



Salud y enfermedad en los márgenes

Diagnóstico participativo en comunidades
peruanas que sufren pobreza y exclusión

Marfil Francke y Raquel Reynoso



CIES
consorcio de investigación
económica y social



CIES - Observatorio
del Derecho a la Salud



care

SALUD Y ENFERMEDAD EN LOS MÁRGENES

SALUD Y ENFERMEDAD EN LOS MÁRGENES

Diagnóstico participativo en comunidades
peruanas que sufren pobreza y exclusión

Marfil Francke
Raquel Reynoso

Con la colaboración de:
Gaby Apcho, Enma Díaz, Percy Rivas,
Juan José Yupanqui, Luis Julca, Ursula Olguín, Gladys Guerrero,
Carlos Trigoso, Janina Sánchez Estrella, Sonia Soria,
Rosa Avellaneda, Damary Milla, Freddy Carvajal
y Juan Pablo Saavedra



CIES
consorcio de investigación
económica y social



CIES - Observatorio
del Derecho a la Salud



- © Marfil Francke
Raquel Reynoso

- © Consorcio de Investigación Económica y Social
Observatorio del Derecho a la Salud
<www.consortio.org/observatorio>

- © CARE Perú
Programa “Derechos en Salud”
<www.care.org.pe>

Edición: Lima, junio de 2007
Revisión de texto: Luis Andrade Ciudad
Arte de carátula: Julissa Soriano
Cuidado de edición: Hilda Sarabia
Impreso por Ediciones Nova Print SAC

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º xxxxxxxx

ISBN xxxxxxxxx

Esta publicación forma parte del proyecto Observatorio del Derecho a la Salud, auspiciado por la Fundación Ford.

El Observatorio del Derecho a la Salud es una iniciativa del Consorcio de Investigación Económica y Social-CIES. Su propósito es impulsar una comunidad que articule los derechos humanos con la salud pública, promoviendo los vínculos entre ambos, así como el análisis independiente y la generación de conocimiento útil alrededor del derecho a la salud.

El Observatorio del Derecho a la Salud y CARE Perú no comparten necesariamente las opiniones vertidas en la presente publicación, que son responsabilidad exclusiva de sus autoras.

Abstract

Este texto presenta los hallazgos resultantes de ocho diagnósticos participativos realizados con poblaciones en extrema pobreza, en diversas regiones del Perú. A fin de apoyar la incorporación de sus voces en el debate sobre las políticas de salud, se analizaron, con los participantes, sus experiencias y percepciones respecto a su salud y formas de atención. El trabajo incluye evidencias y reflexiones sobre la diversidad de recursos a los que los pobladores pobres echan mano hoy en día para atender sus problemas de salud, y acerca de los incentivos y consideraciones que intervienen al decidirse por unos u otros. Se discute la ambivalente relación de los participantes con los servicios públicos de salud, tomando en consideración los temas de acceso y calidad, trato y experiencias que dejan huella en la memoria, así como sus opiniones sobre los derechos y responsabilidades que les corresponden como ciudadanos. Esta investigación confirma hallazgos de estudios previos y avanza algunas hipótesis e interpretaciones que contribuyen a comprender el lugar que ocupan la salud y los servicios de salud en las mentalidades populares.

Índice

Presentación	11
Resumen ejecutivo	15
Agradecimientos	21
CAPÍTULO 1. PERSPECTIVAS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS	23
1.1 Interculturalidad, género y derechos	23
1.2 La construcción social del conocimiento y las metodologías participativas	25
1.3 Limitaciones del estudio	27
CAPÍTULO 2. VIVIR EN LOS MÁRGENES: SALUD Y ENFERMEDAD EN LA POBREZA	31
2.1 El hábitat: permanente amenaza a la salud	31
2.2 Enfermedades que más afectan	35
2.3 Condiciones de salud precaria menos visibles	38
2.4 Salud sexual y reproductiva: otro “asunto de mujeres”	40
2.5 Problemas de salud no comprendidos o no tipificados por la medicina occidental	42
2.6 Epidemias y enfermedades que fueron comunes en el pasado	44
2.7 Impacto de la pérdida de salud en la economía familiar	45
2.8 Impacto de la enfermedad en la vida doméstica	48
CAPÍTULO 3. DIVERSIDAD Y ECLECTICISMO: RECURSOS PARA VELAR POR LA SALUD	51
3.1 Sistemas de creencias y salud	51
3.2 Incentivos y desincentivos de las distintas opciones	56

