llevan a los recién nacidos a otro ambiente. Los bañan, ponen aceites, talcos, visten y finalmente los vacunan. Según los informes de las madres, el bebé siente malestares y algunas veces resultan con fiebre.

“Al parecer la medicina convencional no desea ayudar a un nuevo ser, sino que quiere traer a su mundo, un futuro consumidor de medicamentos y de auxilios que, desde el principio, incrementará las consultas en pediatría antes de llenar las de medicina general.” (Dr. Patrick’s O’Nolan).

Es por este tipo de experiencias negativas, y una deficiente atención de salud a las familias campesinas. Éstas tienen cierta desconfianza por el personal de médicos y enfermeras, no hay compatibilidad en sus concepciones y técnicas, en cuanto a la atención de la salud en general. En este caso, en lo referente a la atención del recién nacido, trajo consecuencias nefastas para la madre y también para el bebé.

En conclusión, considero que en los Centros de Salud hay cierta imposición de las formas de crianza de los recién nacidos y niños en general, no toman en cuenta las prácticas de crianza tradicional.

Igualmente influyen en los patrones alimentarios, proporcionándoles las papillas, que son alimentos muy azucarados. Muchas madres saben que les provocan diarrea a sus hijos. Por lo expresado, muchas mujeres se resisten a llevar a sus niños(as) a sus controles periódicos, para evitar las críticas y los maltratos.

Las madres indican que llevan a sus niños al Centro de Salud para su control. Solo para recibir apoyo del programa nacional de vaso de leche. Programa que es administrado por la municipalidad del distrito, en coordinación con las organizaciones de mujeres. Les proporcionan productos (leche y harinas de cereales) a las madres gestantes, lactantes y a los ancianos, que pertenecen al club de madres de la comunidad.

En la mayoría de las comunidades, las madres siguen criando a sus hijos de acuerdo a sus costumbres. Para no tener discrepancias con el personal de salud, al momento de llevarlos a sus controles los cambian con ropa limpia y nuevas, sin fajarles para evitar las críticas.

CAPÍTULO VI

4. TUWINTI, FETO AGRESIVO Y MORTALIDAD MATERNA

4.1. Hijos de los gentiles o soqas

Los actores sociales de las comunidades campesinas, cuando se producen nacimientos prematuros, o nacen niños muertos. Creen que se debe que la madre gestante fue poseída por los gentiles, machus, soqas, o los ancestros. Esto ocurre debido que las mujeres orinaron o se sentaron en lugares donde moran esos seres malignos. Son lugares prohibidos, o “phiros”, seres que se les aparecieron en sueños. Generalmente se presentan estos hechos, cuando sus esposos salen de la comunidad. Los gentiles para visitar las casas de las mujeres solitarias convirtiéndose en sus esposos, pudiendo mantener hasta relaciones sexuales. Aparecen embarazadas, si las mujeres no toman precauciones, estos seres toman la forma del viento. Es necesario que las mujeres lleven con ellas ajo y tabaco para ahuyentarlos. Al respecto tenemos algunas entrevistas:

Herlinda Huillca confirma estos hechos:

“Eso ocurre que cuando se van sus esposos. Ella preocupada pensando en su retorno y también él en la misma situación y ocurre que el gentil entra a la mujer tomando la apariencia de su esposo y mantienen relaciones íntimas con el gentil. Como consecuencia de esto, se embarazan para dar a luz a un cojo, un ciego, flaco, piernas o brazos flacos faltos de carnes, algunos viven y otros mueren.”

“En los Andes, esto puede conducir a un énfasis sobre las características agresivas y peligrosas del feto, con el que la mujer debe luchar, a riesgo de perder su vida, para poder expulsarlo durante el parto. Al mismo tiempo, el nacimiento del individuo se relaciona con un cataclismo mito–histórico que habría estado en los orígenes de la misma sociedad. Las almas ancestrales precristianas son pensadas como pequeños diablos gentiles, que moran dentro de la tierra (ukhu pacha) y deben entrar en los vientres de las mujeres para dar vida y energía a los embriones humanos en

gestación. De tal modo, los antepasados paganos se reencarnan como bebés cristianos, proceso que se percibe como análogo a la conversión religiosa de la sociedad andina en el siglo XVI. La gestación del feto adquiere, de esta manera, asociaciones cósmicas.” (Platt, T. 2002:3).

Estas concepciones siguen vigentes en las poblaciones quechuas. Por ello se tienen que conservar en armonía las relaciones entre el hombre, la Pachamama, los Apus, los animales salvajes, el cosmos y con todo lo que los rodea, con quienes comparten a diario su vivencia, en una relación de reciprocidad. Si este equilibrio se resquebrajara en algún momento, es debido que no se cumplieron con las recomendaciones dadas por los ancianos (quienes tienen experiencia y son conocedores del comportamiento de estos seres sobrenaturales). Entonces se producirán este tipo de fenómenos inexplicables que luego se convertirán en mitos.

Agustina Colque del distrito de Huanquite comenta:

“Sobre los hijos de los gentiles, escuche. Afirman que cuando es hijo del gentil, el bebé es flaquito e inclusive ya tiene dientes. Muere inmediatamente, no sé cómo habrían concebido a esos seres.”

Honorato Ramos curandero del distrito de Yanaoca, también recuerda sobre los hijos de los gentiles o soqas:

“También el machu entra, al vientre de las mujeres. No he visto eso, pero mi padre solía decir que eso ocurre con la mujer que en sus sueños ve a su enamorado y tienen relaciones sexuales. Se embarazan y por la mañana desaparece y a consecuencia de esta relación, va a empezar el crecimiento de la barriga como de cualquier mujer embarazada. En caso que la mujer cuente que le ocurrió ese hecho. El bebé va a morir, y a partir de esto va a moverse dentro del vientre, va a sufrir. Luego que nace, va a ser un bebé completo, solo un hueso y pellejo. Las mujeres y de acuerdo como cree la gente para facilitar la salida de este ser. Hay que mandar hervir leche de vaca

en un gran recipiente y como al hijo del machu o gentil le gusta esta leche, sale inmediatamente. Si no se procediese de esa manera, la mujer empezara a enflaquecer hasta morir, es el secreto.”

Continúo conversando con Honorato Ramos, sobre los síntomas que tienen las mujeres cuando son poseídas por seres extraños:

“Las mujeres poseídas por el machu o gentil rechazan la comida o comen muy poco. Como tienen dentro del vientre al hijo del gentil, de esa manera ya no eres normal, no comes como debería ser. Es como cuando una pareja uno de ellos fueron infieles a pesar de estar casados, con un solo camino y un solo proyecto y pasen una buena vida.”

Dicen que los gentiles vagan hambrientos, buscando compañía en lugares donde vivían los antiguos hombres, y que existen todavía en las chullpas. Generalmente salen a vagar por las noches. De día se convierten en hueso, cobijados en medio de los roquedales o en las chullpas.

Para Cirila Mamani estos seres son:

“El hijo del gentil es por los malos vientos que circulan por el ambiente. Es cuando la mujer esta menstruando y los gentiles tienen la oportunidad de encontrarla e ingresan al vientre. Empieza a humanizarse, es el viento maligno el hueso antiguo de los gentiles. Constataron que dan a luz solo un hueso, nacen con cuernos e inclusive con dos cabezas. En el Centro de Salud, dicen que es un ser mal formado, por influencia del viento.”

Angélica Tomayconza cuenta sobre algunos casos respecto a los gentiles:

“Te cuento que murió un tal Paucar y su mujer Segundina, dio a luz a un niño con el pie encogido, la gente dijo que posiblemente era del gentil.”

Ernestina, promotora de salud, al referirse a los hijos de los gentiles considera:

“Nacen flaquitos”. De eso simplemente dicen “me caí, en un lugar donde hay soq’as, allí me senté”, pero en realidad no es así. Lo que creo, que las mujeres beben y por ese hecho aparecen más bebés. Ellas afirman que son hijos de los gentiles, como no se alimentan. Cuando se levantan por la mañana lo primero que toman es chicha. Se emborrachan y luego comen mote con ají, acaso eso va a ser alimento.”

“Esto es debido a la mala alimentación. En los centros les indican que cuando una está embarazada, “hay que alimentarse bien y no emborracharse”. En la comunidad hay mujeres que beben demasiado alcohol. Es la razón por el cual los niños nacen flacos. Las madres que tienen hijos lactantes, beben demasiado no nos hacen caso. La otra vez me enviaron la nómina de niños que deben vacunarse y ellas ni caso.”

Los hijos de los gentiles nacen con múltiples malformaciones físicas (cojos, mudos, tontos, etc.) muchos aseveran que son sólo hueso. Otros afirman que son sólo una bola de sangre muerta, y es muy peligrosa para la salud de la madre. Al preguntar a Cirila qué hacen cuando se presentan estos casos, responde:

“Si se presentan estos casos en el campo, a la fuerza llevan al Centro de Salud y le dan pastilla y muere. Según cuentan tiene dos cabezas y con cuernos e inclusive con cola de culebra.”

La experiencia vivida de los hombres andinos, ha permitido afrontar las adversidades de la naturaleza, males desconocidos por la medicina moderna. Otro curandero, comenta cómo neutralizar o prevenir estos casos:

“Hay que tener consigo, licor, cigarro, ajos. Hay que comer bastante ajo, al ají que preparan en casa hay que poner ajo. A las personas que comen ajo no les puede pasar nada.”

“Para neutralizar la acción de esos males, hay que tirar con las heces del burro, pero con la mano izquierda. Uno de los síntomas cuando un machu o gentil lo posee, es como si estuviesen borrachos. Inclusive da a los animales sean reses u ovejas. El ajo machacado y hervido, es muy bueno para la oclusión intestinal y en caso que no haya evidencias de deposición hay que ponerle por el ano y de esa forma se puede curar. Nosotros podemos librar vidas y sabemos mejor que los médicos y enfermeras. ¿Si somos, pobres de donde vamos a sacar dinero?”

4. 2. El tuwinti o feto agresivo

Se llama tuwintis a los fetos abortados que murieron en el seno materno. Cuando se da casos de este tipo de males, las madres gestantes deben cuidarse. Los tuwintis pueden volver a la madre y asfixiarla. Vagan buscando la sangre que los alimentaba, fueron repentinamente expulsados. Es como si a un niño le quitaran una golosina, quien se sentirá furioso y desesperado.

“Los fetos abortados, son furiosos y vengativos, porque se les ha expulsado de su cómoda morada dentro del vientre, donde podían comer sangre materna en abundancia. Ansiosos por recuperar la nutrición perdida, salen a vagar en la noche, olfateando el lugar donde puede estar dando a luz una mujer, sobre todo si el parto va acompañado por una abundante pérdida de sangre. Visitan la casa, y empiezan a comer la sangre con la mirada de sus grandes ojos fetales.” (Platt, T, 2002:12).

Roberta Huamán también aportó señalando:

“El tuwinti son los abortos que no lo recogen. Es decir, que no los entierran y eso vuelve a entrar en el vientre de la mujer. Nuevamente dan a luz, y otra vez la madre tiene el tuwinti dentro del vientre. De esa forma, la madre tiene dolor de estómago.”

Para esclarecer esta afirmación, Aurelia Huanca de Chinchero dijo qué pasa con el tuwinti, si es expulsado:

“Vuelve a la mujer y hace que esta se enferme como si estuviera con dolor de estómago, como si hubiera entrado los vientos de uraña. La mujer se encuentra muy mal, puede matarla. Eso se cura una vez que se quema al bebe tanto carne como hueso y eso tiene que hacerle tomar. También es bueno, la ceniza de la placenta hay que hacer tomar, eso lo arregla.”

Consideran que las placentas y los fetos abortados, son seres no bautizados. A los que no se hicieron los tratamientos correspondientes de acuerdo a las costumbres, son también muy peligrosos para la madre, puede penetrar en ellas y matarlas. Es por ello que, durante el parto, las madres no deben permanecer solas ni un instante, incluso deben dormir acompañadas.

“El ataque por duendes comedores de sangre, y la hemorragia post parto; están asociados porque se considera que los abortos y las placentas no bautizados se vuelven duendes, si no han sido enterrados y quemados cristianamente, estos duendes comen la sangre de las madres parturientas.” (Platt, T. 2002:131).

Cecilia Mendoza, dijo algo al respecto:

“Es cierto que con eso pueden morir las mujeres. Se mete dentro del vientre de las mujeres como una bola de carne nada más. Para neutralizar los males del tuwinti, hay que quemarlo y la ceniza hay que hacerla tomar a la mujer para que no vuelva el tuwinti, así es.”

Ella misma, a la pregunta cómo se cura este mal, respondió:

“Se cura con hierbas como son la “qata”, “qallacayo”, “puka suk’ullullu, q’illu suk’ullullo”. Con la raíz de los kutis con todo eso hay que curarlas, para que no le duela el vientre.”

Son también considerados tuwintis, los hijos no bautizados. Al igual que los hijos de los gentiles o machus y los fetos abortados. Es por ello que antes los hacían bautizar a los dos días de nacido, máximo una semana. Consideraban que estos nuevos seres atraían al granizo cuando los niños nacen. Algunos familiares les hacen tomar unas tres gotas de orín, como símbolo de cristiandad.

“El feto agresivo se ha desplazado desde las tinieblas del interior de la tierra, que son también las del vientre de la madre, y de las energías oscuras de las chullpas, gobernados por la luna, hacia la leche blanca y la sal cristalina del bautizo en el mundo exterior cristiano, gobernado por el sol.” (Platt, T. 2002:2 6).

Honorato Ramos reitera:

“Ciertamente a los bebés no bautizados, se les conoce de tuwintis. Creen que a los bebés no bautizados caen los granizos, no anda bien, se caen o tropiezan mucho como el tuwinti.”

“Así mismos ratifican que el tuwinti es un bebé que corresponde a otra vida. Nace muerto, aunque no haya muerto dentro del vientre. Y en caso que naciera vivo, se muere igual. Cuando naciese muerto tiene la tendencia de volver a la madre, produciendo sonido: “paraq, paraq, paraq” hasta que mate a su madre.”

Y más adelante continúa:

“Hay que hacerle beber un poco de “llampu” rezando oraciones y nada más. También el tuwinti, es considerado como un ser de carne y hueso, pero como no está bautizado como cristiano, se considera tuwinti. Todavía no es un ser humano y una vez que muere, tiene el instinto de volver dentro de su madre. Si el tuwinti es varón, la tendencia se presenta más fuerte que el bebé de sexo femenino. Para evitar todo eso, hay que curar. Afirman que el bebé que es varón, una vez que ha vuelto al vientre, tienen la tendencia de moverse. Como si fuese un ser dentro del vientre, es una bola

de carne nomás hasta lograr matar a su madre. Para neutralizar sus efectos hay que mandar ingerir doce clases de aceite a la madre y así recuperar la salud.”

Los agentes de salud no pueden curar estos casos, carecen de conocimiento de estos males. Simplemente señalan que son creencias, supersticiones y mentiras. Respecto a esto último, Cecilia Mendoza, ilustra:

“Las mujeres con el mal del viento o con tuwinti que volvió a la madre, cuando van al hospital. Estas padecen y mueren, los del Centro de Salud no saben. No saben diagnosticar, solo te ponen suero, pastillas e inyecciones. Eso no es suficiente, no te hará efecto.”

Los tuwintis pueden volver a la madre, al respecto Honorato Ramos expone:

“Vuelve a la mujer y hace que ésta se enferme como si estuviera con dolor de estómago. Como si hubiera entrado los vientos de uraña, la mujer se encuentra muy mal.”

Cecilia Mendoza, cuenta un caso, en el que la madre fue atacada por el tuwinti:

“Asistí a un parto y el bebé nació muerto, tuvieron que enterrarla, pero la madre había sido atacada por el feto, no se le cuidó bien. De acuerdo a las recomendaciones, ella no creía, era muy joven (19 años). En ese caso tuvieron que ir al cementerio donde lo enterraron y sacaron un poco de carne y hueso del bebe muerto lo quemaron. Eso hacen tomar para el mal de la uraña⁵⁷ Igualmente, una vez quemada, la ceniza de la placenta, hay que hacer tomar, eso lo arregla.”

También hay que cuidarse del arco iris que aparecen en los manantes. Cuando las mujeres estando con la “regla”. Generalmente las más jóvenes que no tienen experiencia, no

⁵⁷ Viento maligno, que puede provocar la muerte a las personas si no se cura a tiempo.

conocen los lugares prohibidos. Se acercan a estos manantes considerados malignos. Son embarazadas por el arco iris que las posee y este hecho es conocido como “*Huancark’uychi*”.

Hermelinda Huamán detalla:

“Eso existe en los manantes, cuando las chicas menstrúan, comienzan a orinar de color. Además, que sus vientres crecen como si estuvieran embarazadas, ingresó el huancark’uychi, pero no nace un ser vivo, que yo no vi. Sino que solo me contaron. La consecuencia, mata a la chica, no hay cura. Para eso, a pesar que tratan de curar, de todas maneras, muere. El manante que tiene huancark’uychi no es una fuente común como los otros. No hay que acercarse ni sentarse, menos beber sus aguas, hay que conocerla.”

Por lo expuesto anteriormente, en la cultura andina es de vital importancia el cuidado de las madres y mujeres gestantes durante el periodo de gestación. Se tiene que cumplir con las costumbres y sugerencias de los ancianos, que se constituyen en normas. Infringir las mismas pondría en peligro la salud de las mujeres.

4.3. Mortalidad materna:

4. 3.1. Mortalidad materna en el Perú

Es preocupante que, en el Perú, en pleno siglo XXI, se siga considerando como el segundo país latinoamericano con altas tasas de mortalidad materna. Por causas relacionadas a la salud reproductiva, específicamente al embarazo, parto y posparto, siendo la mayoría por causas previsibles, negligencia médica o descuido de las familias. Como es de suponer, ya no causa asombro que la mayoría de las muertes maternas se produzcan en zonas rurales.

El Estado no le da ninguna importancia por mejorar los servicios de salud y al acceso de los mismos, ampliar más carreteras a las comunidades campesinas, para facilitar la evacuación de madres parturientas en casos de emergencia. Por otra parte, es vital que el sector salud evalúe sus estrategias de intervención en los sectores rurales. Deben tomar en

cuenta los aspectos socioculturales e ideológicos de las familias campesinas, que considero que es uno de las causas del incremento de la tasa de mortalidad materna.

La tasa de mortalidad materna en el país es 185 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. Las causas de las muertes maternas están asociadas con la pobreza, el analfabetismo, la violencia contra la mujer. La escasa accesibilidad (distancias, caminos, costos de consultas y medicinas) a los Centros de Salud. Además, la mala calidad de los servicios, el trato vertical de los profesionales médicos. La falta de respeto por la cultura de las mujeres campesinas y la limitada información sobre métodos anticonceptivos.

El dato más sorprendente sobre salud materna, es la diferencia entre la mortalidad materna de los países desarrollados y la de los del tercer mundo. En los países desarrollados las muertes maternas son muy raras, tanto así que el promedio de riesgo entre 1 en 4,000 y en 1 en 100,000. Mientras que, para la mujer de los países en desarrollo, el riesgo es de 1 en 15 o 1 en 50. Alcanzan tasas de mortalidad materna 200 veces más altas que Europa y norte América.

Un informe emitido en noviembre del 2007 por los médicos por los Derechos Humanos – MDH, sobre la mortalidad materna en el Perú, desde el enfoque de derechos humanos para una maternidad segura, documenta casos de discriminación contra las mujeres indígenas y situaciones en las cuales el personal de atención de salud rural, esto lleva a innecesarias muertes maternas.

“La situación respecto de la mortalidad materna en el año 2000, como la de una persistencia de limitaciones de acceso a los servicios de salud, por la existencia de barreras conductuales, económicas, culturales y geográficas. Adentrándonos en los primeros años del siglo XXI, la permanencia de esta situación era inaceptable. La persistencia de estas barreras, obligaban a desarrollar estrategias dirigidas directamente a ellas y donde la responsabilidad de luchar contra estas muertes evitables (responsabilidad primaria del estado) se compartiera con la población.”
(Fraser, B. 2008).