3.3	Las tendencias más claras	60
3.3.1	La fuerza de los factores culturales	60
3.3.2	El peso de las consideraciones económicas	61
3.3.3	La gravitación del costo de las medicinas	62
3.3.4	La incidencia de la distancia y el tiempo	63
3.3.5	Las expectativas frente a los servicios públicos	64
3.4	El SIS: bienvenido, pero... ¿podría ser mejor?	65
3.5	Eclecticismo: la racionalidad pragmática de los sectores populares	69
CAPÍTULO 4. RELACIONES COMPLEJAS Y AMBIVALENTES		
CON LOS SERVICIOS DE SALUD		71
4.1	Desinformación mutua	71
4.2	Etnocentrismo en el enfoque, racismo en el trato	73
4.3	Género femenino: condición que agrava el desencuentro	74
4.4	El Estado tutelar y su enfoque punitivo	76
4.5	La calidad de atención es deficiente: ¿mito o realidad?	78
4.6	Las buenas prácticas o cómo se podrían empezar a cerrar las brechas	79
4.7	Derechos y responsabilidades	81
CAPÍTULO 5. PROPUESTAS QUE ESCUCHAMOS		
A LO LARGO DE ESTA INVESTIGACIÓN		85
5.1	Propuestas de los participantes	85
5.2	Propuestas de los equipos de campo sobre los cambios deseables en sus regiones	86
Bibliografía		91
ANEXOS		95
Anexo 1.	Descripción de la metodología y el proceso de la investigación participativa en este estudio	95
Anexo 2.	Temas y preguntas para guiar los diagnósticos participativos	106
Anexo 3.	Lista de personas entrevistadas por localidad	109
Anexo 4.	Descripción detallada de las localidades donde se llevaron a cabo los diagnósticos participativos	111
APÉNDICE GRÁFICO		123

Presentación

Es como si viniera un terremoto en nuestras vidas....

A inicios del 2006, y en el marco del trabajo conjunto desarrollado entre el Observatorio del Derecho a la Salud del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) y el Programa “Derechos en Salud” de CARE Perú, nos propusimos desarrollar un estudio que recogiese y analizase las percepciones de pobladores de distintas localidades marcadas por la pobreza y la exclusión respecto a su situación de salud, la de sus familias y comunidades, las diversas formas de abordar sus problemas en este terreno y sus experiencias de interacción con diferentes servicios y servidores públicos de salud.

Es gracias al empeño y experiencia de Marfil Francke, Raquel Reynoso y al equipo de instituciones y personas que colaboraron con el presente estudio que podemos contar con un conjunto de evidencias debidamente analizadas, que contribuyen a un mejor entendimiento de las condiciones de vida de los más pobres y excluidos, y su relación con la salud y la enfermedad, así como las diferentes rutas por las que transitan buscando mejorar su estado de salud, cuando éste se ve afectado.

Destaca este estudio por su consistente y minucioso empeño por dar voz a las comunidades estudiadas, las que han sido partícipes de la investigación y no mero “objeto de estudio”. Ello aporta a la sinceridad de los testimonios recogidos, que le otorgan un valor especial a la presente publicación.

El estudio hace patente, también, que las personas y colectivos que viven en condiciones de pobreza y exclusión en el Perú movilizan una diversidad de recursos alternativos para atender sus problemas de salud frente a servicios públicos tan lejanos y difícilmente accesibles para ellos. Dichos recursos se encuentran en sus propios saberes tradicionales —fragmentados como están—, en múltiples experiencias de solidaridad y búsqueda colectiva de soluciones que continúan vivas en sus testimonios y en los casos —todavía excepcionales— de encuentros positivos y creativos entre las prácticas tradicionales y el saber oficial, de los cuales este libro también da cuenta.

A lo largo de las distintas secciones de este diagnóstico participativo, se hace evidente que el derecho a la salud está muy lejos de ser una realidad para muchos y muchas integrantes de nuestra sociedad, lo que se grafica en la incredulidad de varios entrevistados (“¿Tenemos derechos?”). Llamen a indignación, entre muchos hallazgos, las continuas quejas sobre maltrato y falta de empatía cultural en los servicios de salud, así como las denuncias sobre cobros indebidos, las “multas” a aquellas mujeres que no tuvieron su parto en un establecimiento de salud y los testimonios sobre prácticas discriminatorias a las personas beneficiarias del Seguro Integral de Salud. Todo lo anterior constituye clara expresión, como afirman las autoras, de que “las políticas de salud y la manera como se están implementando en el Perú reproducen el etnocentrismo y éste legitima la reproducción, en el trato cara a cara, del racismo y el desprecio por el otro que es distinto, propios de sociedades poscoloniales”.

Denuncias semejantes han sido también expresadas en otros estudios y consultas previas. Para mérito propio, el Ministerio de Salud, al publicar el año pasado los resultados de medio millón de las denominadas *Cartas de la salud*, reconoció que las tres principales demandas que planteaba la población estaban vinculadas a la mejora de la calidad de la atención, al mayor acceso a medicamentos y al mejor trato por parte del personal de salud.

Corresponde, entonces, a las autoridades del gobierno y del sector Salud, a los funcionarios y prestadores públicos, a las instituciones formadoras de profesionales en este campo, a las organizaciones de la sociedad civil y a importantes sectores de nuestra sociedad —que parecieran haber adoptado la indolencia como su estado natural— cambiar dicha situación. Una respuesta integral de las instituciones a las cada vez más evidentes y urgentes demandas planteadas por la población exige decisión política,

capacidades y recursos, como también nuevos y genuinos procesos de participación ciudadana, cuando no un diálogo paritario entre culturas. Esto es lo que reclaman las voces de los pobres en salud.

Ariel Frisancho
Coordinador Nacional del Programa
“Derechos en Salud”
CARE Perú

Margarita Petretera
Coordinadora del Observatorio
del Derecho a la Salud
CIES

Resumen ejecutivo

En los meses de mayo y junio del 2006 se llevaron a cabo, en ocho localidades del Perú marcadas por la pobreza y la exclusión, sendos diagnósticos participativos. Con la intención de incorporar las percepciones y expectativas de estos sectores secularmente ignorados en el debate sobre las políticas de salud, se buscó recoger y analizar, con la propia población, sus experiencias y percepciones respecto a la situación de su salud y las formas de atención, los problemas percibidos que los afectan, sus opiniones y expectativas sobre los servicios públicos de salud.

El diseño metodológico y el entrenamiento de los equipos de campo, así como el análisis comparativo de los hallazgos y la redacción del informe final, estuvieron a cargo de Marfil Francke y Raquel Reynoso. La investigación de campo fue responsabilidad de cuatro organizaciones no gubernamentales: Servicios Educativos Rurales (SER), Centro de Estudios y Promoción Comunal del Oriente (CEPCO), CARE Piura y Asociación Civil Fomento de la Vida (FOVIDA), elegidas tanto por su reconocida trayectoria en el campo de los derechos vinculados a la salud como por su experiencia de trabajo y legitimidad ante las poblaciones de Huancavelica, San Martín, Piura y Lima Metropolitana, respectivamente. En dichas regiones los equipos de campo de las instituciones, conformados por tres a cuatro personas con distinta experiencia y formación profesional, se encargaron del recojo y análisis participativo de la información con grupos de mujeres y varones adultos y/o jóvenes, y de apoyar el intercambio entre los diversos grupos

en asambleas plenarios. El diseño de la investigación¹, al cual subyace la perspectiva intercultural y de género, entrelazó un conjunto de técnicas participativas en una pauta que permite transitar fácilmente por el conjunto de temas y preguntas de mayor interés para el Observatorio del Derecho a la Salud-CIES, institución promotora del estudio, y para el Programa “Derechos en Salud” de CARE Perú, entidades que hicieron posible la realización de este trabajo.

En este texto se resumen los principales hallazgos de estos diagnósticos², destacando los rasgos comunes, las similitudes e igualmente las diferencias y aspectos en que aparecen notorias discrepancias, de suma importancia para quienes se sienten comprometidos en la urgente tarea de dotar a nuestro país con un sistema público de salud eficiente, inclusivo y propicio para la afirmación de la ciudadanía.

Tras una breve presentación de las perspectivas conceptuales y el enfoque metodológico, se exponen los hallazgos referidos a las percepciones sobre la salud y la enfermedad y los factores que, en opinión de los participantes en los diagnósticos, influyen en éstas. Destaca la clara conciencia de que las precarias y deficientes condiciones del hábitat afectan negativamente su salud, al igual que lo hacen el trabajo extenuante, los ingresos bajísimos e inestables y las relaciones de pareja deterioradas.

La lista de enfermedades “más comunes” que los participantes mencionaron es larga. La violencia doméstica fue mencionada como causa de angustia y enfermedad por las mujeres, no así por los varones. Tampoco trataron los varones adultos sobre la salud sexual y reproductiva; sí lo hicieron los grupos de mujeres y jóvenes, pero no con el nivel de profundidad

- 1 Para una explicación detallada del diseño de investigación y el proceso seguido, véase el anexo 1. La guía de preguntas, desarrollada en forma conjunta por el Observatorio del Derecho a la Salud, el Programa “Derechos en Salud” de CARE Perú y las investigadoras principales, se puede consultar en el anexo 2.
- 2 Los ocho diagnósticos de campo realizados produjeron dos tipos de materiales que constituyen la materia prima de este texto: informes de campo, donde los equipos describen el proceso completo y las técnicas que desplegaron para motivar la reflexión de los grupos y resumen los contenidos discutidos y las conclusiones a las que arribaron los grupos; y entrevistas que se realizaron en cada caso con personajes claves de la comunidad a fin de complementar, refrendar, profundizar en algunos aspectos y preguntas de interés para la investigación. En este texto se cita a los primeros con la abreviación “Inf.,” seguida del nombre de la localidad correspondiente. Las entrevistas se citan con la abreviación “Ent.” y un número que indica a la persona correspondiente según la lista consignada en el anexo 3.

conseguido en estudios específicamente dirigidos a explorar estos temas. En la zona de estudio más directa y profundamente afectada por la violencia política también se aludió a problemas de salud mental o, tal vez deberíamos decir, emocional. Enfermedades no tipificadas por la medicina occidental, como *chacho*, *daño*, *mal de ojo*, *mal aire*, se discutieron con frecuencia, mas no entre los jóvenes.