También tenemos la información de Amnistía Internacional:

“La mortalidad materna e infantil en el Perú sigue siendo elevada, en especial en las zonas rurales y pobres. Las tasas de mortalidad son aún mayores que en otros países de la región cuyo ingreso nacional es mucho menor. La falta de inversión en la atención de la salud, las dificultades de acceso que padecen aún las personas que tienen derecho a beneficiarse del cuidado gratuito de la salud, y las barreras culturales que impiden que las mujeres accedan al cuidado de salud son elementos que contribuyen a que las tasas de mortalidad materna e infantil sean altas. Con voluntad política, recursos adecuados y servicios apropiados, estas muertes podrían evitarse.” (Amnistía Internacional, 2007).

A pesar que se hicieron varias investigaciones respecto a este tema y se han planteado alternativas y sugerencias para de reducir la tasa de mortalidad materna en el Perú. El sector salud no le da la debida importancia, para reformular las políticas públicas de salud relacionados a la salud reproductiva, no toma en cuenta la diversidad cultural en la cual se interviene. Por ello considero que tienen que revisar sus estrategias de intervención que no son las más adecuadas.

“Algunos estudios realizados, en otros países como por ejemplo en Colombia han demostrado que la mortalidad materna y perinatal pudo disminuir gracias a la vinculación y recuperación de los conocimientos tradicionales de las parteras debidamente capacitadas en la comunidad. La presencia de una partera capacitada y capaz de realizar sin riesgos funciones ampliadas con respecto a la maternidad, resultó ser una forma eficaz de reducir la mortalidad perinatal.” (Hincapié y Valencia, 2000: 01).

Sería importante tomar en cuenta las experiencias de otros países en cuanto a la reducción de la mortalidad materna. Las más afectadas son las mujeres campesinas que tienen escasos recursos económicos. Así como señalan las estadísticas, es un tema de justicia social

que requiere de la atención de las autoridades locales regionales, nacionales y por su puesto de la sociedad civil.

4.3.2. Mortalidad materna en las comunidades campesinas

Los campesinos provenientes de comunidades alejadas, testimonian que, por la exigencia del parto institucionalizado, muchas mujeres han muerto, por la fatiga de las caminatas largas y por una deficiente atención del personal (insensibilidad, prejuicios culturales y étnicos y de racismo). Consideran que, por ser analfabetas y diferentes a la sociedad mayor, tienen menos derechos. Por lo tanto, no les dan la debida importancia o son maltratadas. Por otro lado, la deficiente implementación de los servicios de maternidad, de los mamawasis y el escaso recurso económico con el que cuentan las mujeres campesinas, hecho que contribuyen a esta problemática complementada con la prohibición de la atención del parto por las parteras en las comunidades.

Una entrevista realizada a las mujeres y a un profesional de salud, por un periodista cuzqueño expresa:

“Las causas fundamentales para la muerte de madres gestantes, son entre otras aquellas geográficas puesto que las gestantes tienen que recorrer grandes distancias para acceder al servicio de salud, otro factor es el cultural puesto que muchas familias creen aún que el parto debe ser atendido por una partera, por la madre y no en un establecimiento de salud.” (diario el Correo, 2008).

“Murieron en el momento de traer un nuevo ser viviente. No pudieron soportar un parto. Las madres que fallecieron el año pasado fueron 23, la vida se les apagó en un instante. Las estadísticas preliminares de la Dirección Regional de Salud–Cusco (DIRESA), son frías, detrás de cada muerte existen muchas historias que contar. Juan, apenas tiene 20 años de edad, pero recién salió de su asombro, dice que no puede creer que su amor eterno falleciera al traer a su hijo que esperó por 9 largos meses. “Ya no tengo lágrimas para llorar, toda mi vida se fue en un instante, las dos

personas que más amo de han ido de este mundo”, dice nostálgico, mientras recuerda sentado en una banca del Hospital Regional.” (Mendoza, en diario, El Correo, 2008).

En el 2006, se han registrado 19 muertes maternas en el Cusco, 24 en el 2007. En el primer semestre del 2008, 4 casos de muerte materna. Las cifras se reducen, pero este avance no es significativo.

“Se constata que del 60 a 70% son embarazos no deseados y que casi un 30% termina en aborto inseguro. El aumento de embarazo adolescente agrega las cifras de muertes maternas.” (María Esther Mogollón).

Al preguntar a una mujer del distrito de Huancarani, provincia de Paucartambo, si era cierto que antes las mujeres gestantes morían más a menudo que ahora en las comunidades, tal como indican los del sector salud, dijo lo siguiente:

“Hace años no hubo muerte materna. Los del Centro de Salud, que van a saber cómo conocen las parteras. Cuando se producen dificultades en el alumbramiento, lo único que hacen es derivar al hospital. Allí mandan hacer la cesárea, sacan al bebé del vientre de la madre. Las mujeres del campo pastoreamos ganado, trabajamos en las chacras hacemos esfuerzos físicos si les operan, se vuelven inválidas, ya no sirven para el trabajo.”

Tomasa Álvarez de Livitaca al referirse a la mortalidad materna en las comunidades campesinas comentó con mucha tristeza:

“Las enfermeras y médicos expresan que, en los Centros de Salud, salvan a las mujeres; en cambio en el campo mueren. Eso no es cierto, eso si se producen muertes es por algún descuido y es, al contrario. En las postas o Centros de Salud es donde mueren las mujeres. Ocurrió el caso de una paisana de Livitaca lo enviaron a la ciudad del Cusco diciendo que se encontraba mal y dejo de existir, eso pasó en el

mes de mayo (2006) y el esposo viudo cómo estará criando a su bebido. Trajeron de su casa cuando estaba muy bien en su casa, no debe ser así.”

Ella misma dijo más adelante:

“Tengo compañeras que dieron a luz en el Centro de Salud, que en mi comunidad sufren. Les dieron de alta solo al tercer día y sus esposos le traen de retorno montadas sobre un caballo. Como consecuencia de esto, se produce una hemorragia incontenible. La vulva se les infecta hasta que se forma materia y por eso esas mujeres sufren. Ellas preguntaron cuándo será el día que volverían para que les saquen los hilos. Les dijeron que no era necesario yo no creo que sea así, se limitaron a proveerles algunas pastillas.”

En la comunidad estudiada, los testimonios recogidos de mujeres y familias indican que hace más de 15 años no se producían muertes maternas a causa del parto. La atención del parto se realizaba en los domicilios y con la atención de las parteras o sus esposos. Así mismo indican que raras veces se presentaban complicaciones. Los controles prenatales eran llevados a cabo por parteras que se encontraban a disposición, vivían en la misma comunidad. Pero en la actualidad, tienen que ir obligatoriamente al Centro de Salud durante los nueve meses del embarazo, una vez al mes. En algunos casos dos para su control, el mismo que les demanda sacrificio y “pérdida de tiempo”, así mismo tienen que ir para la atención del parto.

El Centro de Salud prohíbe la atención del parto por las parteras, no valoran los conocimientos ancestrales:

“No valoran los conocimientos de las parteras, los del Centro de Salud son las dueñas de la verdad. En caso que muera el bebé, afirman que fue causada por una asfixia o no fue atendida adecuadamente, salvan de sus responsabilidades. En caso que muriese por atención de una partera, hacen pagar la multa.” (Entrevista Cirila Mamani).

Así mismo señalaron, que, si se ha producido alguna muerte materna por parto, fue por falta de atención, debido que se encontraban solas, o les cogió el rayo. Muchas mujeres murieron en los Centros de Salud por negligencia médica o en el trayecto de las comunidades a los Centros de Salud.

Si se produce una muerte por atención de parto domiciliario, el Centro de Salud cuestiona a los comuneros, al igual que las autoridades locales. Pero si la muerte se produjera en manos de los obstetras o médicos, “no pasa nada”, terminan informando que fue un “caso de alto riesgo”. Buscan una justificación técnica y los familiares no pueden proceder judicialmente, se bloquean todas las instancias y todo pasa por desapercibido. Fui testigo de un caso de muerte materna de una mujer campesina de 33 años, madre de 4 hijos, por negligencia médica en el Centro de Salud de Challabamba – Paucartambo.

4.3.3. Caso de muerte materna en un Centro de Salud

“Venimos con mi esposa de mi comunidad que está a más de 8 horas de camino. Tuvimos que caminar todo el día para llegar al Centro de Salud, la obligaron, para ser atendida. Nos dijeron que así obliga la ley, durante el tiempo de embarazo asistió obligatoriamente a su control. Cuando ya le venían los dolores, descansando a menudo, llegamos. Ya en la nochecita serían las 7 de la noche, nos recibieron con desprecio: “sácate el poncho y tiende en el piso y la atenderemos”. Una vez la mujer echada sobre el piso de cemento, le tomaron el pulso y le examinaron. Le dijeron que todavía faltaba, y que siga esperando.”

“Durante el recorrido, ella no había tomado sus alimentos por los dolores. Así pasaba el tiempo, permanecí sobre el piso frígido. Cada vez que le aumentaba los dolores yo desesperado, pedía que la atiendan. Mientras tanto, las enfermeras entraban a su habitación para tomar su café. Se pusieron a conversar, y en eso nació el bebé, bien hasta el momento.”

“Se fueron, a seguir su conversación, escuchaba que se reían, eran dos. Olvidaron que tenía una paciente y que la placenta aún no había salido. Yo me desesperé, las llamé que por favor la atiendan, llamaba: “señoritas ya está pasando mucho tiempo, ya va ser una hora y no expulsa la placenta y está sangrando mucho. Me contestaron: “tú de donde sabes, ¿eres doctor?” Mi mujer se iba desvaneciendo sin que las enfermeras le dieran importancia. Con temor nuevamente insistí que la examinaran y el tiempo iba pasando.”

“Las enfermeras se pusieron atentas al caso. Mi mujer se desangraba y ellas no pudieron hacer algo para contener la hemorragia, no había expulsado la placenta. Llamaron por radio al Centro de Salud de su jurisdicción Calca y también a Cusco pidiendo una ambulancia para llevarlo a Calca. La ambulancia demora en llegar ya eran las ocho de la mañana del día siguiente. Llegamos al Centro de Salud de Calca, no quisieron recibirla y entonces continuamos hacia Cusco.”

“En el trayecto con lágrimas en los ojos, les dije, que se estaba muriendo. Iba observando por el parabrisas del vehículo, venía en la tolva y las enfermeras no me hicieron caso. Al contrario, me gritaron, diciéndome “tú de dónde sabes que se está muriendo”. Así continuamos el viaje y cuando faltaba pocos kilómetros para llegar a Cusco. Mi mujer falleció y las enfermeras que le acompañaban, se bajaron de la camioneta. Me dijeron que había fallecido, que bajara y la viera. En eso se me cae de mi atado los documentos que llevaba, contenía la tarjeta de seguro, de control del embarazo y otros documentos. Una de las enfermeras me quitó la tarjeta de control, momentos que les rogaba diciéndoles que devuelvan el cadáver a mi comunidad y allí sepultarlo antes que lo llevaran a Cusco. Pero ellas se negaron y así llegamos y lo dejaron en la morgue y al bebé en el Centro de Salud.”

“No podía hacer nada, yo por primera vez había llegado a Cusco, solo me quedaba llorar y llorar. Tampoco entendía lo que hablaban en español, y lo único que entendía era que me decían: “tienes que conseguir de donde sea el dinero para retornar a su comunidad”.

Denuncié este hecho mediante con el apoyo de la Casa campesina, donde el marido llegó a hospedarse. Allí constaté que las instancias del sector salud, “se bloquean”. No quisieron dar información sobre los responsables de aquella muerte. Me apersoné a la oficina de personal, que también se negó a darnos información. Entonces les dije que denunciaría el caso por todos los medios de comunicación. Además de recurrir ante las autoridades pertinentes, y sólo así nos atendieron. Allí constaté que la muerte materna había sido informada, por causas de la atención de parto domiciliario. Por lo tanto, el personal de salud no se hizo responsable, que los familiares tendrían que responsabilizarse del retorno del cadáver a su distrito y asumir todos los gastos.

Desmentí esta información tergiversada por parte de la obstetra, que la muerte se había producido en manos del personal de salud y en el Centro de Salud. Que fue por negligencia médica que se produjo aquel fatal suceso. En seguida amenacé con recurrir a la prensa y a la defensoría del pueblo. Y entonces inmediatamente se movilizaron para desbloquear todas las instancias. Tuvimos que ir a la Comisaría de la policía Nacional del Perú del sector para poner la denuncia correspondiente. Allí le tomaron manifestación al esposo, fui la intérprete. En seguida el Director Regional de Salud nos citó para conversar sobre el caso. Nos dijo lo siguiente: “Asumiré la responsabilidad, así como los gastos de movilidad, sepelio y otros. No sabíamos cuales habrían sido las causas de la muerte y que más adelante se investigará a profundidad”.

Este hecho tan solo es un ejemplo de muchos otros casos que si se trata de mujeres pobres quedan impunes. Cuando ellas llegan a los Centros de Salud para la atención del parto, no las atienden inmediatamente. Ellas tienen los pies enlodados de barro por ser época de lluvias. Tienen que lavarse y temen ensuciar las sábanas, y a causa de la indiferencia, mueren.

Cientos de casos de muerte que tiene que ver con la vulneración de los derechos reproductivos. Es una prueba más que los pueblos indígenas, hechos que no son tomados en cuenta por las autoridades políticas. Por su situación de pobreza, por no hablar el idioma español, por su pasividad y por no ser instruidas. Simplemente por su condición de

campesinos, son ignorados, marginados y maltratados por los funcionarios y técnicos de las instituciones privadas y públicas, como en el caso de los Centros de Salud.

Hay leyes que protegen la salud reproductiva y que sancionan la muerte materna, pero tratándose de las mujeres campesinas pobres, se omiten y no existen sanciones para los responsables. Pero si fuese la esposa de algún líder político o alguna autoridad importante, las cosas cambiarían. Desde la forma de atención y seguro que serían juzgados de acuerdo a ley. Esta es una de las causas principales por las que las mujeres no tienen confianza en los profesionales del Centros de Salud.

“El Ministerio de Salud ha señalado que en las comunidades pobres y marginadas hay signos de considerable desconfianza respecto a los profesionales de la salud y a las técnicas que se utilizan durante el parto en los Centros de Salud. El Ministerio ha emitido directivas y establecido normas para la atención de los nacimientos que respeten las tradiciones indígenas y que incluyen a las mujeres en la toma de decisiones sobre la forma de dar a luz. Sin embargo, estas medidas, que fueron concebidas para reducir las barreras a que hacían frente las comunidades excluidas y remotas para tener acceso a los servicios de salud, no se han puesto en práctica en muchas localidades.” (Amnistía Internacional, 2007).

Se han determinado cuatro causas fundamentales de muerte materna en las mujeres campesinas que concurren a los Centros de Salud para la atención del parto. La demora en reconocer signos de peligro, demora de la familia en decidir buscar atención de salud, la demora en llegar al Centro de Salud caminando (a veces por caminos abruptos en plena oscuridad) y el tiempo que se toma el personal en el Centro de Salud para decidir cómo responder, a los casos complicados y que son derivados a los hospitales de provincias.

Mientras que, en la atención domiciliaria, en las comunidades campesinas, las causas más comunes que se identificaron son la retención de la placenta, mala posición del feto, mal viento, ataque por los duendes o supay y abortos. Así mismo en la comunidad de Macha (Bolivia) en la que Tristan Platt. realizó estudios señala que:

“Fueron seis las causas principales de mortalidad materna que se enfatizaron por los informantes: 1. Mala posición del bebe (wawa trancasqa); 2. Retención de la placenta (Paris trancasqa); 3. Inversión del útero (iwakusyín); 4. Ataque por duendes comedores de sangre (sajtay o sarchuwaqay); 5. Hemorragia post parto (yawar apay); 6. Complicación post parto (recaira).” (Platt Tristan, 2002:131).

“El cuarto y el quinto también están asociados, porque se considera que los abortos y las placentas no bautizados se vuelven duendes, si no han sido enterrados y quemados cristianamente. Asociados con la pérdida de posparto (yawar apay), estos duendes comen la sangre de las madres parturientas.” (Platt. Tristan, 2002:131).

Al preguntar si antes las mujeres que daban a luz morían con más frecuencia que en la actualidad. Respondieron que no, morían por algún descuido o por accidente de las jóvenes. Hermelinda Huamán al respecto comunica:

“Morían cuando tenían el bebé atravesado. Fue imposible su nacimiento, no se daba cuenta la partera. También es a consecuencia que la mujer haya podido tener una caída, otras veces los bebés, cuando todavía están dentro del vientre, pueden hincharse. Las chicas no se cuidan, por esas causas llegan a morir. No es como hoy que se recurren a la operación, en el campo no sabían qué hacer. Hoy cuando una mujer muere en estado de embarazo, proceden con la autopsia y sacan al bebé. En el medio rural a las mujeres embarazadas enterraban como habían muerto.”

Frente a esta problemática, es importante plantear algunas alternativas que de alguna manera puedan contribuir a la reducción de la mortalidad materna. En coordinación con las autoridades comunales y locales, proponer al sector salud y a la Organización Mundial de salud, la recuperación de las parteras de las comunidades, para seguir atendiendo el parto, la población así lo exige.

CAPÍTULO V

5. PARTERAS Y PROMOTORES EN LA ATENCION DE LA SALUD REPRODUCTIVA

5.1. Parteras en la atención del parto

En las comunidades alejadas de las capitales de distrito y de difícil acceso, en las cuales hay que caminar muchas horas, en algunos casos más de un día, para llegar al Centro de Salud. Las parteras constituyen los únicos recursos con las que cuentan los habitantes de las comunidades campesinas para resolver los problemas de salud en general y específicamente del parto.

Las mujeres gestantes tienen confianza y seguridad en las parteras, considerando de gran importancia el servicio que éstas prestan en la atención del parto en la misma comunidad. La mayoría de las parteras suelen tener entre 40 y 60 años a más de edad. Generalmente son personas analfabetas, que aprendieron el ejercicio de esta actividad desde sus ancestros por tradición, de quienes conservan sus prácticas y métodos tradicionales para curar diversas enfermedades.

Es importante subrayar que las parteras (os) aprendieron su oficio como un legado cultural que forma parte de la herencia familiar, que es transmitido de padres a hijos. Con la práctica constante, se han convertido en expertas. En la actualidad, también van renovando sus conocimientos, incorporando algunos elementos de la medicina moderna. En algunas comunidades, sus servicios son solicitados por comunidades vecinas o del distrito, además su conocimiento profundo de la medicina tradicional tiene una cobertura más amplia en la atención de la salud.

“Estos recursos, necesarios e importantes en las comunidades rurales merecen un trato más adecuado y acertado, porque constituyen un puente de contacto con su población, especialmente con las mujeres en edad reproductiva de su zona,

transmisoras de la otra alternativa de salud que propone el sector del MINSA.”
(Sáenz, T. 2002:1).

Las parteras son conocidas también como curanderas. Por lo general se encargan de la atención de las gestantes (control, parto, puerperio y post parto). En las comunidades campesinas, son ellas quienes llevan el control prenatal de las gestantes. Hacen el diagnóstico con la lectura de la coca y utilizan hierbas en el tratamiento. Hacen una serie de recomendaciones con relación a la dieta.

Antes de la intervención del sector salud con el programa de la salud reproductiva, las parteras ejercían un gran liderazgo en su comunidad. Eran respaldadas por todos los comuneros, pero en la actualidad no tienen el mismo rol protagónico. Al contrario, son cuestionadas, no autorizadas por el sector salud, para la atención del parto. Aunque en muchas comunidades, ejercen esta actividad en forma privada.

Al respecto Cirila Mamani de la comunidad Huacahuasi de Ocongate afirma:

“Todavía hay en mi comunidad, pero no está permitido. Está prohibido que ellas atiendan casos de alumbramiento. Yo digo que las parteras se dan cuenta echando mano a las venas, si está próximo a dar a luz, si la posición del bebe esta normal o no. Las parteras saben mejor que las enfermeras u obstetras. Pero ahora, prohibidas para atender.”

Angélica Choqueconza partera del distrito de Chinchero, informa:

“Hoy continúo atendiendo, pero en forma secreta. Cuando las mujeres sufren dolor, sus esposos me solicitan para que les atienda en sus casas y como yo sé cómo hacerlo y ante el pedido de ellos, que son mis vecinos y paisanos, no puedo negarles. Pero ellos no tienen que decir a la enfermera u obstetra que dieron a luz atendidos por mí, sino dirán que cuando estaban yendo con dolor a media noche a la posta por el camino dieron a luz. Por lo tanto, tenían que retornar a su casa. Les preguntaron qué

hora era y dijeron que no tenían reloj. Al día siguiente, recién dieron parte al centro y éstos, inmediatamente vinieron por la parturienta, para llevárselo en ambulancia con dirección al centro materno. Luego le hicieron quedar durante dos días para justificar que ellas las atendieron.”

Entre las razones por las cuales las mujeres gestantes prefieren la atención del parto en sus comunidades tenemos los siguientes:

Las madres gestantes acuden a ellas, por estar cerca, son de confianza. La atención es rápida y no tienen que esperar haciendo largas “colas” como en los hospitales o Centros de Salud.

La partera es una persona conocida, vive en la comunidad, y en caso de emergencia se puede encontrar con facilidad y a cualquier hora. Cuando se las solicita ellas acuden a sus domicilios, hablan el mismo lenguaje, etc. Esta última es una gran ventaja en relación a los Centros de Salud.

Las parteras y curanderos están siempre disponibles incluso por las noches. Sobre todo, no están presionados por el tiempo. Como en el caso de los médicos u obstetras en los hospitales, porque hay muchas parturientas.

El tratamiento que hacen a las parturientas es en forma integral, tranquilizan a la familia cuando se presentan problemas graves que no pueden solucionar e inmediatamente y con la ayuda de la familia, trasladan a la gestante a los Centros de Salud.

Por otro lado, las parteras generalmente son personas mayores que han tenido hijos y han experimentado haciendo prácticas en su propio cuerpo. Ellas no han recibido capacitación escolarizada.

Tienen experiencia y conocimiento de la relación al sistema frío–caliente de hierbas. Además, la medicina que recetan está al alcance de la población y no piden dinero por sus

servicios, sino productos agrícolas y de acuerdo a las posibilidades de las familias. Esta forma de “pago” tiene un valor cultural, que simboliza solidaridad, ayuda y dependencia mutua. Mientras que, para acudir a los Centros de Salud, necesariamente se requiere de dinero para pagar por los servicios y medicinas a pesar de tener el seguro integral de salud.

Las parteras(os) atienden tomando en cuenta sus creencias y tomando en cuenta su relación con los seres sobre naturales, invocan a la Pachamama, los Apus, etc.

Mientras que los Centros de Salud están lejos de las comunidades. Son considerados como lugares donde “se va solo a morir”. Debido a la implementación deficiente. Es así que, por ejemplo, en casos de emergencia, no pueden hacer nada más que derivar a las mujeres a los hospitales de Cusco.

Las enfermeras y los médicos les causan miedo y vergüenza, por tener que desvestirse para los exámenes respectivos, contrario a la forma de examinar de la partera, quien no les obliga a desvestirse.

Tienen desconfianza en el médico y las enfermeras, son extraños, por el trato. En los centros hospitalarios es peor aún, hay cambios de turnos del personal y los campesinos se sienten hasta confundidos (pluralismo médico).

Generalmente los médicos y las enfermeras, no hablan quechua, y la población con la cual trabajan, son quechua hablantes. Aunque los varones entienden, pero la mayoría de las mujeres son monolingües.

Las recetas que los médicos les dan, son siempre productos farmacéuticos que no están al alcance de las familias campesinas. Generalmente no los compran y si lo hacen, compran solo una parte.

5.2. Conocimientos tradicionales sobre la atención del parto

La intervención durante el trabajo de parto, es integral tanto física como psicológicamente. Primero “lee” la situación de la parturienta en la pulsación de la sangre en las arterias, para saber si está próximo o todavía va a demorar. Dependiendo del caso, las motivan a caminar, les dan de beber infusiones de hierbas cálidas, y hacen masajes o “qhaquy”. Algunas parteras realizan tocamientos vaginales si el caso lo requiere para guiar la cabeza del bebé. Es lamentable que estos conocimientos se vayan perdiendo por la imposición y valoración de la medicina occidental, y el desprecio a las culturas tradicionales, por prejuicios culturales.

Una partera hace conocer su percepción en relación al sector salud:

“Los del Centro de Salud no valoran nuestros conocimientos, ellos son las dueñas de la verdad. Los únicos que saben de la medicina. En caso que muera el bebé en el centro, afirman que la muerte fue causada por una asfixia o inventan cualquier cosa. No aceptan que es por inadecuada atención, salen tranquilas de sus responsabilidades. En caso que muriese por atención de una partera, las acusan y todavía hacen pagar una multa.”

El hecho de no dar importancia a la medicina tradicional y las prácticas de atención de parto por las parteras; ha generado conflictos y desconfianza entre el personal de salud, y las mujeres de comunidades. Éstas se sienten presionadas para acudir a los servicios de salud, para la atención del parto. En la mayoría de los casos, ocurre que el personal asignado para los Centros de Salud de sectores rurales, está compuesto por practicantes de enfermería muy jóvenes, que no tienen la suficiente experiencia, ni el conocimiento necesario sobre la dinámica de las comunidades campesinas, hecho que genera más desconfianza.

“Los conocimientos que adquieren los jóvenes profesionales presentan un gran vacío sobre la epistemología del saber de la comunidad, no de la forma tradicional de ubicar a los pueblos en un plano inclinado, en una visión lineal progresiva donde en

el peldaño inferior se ubica el saber de la comunidad y en la cúspide el científico. El saber de la comunidad no es solo un saber diferente, sino que es tan equivalente como cualquier otro saber. Los saberes culturales no deben jerarquizarse, ello limita el diálogo intercultural.” (Sáenz, T. 3: 2002).

Según su tradición, las parteras afirman que las enfermedades son provocadas por “el frío y el calor”. Entre las plantas más utilizadas para curar estos males se encuentran la hierba buena, la manzanilla, canela, salvia, eucalipto, etc. Esto es según la ubicación de las zonas en los diferentes pisos ecológicos, que sirven para neutralizar el “frío de la matriz”, para que el cuerpo se recaliente y facilite el parto.

Víctor, partero de la comunidad de Ocongate, frente a la pregunta si pudiera atender un parto en su comunidad, responde:

“Si podría hacerlo, pero ya no está permitido por los médicos y enfermeras del Centro de Salud. En una ocasión, una mujer dio a luz en su casa y murió el bebé. Toda la culpa fue para la comunidad, es por ello que obligan, motivan que todas vayan al centro, ahí les darán certificado gratis. Hay ventajas por asistir al centro, no hacen pagar ninguna multa. Hacen pagar por el certificado nada más.”

“Toda la comunidad hemos reclamado que las mujeres no vayan al Centro de Salud. Puede darse el caso que a medio camino les de los dolores y el alumbramiento se produzca en el camino. Los del Centro de Salud argumentaron: “las mujeres nos damos cuenta, cuando vamos a tener dolores y es un proceso. No puede haber alumbramientos repentinos tienen que venir al centro”.

En algunas comunidades las curanderas, parteras y brujos han desarrollado un profundo conocimiento de la naturaleza que les rodea y de las inmensas posibilidades terapéuticas que ésta les ofrece. Son conocedores de una gran variedad de plantas medicinales y árboles de los cuales extraen la savia o resina, las mismas que utilizan en la preparación de remedios para curar a sus pacientes.

La partera Angélica Choqueconza, comenta sobre la exigencia a las gestantes a acudir a los servicios de salud por parte del personal médico:

“Las mujeres van al Centro de Salud por temor al pago de las multas y evitar problemas con las enfermeras. Como si les hubieran dado dinero en efectivo a la familia, exigen que les paguen. Ya he atendido este año tres casos y con parecidas características. No hay razón para que nos cobren, no tenemos dinero, solo vivimos de la agricultura y ganadería. Tampoco sé qué hora daría a luz, no se miran ni la hora, tampoco tengo reloj.”

“Una vez que dan a luz, yo tengo que bañar al bebé bien limpio y que se hace con agua tibia y jaboncillo. Luego procedo a secar el cuerpo del bebé, y en esas condiciones, llevan a la posta. Esto hacemos para no ser objetos de críticas por parte de las enfermeras. En caso que no lo lleve, están obligados de pagar una multa, cuánto será el monto.”

Las parteras tradicionales no sólo conocen e intervienen en el aspecto reproductivo de la mujer, sino también orientan y educan como madres sobre el cuidado de los hijos, alimentación del recién nacido, relaciones afectivas de la familia, etc. Las parteras en las zonas rurales, cumplen un papel preponderante e irremplazable en cada una de sus comunidades.

Las parteras basan sus conocimientos en prácticas, ritos e interpretaciones que les son transmitidos desde sus antepasados, en las que identifican las enfermedades con su propio lenguaje y visión del mundo. Explican las causas de los males que pueden ser físicos, biológicos, influencias de los fenómenos naturales, de las deidades o divinidades; sean cuales fuesen las causas. Son conocedoras de la cura o del alivio de los mismos. Por ejemplo, las enfermedades culturales de los pobladores andinos, son desconocidas por la medicina moderna. Por eso las mujeres confían más en su tradición cultural, una práctica milenaria.

Podemos afirmar que la presencia y trascendencia de las parteras, se debe a la sabiduría que conservan desde tiempos ancestrales. Son parte de su cultura y no tienen fines lucrativos. Lo más importante, que las vincula a la población, son sus conocimientos y dominio sobre la existencia de las enfermedades. Su diagnóstico y tratamiento, son aceptados, generando confianza en quienes acuden a ellas.

Una madre gestante llamada Giovanna de la comunidad campesina de Molle Molle:

“Fui a la posta diciendo que me sentía mal y me dijeron que estaba embarazada. Me hicieron los controles respectivos y además me reiteraron: “anda al Cusco, el bebé no se encuentra en su posición” Y luego yo le respondí: “señorita yo no puedo ir, no tengo dinero, nosotros solo vivimos de la agricultura” Y ella dijo otra vez: “No hija solo consigue para tus pasajes y tu alimentación, si estás asegurada, todo será gratis”. No le hice caso. Mi abuelita era una curandera y me arreglo el bebé y luego después de un mes fui donde la enfermera, y ella dijo: “Aja hija ahora el bebé está en una posición normal”. Así que ahora todavía no fui a hacerme controlar el embarazo.”

El diagnóstico realizado a las mujeres gestantes por las parteras tradicionales es sorprendente, con las técnicas que utilizan tal como podemos leer en las entrevistas realizadas. Expresan un amplio dominio de prácticas que se encuentran en la tradición oral no sistematizadas y mucho menos reconocidos.

“Los ojos de la madre también cambian, como se sabe en todo el mundo; pero los ojos de las mujeres andinas cambian de un modo especial. El blanco, se dice, crece hasta ser más visible que el iris.” (Platt T. 2002:135)

Hacen “lectura de las venas” para saber si existe embarazo. Los especialistas pueden saber por anticipado el sexo del feto, además de asegurar el momento del parto. Considero que el sector salud, debe evaluar sus estrategias de intervención en cuanto a la atención del parto, trabajar en forma conjunta con las parteras y promotores de salud, de tal manera que

mejore el sistema de atención de la salud reproductiva en su conjunto. En la actualidad en las comunidades campesinas, se desperdicia estos recursos humanos.

Al respecto, la obstetra del Centro de Salud de Huanquite comenta:

“Ahora no trabajamos con ellas, hemos optado por el parto institucional en la posta. Había complicaciones como el hecho que hasta mientras que nos avisen y tarden en el desplazamiento, podría ocurrir algo o presentarse alguna complicación, estando en el establecimiento se puede hacer muchas cosas.”

De acuerdo a los testimonios recogidos de las parteras y mujeres gestantes y del personal de salud; la atención del parto por las parteras en las comunidades, está estrictamente prohibida por el Centro de Salud, hecho que genera preocupación y angustia en las mujeres gestantes de las comunidades más alejadas.

“Si hay todavía, pero no está permitido, está prohibido que las parteras atiendan casos de alumbramiento. Yo digo que las parteras se dan cuenta palpando las venas, si está próximo a dar a luz, si el bebé está bien o no, si la placenta. Las parteras saben mejor que las enfermeras u obstetras, pero las parteras están prohibidas.”
(Entrevista Cirila Mamani).

5. 3. Promotores de salud en las comunidades

En las comunidades campesinas de la región de Cusco y otras regiones rurales, se han constituido los denominados comités de salud, que se formaron en las asambleas comunales, por exigencia del sector salud. En otras comunidades, las ONGs apoyaron esta propuesta. Implementaron pequeños botiquines comunales con medicamentos básicos, para convencer a las autoridades comunales de no usar medicamentos tradicionales. No tuvo funcionalidad, debido a que no estuvieron suficientemente capacitados, tampoco se disponía de tiempo para la atención, ya que es una actividad voluntaria de servicio a la comunidad. Por otro lado, las familias no lo consideraban como una necesidad. Es así que muchos de los productos se

vencían, tuvieron que ser desechados. Las razones son muchas, primero que la familia campesina no tiene condiciones económicas para adquirir dichos medicamentos, salvo que sean gratuitos. Existe desconfianza y falta de costumbre de utilizar estos productos.

En mi opinión, la introducción de medicamentos farmacéuticos en las comunidades no es más que otra imposición, cuya intención es desaparecer las prácticas de la medicina tradicional de las familias campesinas. Poco a poco hacerlos dependientes de estos productos una vez que su uso se generalice. Hay un claro desconocimiento de la importancia de la medicina tradicional que durante cientos de años han practicado los hombres de los andes.

Después de esta experiencia los comités de salud se redujeron a una o dos personas denominadas “promotores de salud”, cuya función era ser el intermediario entre las comunidades y el Centro de Salud del distrito.

La formación de los promotores tiene como objetivo mantener una relación constante entre el Centro de Salud y la comunidad. Su rol fundamental es realizar sesiones de sensibilización en las comunidades, especialmente dirigidas a mujeres en edad reproductiva. Detectar a las mujeres gestantes a tiempo, para identificar las principales complicaciones que pudieran aparecer durante el embarazo y el parto. Algunos promotores de salud, tienen claro cuál es el objetivo del sector salud, captar a las mujeres gestantes; pero al ser obligados en asambleas generales, tienen que asumir sus responsabilidades, para evitar cuestionamientos.

Cirila Mamani promotora de salud del distrito de Ocongate a la pregunta. Si los promotores de salud están capacitados para atender el parto, respondió:

“No, nosotros no estamos permitidos que veamos los casos de mujeres embarazadas, está prohibido. Las parteras también prohibidas que intervengan en los casos de embarazo. Lo que debemos hacer a las mujeres parturientas es insinuarles que vayan a los Centros de Salud. Tenemos que mantener bien informados al Centro de Salud, nuestro deber es ir avisando de esos casos.”

A la pregunta ¿cómo se dan cuenta que una mujer está “en estado”? contestó: “A la vista es, ellas no quieren ir al control, entonces avisamos a la Posta de Salud, cuando tienen el vientre abultado”.

Los promotores de salud, en la mayoría de los casos son mal vistos por la comunidad, tienen cierta desconfianza hacia ellos, los consideran agentes del sector salud. Son los que informan y convencen a las mujeres para que vayan a los centros de servicios de salud. Muchos fueron cuestionados por las mujeres que tuvieron malas experiencias en la atención del parto en el Centro de Salud.

Son los intermediarios entre los servicios de salud modernos y los tradicionales. Están organizados en comités de salud, corresponden al nivel inferior dentro de la estructura de los servicios estatales de salud. Su labor fundamental consiste en explicar la relación que existe entre las condiciones de vida y enfermedad (higiene, nutrición, suministro de agua, etc.) y a su vez, reconocer los problemas de salud de su comunidad.

“Dentro del marco de las metas trazadas en la conferencia Internacional de Alma alta en 197, en lo referente a la realización de atención básica de la salud, también en Perú se ha desarrollado un plan para organizar los niveles inferiores de los servicios estatales de salud.” (USAAC, IASP, 2000:182).

Los promotores de salud cumplen una labor social voluntaria, es decir, un servicio a la comunidad. Por lo cual, no están exonerados de las actividades comunales (faenas, asambleas, actividades diversas, etc.) durante el trabajo que realizan como promotores.

Ernestina Troncoso:

“A nosotras como promotoras, no nos capacitan en estos temas. Cuentan que antes les capacitaban a los promotores de salud. Pero ahora hace 3 años que desempeñó el cargo, jamás nos dijeron algo. A nosotras lo único que nos dicen, que debemos enviar a las madres, cuando tengan dolores de vientre.”

“Nosotras estamos controlando qué madres no acuden a sus controles mensuales. De igual manera nos ocupamos de los males que tienen los bebés y debemos obligarles. Los del centro me dan una relación de madres que se encuentran gestando, las madres no quieren contar de su situación. Relación de madres con los días señalados de sus controles y que tienen que ir obligatoriamente, llevamos las notificaciones respectivas.”

Los testimonios demuestran que la relación de las promotoras y parteras con el Centro de Salud es asimétrica. Podemos decir que es una relación impuesta, que no contribuye a mejorar la salud de la población y particularmente de las madres gestantes. Finalmente podemos afirmar que es importante recuperar los conocimientos ancestrales de las parteras, curanderas, sobadoras, etc. La atención de la salud reproductiva, particularmente del parto, contribuirá a disminuir los riesgos de las mujeres gestantes. Aquellas que no desean quedarse internadas en los mamawasis, dan a luz por los caminos. Las mismas pueden ser atendidas en sus domicilios, bajo la vigilancia de las parteras y los promotores. Solo en casos de riesgo, pueden ser evacuados a los Centros de Salud.

Otra propuesta es trabajar conjuntamente con los promotores y parteras. Para ello será necesario capacitar a los promotores de salud, recuperar a las parteras que todavía quedan en algunas comunidades. Con el apoyo de ellas, capacitar a nuevas mujeres y varones en estos menesteres.

También tenemos las versiones de la representante de la DEMUNA⁵⁸ del distrito de Huanoquite. Respecto al tema de la posibilidad de la incorporación y la revalorización de los conocimientos tradicionales de las parteras e integrarlo dentro de la medicina convencional y realizar un trabajo conjunto en la atención de salud de las mujeres; expresa:

“Definitivamente no, son situaciones científicas. Las comadronas hacen que se produzcan más mortandad de mujeres. Para evitar todo el problema de la distancia,

⁵⁸ Defensoría de la Mujer el Niño y el Adolescente, que trabaja en defensa y promoción de los derechos humanos.

la Posta de Salud tendría que ampliar construyendo más Postas de Salud. Pero queda establecido que las comadronas no pueden atender.” (entrevista a Margot Calle).

Considero que esta postura es claramente discriminatoria, y cuestionable. Cómo es posible que una autoridad de un distrito netamente rural, pueda tener estas concepciones que rechazan la importancia de los conocimientos ancestrales de la cultura andina, los actores sociales con quienes trabaja.

Por otro lado, tanto las parteras como los promotores de la comunidad no están autorizados para la atención del parto domiciliario. Pienso que el Centro de Salud utiliza a los promotores de salud para el cumplimiento de sus metas. Es el motivo por el cual no los capacitan en la atención primaria de la salud, menos en la atención del parto.

Ernestina Troncoso promotora de salud de Molle Molle sostiene:

“No está permitido que nosotras atendamos el parto, nos indican que las parturientas deben ir al Centro de Salud. Además, que siendo promotoras nunca nos explicaron sobre los temas de atención de parto. Antes les capacitaban a los promotores de salud. Pero ahora, hace 3 años que desempeño el cargo, jamás nos dijeron algo. A nosotras lo único que nos ordenan, que debemos enviar a las madres a la Posta de Salud cuando tengan dolores del vientre.”