Sobre la diversidad de recursos a los que los pobladores pobres del Perú echan mano hoy en día para recuperar la salud, los factores que los incentivan o desincentivan para acudir a uno u otro servicio y las consideraciones que se ponen en juego al momento de optar, versa el capítulo tercero. Coexisten en el Perú diversos sistemas de creencias y prácticas para atender los problemas de salud y enfermedad, y los peruanos y peruanas que viven en la pobreza se encuentran viviendo entre ellos. Pudimos conversar sobre los conflictos que les genera, a la hora de tomar decisiones, la competencia entre los mensajes que se difunden desde los servicios públicos de salud y educación y las creencias de su cultura de origen y el sentido común heredado de sus padres.

Para la mayoría de los y las participantes parece haber dos grandes tipos de enfermedades: unas que pueden ser curadas por la medicina occidental, otras que no. Se hace necesario entonces recurrir a los curanderos. Los que practican la medicina tradicional parecen estar conscientes de que hay enfermedades que ellos no pueden curar, pero esa actitud no parece ser recíproca en el personal graduado en escuelas de enfermería y medicina.

Los participantes indicaron que algunas condiciones de salud podrían ser atendidas por ambos sistemas, el tradicional y el occidental. Cuando eso sucede, la decisión de optar por uno u otro estará influida por otras consideraciones que interactúan entre sí: los costos (pago por la consulta, adquisición de remedios, transporte si lo hay), el tiempo (en traslados, esperar turno o hacer colas, los horarios de atención, lo que dura la consulta), el trato (actitud, respeto, paciencia, atención brindada), el idioma, la empatía y otros factores culturales que establecen la aceptabilidad del tratamiento y su efectividad percibida. El hecho de no tener que pagar al curandero o partera enseguida ni necesariamente con dinero es un factor que inclina la balanza hacia el sistema tradicional. También lo es el alto costo que implica la adquisición de medicinas no tradicionales. El trato, el respeto y la capacidad de comprenderse aparecen una y otra vez como consideraciones de primera importancia.

Las poblaciones con las que se llevó a cabo este estudio demostraron tener amplio conocimiento sobre los recursos de salud disponibles en sus zonas, pero éste parece ser poco sistemático y nutrirse de fuentes diversas, cuyos orígenes y calidad no son puestos en cuestión, lo que se refleja en el carácter aparentemente errático de las rutas que siguen para atender un problema de salud, las cuales resultan de combinar los recursos que uno y otro sistema les ofrecen, buscando *la mejor atención: aquella que cura, sin mellar la economía familiar ni pasar por tratos humillantes*.

La relación de los participantes con los servicios públicos de salud, compleja y ambivalente, es discutida en el cuarto capítulo, tomando en cuenta los temas de acceso y calidad, trato e información, y experiencias que dejan huella en la memoria y, por tanto, influyen en las percepciones y actitudes respecto de los servicios públicos. Se constata un mutuo desconocimiento e incomunicación entre los participantes y el personal de salud. El enfoque del sector público es etnocéntrico, los funcionarios lo intensifican con sus actitudes discriminatorias y prejuicios racistas. Además, prevalece en el sector una concepción tutelar y punitiva hacia los ciudadanos, a quienes se considera usuarios. En esta relación difícil la peor parte la llevan las mujeres; ellas son portadoras de una doble subordinación, étnica y de género. La conciencia sobre las responsabilidades y los derechos es limitada, en ambos lados de la relación: ciudadanos y ciudadanas pobres y funcionarias y funcionarios públicos.

En la sección final del informe se presentan las expectativas y anhelos de los participantes, tal como fueron expresadas a través de líneas de tiempo y mapas del futuro, y se recogen también algunas conclusiones y recomendaciones propuestas por los equipos de las instituciones regionales que se asociaron al CIES para llevar a cabo el estudio.

Completan el texto algunos anexos: en el primero de ellos se describe el diseño de la investigación, el contexto en que se llevaron a cabo los diagnósticos participativos y el tipo de relaciones entabladas entre los equipos y la población, así como las dificultades que se experimentaron en algunos casos durante el trabajo de campo. Se trata de información contextual que facilitará al lector precisar los alcances de los hallazgos y hacer su propia lectura del análisis ofrecido³.

3 En los restantes anexos se consigna la guía de temas y preguntas orientadoras para los diagnósticos participativos, la lista de personas entrevistadas individualmente y una descripción más detallada de las localidades y sus características socioeconómicas.