En las comunidades los promotores de salud por la función que desempeñan y la relación más cercana que tienen con los Centros de Salud, son mal vistos. Han perdido la confianza con algunos miembros de la comunidad, debido que en algunas ocasiones los convencen y llevan con engaños por asesoramiento del personal de salud. El personal de salud siempre trata de desmentir esta problemática, indicando que no es “obligatorio” asistir a los Centros de Salud. Sin embargo, afirman que hay resistencia. Según ellos, trabajan por mejorar la salud de las mujeres; pero no analizan las causas de la resistencia en la atención de la salud reproductiva en general.

CAPÍTULO VI

6. PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS COMUNIDADES CAMPESINAS

La implementación del programa de planificación familiar dirigido a las familias campesinas en las comunidades; ha traído consigo una serie de problemas junto con la promoción de los derechos de las mujeres desde el enfoque de género, promovido por las instituciones del Estado y las ONGs que trabajan con el sector salud.

De acuerdo al personal de salud, la planificación familiar está concebida como “métodos modernos” de alta efectividad para evitar tener hijos, como los hormonales, orales o inyectables, dispositivos intrauterinos, la ligadura, la vasectomía, el condón, el diafragma, etc.

Por otro lado, la implementación del programa, ha cambiado, incluso la manera de interpretar y percibir el uso de los métodos anticonceptivos por parte de las mujeres y las parejas. Frecuentemente los hombres se oponen al uso de algunos métodos modernos de anticoncepción, como la “T” de cobre, la ligadura de trompas, las píldoras anticonceptivas y ahora ultimo los inyectables. Afirman que provocaron cambios de comportamiento en sus mujeres, apoyado con las concepciones teóricas del feminismo, género y la promoción de los derechos de las mujeres. Hechos que ha conllevado a la desconfianza entre las parejas y en algunos casos ha provocado separaciones conyugales.

“En 1996 se aprueba el “Programa nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996 – 2000” donde, por primera vez, se coloca como meta el alcanzar en ese período “la prevalecía y uso de métodos anticonceptivos modernos y seguros, necesaria para asegurar una tasa global de fecundidad de 2,5 hijos por mujer”. Incluía también como meta que 100% de las pacientes con atención institucional del parto o aborto egresen iniciando algún método anticonceptivo seguro luego de haber recibido consejería individual.” (Ramos, P. 2006:213).

El régimen de Fujimori fue una dictadura civil–militar con careta de democracia liberal. La elite gobernante disponía de “políticas de salud” y sus acólitos sólo levantaban la mano en señal de aprobación para implementar y poner en marcha su “política de población”. Fueron dispositivos atentatorios contra los derechos humanos, condenados en todo el mundo. Con el objetivo de contener las protestas y movimientos sociales de una población sumida en el hambre y la miseria.

“Las políticas de salud en Perú desde la perspectiva de género fueron duramente cuestionadas al descubrirse que hacían campañas de esterilización forzada. Esto atentaba contra los derechos humanos de las mujeres, pues la esterilización masiva se realizó mediante engaños, chantajes que tuvo consecuencias negativas como riesgos de infecciones y muerte de muchas mujeres.”

“El ministerio de salud en su programa de control de natalidad engañaba o negociaba con las mujeres para las practicar la Anticoncepción quirúrgica voluntaria a través del programa de planificación familiar. Se realizaron 100, 000 ligaduras de trompas, 10 vasectomías en 1997 y otros.” (Sala, 1998).

“Por otro lado, la estrategia aplicada por el ministerio para convencer a las mujeres fueron estímulos al personal de salud para cumplir con las metas de esterilización. Este es un ejemplo de las políticas públicas de salud del gobierno con relación a la salud reproductiva.” (Alberti, P. 2007: 728).

6.1. Percepción sobre los métodos anticonceptivos

De acuerdo a las indagaciones realizadas y los testimonios, se hicieron pruebas y prácticas en humanos como como si fuesen conejillos de indias. Las mujeres campesinas, atribuyen la causa principal de todos sus males a los métodos anticonceptivos. En el aspecto social, podemos decir que ha deteriorado las relaciones de pareja en las familias. Algunos varones y mujeres, aseguran que estos métodos son la causa para que las “mujeres se vuelvan “calientes”, “infieles”, “liberales”. Al respecto tenemos el testimonio de Haydee Loaiza

natural de la comunidad de Huayocari con 43 años, una mujer de confianza, la conocí trabajando en Arariwa, una ONG de Cusco. En ese entonces, era presidenta del comité de mujeres de su sector, quien comenta sobre las consecuencias que le ha causado el uso de los métodos anticonceptivos en su relación de pareja:

“Mi esposo no estaba de acuerdo con el uso de los métodos anticonceptivos, él quería que siempre tenga hijos, incluso esos medicamentos (píldoras) los echaba o los tiraba al fuego. Me decía “para que tomas eso, ¿quieres corretear?, no quieres parir carajo. No quieres estar conmigo, o deseas a otro hombre, dime claramente ¿por eso no quieres parir para mí?”. Yo le decía “oye eres un profesor ignorante, más bien tú me educarías como debemos cuidarnos para no tener muchos hijos”, ahora ya no le discuto ya. Hasta ahora también sigue diciendo todavía: “creo que hubieras parido nomás carajo, para que te haces hacer eso, con la ligadura te estas encontrando esas enfermedades”.

“Me hice ligar, con ello he encontrado enfermedades, con la ligadura he conocido el dolor de cabeza, el dolor de senos y también sufro con el corazón. Cuando reniego mucho o tengo pena, ahí mismo mis manos se “amarran”, me pongo nerviosa con tantos problemas que he tenido, por eso tal vez me quiere atacar.”

Algunas mujeres comentan que el uso de los anticonceptivos, hizo que se vuelvan frías, en cuanto a las relaciones sexuales. Hecho que causa malestares o conflictos en la relación de pareja especialmente entre jóvenes.

Ella misma cuando al preguntarle si era cierto que las mujeres se vuelven frías y ya no quieren estar con sus esposos, responde:

“Eso es cierto, compañera. Hasta ahora sigo teniendo problemas con mi esposo. Ya no quiero dormir con él, me he vuelto fría. Él me cuestiona: “por qué te has vuelto así”. Para que me has amado, para que ahora me odies, para eso te has hecho ligar, que te he hecho, acaso no te hecho vestir bien. Así es compañera, hasta tengo asco

de dormir con él. Me hice ligar por mi capricho, él no quería. Le hice firmar la autorización con traición, apoyado por el médico que por entonces le regañó por el número de hijos que tenía.”

Estas percepciones parecen tener su origen en la posición de control que aún ejercen los hombres sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres. Pienso que hay cierta inseguridad y temor que sus mujeres cambien de actitud, se vuelvan infieles, o simplemente se vuelvan frías e insensibles.

“El uso de métodos de planificación familiar donde ya no se necesita de la voluntad del hombre, provoca las inseguridades masculinas y los hace sentirse vulnerables ante una posible infidelidad de sus esposas, ahora que ya no tienen el peligro de un embarazo. A la vez, hay un rechazo que sus parejas dependan de los servicios de salud para el uso de estos métodos, puesto que consideran que en estos lugares las partes íntimas de sus esposas son auscultadas por un profesional hombre, que podría provocar en ellas deseos de estar con otro hombre. La presión de la comunidad hacia el hombre cuya esposa acude a los servicios de salud reproductiva es enorme, poniéndolo en ridículo ante los demás.” (Ramos Padilla M. 2006: 204).

Para las culturas latinoamericanas y andinas es una agresión cultural que, en los hospitales y Centros de Salud, sometan a las mujeres al colocarles dispositivos intrauterinos. Igual que los exámenes de control de gestación que sólo en occidente se practican. Ellas al ser obligadas a abrir las piernas, empiezan a temblar de temor y se sienten vulneradas. Este aspecto es ignorado por el personal de salud, sólo cumplen con las normas aprobadas por el ministerio de salud.

Muchas familias no están de acuerdo con el uso de los métodos anticonceptivos. Por las experiencias vividas, hacen que haya rechazo. Aunque en algunas comunidades ubicadas cerca de las ciudades como del Valle sagrado, Molle Molle, etc., sienten cierta aceptación.

“El temor se debe que, si la mujer accede a un anticonceptivo, se dedique a “meterse con otros” o “malearse con otro”. Estas actitudes de los varones llevan a que las parejas tengan problemas llegando incluso a los juicios por problemas familiares en los Juzgados de Paz de primera y segunda nominación del distrito.” (Bolton, R. y Onofre, L. 2006:23).

Al respecto Américo Flores, comenta:

“Otro punto que quiero destacar es el hecho que vi y oí. En el Centro de Salud andan diciendo a las mujeres: “No debes tener hijos. En el Perú todos ustedes tienen muchos hijos. Acaso tienen una hacienda. Son llamadas de atención que les dan a los hombres como a las mujeres”. Entonces nosotros les preguntamos que debemos hacer para no tener hijos y el Centro de Salud recomienda 5 métodos para evitar tener hijos. Uno es ponerse T de cobre, inyecciones, y un cuerpo extraño que colocan en el brazo y otros más.”

“Pero nosotros entendemos que esta vida no es para tener más hijos y al hacer todo esto, malogran a las mujeres parturientas. Se da el caso que a las mujeres que les colocan estos dispositivos sus cuerpos empieza a acalorarse y al ocurrir esto, ellas no tienen miedo a discutir con otros seres humanos, sus vecinos. Otro caso es cuando la sangre probablemente se detiene y en otro momento se produce la hemorragia incontenible y en cantidad hasta comprometer la salud que linda con la muerte.”

“Otro caso es el hecho que, debido a la ingestión de demasiadas pastillas, influye en las mujeres, hace que se disuelvan los matrimonios los cuerpos no son iguales. Las peleas y las separaciones son cotidianas. Todo eso no entienden los del Centro de Salud. Lo único que dicen es: “no tengan hijos, eviten tener más hijos”. Viendo esas cosas yo me decepcioné.”

También tenemos otros ejemplos de la aplicación de la ley en la salud reproductiva a nivel de América Latina. En un diario una ginecóloga argentina trabajadora de uno de los Centros de Salud declara:

“El término de salud reproductiva alentaba a los médicos, insinuaba una ayuda que el médico puede dar a la mujer; pero no es así. El único objetivo de la ley es la disminución de los nacimientos. Se realizan asesinatos masivos, pero enmascarados. La experiencia que hemos tenido es esta: Se obligó a todos los médicos a cumplir el programa de salud reproductiva. Los que no estábamos de acuerdo, teníamos que firmar la objeción de conciencia; que yo firmé.” (Noticias Globales, 2006).

“Cuando la paciente ingresa al hospital y tiene su hijo, se le hace un “score” de riesgo, en base a: si tiene muchos hijos, si es pobre, si ha tenido abortos, etc. Si tienen “score” alto, –suele ser la mayoría–, son derivadas al programa de salud reproductiva. Es una derivación prácticamente obligatoria. Pero, como recurrí a la objeción de conciencia me excluyeron del programa. No admiten que trabaje dentro de él. Por lo tanto, a las pacientes que yo controlaba durante sus embarazos no las pude seguir tratando.” (Noticias Globales, 2006).

No hay ningún derecho que a las mujeres les hagan aquel tipo de controles, por más que vivan en la pobreza, y derivarlos a estos mal llamados “programas reproductivos”. El bienestar en la salud y la educación, no sólo depende de las familias que trajeron hijos al mundo, sino también es responsabilidad del Estado que tiene ocuparse que estos nuevos seres y que, al ser adecuadamente capacitados, aportarán a la economía del país. Es decir, no serán parásitos sino entes que produzcan para la sociedad, sea el grupo étnico al que pertenezcan.

Ciertamente los servidores del Estado creen que con la “política de salud” que se aplica a través de diferentes programas, llegarán mejor a la población que requiere sus servicios, y así solucionar el problema del crecimiento demográfico. Al contrario, todo concluye en falacias y apariencias, resultado del temor de las mujeres que asisten a estos Centros de Salud.

“Sentirse obligadas a usar un método, sin tomar en cuenta sus temores y sin previa explicación detallada y culturalmente accesible de sus posibles efectos en la salud, estaría contribuyendo, pues, a que se incrementen sus temores y desconfianzas respecto a la gravedad de los efectos de los métodos “modernos” y a la calidad de los servicios de salud.” (Yon, C. 2006).

Considero que tener varios hijos no es sinónimo de pobreza y paulatina destrucción de la sociedad debido a la sobrepoblación. Es absurdo seguir pensando de esa manera. Al contrario, tener niños sanos, equivale a pensar en términos de potencialidades como dijimos anteriormente.

“Sin embargo, el tener que someterse a un sistema donde encuentran presiones y exigencias del personal de salud unido a la desconfianza en su competencia técnica, podría estar provocando que ellas se desanimen e incrementen sus miedos y desconfianzas a los métodos, ya que quien provee y lo que es proveído (los métodos) son vistos como parte del mismo sistema. Los temores ya no necesariamente estarían relacionados al mecanismo de acción del método mismo, sino a la calidad de los procedimientos.” (Yon, C. 2006).

Frente a las exigencias, las mujeres y sus maridos, encontrarán mecanismos para evitar la atención en los centros maternos. Recurrirán a una y mil argucias para no someterse a los exámenes y controles de planificación familiar. Al final para los Centros de Salud, todo terminará en apariencias y cifras estadísticas que no serán el reflejo de la realidad. Sino solamente para satisfacer el cumplimiento de metas y justificar enormes gastos presupuestales.

“Según la encuesta ENDES del 2000, la tasa global de fecundidad en el área rural era de 4,3, mientras que la deseada era de 2,5 hijos promedio por mujer. Según la última encuesta ENDES de 2004, apenas 33% de mujeres rurales en unión usan métodos anticonceptivos modernos. Esta situación trasluce claramente una violación a los derechos reproductivos de las mujeres, pero también a los derechos de los

hombres, quienes asimismo se ven impelidos a ir contra sus deseos reproductivos por las construcciones de género que les imponen actitudes y prácticas, con repercusiones negativas en la salud reproductiva y en el bienestar en general.” (Ramos P. 2006:205).

En Perú, durante el régimen de Fujimori, a las mujeres les introducían dispositivos intrauterinos, les ligaban las trompas, o les inyectaban en forma obligatoria para evitar el embarazo. El gobierno de ese entonces, causó la muerte de cientos de mujeres. En lugar de apoyo, sólo encontraron la muerte. Como consecuencia de ello, muchos niños quedaron huérfanos y algunos hogares se desintegraron, constituyéndose en un acto totalmente deleznable y un grave atentado a los derechos humanos.

“Se ha tratado de convencer a varones y mujeres de las bondades del uso de estos métodos sin analizar el impacto que estos podrían tener en las relaciones de la pareja y en la vida cotidiana. Esto hace que, en algunos casos, incluso el recurrir a dichos métodos, puede significar una “participación agresiva” por parte del varón, ya que, si éste sigue pensando que es un espacio de la mujer, puede ser un mecanismo de dominación, de control o de interferencia. En este sentido, el auge de la preocupación por involucrar al varón en la “atención en salud reproductiva” se deriva de una perspectiva pragmática y utilitarista de la atención al varón. Es decir, luego de comprender la importancia de la presencia del hombre en la toma de decisiones reproductivas resulta mejor tenerlo como aliado que como obstáculo en el objetivo final de incrementar el uso de MAC y de disminuir la fecundidad.” (Ramos, P. 2006:210).

Cirila Mamani al respecto hace saber:

“Los métodos anticonceptivos causan problemas en la salud de las mujeres. Algunas mujeres empiezan a enfermarse, adquieren infecciones como el cáncer y la muerte. Obligan también lo de la planificación, y de esa manera adquieren los males, y una vez que les da el cáncer, mueren, solamente resisten dos años.”

Ella misma al preguntarle si era cierto que después de dar a luz a las mujeres les aplicaban inyecciones para no tener hijos, responde:

“Si, después del segundo mes, con lo de la planificación familiar, le ponen a la fuerza, no les preguntan qué método es el más adecuado para su cuerpo no analizan. Por el hecho que son mujeres campesinas, sin preguntar les dan o bien pastillas o ponen inyección o les ponen T de cobre así aparecen enfermedades. Antes a muchas a mujeres la han obligado o convencido, ahora ha disminuido. Las mujeres se encuentran mal, ya no utilizan esos métodos de planificación.”

Por otro lado, también corrieron la misma suerte los varones a los que les hicieron la vasectomía. Sin tomar en consideración las condiciones culturales y el medio donde se encuentran, ni las actividades que desarrollan, igual como su idiosincrasia.

Cotrina Quispe de Huancarani, con mucha tristeza comentó:

“También a los varones les han operado para que no tengan hijos. Estos últimos años no, los años pasados (2000) habían hecho todo eso. Es así que uno de nuestros paisanos se encuentra mal, ya no sirve para levantar peso, cuando tenía alrededor de 25 años le hicieron eso y hoy no tiene fuerzas. Para que vaya a trabajar a otros lugares ya no es seguro y hoy él se arrepiente “Que es esto que me hice hacer como un loco, no sirvo para levantar cargas de peso, me duele la cintura” y resulta que se ha envejecido, le ha ganado incluso a mi esposo. Le ha llamado la atención “para que mandaste hacerte eso, mejor hubiera sido que te cuidaras en forma natural”. Así como vuelvo a repetir se ha envejecido, es menor que mi esposo. Pareciera que todo el cuerpo lo tuviera desintegrado, ya es como 8 años que se encuentra en esa situación, pero es cierto que ya no tiene hijos tuvo solamente 3.”

Pregunté si se había sometido a esta práctica voluntariamente y dijo:

“No, le obligaron en ambulancia lo habían traído. Y más bien hay una mujer que casi ya está loca ya. Ella es de la comunidad de Nueva Esperanza. Cuentan que su cuerpo le duele, también la cabeza, se hizo ligar las trompas.”

Es realmente preocupante hablar sobre el tema. Muchas mujeres cuentan que los métodos anticonceptivos que han usado, les han causado una serie de males y enfermedades desconocidas para ellas, y que el personal de salud se limita a decirles: “no se preocupen todo es normal”, evadiendo de esa forma sus responsabilidades. El uso de los inyectables ha provocado muchos cambios en sus cuerpos, las mujeres menstrúan durante 6 meses o más y creen que en sus vientres se van acumulando coágulos, obligadas de volver al Centro de Salud para que les hagan un diagnóstico. Simplemente aseveran: “no tienen nada, son efectos del inyectable”. En otros casos no les toman ni importancia. Los inyectables están relacionados con muchos malestares como el dolor de cabeza y de cintura. Las mujeres viven deprimidas, finalmente se sienten “enfermas”, imposibilitadas para trabajar.

Guillermina comenta como le convencieron para usar un método:

“Una vez que dejo de manar la sangre de mi cuerpo. La señorita Yeni me ha convencido para hacerme inyectar yo ni siquiera sabía. “Entra ¿quieres hacerte poner?” Yo acepté y para eso me hizo firmar un papel, solo me hice poner uno que es para un año. No me permitía hacer nada, si hacia algún esfuerzo inmediatamente empezaba la hemorragia que es demasiado.”

Estos datos demuestran que hay un claro rechazo a los métodos de planificación familiar. En primer lugar, no les explican las bondades y las consecuencias que pudieran tener, y los cuidados y los controles correspondientes. En segundo lugar, las mujeres siguen siendo víctimas del maltrato y la discriminación debido a su situación de analfabetismo y sus concepciones culturales distintas de los actores sociales de las ciudades y particularmente del personal de los Centros de Salud. Son ellas las que sufren las consecuencias del uso de los anticonceptivos, a ellas les exigen que controlen su reproducción y no así a los varones.