Respecto a los hallazgos, muchos de los acá presentados no serán novedosos para los lectores versados, para los interesados en el tema: diversos estudios anteriores a éste, realizados en otros contextos institucionales, han obtenido resultados similares en alguno o todos los temas abordados en este estudio. Para fines de este trabajo, revisamos la literatura a la que pudimos acceder, a fin de poder triangular la información producida en nuestros diagnósticos participativos, lo cual nos ha permitido contrastar nuestros hallazgos y presentarlos con mayor confianza. Confirmamos que muchas investigaciones sobre salud realizadas en el Perú con métodos cualitativos y participativos se han producido en el contexto de proyectos de promoción del desarrollo y sus hallazgos no han sido publicados o están muy poco difundidos, por lo que el conocimiento sobre el lugar que ocupan y las significaciones que se atribuyen a la salud y la enfermedad en las mentalidades populares aún está disperso y poco sistematizado: a ese esfuerzo, necesario y pertinente, pretende contribuir este texto.

Agradecimientos

Innumerables personas y organizaciones brindaron su apoyo generoso para hacer posible la realización de este estudio. Con el riesgo de olvidar a algunas, debemos mencionar al Programa “Derechos en Salud” de CARE Perú y a su director, Ariel Frisancho, por el apoyo financiero y la orientación técnica brindada. El Observatorio del Derecho a la Salud, programa que cuenta con el apoyo de la Fundación Ford y gerenciado por el Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), también nos brindó asistencia económica y técnica. Su ex coordinador, Pedro Francke, fue quien concibió la idea original y aseguró la logística del proceso, además de haber contribuido con su experiencia en el diseño de la investigación, mostrando en todo momento su confianza en el equipo responsable. Similar confianza y apoyo hemos recibido, en el tramo final, de su actual coordinadora, Margarita Petretera. Al CIES, además, debemos los oportunos comentarios del director, Carlos Eduardo Aramburú, y de la lectoría especializada en el tema, que nos orientaron sobre cómo profundizar el análisis y mejorar el texto final. Hilda Sarabia, por su parte, se encargó de los aspectos administrativos con profesionalismo y calidez. Cuatro ONG peruanas —SER, FOVIDA, CEPSCO y CARE Piura— se interesaron en colaborar con la investigación; a ellas y a sus directores les expresamos nuestro agradecimiento, al igual que a la organización ForoSalud y al equipo organizador de su Tercera Conferencia Nacional, que nos brindaron la oportunidad de presentar los primeros resultados del análisis a un público informado e interesado que aportó con sus comentarios y preguntas, comprometiendo además a Jay Goulden, director de Programas de CARE Perú, a preparar un enriquecedor comentario. La

Asociación de Familiares de Víctimas de la Violencia Política de Huanta (FAVVIPH) nos facilitó los contactos para poder llevar a cabo las prácticas de campo que incluimos como parte del entrenamiento de los equipos de investigadores en una comunidad altoandina y un barrio de Huanta, y en ambas localidades, la población entera nos acogió y atendió con paciencia y comprensión mientras poníamos a prueba nuestras destrezas y las técnicas diseñadas a fin de mejorarlas. La participación más importante fue la de los pobladores y pobladoras de Villamayo y Pachamarca, en Huancavelica; Buenos Aires de Cumbibirá y 8 de Diciembre, en Piura; Pacchilla y 10 de Agosto, en San Martín; Siglo XXI y Huascarán, en Lima Metropolitana, quienes accedieron a compartir sus opiniones, experiencias, juicios y prejuicios sobre el cuidado de su salud con los equipos de investigadores que tuvieron bajo su responsabilidad la conducción de los diagnósticos participativos: a todos ellos, incluidos los integrantes de dichos equipos, nuestro reconocimiento por su colaboración y entrega. Las personas e instituciones mencionadas, más un sinnúmero cuyos nombres no hemos mencionado a pesar de que se dieron el tiempo para responder nuestros mensajes de correo electrónico pidiendo referencias, material inédito o de difícil acceso y comentarios, son corresponsables de los aportes que este texto pueda brindar; los errores y limitaciones son responsabilidad exclusiva de las autoras. Por dichas deficiencias, pedimos excusas.

CAPÍTULO 1

Perspectivas conceptuales y metodológicas

1.1 INTERCULTURALIDAD, GÉNERO Y DERECHOS

Diversas perspectivas teórico-políticas se articulan en este estudio participativo. La perspectiva de la interculturalidad reconoce que el Perú es un país multicultural donde secularmente las culturas originarias han sido objeto de desvalorización y opresión, al punto que hoy en día sus cosmovisiones y saberes se encuentran fragmentados y han perdido parcialmente coherencia; no obstante, siguen vigentes entre vastas poblaciones que demostrando sus capacidades creativas y de adaptación, incorporan conocimientos y postulados de las otras culturas con las que tienen contacto, incluida la cultura hegemónica, recreando sus propios sistemas fragmentados y sus identidades colectivas. Las culturas originarias del Perú incluyen sistemas complejos de pensamiento y conocimiento sobre la salud, que integran las dimensiones anímica, física y mental, y han generado formas de abordar y tratar los problemas de salud sobre las cuales lo que se ha sistematizado resulta aún insuficiente. La perspectiva de la interculturalidad reclama el reconocimiento de esta situación de diversidad cultural, desvalorización y negación de los enfoques alternativos sobre la salud, y postula un diálogo respetuoso y equilibrado entre culturas, donde la hegemónica respeta, comprende y aprende de las otras y viceversa, produciéndose “una mutua transformación a través de la interacción” (AMARES 2003: 7).