Por otro lado, hay mujeres sobre todo mayores y algunas jóvenes, cuyos principios religiosos (Maranathas) no les permiten usar los métodos anticonceptivos, consideran que es un pecado. Creen que tener hijos es la gracia y voluntad del divino creador. Por lo tanto, hay que tener los hijos que Dios manda. Si son demasiados, Dios los recogerá y él sabe porque lo hace. Por otro lado, manifiestan que la utilización de tales “remedios” es similar a matar a los niños que podrían nacer y que las mujeres que emplean estos remedios, irán al infierno y nunca más “verán la cara de Dios”. Pero también estas familias a pesar de mostrar resistencia, son convencidas por el personal de salud.

Igualmente, la mayoría de las mujeres manifiestan ser conscientes que no deben tener muchos hijos, por su situación de pobreza, carencia de recursos, etc.

“Las mujeres han expresado su deseo de “cuidarse” para no tener muchos hijos y su disposición de usar un método anticonceptivo, e incluso algunas manifiestan la posibilidad de usar el que se les oferta en particular. Sin embargo, el sentirse obligadas por los servicios de salud alimenta su desconfianza acerca de los métodos mismos y de las intenciones y la competencia técnica de los (as) proveedores(as) y los servicios de salud oficiales.” (Yon, C.2006).

Sin embargo, consideran que se sienten presionadas por el Centro de Salud a utilizar los métodos anticonceptivos que les ofrecen y que no son adecuados para las mujeres campesinas, viven en otro contexto cultural diferente al de la cultura occidental. Tanto varones como mujeres, desarrollan trabajos pesados como las actividades agropecuarias. Lo que sugieren, se promuevan los métodos naturales. Por ejemplo, tomar infusiones de hierbas anticonceptivas que hay en las comunidades al alcance y pueden adquirir sin costo alguno.

“El Centro de Salud cuando se refieren a métodos naturales lo hacen diciendo que estos métodos no son muy seguros. Muchas mujeres son irregulares, los espermatozoides pueden vivir hasta tres días en el cuerpo de la mujer, etc. Es decir, que se brinda información falaz a cerca de ellos, ya que los métodos naturales pueden ser usados por mujeres irregulares y los espermatozoides sobreviven, habiendo moco

fértil, más de tres días en el cuerpo de la mujer. Además, es una información tendenciosa que tiende a desalentar el recurso a los métodos naturales, induciendo a que se descarten por inseguros.” (Noticias Globales, 2006).

Imponer estos métodos es aprovecharse de la ignorancia de la gente, que carece de suficiente información. El método del ritmo, el “retiro” y las infusiones de hierbas anticonceptivas, casi ni se conocen, no se difunden. Los prestadores de servicio dan información falsa, indicando que no son seguras. Lo que se debe hacer es masificar estos conocimientos haciendo un estudio interdisciplinario (biólogos, médicos, antropólogos) coordinado con las comunidades.

Platiqué con Yanet, una joven de 19 años quien dio a luz en el hospital Antonio Lorena de Cusco. Al preguntarle cómo se cuidaba para no tener más hijos, respondió:

“Al día siguiente de haber dado a luz a mí y otras madres nos dijo una enfermera: “les voy a poner estas ampollitas para que no tengan hijos; pero me hizo mal ya no era normal” a todas las mujeres les pusieron. Otras no quisieron, pero de todas maneras les pusieron.”

Antes de inyectarles ¿les explicaron qué efectos tendría?

“No dijeron nada, más bien nos explicaron después de habernos puesto. “van a volver después de tres meses y volverse a poner”. Yo determine ya no hacerme poner, me afectó, me produjo hemorragia hasta los tres meses. La sangre ya no me venía se ha secado, ahora estoy volviendo a menstruar se ha normalizado y mi herida ha sanado. Me causa muchos males, me pone nerviosa y de cualquier cosa me amargaba, supo también mi esposo. Dijo que ya no me haga poner y que nos cuidaríamos nomás.”

Un campesino de Quisicancha que trabaja eventualmente en la municipalidad de Huancarani, que no quiso dar su nombre por temor a represalias, comenta en relación al tema:

“Por el hecho de ponerse esos dispositivos las mujeres salen enfermas, a las mujeres del campo no les hacen ningún provecho. Yo pediría que, a las mujeres, previamente deban hacerles una evaluación y cuál es el método más conveniente que puede usar. En estos días ponen cualquier dispositivo no saben qué consecuencias va a tener en las mujeres. Cuando la mujer se encuentra mal, recién los del Centro de Salud cambian de dispositivo, todo eso no es bueno.”

“Y los hombres que se hicieron la vasectomía también se encuentran enfermos. Ya no son como antes. Ya no tienen fuerzas para trabajar la chacra y todos ellos andan preocupados y tristes. Aumentan un poco de peso, pero ya no levantan a las cargas de papa que solían hacer antes de la vasectomía.”

Valentina Quispe que dio a luz en el Centro de Salud de Huancarani aportó:

“Me han puesto inyección inmediatamente después que di a luz. No me dijo nada para qué me estaban poniendo. Ahora no me embarazo ni tampoco me hago poner más inyecciones.”

Giovanna de Molle Molle:

“Cuando di a luz en el Centro de Salud de Huanquite, en la última de mis hijas me dijeron “Hija te pondré inyección, aunque sea en este mismo momento”. Yo simplemente dije “que tal señorita no me va a guardar, si soy solo una flaca” Y ella dijo “No hija, será bueno nomás”.

Los testimonios muestran la actitud paternalista del personal de salud. Aparentemente expresan su preocupación por las mujeres, pero en el fondo su interés se funda en el control de la natalidad, a cualquier costo, intimidando y tratando de convencerlas que utilicen los métodos anticonceptivos que les ofrecen. Es así que, sin consulta alguna les aplican inyectables después del parto. Aprovechan el momento del dolor del parto por la situación

de analfabetismo y carencia de información de las mujeres campesinas. Aunque ellos dicen que se está trabajando en la difusión y que no existe ningún problema, al igual como sostiene la obstetra:

“En cuanto a la utilización de los métodos. Nosotros les damos a conocer los métodos de planificación familiar. Se les da a conocer los pros y los contras, no se les impone tienen que ser evaluadas.”

Seferina Contreras que se hizo hacer la ligadura, con mucha nostalgia cuenta su caso:

“Ahora me siento mal compañera mi cabeza me está doliendo mucho, ya no sirvo para tomar si tomo chicha o alguna que otra copita, esito nomás me hace totalmente mal, antes no tenía pues eso y trabajaba bien. La que controla me ha dicho que me está chocando, ya ha pasado tres años, no sé si voy a ir al mismo o voy a Cusco.”

Para hacerte la operación decidiste sola o con tu marido:

“Yo tenía 43 años y tenía 6 hijos y entonces, decidimos, aunque él no quería al principio, le convencieron. Él ha firmado, ha aceptado una vez que los doctores le han dicho de todo. Al principio no estaba aceptando, los doctores le han preguntado tienes mucha tierra. Entonces, así como esta, puede tener todavía dos o tres más tu mujer, recién ha aceptado.”

En cuanto a la planificación familiar, Giovanna una joven de 27 años que tiene tres hijas, cuenta cómo la trataron en el Centro de Salud de Huanquite:

“Después que di a luz me pusieron y a partir de esto dentro de mí vientre tenía una bola de sangre y cuyo dolor no podía resistir, en otro de mis hijos ya no acepte que me pongan. Los síntomas son que dentro del vientre se siente que hay algo como una bola que se va desplazando a uno y otro lugar. Es más que seguro que esa lesión que debía salir, la inyección lo impidió.”

Cuando le pregunte cómo se estaba cuidando, respondió:

“Con nada. Pero cuando voy al control del bebe comenta: “hija ahora si basta, ahí nomás debes parar. Te vamos a poner esta inyección. Luego me dio una tarjetita indicándome que le hiciera ver a mi esposo, deseaban que vuelva al Centro de Salud y ya no fui por nada. Aquí en mi comunidad varias mujeres estuvieron con la inyección, Clara Quispe Mamani, prima de mi mamá, a esa mujer le pusieron inyecciones seguidas y tuvo hemorragias irregulares, tuvo miedo pensando que tal vez su sangre se puede acabar, pensando eso, ya no fui.”

Balbina de la comunidad de Patacancha también cuenta que siente temor a los métodos de planificación familiar, en este caso a los inyectables. Pero se sometería por ser muy pobre y con pocas tierras. Aunque su marido se opone radicalmente, aquí tenemos su versión:

“No quiere pues mi esposo compañera. Justo cuando quería hacerme poner inyección, la esposa de mi hermano se había hecho poner uno. Hasta que se le secó toda la leche. No quiero hacerme poner inyección, si tenemos hijos, tal vez puede pasar lo mismo. Mejor con lo que sabemos nomás cuidémonos, dijo mi esposo.”

También tenemos la versión de Brígida Champi de la comunidad de Pachar del distrito de Ollantaytambo, ella cuenta:

“Estuve cuidándome con la “T” de cobre, pero me causaba molestias, se me hinchaban los pies y me dolía la cabeza. Lo hice sin que sepa mi esposo, como estuve siempre mal, he entrado a la posta del distrito para que me sacaran y no me ha encontrado. Entonces he tenido que ir a un doctor particular, me han dicho “mira la “T” de cobre está en los últimos ya, hay que sacarlo, tienes que tener tu hijo” así me ha dicho el Dr. para que te limpie todas esas suciedades, así es como he tenido otro hijito.”

6.2. Los anticonceptivos tradicionales en las comunidades campesinas

Respecto a los anticonceptivos naturales las mujeres comentaron que algunas parteras, curanderas y madres, sabían cuidarse con hierbas, que generalmente son frescas, para “enfriar” los ovarios de las mujeres en edad fértil. Tomaban en infusión o en zumo, después o durante la menstruación.

Así mismo señalaron que las hierbas frescas generalmente se encuentran en zonas frías, crecen al pie de los nevados, y desde allí los esposos tenían que traerlos. De algunas hierbas se toman sus flores, hojas, yemas y de otras sólo sus raíces.

El uso de estas hierbas medicinales en general, no se ha socializado. Por entonces las familias tenían suficientes recursos, como la tierra, y no tenían necesidad de una planificación familiar. Al contrario, deseaban tener más hijos para que éstos pudieran acceder a más tierras comunales. Las familias que tenían más hijos varones tenían status social alto, y por supuesto más poder en la comunidad. Inclusive algunas familias mantenían cargos comunales gracias a los votos de sus hijos y su familia. Aquel que no tenía familia, era considerado un “wakcha”⁵⁹.

Celia Huamani hace saber:

“Si hay, muchas hierbas para controlarse, pero nosotras no conocemos. Y sabiendo también no te pueden contar, se hacen las muy difíciles. Si quisieras cuidarte naturalmente no podrían avisarte fácilmente y decirte qué hierbas debes tomar.”

Sin embargo, aquí tenemos algunas hierbas:

El perejil: Hay que tomar las raíces en infusión durante la regla y en zumo las hojas y tallos frescos, que se muele en batan (piedra de amolar) y luego se extrae el jugo y se toma una copa o dos en ayunas durante y después de la menstruación.

⁵⁹ Persona pobre y sobre todo sin familia.

Ortiga: Algunas mujeres toman en zumo combinándola con el perejil. Se comenta que la ortiga es muy fresca. Puede penetrar hasta los huesos, por ello no es muy recomendable.

Antes como las mujeres no usaban ropa interior (calzones) tampoco usaban paños. En los días del periodo menstrual, acostumbraban lavarse las partes íntimas con agua fría todas las mañanas en las acequias, desde el vientre hasta los pies. Así se espaciaban los embarazos y en algunos casos resultaron un control efectivo.

Otras mujeres indicaron que bebían **cerveza blanca**, que es fresca. Antes se elaboraba de cebada, ponían a la intemperie para que se mantenga fresca. Luego por la mañana bebían unos dos vasos, los días que estaban con el periodo menstrual.

Las mujeres que viven en comunidades de las zonas altas (punas) indicaron beber en infusión y en jugo, una hierba denominada “**marceliana**”.

Teresa de Huayocari (Huayllabamaba) afirma que ella se cuida con hierbas frescas, que crecen en las acequias denominadas “**ch'inquil**”. Toma en infusión y en jugo, cada vez que le viene la regla. Así mismo recomienda que se debe tomar con perejil.

Albertina, adolescente de 16 años de la comunidad de Patacancha:

*“Me estoy controlando con “**puka phallcha**” (reposado de mate de phallcha roja), existe en las lomas de Willoq. Se debe tomar en infusión, cuando está corriendo tu menstruación hay que tomar eso. Hay que hacerlo hervir, hierve a un color rojo, con eso me estoy controlando, y solo tomo una vez y eso es suficiente totalmente agrio, hay que tomar solamente un vasito.”*

Luís Apaza de Qeros informa sobre las hierbas anticonceptivas:

*“Nosotros nos cuidamos solamente con hierbas. Uno es el **“hayaq pilli”** y cuando beben las mujeres, ya no tienen hijos. Pero a algunas mujeres puede hacer bien mientras a otros no. Otro es parecido a la nigua llamada **“kuchu kuchu”**, hay que hacer beber cuando tiene la regla menstrual. Yo conozco solo esas hierbas y tenemos solo 3 hijos.”*

En la zona quechua, la mayoría de las mujeres acostumbran tomar la ruda como anticonceptivos. Así como chilco o salvia y ajeno, señalaron que estas hierbas fueron los anticonceptivos que usaban los pueblos originarios. Se recomienda tomarlas en infusión fría o tibia y sin azúcar.

Varios métodos caseros como los lavados vaginales con vinagre y jugo de limón, aún siguen teniendo vigencia, particularmente en los barrios populares de la ciudad del Cusco. Por las versiones recogidas, considero que es importante profundizar los conocimientos de las plantas medicinales, sus comportamientos dentro de la clasificación fresca y cálida. Promover su uso, pienso que es una de las alternativas más adecuadas. Mediante estudios interdisciplinarios y con la participación de los curanderos, parteras, etc.; de las comunidades campesinas. Sería importante hacer un estudio sobre la variedad de plantas anticonceptivas y promover su difusión.

En relación a este tema una partera informa:

“Las hierbas para curar se recogen temprano en la mañana, antes que salga el sol, cuando está con rocío (sulla,). Si lo recoges cuando el sol ya le cayó ya no es remedio, la planta ya no escucha, ya no cura. La planta es remedio, así yo recojo.”

ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación servirán para orientar la intervención de los programas y proyectos de salud reproductiva en las comunidades campesinas. En las que, las familias conservan sus sistemas tradicionales de atención de salud, en función a sus costumbres y priorizando el uso de las plantas medicinales.

También fue importante para prever los cambios bruscos o violentos que se dan en las comunidades campesinas, por la intervención de los Centros de Salud pública y las instituciones privadas que trabajan con proyectos de atención de salud reproductiva.

Así mismo se entregó el resultado del estudio a las organizaciones campesinas de primer y segundo grado y particularmente a las organizaciones de mujeres para socializar, reflexionar y plantear alternativas y sugerencias en torno a la salud reproductiva.

Igualmente se entregarán a la municipalidad distrital de Huanquite para tomar en cuenta en sus planes de desarrollo local, los problemas que se vienen presentando en la población campesina, en relación a la atención de la salud reproductiva en los Centros de Salud del distrito.

Los datos recogidos mediante las entrevistas, testimonios y la observación en situ, expresan que hay conflictos interculturales entre el sector salud y las familias de las comunidades campesinas en lo que se refiere a la atención de la salud reproductiva y la atención del parto.

Se constata que sigue latente el comportamiento racista y paternalista por parte del personal de salud frente a las mujeres campesinas. A quienes las consideran como personas sin derecho, pasivas, analfabetas, seres inferiores, diferentes. Por sus rasgos físicos, pertenecen a la cultura tradicional, el idioma quechua, etc., son excluidas. Hechos que no permiten promover una convivencia intercultural en términos de equidad e igualdad en el ejercicio de derechos y el respeto mutuo.

“Los indígenas han sido siempre víctimas del racismo y la discriminación por parte de la población no indígena, las instituciones sociales y el Estado... Sobre todo, la discriminación cultural, debido que la idea predominante de Estado–Nación está basado en valores occidentales, europeos y mediterráneos que omiten, niegan e incluso rechazan los elementos no occidentales, es decir, los componentes indígenas de la cultura nacional.” (Stavenhagen, R. 2006).

Las mujeres campesinas de esta zona, desde sus ancestros, tienen conocimientos y prácticas sobre la atención del parto. Son actos rituales y simbólicos, que no son reconocidos por los funcionarios del sector salud. Lo que se desea es, revalorar estos conocimientos ancestrales e incorporarlos dentro de los conocimientos de la medicina moderna convencional.

El menosprecio del conocimiento y prácticas de los pueblos indígenas cuyo rechazo es irracional, negando toda posibilidad de vinculación. Se niega e ignora, de tal modo que la mayoría de profesionales, desconocen los sistemas tradicionales indígenas, que son un cúmulo de conocimientos importantes tan igual que la medicina convencional.

Frente las exigencias del sector salud, las familias campesinas han encontrado mecanismos de cómo evitar la atención en los centros maternos. Las parteras siguen atendíéndolas en sus casas, pero en forma secreta, para no someterse a los exámenes prenatales, y el mismo parto.

Al final para los Centros de Salud todo terminará en apariencias y cifras estadísticas que no serán el reflejo de la realidad. Excepto solo para la satisfacción de la institución que maneja para destinar presupuestos o justificar enormes gastos realizados, para alcanzar metas.

El Estado en el sector Salud no brinda todos los materiales y equipos que debería contar para la atención del parto en los Centros de Salud rurales; mucho menos tiene un sistema de derivación adecuado a los centros de hospitalización. Hechos que solo van a contribuir que haya confusión y desconfianza, no dan soluciones concretas a los problemas

de parto en los mismos Centros de Salud, hecho que genera discusiones entre el personal y las familias y estas a su vez con las promotoras de salud.

Las mujeres gestantes no desean acudir al centro materno (excepto obligados), debido que de estos centros regresaran con males desconocidos. Se enferman física y psicológicamente y tienen una imagen distorsionada de los médicos y enfermeras.

“Yo como lideresa viendo la problemática estaría de acuerdo a que la atención del parto en el Centro de Salud sea voluntaria, nosotras que vivimos en el distrito y estamos organizadas, no permitiríamos que nos traten mal. Por lo menos nosotras participamos en los diferentes cursos de capacitación y de esta manera sabremos nuestros derechos. En cambio, las mujeres del campo que vienen de lugares distantes, continúan recibiendo malos tratos, no saben sus derechos, no saben cómo hacerse respetar, son tímidas y sienten temor de decir algo.” (entrevista Agustina Colque del distrito de Huanoquite).

Los mamawasis y el SIS son estrategias del programa de la salud reproductiva y planificación familiar. A través de las cuales las obligan e intimidan a las mujeres gestantes para que vayan al Centro de Salud para la atención del parto. Si muestran resistencia no serán beneficiarias de SIS, tampoco se les expedirá el certificado del neonato, para su correspondiente inscripción en registro civil del distrito. Esto demuestra que hay una discriminación y racismo a los grupos más vulnerables, que en este caso son las mujeres y no hay cuando acabar. Las autoridades no toman en consideración estos hechos, porque más les interesa hacer obras de infraestructura física.

Las actividades del sector salud son planificadas sin la participación de “beneficiarias” las comunidades campesinas, en función al cumplimiento de metas y objetivos institucionales del sector salud.

Existe un desconocimiento de la idiosincrasia campesina, su cosmovisión, sus patrones culturales que son diferentes respecto a la sexualidad, crianza de los hijos y la salud reproductiva por parte de los trabajadores (as) de salud.

Los programas de Salud Reproductivas han sido utilizados para los programas de capacitación con una perspectiva economicista, bajo el análisis costo–beneficio. Se sustentan en el mito que cuantos más hijos se tiene, menos tierras, más pobreza. Las áreas cultivables en las comunidades, se van parcelando más. Por lo tanto, la única estrategia para la sobrevivencia de la familia es la no fecundidad. Percepciones que considero como incoherentes para las familias campesinas.

Las mujeres campesinas en general, no ejercen sus derechos de decidir libremente, la forma, el lugar y el tiempo para ser atendidas por su salud reproductiva, especialmente en el parto. Siempre sujetas a las decisiones de las políticas de salud que les imponen, a pesar de las recomendaciones de la OMS.

Algunas comunidades campesinas mostraron su rechazo total frente a la exigencia del Centro de Salud por la atención de parto institucionalizado. Intentaron dialogar con el personal de salud, pero ellos indican que son disposiciones emanadas del Estado. Por lo tanto, hay que cumplirlas. En una oportunidad las autoridades comunales, invitaron al personal de salud, a una asamblea de Rondas campesinas⁶⁰ del distrito de Ocongate. Aquí tenemos el testimonio que cuenta una de las ronderas:

“Si en aquella ocasión les dijeron en la asamblea “no puedes explotarnos de esa manera, no es posible que nuestras mujeres permanezcan en los mamawasis tanto tiempo, no puede ser obligatorio, tampoco tenemos el dinero suficiente para solventar los gastos” Y ellas al escuchar los reclamos dijeron “el gobierno ha ordenado que sea así, la ley es la ley”. Así quedo y termino en cierto resentimiento de los profesionales de salud. “Nosotras nos preocupamos de su salud y todavía nos objetan de esa manera”.

⁶⁰ Organizaciones encargadas del control de abigeato o robos de animales y otros en las comunidades campesinas.

Las mujeres necesitan mayor atención en su formación y capacitación, relativos a la salud reproductiva, tanto en el ámbito personal como en el comunal para hacer respetar los derechos generales y particulares. Las mujeres campesinas de esta zona tienen conocimientos y prácticas ancestrales sobre la atención del parto, que son actos rituales y simbólicos y no reconocidos por los funcionarios del sector salud. Lo ideal sería revalorar estos conocimientos e incorporarlos dentro de los conocimientos de la medicina convencional moderna.

He sido testigo presencial del caso, en una de las comunidades del distrito de Ccolquepata-Paucartambo, Cusco. En una ocasión una delegación de autoridades arribó a una comunidad y participó en una asamblea, entre ellos un médico, dos enfermeras, un efectivo policial, y el gobernador del distrito.

El representante de la PNP habló en castellano sobre la presencia de las autoridades, dirigiéndose a los comuneros los tachó de “incumplidos”. No se preocupaban de llevar a sus esposas gestantes al Centro de Salud para su control y atención: “no se preocupan por ser alcohólicos”. Uno de los dirigentes se levantó y dijo: “¿Con qué derecho afirma que somos alcohólicos? Para su conocimiento, la mayoría de nosotros somos evangélicos y maranatas⁶¹”. El policía sólo alcanzó a pedir disculpas y por poco fue expulsado de la asamblea.

Tomó la palabra el médico quien explicó sobre las medidas que el gobierno estaba asumiendo para el sector salud. Luego hablaron las enfermeras, solo una de ellas se expresó en quechua. Todas las mujeres gestantes de la comunidad deben acudir al control y atención del parto en la Posta de Salud, para ello deben permanecer en el mamawasi dos semanas antes del parto y si no lo hacen así, se harán merecedoras de sanciones como la elaboración de cien adobes para la posta, y un pago pecuniario de 50 nuevos soles. Además de la detención de 48 horas, así lo exigía la ley.

⁶¹ Secta religiosa protestante que en la última década que tiene muchos adeptos.

Algunas mujeres argumentaron que no podían desplazarse por la distancia, que no tenían a quien dejar sus casas, hijos menores, animales y mucho menos contaban con el dinero necesario. Finalmente, el gobernador declaró: “son disposiciones del Estado y hay que cumplirlas”.

CONCLUSIONES

Existen conflictos interculturales entre el sector salud y las comunidades campesinas en cuanto a la atención de la salud reproductiva (parto, planificación familiar), debido a la imposición del sistema médico moderno sobre la medicina tradicional, sin tomar en cuenta los aspectos socioculturales, ideológicos y políticos. En las comunidades campesinas, la salud reproductiva se desarrolla dentro de un contexto cultural diferente al occidental. La cultura al cual pertenecen, moldea la conducta de los hombres. Las leyendas, los mitos, los cuentos, los tabúes y las costumbres, se establecen como normas y valores que regulan el proceso del embarazo, parto y post parto.

Las mujeres gestantes y madres que fueron al Centro de Salud para el control, atención del parto y posparto manifestaron que lo hicieron por obligación, temor a las sanciones y multas pecuniarias, que se les imponen y no por voluntad propia.

El 90% de las entrevistadas (gestantes, autoridades comunales, y autoridades locales), expresaron que las mujeres gestantes ni desean concurrir, a los servicios del Centro de Salud para el control, atención de parto y posparto debido a lo siguiente: los malos tratos que reciben por parte de la mayoría del personal de salud que las atienden, (baños, caminatas después del parto, insultos, etc.). No les presta la debida atención en cuanto al retorno a sus domicilios después del posparto.

A pesar del modelo de adecuación cultural, los mamawasis inadecuadamente implementados. Tres o más madres comparten una habitación, y permanecen entre dos semanas y un mes, esperando el parto. Pasan los días y ellas preocupadas por sus hijos y hogares. Hecho que es un traslado involuntario, que causa abandono temporal de la familia. Según el sector salud, las madres gestantes en los mamawasis, “viven como en sus casas”.

Las mujeres que viven relativamente cerca (dos a tres horas), de su casa, oponen resistencia de ir a vivir temporalmente al mamawasi. A veces dan a luz por los caminos, corren el riesgo de perder la vida como la de su bebé. No obstante, por el temor, de todas maneras, uno de los familiares tiene que dar parte al Centro de Salud. Mientras ellas retornan a casa, pero al día siguiente, son trasladadas al Centro de Salud.

El 90% de mujeres que han sido atendidas del parto y fueron usuarias del programa de planificación familiar en los Centros de Salud, tanto del distrito o en los hospitales de la ciudad de Cusco. Consideran sentirse “enfermas”, por la mala atención y fueron controladas por aparatos extraños o fueron tocadas por médicos y enfermeras, debido a su cultura. Para ellas, el parto es ritual y privado.

Algunas madres gestantes que se han opuesto y no han asistido al Centro de Salud, fueron sancionadas y tuvieron que pagar multas que fluctúan entre los 20 y 60 nuevos soles al Centro de Salud. Después de las súplicas y fuertes reprimendas de las enfermeras les expiden el certificado de nacimiento de sus hijos, para la correspondiente inscripción en el registro civil de la municipalidad del distrito.

Las mujeres revaloran la atención de parto domiciliario donde la atención es de acuerdo a sus costumbres y tradiciones. Son bien tratadas y junto a sus hijos y familiares quienes les brindan la debida atención y todo su apoyo. Por otro lado, evitan los exámenes, la posición horizontal incómoda para dar a luz en el Centro de Salud. Las prácticas de higiene rigurosa que contradicen a sus costumbres.

Existe un desconocimiento de las técnicas tradicionales de atención del parto posparto y planificación familiar de las familias campesinas de las comunidades por parte del personal de salud y las políticas públicas de salud, por considerarlas inadecuadas, arcaicas, etc. Por ello, en las aldeas campesinas, se ha prohibido la atención del parto por las parteras.

El sector salud informa que se está logrando la integración de las madres al nuevo sistema de atención de salud pública. Sin embargo, los supuestos “logros” son gracias al sacrificio de las familias campesinas, las mujeres gestantes. Por sus sufrimientos diarios a consecuencia de la obligación del parto en los Centros de Salud. Del uso de los métodos de planificación familiar, donde las mujeres exponen sus vidas en los hospitales de la ciudad de Cusco y en provincias donde el trato es aún más discriminatorio.

Finalmente, las mujeres indígenas son víctimas de vulneración de derechos tanto por parte de las políticas de salud, como por parte de las trabajadoras de salud pública. Entonces podemos decir que se está logrando los objetivos del Estado de controlar la natalidad, el incremento de la población. En particular de la población campesina y al mismo tiempo se está logrando insertar al sistema de la mal llamada globalización.

RECOMENDACIONES

La atención de la salud reproductiva particularmente del control, atención del parto y posparto en los Centros de Salud, sea en forma voluntaria para las familias campesinas, por la serie de problemas culturales que se producen en el traslado, el abandono de sus hogares y la inadecuada atención en los Centros de Salud. En las entrevistas realizadas tanto a las autoridades comunales y líderes campesinos, el 90% indicó estar de acuerdo que sea voluntario y no obligatorio.

Proponemos que las organizaciones campesinas, la Municipalidad distrital, en coordinación con el Centro de Salud organicen campañas de sensibilización al personal de salud y se realicen eventos de capacitación en temas de interculturalidad, medicina tradicional, atención de la salud reproductiva, desde el enfoque intercultural. Para ello será necesario elaborar una propuesta de programa de capacitación formal continua con metodologías que promuevan el ínter aprendizaje entre el personal de salud y las parteras, como política de salud para las zonas rurales del país, como una estrategia para mejorar las coberturas y disminuir la muerte materna y peri natal.

Promover espacios de encuentros de diálogo intercultural entre el sector salud y las comunidades campesinas del distrito, con el objetivo de generar una convivencia armónica en relación a la atención de la salud reproductiva y la salud en general.

Se sugiere que el Centro de Salud debe evaluar y reorientar sus estrategias de intervención de los programas y proyectos de salud reproductiva en las comunidades campesinas, donde las familias conservan sus sistemas tradicionales de atención de salud en función a sus costumbres y priorizando el uso de las plantas medicinales.

Promover espacios de reflexión sobre la problemática en las comunidades campesinas y las organizaciones de mujeres y plantear alternativas en torno a la salud reproductiva. Analizar cuál es la perspectiva del sector salud ¿será continuar con las mismas políticas de salud reproductiva? (atención del parto sabiendo que hay una resistencia justificada en términos culturales, sociales y políticos).

Rescatar a las parteras y recuperar los conocimientos y prácticas tradicionales de atención de parto en las comunidades campesinas. Tal como constaté en las versiones de las mujeres y en las investigaciones respecto al tema, vemos cómo la medicina occidental continúa ejerciendo el control sobre el cuerpo de las mujeres, patologizando sus etapas vitales tales como la menstruación, la gestación, la menopausia y el parto, convirtiéndolas en procesos que deben ser tratados y controlados desde un enfoque biológico exclusivo. Invisibilizando los aspectos culturales, sociales, religiosos, etc. Al mismo tiempo, los emocionales y psicológicos de la vida de las mujeres, que conllevará en el futuro a la excesiva medicalización y por lo tanto la dependencia de fármacos.

El reconocimiento y la valoración de la medicina tradicional (uso de plantas medicinales y las técnicas de atención del parto) por parte de la medicina científica ayudaría a mejorar la salud de la población en general y también las relaciones sociales entre el Centro de Salud y las comunidades campesinas.

Fortalecer a las organizaciones campesinas y particularmente a las organizaciones de mujeres para hacer respetar sus derechos reproductivos, así como manifiesta Américo Flores, campesino del distrito de Ocongate.

Por otro lado, proponemos la formación de médicos indígenas interculturales, que pueda contribuir a mejorar la problemática de la salud en general de las poblaciones indígenas.

Exigir al Estado el mejoramiento y la construcción de más carreteras para las comunidades campesinas. Mejora de la infraestructura del Centro de Salud, así como la implementación con equipos necesarios para la atención de casos de emergencia. Contratar más personal profesional para el sector rural.

También es necesario comprometer al sector salud para que las promotoras de salud y parteras, sean capacitadas y retribuidas por el sector salud. De esa manera, exigir el cumplimiento de sus funciones respecto a la atención de la salud en sus propias comunidades en coordinación con el Centro de Salud.

Sensibilizar a las trabajadoras del sector salud, y promover un equipo de promotoras indígenas en salud reproductiva en las comunidades. Que sean capacitadas en forma permanente por las parteras y el personal de salud. Así mismo proponemos la formación de médicos indígenas, que contribuyan a mejorar esta problemática en cuanto la atención de la salud reproductiva, en las comunidades campesinas.

Reformular la política pública de salud y salud reproductiva, en particular que es un sistema homogeneizante y hegemónico.

BIBLIOGRAFIA

ALBERTI, Pilar (2007) “Mujeres indígenas y desarrollo en Perú”, 1990–2000, publicado en revista Ximhai, Universidad Autónoma indígena de México.

AMEIGEIRAS Aldo, Jure Elisa, diversidad cultural e interculturalidad, universidad Nacional de General Sarmiento, Buenos Aires, 2006.

AMNISTÍA INTERNACIONAL, 28 de junio de 2007.

AMODIO, Emanuele “Antropología cultura”, UNESCO, OREALC, Santiago de Chile, 1998.

ANÓNIMO (2007). ¿Por qué tantas cesáreas? En la revista “Tan solo unas burbujas”,

<http://lasburbujasinvisibles.wordpress.com/2007/03/27/%C2%BFpor-que-tantas-cesareas/>

BOLTON, Ralph y **LUPERIO**, David (2005), “Proyecto de investigación “salud reproductiva y las enfermedades sexuales en la población campesina Puno–Perú”.

CARBONE Campoverde Fernando; Del estigma de la mortalidad materna, a la maternidad segura y saludable. Acuerdo nacional 2002-2022. Lineamientos Sectoriales de Salud 2002-2012.

CASAUS A. Marta, La Metamorfosis del Racismo en Guatemala, 2002, segunda edición.

CASAUS Marta, Alejandra Hurtado de Mendoza Casaus, Diagnostico del racismo en Guatemala. Investigación interdisciplinaria y participativa para una política integral por la convivencia y la eliminación del racismo, vol. III, Guatemala 2006.

CIDEM Y FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (1999).” Marco conceptual para conocer y respetar las diferencias y derechos en la salud y reproductiva”, Bolivia.

CONEPO, Apuntes de Población, de baja California. sitio web)

DIARIO EL CORREO DE CUSCO, Perú, del 17 de mayo del 2008.

DIAZ, Ernesto, (1998) “Diversidad cultural y educación en Iberoamérica”, en revista Iberoamericana de Educación N.º 17.

DIEZ Alejandro; interculturalidad y comunidades: propiedad colectiva y propiedad individual. En Debate Agrario N.º 36, Lima

DILLÓN, Marta (2003) “prevenir y promover la salud corporal y psicológica de la persona a partir del embarazo, el parto y el puerperio”, Centro Tobino natal.

EDICIONES RED DE SALUD DE LAS MUJERES LATINOAMERICANAS y del Caribe, RSMLAC, Cuadernos Mujer Salud 12 Web: <http://www.reddesalud.org>

ESPINOZA, Fabiola (2008) “Nutrición: lactancia buena para mama”, en Mujer Total, www.Mujertotal.com.

ESPINOZA, Fabiola “Nutrición: lactancia buena para mama”, en Mujer Total, 2006. www.Mujertotal.com.

ESTAVENHAGEN, Rodolfo. (2006) “Identidad étnica y multiculturalismo en América latina”, en Araucana, revista Iberoamericano de filosofía, política y humanidades. Año 3 N.º 7. Fuente: Secretaría del X Congreso Nacional Pro-Vida.

FUJIMORI, Alberto; Mensaje: “Resucitan el Programa de Salud Reproductiva”, Tokio Agosto del 2004.

HALPERIN David C. y Emma Zapata Salud reproductiva INEI - salud productiva, pobreza y condición de vida en el Perú.

HINCAPIÉ, Elizabeth y VALENCIA, Claudia (2000) “Capacitación de las parteras y su relación con la mortalidad perinatal del municipio de Quinchía”, Colombia.

<http://archive.amnesty.org/library/Index/ESLAMR460102007?open&of=ESL>
_PER http://interculturalidad.org/numero03/2_06.htm

INFORME DE LA CUARTA CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA MUJER Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995 Declaración de Beijing Declaración de objetivos Naciones Unidas.

KYMLICKA Will, Ciudadanía Multicultural, Buenos Aires, primera edición 1996.

LANGER Ana y Gustavo Nigenda, Salud reproductiva y reforma del sector salud en América latina y el caribe desafíos y oportunidades Population Council. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. México, D.F. México e Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México

LLANOS, Elvira (1992) “Mujeres de los andes, condiciones de vida y salud”, Instituto francés de estudios andinos IFEA y universidad Externado de Colombia.

MEDINA, Armando y **MAYCA**, Julio (2006) “Creencias y costumbres relacionados al embarazo parto y puerperio en comunidades nativas Awajum wampis” en revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública”, Vol. 23, Instituto Nacional de Salud, Perú.

MINSA USAAC, IASP, (2000) “Cultura Andina y salud en la Región Cusco”, capítulo: VI, Perú.

MOTTA Eduardo Yong; "programa de salud reproductiva y planificación familiar 1996 - 2000".

NOTICIAS GLOBALES, Año III. Número 266, 87/00.Gacetilla N.º 380; Buenos Aires, 6 de diciembre 2006.

NOTICIAS GLOBALES. Año III. Número 266, 87/00.Gacetilla N.º 380; Buenos Aires, 6 de diciembre 2000. [http://pagina.de/noticiasglobales;](http://pagina.de/noticiasglobales)
<http://www.puertovida.com/noticiasglobales>

OMS, Organización mundial de la salud, Qué es la salud reproductiva sitio web

ORGANIZACIÓN de las Naciones Unidas. Informe del Comité Especial Plenario del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General Documentos Oficiales Vigésimo tercer período extraordinario de sesiones Suplemento No. 3 (A/S-23/10/Rev.1).

ORTIZ, Alejandro (2000) “La comunidad, el parentesco y los patrones de crianzas andinos en Cultura Andina y salud en la Región Cusco”, PSNB y UNSAAC, Perú.

PERÚ. Mujeres pobres y excluidas. La negación del derecho a la salud materno-infantil. *Accesibilidad a los servicios de salud*.

PIERINI, Alicia; Selección de normas vigentes en el campo de los Derechos Sexuales y Reproductivos Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires Argentina, mayo del 2005.

PLATT Tristan; El feto agresivo. Parto, Formación de la persona y Mito-historia en los andes. Estudios atacameños, número 022 Universidad Católica del Norte San Pedro de Atacama, Chile pp. 127-155. Chile 2002.

PROYECTO de interculturalidad, políticas públicas y desarrollo humano sostenible PUNUD, Guía sobre interculturalidad primera parte, Guatemala 1999.

RAMOS Padilla Miguel; La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género Rev. Perú Med Exp Salud Publica 23(3), 2006.

REPORTE MUNDIAL PERÚ, progresa en Salud Materna Perú “La espera antes del parto”, Bárbara Fraser. www.thelancet.com Vol. 371, 12 de abril, 2008.

RODRIGO Alsina Miquel; La interculturalidad en la modernidad actual Encuentro internacional sobre interculturalidad. Noviembre 2001. www.cidob.org

ROZAS, Washington (2000) “Cultura Andina y salud en la Región Cusco”, PSNB y UNSAAC, Perú.

SÁENZ, Tula (2002), “Prácticas indígenas”, en revista, Urpichallay.

SALUD Reproductiva. Objetivo 5 Mejorar la Salud Materna. Meta 6 Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad en tres cuartas partes. Sitio web

SANJINÉS, Jorge; El valor de la diversidad. En: Revista de Educación y Cultura Docencia. Año IV. N.º 10. agosto 2004.

SCIENTIFIC AMERICAN (2002).” Lucha genética contra los virus, revista de Investigación ciencia”, edición enero, España.

SOLÍS Fonseca Gustavo, María Heise - Interculturalidad, Creación de un concepto y desarrollo de una actitud. Lima - 2001. Inversiones Hatuey S.A.C. Este artículo ha sido editado y compilado, en el marco del Programa FORTE-PE - MINEDUC, Convenio PER/B7 Lima - 2001. Publicado en línea por: Norca Rodríguez el 24/08/05

TUBINO Fidel; Interculturalidad para todos, ¿un slogan más?

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas. Sitio web

[www.lactared.com.pe/conferencia/igam2002/resumenes/PRACTICAS
%20INDIGENAS%20Y%](http://www.lactared.com.pe/conferencia/igam2002/resumenes/PRACTICAS%20INDIGENAS%20Y%20)

YON, Carmen (2006) “Salud reproductiva, interculturalidad y ciudadanía”

ANEXOS



Plaza de armas, en la que destacan el templo y local de la Municipalidad distrital de Huanquite, Paruro, Cusco – Perú.