La perspectiva de género permite visibilizar y entender la producción y reproducción de la subordinación de las mujeres, en tanto portadoras del género femenino, un fenómeno que se manifiesta en las relaciones personales, familiares e institucionales, pero que va más allá de ellas. En

tanto construcción cultural e histórica, el género configura un sistema que se instala en todos los ámbitos de la vida social, adscribiendo roles y responsabilidades diferenciadas, normas e instituciones que sancionan la jerarquización, mitos y símbolos que la naturalizan. El lenguaje mismo con que nos comunicamos y ordenamos el mundo es un lenguaje de género, al igual que lo son las identidades que los hombres y mujeres se construyen, sus maneras de verse a sí mismos, sus cuerpos, su salud y su sexualidad. Todas las culturas humanas conocidas tienen sistemas de género. En el Perú parecen coexistir varios, con relaciones complejas entre sí y que comparten una serie de elementos, entre ellos, la desvalorización en última instancia de lo femenino y la consecuente expectativa de subordinación (y silencio) de las mujeres, por ser tales, en los ámbitos público y privado (De Barbieri 1993; Ruiz Bravo 2003).

La perspectiva de derechos o enfoque de derechos en el desarrollo, por su parte, establece que la pobreza y la exclusión son resultado de relaciones de poder que niegan a determinados grupos el ejercicio de sus derechos humanos, universalmente reconocidos y a los cuales los Estados partes del sistema de las Naciones Unidas se han obligado, como se ratifica en sus propias constituciones, leyes y normas nacionales. Esta perspectiva demanda al Estado que, para asumir su responsabilidad como portador principal (no necesariamente único) de obligaciones, establezca una relación diferente con los excluidos y excluidas, una relación donde éstos no sean vistos como beneficiarios ni como clientes sino como ciudadanos activos con derecho a voz, derecho a que se les escuche, a que les incluya en el debate sobre las políticas y a que sus puntos de vista, expectativas y propuestas sean incorporados en el diseño e implementación de las políticas y como indicadores clave para la rendición de cuentas, junto con los estándares internacionales de los derechos humanos (DFID 2000; D'Angelo 2005).

En vinculación con estas perspectivas teórico-políticas, se han generado propuestas analíticas que invitan a repensar el poder en otras dimensiones, no como un bien que se captura de una vez para siempre sino como una relación dinámica que se construye y que involucra diversas dimensiones. Un herramienta útil para el análisis de las relaciones de las personas y grupos que sufren exclusión con su salud y con los servicios públicos de salud es la que distingue entre el “poder sobre”, el “poder en o dentro”, el “poder con” y el “poder para”, e invita a revalorar la capacidad de acción, intervención, resignificación que los sectores que sufren

opresión y exclusión pueden desplegar para enfrentar sus problemas (que también son nuestros). No cabría más, desde esta perspectiva, pensar en los indígenas, mujeres, campesinos, discapacitados como víctimas incapaces de tomar acción frente a sus circunstancias, sino reconocer su capacidad de agencia y acompañar, aportando con los recursos que tenemos, su proceso de empoderamiento, teniendo como horizonte el establecimiento de relaciones inclusivas y equitativas y la institucionalización de diálogos que posibiliten el ejercicio efectivo de sus derechos humanos y ciudadanos a todos los habitantes del país¹.

Al haberse definido a la salud como el estado total de bienestar físico y mental, resultante de una serie de procesos socioculturales y políticos, y del conjunto de relaciones sociales, económicas y de poder que experimentan las personas y los grupos, las perspectivas intercultural y de género y el enfoque basado en los derechos nos alertan sobre el imperativo de revisar el lenguaje mismo y las herramientas analíticas con que abordamos el tema de la salud, y nos reclaman desplegar metodologías distintas, inclusivas, participativas, para la construcción de conocimientos válidos, de propuestas sostenibles y eficaces.

1.2. LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO Y LAS METODOLOGÍAS PARTICIPATIVAS

Las metodologías participativas parten del supuesto de que el conocimiento es una construcción social; como tal, intervienen en su generación las relaciones de poder establecidas, quedando excluidas de la construcción del conocimiento socialmente aceptado, hegemónico, las poblaciones que sufren discriminación cultural, exclusión económica y/o política. La apuesta es incluir a los excluidos, encontrar los modos de recoger sus percepciones, opiniones, anhelos, repensando críticamente el rol de la intermediación y sus riesgos, puesto que toda intermediación es una interpretación y conlleva el sesgo de quien la ejerce (presumiblemente, un integrante del grupo de poder que excluye).

1 Debemos a Jay Goulden, director de Programas de CARE Perú, el aporte de esta herramienta conceptual sobre el poder para el análisis de los hallazgos de este estudio.