Plaza de armas del distrito de Huanquite, Paruro, Cusco - Peru



Vista panorámica de la Comunidad Campesina de Molle Molle.



Vista panorámica de la Comunidad de Molle Molle en época de sequía.



Rio Molle Molle en época de sequía.



Riachuelo principal a la Comunidad Campesina de Molle Molle.



Comunidad de Molle Molle, en época de siembra temprana.



Mujer campesina desgranado maíz, comunidad de Molle Molle.



Calle principal de la comunidad de Molle Molle.



Familia campesina en labor de secar la jora de maíz para elaborar chicha.



Vivienda de una familia campesina de Molle Molle.



Retorno del ganado después del pastoreo.



Mujer campesina arreando sus animales a sus parcelas, donde permanecerán durante el día.



Pequeños hermanos que se quedan en casa, mientras que la madre va a pastorear ganado.



Los dos pequeños de la imagen anterior.



Mujer campesina de Molle Molle, retornando a casa con el ganado vacuno.



Familia campesina retornado con el ganado junto a sus hijos.



Vista panorámica de la comunidad campesina de Llaspay – Huanoquite- Cusco, Perú.



Comunidad de Llaspay, Huanucoite durante el día, las familias trabajan en sus parcelas.



Trueque de productos agrícolas con agro industriales, comunidad campesina de Molle Molle



Llevando papa para vender o hacer el trueque con los comerciantes



Ex partera de la comunidad de Molle Molle



Jóvenes y adolescentes participando de las actividades de salud sexual de OPS.



Mujer campesina de Molle Molle, sumida en la pobreza y el alcoholismo.



Mujeres cargando merienda a la parcela para sus trabajadores, que preparan para la siembra.



Comuneros de Molle Molle y Llaspay, que llevan sus productos agrícolas a Cusco.



Vivienda de una familia campesina de Molle Molle.



Patio de una vivienda de una familia campesina de Molle Molle.



Vivienda de una familia campesina de extrema pobreza, Molle Molle.

GUÍA DE PREGUNTAS

PROMOTORES DE SALUD

- ¿Qué rol cumplen los promotores (as) de salud en las comunidades campesinas?
- ¿Los promotores de salud pueden atender el parto en sus comunidades?
- ¿Las mujeres gestantes tienen confianza con los promotores de salud?
- ¿Las promotoras de salud pueden atender casos de emergencia como la atención del parto?
- ¿Quiénes eligen a los promotores de salud?

MUJERES GESTANTES

- ¿Cuéntame cómo y dónde has dado a luz a tus hijos?
- ¿Cómo te han atendido en tu último parto en el centro materno de Huanquite?
- ¿Fuiste en forma voluntaria al Centro de Salud para tu atención del parto?
- ¿Cuántos días antes del parto fuiste al Centro de Salud?
- ¿Quisieras volver al Centro de Salud para la atención del parto?
- ¿Quisieras atenderte en tu casa con una partera?
- ¿El SIS cubre todos los gastos de atención en el centro de salud?
- ¿En caso que no fueras al Centro de Salud te sancionan?
- ¿Qué método de planificación has usado antes de tener a tu hijo?
- ¿Ahora cómo te cuidarás?
- ¿Con que método se cuidan la mayoría de las mujeres de la comunidad?

PARTERAS

- ¿Cómo diagnosticas el embarazo?
- ¿Cómo se sabe cuándo una mujer ya está a punto de dar a luz?
- ¿Por qué los fetos abortados son furiosos y vengativos?
- ¿Por qué y cómo hacen el manto?

- ¿Cómo son los movimientos del feto cuando es varón o mujer?
- ¿Cómo deben cuidarse las mujeres gestantes?
- ¿Qué creencias hay en la comunidad en relación al parto?
- ¿Qué ritos se realizan durante la atención del parto?
- ¿Existen todavía parteras en la comunidad?
- ¿Pueden las parteras atender el parto en la comunidad?
- ¿Qué casos no puedes atender en la comunidad?

PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD

- ¿Es cierto que se les obliga a las mujeres para que se atiendan en el centro materno?
- ¿Por qué algunas madres muestran resistencia a concurrir al Centro de Salud para el control de embarazo y la atención del parto?
- ¿Qué método de planificación prefieren las mujeres campesinas del distrito?
- ¿Qué problemas se presentan en el centro en relación a la salud materna?
- ¿Qué tipo de inyectables se les pone a las mujeres postparto después de haber desembrazado?

MUJERES DIRECTIVOS Y LIDEREZAS

- ¿Que opinión tienes sobre la atención de parto en los Centros de Salud?
- ¿Por qué crees que los Centros de Salud obligan a las mujeres a que vayan a dar a luz en el centro materno o mama wasi?
- ¿Estos temas son considerados en las agendas de la federación de Campesinos del Cusco?
- ¿Frente a esta problemática, cual sería tu planteamiento como dirigente?
- ¿Se hablan de estos temas en las asambleas de las comunidades?

AUTORIDADES COMUNALES

¿Por qué crees que les obligan a las mujeres gestantes a concurrir al Centro de Salud del distrito para la atención del parto?

¿Tienen algún acuerdo o convenios para que las mujeres vayan a dar a luz en el Centro de Salud?

¿En la asamblea han tratado sobre este aspecto de la salud reproductiva?

¿Están de acuerdo las familias a que sus esposas vayan a las casas de espera o mamawasi a vivir esperando la atención del parto por un periodo de tiempo?

¿Qué problemas en las unidades familiares la ausencia de la madre durante la atención del parto?

RESOLUCIÓN MINISTERIAL No 071-96-SA/DM

**APRUEBAN EL "PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y
PLANIFICACIÓN FAMILIAR 1996 - 2000"**

Lima, 6 de febrero de 1996

Visto el Oficio DGSP No 1811-95 de la Dirección General de Salud de las Personas;

CONSIDERANDO:

Que los lineamientos de la Política Nacional de Población están orientados al logro del adecuado crecimiento de la población de acuerdo con el desarrollo del país;

Que para asegurar el cumplimiento de dicho objetivo es necesario disponer de un instrumento técnico - normativo que garantice el irrestricto ejercicio del derecho a la salud reproductiva, condición esencial para que el ser humano disfrute plenamente de sus derechos civiles, políticos, económicos y sociales;

Que con tal propósito es conveniente aprobar el "Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996 - 2000", elaborado por la Dirección de Programas Sociales, el mismo que describe la situación sociodemográfica actual, especialmente en los aspectos de salud, educación, vivienda y trabajo; señala la misión, objetivos, metas, líneas de acción y estrategias: así como su estructura organizacional y estrategias de financiamiento;

Con la opinión favorable del Viceministro de Salud;

SE RESUELVE:

1° Aprobar el "Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996 - 2000", que constituye el marco referencial y estratégico de las acciones locales y de nivel nacional.

2° *La Dirección de Programas Sociales del Ministerio de Salud, tendrá a su cargo la dirección de la ejecución, coordinación, supervisión y evaluación del Programa, en el ámbito del Sector Salud y demás sectores sociales.*

3° *Derogar todas las disposiciones administrativas que se opongan a lo normado en el Programa que se aprueba conforme al numeral primero de la presente resolución.*

Regístrese, comuníquese y publíquese.

EDUARDO YONG MOTTA

Ministro de Salud

(*) Por Resolución Ministerial No 076-98-SA-DM, publicada el 11.03.98, se modifica el párrafo 11 del Subtítulo Metas de Servicios del Título 5, OBJETIVOS Y METAS del "Programa Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000"

(**) Según Resolución Ministerial No 089-98-SA-DM, publicada el 12.03.98, se modifican los párrafos 1 y 2 del Subtítulo Metas de Servicios, del Título 5. MISION OBJETIVOS Y METAS del "Programa Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000"(sitio web)

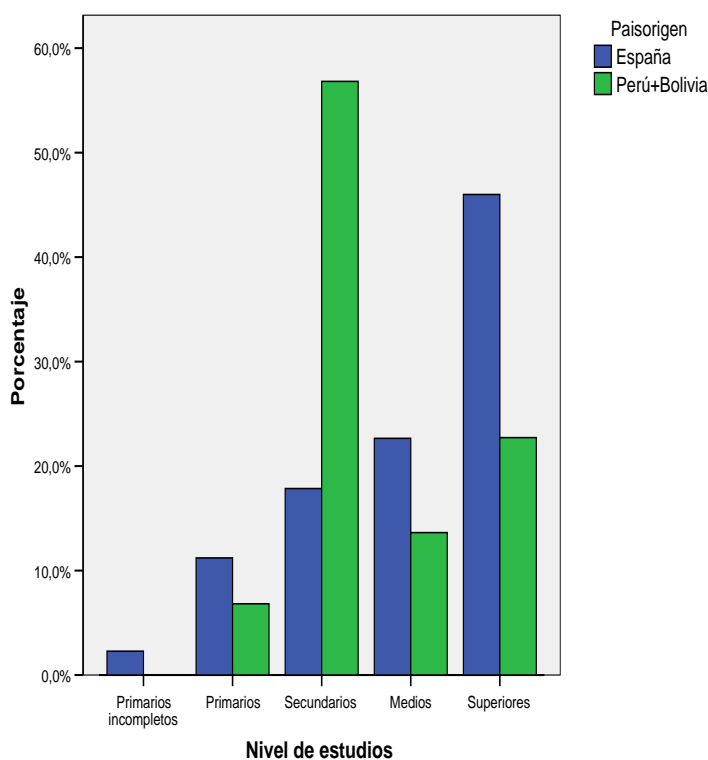
Emitían estos dispositivos como dice el autor pensando que “el fin justifica los medios”, no escatimaban esfuerzos para hacerlo y no importaba que mueran las mujeres, creyendo que, disminuyendo el número de pobladores, podría evitarse la debacle en la economía, creyendo que instaurando los viejos postulados de Malthus podrían salir adelante, cuando lo que se necesita es mejorar la educación, invertir en ella y de esta manera se pueda salir para delante. Nada más falso, porque al contrario se trata de alimentar y educar a los nuevos habitantes y tomar en cuenta que éstos en lugar de ser una carga, sino considerar todo un potencial humano que contribuirán con el país.

ATENCION DE PARTO EN EL HOSPITAL DE LA PAZ DE MADRID A MUJERES INMIGRANTES (peruanas – bolivianas)

Nivel de instrucción de mujeres inmigrantes y españolas

La mayoría de las mujeres que inmigran a Madrid por lo general tienen instrucción secundaria y en un porcentaje menor, superior. En el caso de las mujeres peruanas, por lo general son mujeres provenientes de sectores urbanos marginales y en muy raros casos mujeres de comunidades campesinas. Mientras que las mujeres españolas tienen un alto porcentaje de nivel de instrucción superior.

Nivel de instrucción de las madres parturientas



Fuente: Estudios sobre el “Impacto de la migración sobre la salud del binomio madre–hijo desde una perspectiva de género” IUEM de la UAM, 2008.

Biología y comportamientos de madres durante el embarazo

Las mujeres peruanas y bolivianas migraron a España con el objetivo de mejorar sus condiciones socioeconómicas, motivo por las cuales, se dedican a trabajar en cualquier oficio que sea digno. Algunas vinieron con sus parejas, mientras que la mayoría solas. Dado que son personas jóvenes y adultas vienen con todos sus patrones culturales y, por lo tanto, no son absorbidas completamente por los modelos culturales de la sociedad que las acoge. Cuando quedan embarazadas no tienen problemas de salud, sino más bien ciertos temores como perder el trabajo y no tener las condiciones sociales básicas para su atención y la del bebé que viene en camino.

Los resultados de las encuestas indican que los niños y niñas de las madres inmigrantes que nacieron en el hospital La Paz tiene más peso que la de las españolas y gozaran de buena salud, podemos suponer que se debe a que las mujeres inmigrantes se alimentaron adecuadamente. Preparan sus alimentos utilizando productos naturales y como la costumbre manda. Muchas de ellas van a proveerse de alimentos a las parroquias, donde reciben una dotación semanal o mensual de productos alimenticios.

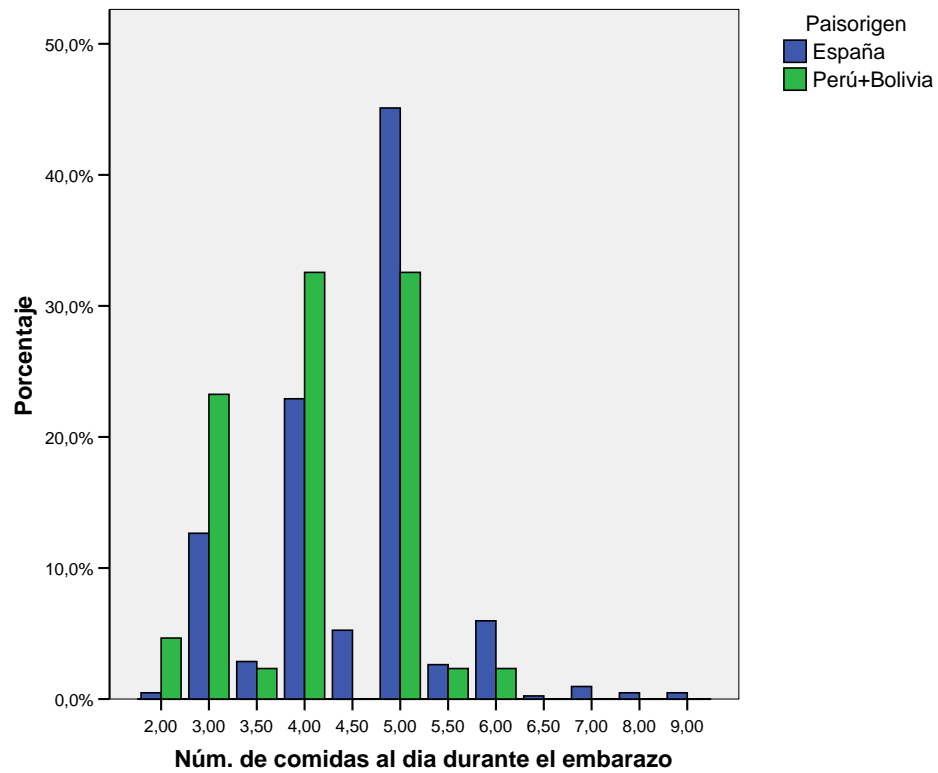
Igualmente, las madres restringen el consumo de productos industrializados, que considero que es uno de los factores que ha determinado el aumento de peso a las madres. En comparación con las madres españolas, que tienen patrones culturales distintos, por la buena condición económica que poseen, recurren al consumo de alimentos industrializados por sus concepciones de modelo de mujer europea. Poseen ciertos temores, como el aumento de peso durante el embarazo que repercutiría negativamente en su figura y estética corporal. Se limitan el consumo de ciertos alimentos y se someten a un control permanente de su peso que consideran muy importante.

Descripción de características del proceso del embarazo y del recién nacido

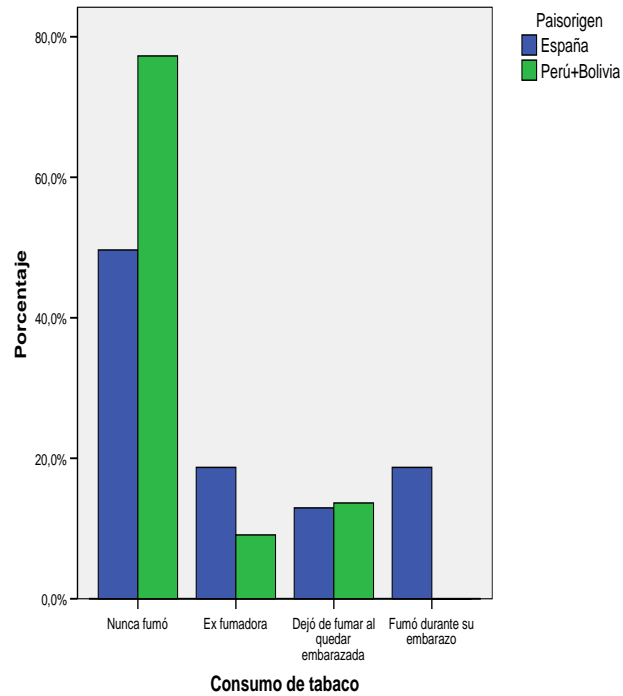
	PAIS	N°	Media	Std	Significación Estadística
Aumento en peso durante el embarazo (kg)	España	364	11,46	4,05	NS
	Perú Bolivia	34	11,59	5,31	
Paridad	España	425	1,66	,85	NS
	Perú Bolivia	44	1,70	,93	
Edad de la madre	España	419	32,26	4,83	
	Perú Bolivia	44	26,82	6,27	p= 0.000
Peso del nacido	España	416	3142,19	453,54	p=0.004
	Perú Bolivia	44	3351,59	423,80	
Estatura del recién nacido	España	275	48,30	2,83	p = 0.046
	Perú Bolivia	35	49,30	2,13	

Fuente: Estudios sobre el “Impacto de la migración sobre la salud del binomio madre-hijo desde una perspectiva de género” IUEM – UAM, 2008.

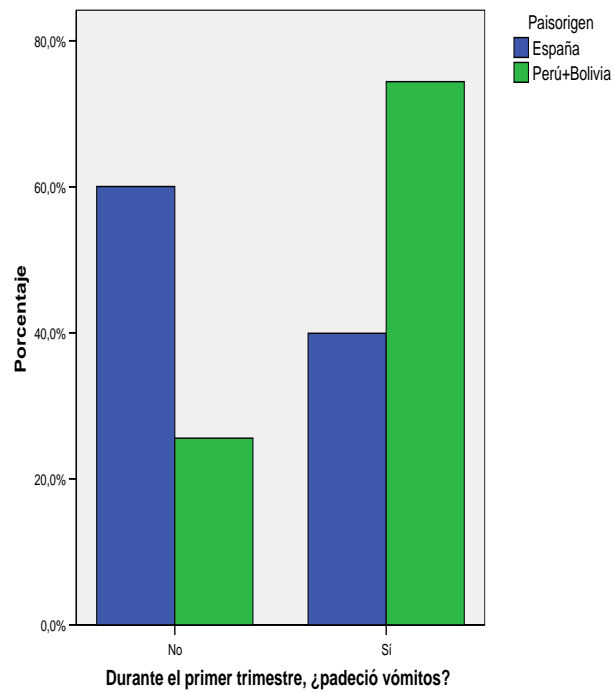
Algunos malestares y cambios durante el embarazo



Fuente: Estudios sobre el “Impacto de la migración sobre la salud del binomio madre–hijo desde una perspectiva de género” IUEM – UAM, 2008.



Fuente: Estudios sobre el “Impacto de la migración sobre la salud del binomio madre-hijo desde una perspectiva de género” IUEM – UAM, 2008.



Fuente: Estudios sobre el “Impacto de la migración sobre la salud del binomio madre-hijo desde una perspectiva de género” IUEM – UAM, 2008.

Cambios en los patrones de lactancia

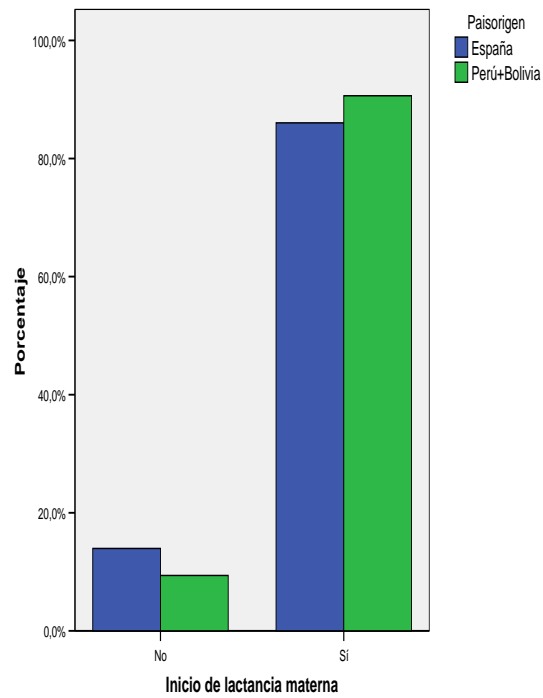
Hemos observado que las madres inmigrantes y españolas sienten temor y vergüenza de dar de mamar a sus hijos en espacios públicos, es por ello que cuando dan un paseo o concurren a una reunión tienen siempre el biberón preparado y el chupón que nunca falta.