Empero, participar en la construcción de conocimiento y propuestas supone mucho más que simplemente dar una opinión o expresar el sentir y las expectativas de un grupo cualquiera frente a determinado ámbito de la vida social. Supone poder escuchar a los otros que son como uno, confrontar opiniones, enriquecerlas con información que viene de otras fuentes, penetrar y llegar al meollo de los problemas y, en ese proceso, construir opinión y propuestas colectivas. La participación, entendida así, es un proceso de diálogo, de encuentro. Requiere conjugar reflexión, información, debate, agregación, generación de propuestas y negociación. Por ello, las dinámicas participativas no son un mero conjunto de técnicas para *recoger información* en forma grupal en vez de individual: su apuesta es que en un mismo proceso, en el momento inicial, los participantes comparten sus experiencias e información, emiten opiniones, priorizan problemas y los analizan. En etapas posteriores, y esto supone que el proceso se prolonga por un tiempo, se facilita a los grupos que participan su acceso a información adicional que permita ampliar su comprensión de la problemática, para que tengan mayores posibilidades de elaborar sus propias propuestas frente a los problemas analizados. Asimismo, se requiere facilitar el encuentro y diálogo entre las partes —que es también un diálogo entre culturas y en un contexto de relaciones de poder y jerarquías institucionalizadas— para que dichas propuestas sean efectivamente tomadas en cuenta, incorporadas al diseño de las políticas y, eventualmente, a su implementación. En suma, el proceso de agregación de voces o construcción (inclusiva) de conocimientos y propuestas no se resuelve con un diagnóstico participativo, porque el desafío fundamental no es metodológico, sino que supone procesos más largos y complejos de construcción de sujetos sociales, de actores políticos, a los cuales una investigación participativa puede contribuir pero no sustituir.

La implementación adecuada de propuestas participativas como la descrita descansa fuertemente en la calidad y las capacidades del equipo humano que la implementa en el campo y en sus referentes institucionales: son las organizaciones que vienen trabajando en una zona, que conocen las culturas locales y que tienen legitimidad ganada ante la población y las autoridades locales, las mejor calificadas para emprender procesos de investigación participativa en las que se apuesta a una construcción conjunta (intercultural) de conocimientos y propuestas para la intervención. Pero su éxito depende de que tales esfuerzos estén inscritos en el contexto más amplio de la organización, articulación y movilización de

redes y colectivos de la sociedad civil entablando una relación diferente, de participación ciudadana activa, propositiva y vigilante, con las políticas y programas sociales que el Estado, en sus diversos niveles de gobierno, debe implementar para cumplir con las obligaciones derivadas de la ampliación y resignificación de los derechos humanos para todos los ciudadanos. En el Perú venimos asistiendo en los últimos años a un proceso sociopolítico como el descrito, impulsado por ForoSalud, un colectivo de personas y organizaciones de la sociedad civil comprometidas con la salud pública cada vez más inclusivo, que cada dos años convoca a una gran conferencia nacional de encuentro y debate de propuestas. Una de las pretensiones de este estudio ha sido alimentar dichos debates y dar pistas para la acción a dichas organizaciones en su diálogo con el sector público y las demás fuerzas sociales y políticas involucradas en la gestión de la salud.

1.3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Presentadas las pretensiones del estudio, cabe señalar algunas de sus limitaciones. En este caso, los plazos y recursos financieros, excesivamente limitados para la envergadura del trabajo que nos propusimos², atentaron contra la realización de la promesa que la perspectiva conceptual y metodológica conlleva.

Los equipos de campo recibieron un entrenamiento inicial corto pero adecuado, pero por privilegiar la explicación y la práctica de las técnicas, no alcanzamos a debatir a fondo con ellos las perspectivas teórico-conceptuales ni la crucial importancia que tienen las actitudes y el lenguaje para generar una relación de confianza, de mutua empatía, con las poblaciones participantes en los diagnósticos propuestos. Ello contribuyó a que no se lograra en todos los integrantes de los equipos el mismo nivel de compromiso y comprensión profunda de las exigencias de la tarea que tenían por delante³.

- 2 De los errores cometidos en la planificación del trabajo, el optimismo sobre la cobertura y calidad que se podía lograr con el diseño y la metodología propuesta, eximimos en todo sentido a CARE Perú y al Programa “Derechos en Salud” y al Observatorio del Derecho a la Salud, quienes brindaron el apoyo financiero requerido y asistencia cuando lo solicitamos y aceptaron nuestro diseño de investigación sin cuestionamientos.
- 3 La deserción y abandono del trabajo por parte del integrante de uno de los equipos, a escasos días de culminado el taller de entrenamiento, es un indicador del limitado