Cuando pregunté a una madre cuyo bebé de 3 meses empezó a llorar en una reunión social: “si estás sentada dale de lactar”. Ella me contestó: “no puedo, me observarían y tengo miedo a la crítica. Para estos casos, siempre llevo biberón, solo le doy de mamar en la casa”. Otro aspecto que he observado en las madres inmigrantes, para evitar la discriminación, imitan los patrones de crianza de los niños de Madrid. (El uso del chupón, por ejemplo, no se acostumbra en países como Perú y Bolivia). Afirman además que redujeron el tiempo de la lactancia debido a sus horarios de trabajo, algunas mamás llevan a sus niños a las guarderías, También hay casos en los cuales las familias empleadoras se conmueven ante este hecho, les permiten llevar a sus niños al lugar del trabajo.

Así mismo las mujeres encuestadas indican que el proceso de gestación no es problema, las dificultades aparecen después del nacimiento del niño. Tienen que pensar cómo organizar su tiempo en función al trabajo. Muchas de ellas dejan de trabajar, motivo por el cual muchas mujeres en edad fértil no desean tener hijos. Consideran que no están preparadas, por la situación económica difícil y la discriminación racial y cultural que experimentan y viven en Madrid las indocumentadas. Consideran que el hecho de tener un hijo es un “obstáculo” y muchas proceden a hacerse el aborto, pues su interés es trabajar y reunir capital para volver a sus países y emprender algún negocio que les permita sostener a una familia en mejores condiciones.

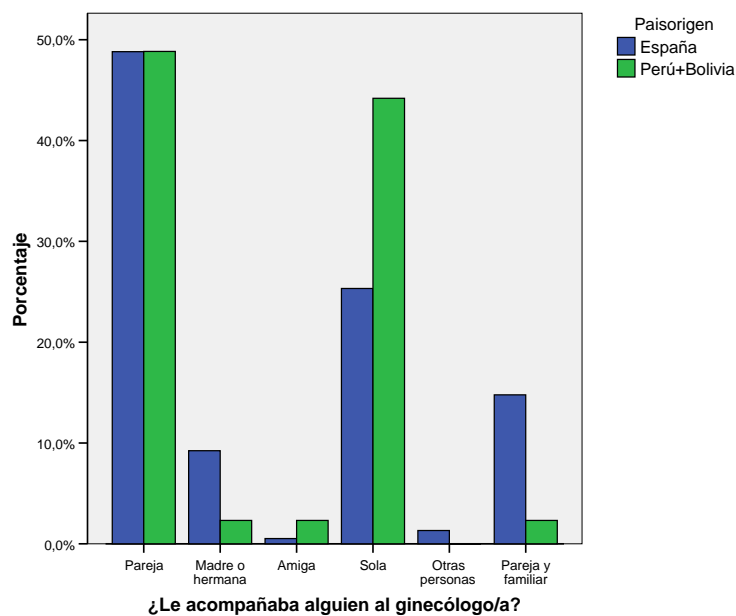
Las peruanas y bolivianas han asimilado los patrones culturales de la sociedad mayor en este caso de España, pero al retornar a sus países volverán a sumir su identidad cultural y a practicar sus propias costumbres.

Inicio de la lactancia materna de mujeres españolas e inmigrantes



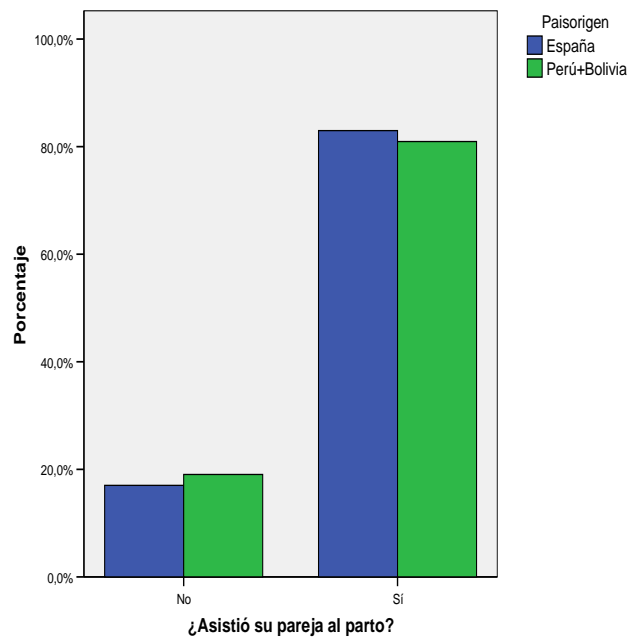
Fuente: Estudios sobre el “Impacto de la migración sobre la salud del binomio madre–hijo desde una perspectiva de género” IUEM – UAM, 2008.

Acompañamiento de la pareja durante el proceso de gestación



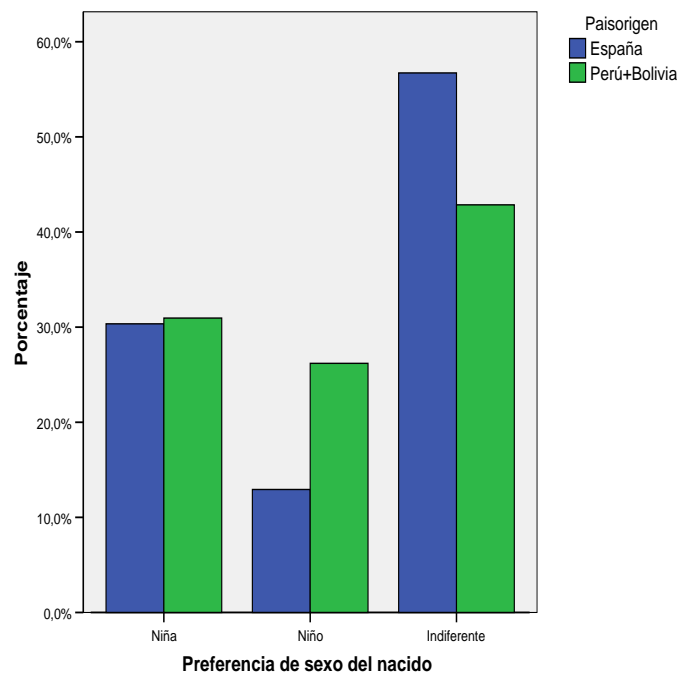
Fuente: Estudios sobre el “Impacto de la migración sobre la salud del binomio madre–hijo desde una perspectiva de género” IUEM – UAM, 2008.

Participación de la pareja en el parto

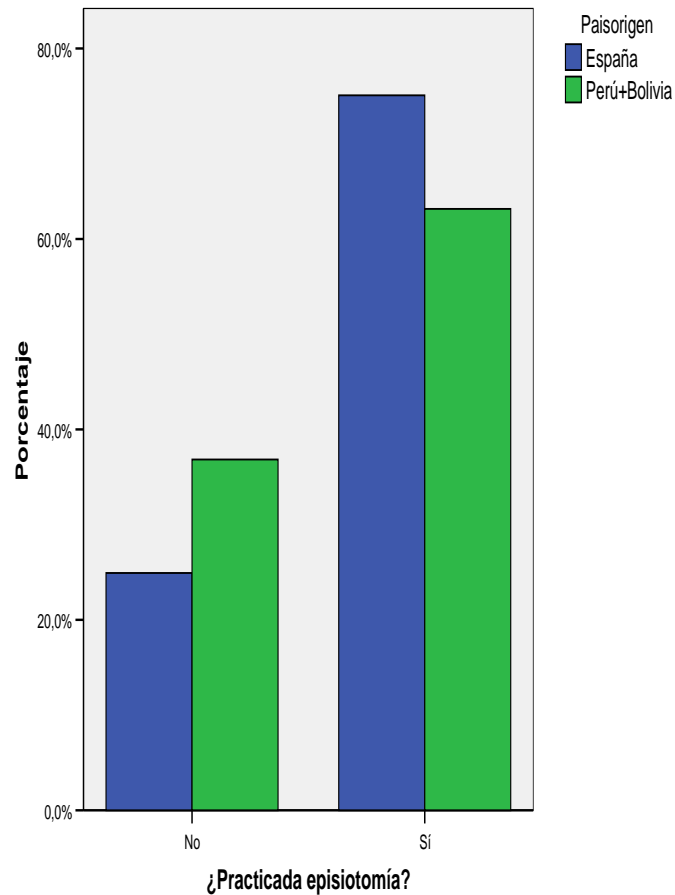


Fuente: Estudios sobre el “Impacto de la migración sobre la salud del binomio madre–hijo desde una perspectiva de género” IUEM – UAM, 2008.

Percepciones sobre la preferencia de sexo del recién nacido



Fuente: Estudios sobre el “Impacto de la migración sobre la salud del binomio madre–hijo desde una perspectiva de género” IUEM – UAM, 2008.



Fuente: Estudios sobre el “Impacto de la migración sobre la salud del binomio madre–hijo desde una perspectiva de género” IUEM – UAM, 2008.

Percepción de la atención de parto en el Hospital

En las conversaciones informales que tuve con las madres que dieron a luz en el hospital “La Paz”, éstas indicaron que la atención del parto es buena y que se asemeja a la de las clínicas privadas en las capitales de departamento, a diferencia de los de sus países de origen, cuyos Centros de Salud no bien implementados. Igualmente, el trato del personal médico fue bueno, aunque algunas se sintieron nerviosas, fueron muchos los que las atendieron. En cuanto a la episiotomía, la mayoría está en desacuerdo, la consideran innecesaria.

Con relación a los cuidados de posparto, tanto los inmigrantes como las españolas, indicaron que después de una semana del parto, retomaron normalmente a sus actividades domésticas.

Actualmente en los países desarrollados, la perspectiva en cuanto a la atención del parto es recuperar y promover el parto natural en domicilio, que considero muy importante, pero que su aplicación todavía es restringida y poco valorada por la mayoría de las instancias sanitarias, debido al costo de la atención. El costo de un parto natural está fuera del alcance de muchas mujeres y se constituye un lujo en los países industrializados; mientras que es muy común en las comunidades alto-andinas de Perú y Bolivia y en Latinoamérica en general.

Se está promoviendo la atención de parto domiciliario con el apoyo de las matronas, oficio que es reconocido, tiene un nivel académico universitario, mientras que en Perú y otros países latinoamericanos. Las parteras son empíricas, reconocidas solo por los miembros de su comunidad. Aprendieron muchas técnicas de atención a través de la experiencia que la medicina oficial, no las reconoce como tales. Pero en las comunidades campesinas, confían en ellas, consideran que son más eficientes.

A nivel mundial, especialmente en los países desarrollados, la matronería está reconocida como un oficio que se encarga de la atención del parto tanto en los hospitales como en domicilios. Las matronas están organizadas y hacen conocer sus prácticas y conocimientos mediante las organizaciones a las cuales pertenecen como las confederaciones, asociaciones, y particularmente la federación de Asociación de matronas de España (FAME), organización cuyo objetivo es promover el parto normal.

APRENDIENDO A PARIR

Relato de una partera wambisa, quien explica el origen de las técnicas y el uso de los conocimientos ancestrales en el proceso del parto: Afirman que antes, entre los hermanos se procreaban. Cuando la mujer estaba embarazada y ya iba a tener el niño, el hombre lo partía a la mujer por la mitad para tener al bebe. El hombre era el que daba de lactar, porque él era quien tenía la teta. Él era el que criaba al recién nacido, porque la madre moría. Un día el marido de una señora embarazada se fue a su chacra, a sembrar maní. Le dice a su mujer, quien se encontraba en los días del parto, para que vaya a ver su siembra, porque ella tiene que dejarlo probando pues ya tenía que morir. La señora se iba sola por el camino en dirección a su chacra. Encuentra a una rata que se convierte en una persona. La rata le dice a la mujer que le dé una parte de su chacra para que ella pueda comer. A cambio le ayuda a dar a luz, y ella acepto. La mujer aprendió a amarrar el palo atravesado para que se pueda afianzar. Para eso la rata pidió ayuda y llamo al conejo, añuje, majaz, cuy y al punchana. Pero el conejo le dice no puedo ayudarla, porque se hinchará su vientre cuando da a luz y sangrará mucho. El cuy le dijo yo no la agarro porque yo tengo mis hijos muy seguido. El majaz le dijo no te ayudo porque yo no me puedo levantar rápido cuando doy a luz. Entonces el añuje, la rata y la punchana ayudaron a la señora a dar a luz. Entonces el añuje toca la cabeza de la mujer y lo nota que estaba caliente. Uno lo agarra de los brazos hacia arriba y el otro agarra de la cintura. Al final la mujer dio a luz; cortaron el cordón umbilical con la Morona, después la mujer y el bebé volvieron a la casa y la mamá lo envolvió en hojas de plátano. Luego la rata le aconsejo que al bebé lo deba tener cerca de la candela. Le debe dar de lactar, y comer, pues hasta ese entonces la mujer no sabía dar a luz.

Testimonio de Tomasa Álvarez del distrito de Livitaca, provincia de Canas – Cusco

A mí me trajeron cuando faltaba más de un mes para el nacimiento de mi hijo al Centro de Salud de Livitaca llamado mamawasi y ahí permanecí durante un mes y estaba triste. Estaba preocupado de mis hijos de Sicuani y otro que estaba en Arequipa y los

menores que se quedaron en mi comunidad y a mí me paso que cuando tenía 43 años concebí a mi hijo que en realidad fue el sexto y desde los 11 años tuve convención marital y así estaba preocupado de mi casa. Me amenazaron con pagar la suma de 300 soles si en caso diera a luz y por temor a la multa tuve que aceptar ir a la mama wasi. Me reiteraron “en caso que no vayas, no te daremos el certificado de nacimiento”, por temor a eso tuve que ir a vivir al mamawasi.

Ahí no dan nada, nosotras tenemos que llevar leña, víveres. También tenemos que llevar ollas, paltos y cucharas e igualmente frazadas y cueros de oveja. El 14 de junio empezó el proceso de parto (14 de junio del 2007) comenzó con la bajada de líquido y determinaron trasladarme a Yanaoca y de ahí a Sicuani al hospital.

Cuando llegue al hospital fui cambiada de vestimenta y la cama también era fría es como si me echara sobre plástico y he sufrido por todo eso y pensé “ojalá que nunca lleguen las mujeres como yo a estos hospitales” y que es de aquellas mujeres que no dicen nada son tímidas.

En el hospital de Sicuani duré todavía dos días un viernes y un sábado, no pude dar a luz y ahí me controlaban y controlaban solo hablaban de eso, además dijeron que me harían una cesárea al tiempo que hablaban se dirigían a mí y me decían “cuál es la razón por el cual aumentas en número de hijos. Todas las obstetras me insultaron por turno. Me preguntaron cuántos hijos tenía y yo dije la verdad y me cuestionaron por el número de hijos que tenía. Me propusieron “vamos a ligarte si no hacemos eso nuevamente vas a volver a este hospital con el mismo caso.

Igualmente, a mi esposo le desmoralizaron llamándole la atención preguntándole la razón por que habíamos tenido otro hijo “por qué la embarazaste, tantos hijos, que tienes, acaso tienes una hacienda” Mi esposo se limitó a decir “que yo no tengo la culpa es también la voluntad de Dios. Mientras tanto a las otras mujeres que también habían desembrasado las abandonaban sin almohada diciéndoles que no pujan les gritaban y ellas padeciendo unas que tenían al bebe ya saliendo y a otras cortándoles la abertura vaginal y yo mirando

y pensando que tal vez a mí también me harían de esa forma. Me encapriche no entre a la sala de partos, suplique y pedí el favor a una doctora y le dije: “doctora yo no quiero entrar a la sala yo siempre di a luz en forma normal a mis anteriores hijos, no pueden obligarme y les pido que me atienda mi esposo”. Tenemos la costumbre de amarrar con faja. Así fue como en las manos de mi esposo, di a luz. Así fue como me amarre con faja, no entre a la sala de partos ni tampoco me cortaron, di a luz. No aceptaba la idea que me hagan el corte, me di cuenta, que todas las mujeres que entran a la sala de partos, todas salían cortadas.

Recuerdo que cuando estaba dos días entre ellos hablaban que el domingo me haría la cesárea. Estaba preocupada y el haciendo las gestiones preguntando a particulares y nos entramos que las cesáreas también hacían mal, tampoco sabíamos que médico me haría la cesárea. Mi esposo averiguo solo me puse a rezar y pedir a Dios y así fue como di a luz. A mi esposo no querían verlo le dijeron “que haces aquí este no es un alojamiento, tienes que salir del hospital”. De esa manera no quería que mi esposo se mueva de mi lado y así aceptaron que permanezca a mi lado y todos ellos dijeron más bien “A ver hazle dar a luz, prosigue”, así fue todo esto del parto de mi último hijo. “Como te he permitido que hagas dar a luz a tu esposa, tendrás que traerme por lo menos un cordero entero”.

Todas ellas estaban mirándome sin perderme de vista y cuando nació el bebé, inmediatamente lo llevaron donde se encontraban los otros bebes me cambiaron de cama y lo pusieron junto conmigo, mientras tanto no dejaba de pensar cómo era posible las cosas que ocurrían en el hospital y pensar que con la edad que tenía había llegado a ver todo lo que veía y sucedía a las demás mujeres y todo por haber concebido al hijo, jamás imagine ni siquiera en sueños toda esa realidad. Muchas sufrían, lloraban porque la hora de visita también era solo a la una de la tarde, los familiares no pueden ingresar muy frecuentemente. En cambio, en nuestras casas tenemos junto a nuestro lado a nuestros esposos y demás familiares, pendientes de todo cuanto pudiera ocurrir. Además, después de dar a luz tenemos la costumbre de comer alimentos sin sal. Luego nos recuperamos como debe ser, y constantemente nos agredían provocándonos de esta manera:

*“Ustedes tienen la costumbre de comer solo chuño, que alimento es el chuño negro”
Y al respecto del peso de los bebés también generaba comentarios el mío tenía sobrepeso
casi 4 kilos dijeron que es debido a los esfuerzos físicos que hacíamos en el campo, es parte
de los que somos y las costumbres que tenemos.*

**¿Estás de acuerdo que los Centros de Salud obliguen que las mujeres campesinas
acudan a la atención del parto?**

*No estoy de acuerdo en varias ocasiones incluso discutí con las enfermeras “cuál es
el motivo en que ley está contemplada, en que artículo esta publicado, en la situación de
ignorantes también queremos saber” Yo no estoy de acuerdo, ellos simplemente dicen que
está aprobado de acuerdo a la ley. Todos repiten lo mismo sean enfermeras, auxiliares o las
obstetras. Y se dan los casos que ciertamente algunas mujeres tienen más de 7 hijos y les
dicen en todo momento: “Acaso tienen una hacienda por eso tienen tantos hijos o tienes
bastante oro y plata”. En eso recuerdo que en la Posta de Salud a una compañera de la
comunidad de Hancco lo introdujo a una habitación cuando faltaba para dar a luz dos meses
todavía. Tanto tiempo paso que hasta su esposo empezó a prescindir de ella “ya lo había
olvidado” dijo cuando vino a verla. Como tenían 8 hijos el padre no se daba tiempo para
atenderlos. Tomando en consideración todo eso el ministerio de salud les da un kilo de arroz,
un litro de aceite, una lata de atún y un puñado de habas y comiendo solo eso cómo fuera
posible que comiendo solo eso pudiera vivir esa familia.*

*Nosotras lo que debemos hacer es reclamar, saber de nuestros derechos y estar
dispuestas a ir a los cursos de capacitación a los talleres y ahí aprendemos siquiera algo
una o dos palabras.*