En el campo, las condiciones de trabajo y los plazos fueron demasiado cortos y limitaron seriamente, en por lo menos dos de los casos, la capacidad de los equipos de generar una relación más cercana con la población en general e incluso con quienes participaron directamente en los grupos de trabajo. En los asentamientos humanos de Lima, en particular, las dinámicas grupales se llevaron a cabo en horarios muy poco convenientes, empezando pasadas las 8:00 de la noche y terminando a las 10:00 o más tarde aún, o se optó por concentrar el proceso programado para cinco o seis medias jornadas en una tarde de domingo. Ello implica que en las asambleas plenarias no hubo tiempo para debatir los aportes de los distintos grupos y que muchas veces no se llevó a cabo una plenaria luego del trabajo en grupos, lo que impidió a los participantes compartir sus planeamientos iniciales y profundizar el análisis, en la mira de lograr propuestas articuladas. Adicionalmente, en varias zonas, y por razones distintas en cada caso, se tuvieron dificultades para reunir a un grupo de jóvenes e incluirlos en las dinámicas grupales y plenarias; por ello, sus voces no se escuchan en este caso con claridad, como si se las puede escuchar en diversos trabajos de investigación cualitativa y/o participativa diseñados específicamente para captar las voces de los jóvenes⁴.

Tampoco se logró, en ninguno de los casos, generar un diálogo con los prestadores de los servicios y las autoridades. El diseño de la investigación contempló que en cada zona de estudio se hicieran algunas entrevistas a funcionarios de salud en sus lugares de trabajo, pero no incluyó como obligatoria la organización de reuniones conjuntas de proveedores y pobladores para compartir los hallazgos de los equipos locales y sus informes de campo. Tales reuniones, de haberse producido, hubieran permitido recoger

compromiso de algunos integrantes. También podría indicar que no se puso suficiente cuidado en el reclutamiento y negociación de condiciones de trabajo por parte de la institución local que asumió la responsabilidad de formar el equipo de campo y administrar la investigación en su zona.

- 4 Las dificultades enfrentadas en las localidades de Lima Metropolitana nos han enseñado que las investigaciones participativas requieren, en contextos urbanos, diseños radicalmente distintos de los empleados en comunidades rurales y zonas urbano-rurales. Experiencias previas a ésta indican también que la investigación participativa con jóvenes urbanos da mejores resultados cuando se coordina con los centros educativos, y que en las zonas rurales es preciso sobre todo tomar en cuenta los calendarios de las migraciones laborales. Mayores explicaciones sobre las dificultades encontradas por los equipos en campo se brindan en el anexo 1.

más sistemáticamente las apreciaciones del personal del sector y hubieran facilitado el encuentro entre ambas partes de la relación, completándose así un primer ciclo en el diálogo para la construcción de las propuestas para la Conferencia Nacional de Salud.

Todas las limitaciones indicadas, de las cuales las autoras nos hacemos enteramente responsables, se reflejan en los informes producidos por los equipos, siendo que unos son mucho más ricos, ordenados y completos que otros, lo cual, a su vez, condiciona el tratamiento analítico y comparativo que se puede dar a la información⁵.

No obstante dichas limitaciones, los hallazgos de esta investigación participativa confirman los de estudios precedentes llevados a cabo en zonas distintas del país y con enfoques y metodologías diversas. Ello, y los comentarios positivos de colegas con amplia experiencia de campo y conocimiento especializado en los temas acá trabajados, reafirman nuestra confianza en la validez⁶ de las conclusiones y de las reflexiones que se ofrecen a lo largo de todo el texto, reflexiones que también son producto de un diálogo: el de las investigadoras principales con los equipos de campo, agudos observadores de su entorno y conocedores intuitivos de la cultura de las poblaciones que participaron en el estudio, dada su larga y comprometida práctica de promoción del desarrollo. Tales conclusiones y reflexiones, empero, no deben ser tomadas más que como hipótesis

- 5 Uno de nuestros más agudos comentaristas ha señalado el sesgo “rural” y “femenino” del texto que acá ofrecemos: las investigadoras habrían tomado más en cuenta las voces de los pobladores rurales y las de las mujeres. Este sesgo efectivamente puede haberse producido, pero es anterior al análisis final: refleja que los informes elaborados por los equipos de Huancavelica y Piura son más completos, ordenados y ricos en información y reflexiones que los de las otras localidades. Este desbalance fue observado por las investigadoras principales desde que se recibieron los mencionados informes y hubo oportunidad de debatir con los equipos el problema y darles pautas sobre cómo mejorarlos; no obstante, algunas de las limitaciones que les dificultaron el trabajo de campo se mantuvieron y, tal vez por ello, esos equipos no lograron mejorar sustantivamente sus informes.
- 6 Los parámetros empleados para juzgar la validez de los hallazgos de investigaciones cualitativas y participativas son distintos de los empleados en estudios realizados con métodos cuantitativos. Algunas de las técnicas a las que se recomienda recurrir son la auditoría de expertos, la auditoría de confirmabilidad y la auditoría de transferibilidad: las tres mencionadas se aplican en este caso con resultados positivos. Para mayor detalle sobre las técnicas recomendadas para asegurar la validez, véase Valles 1997 y Aguirre Batzan (ed.) 1995.

de trabajo, útiles para continuar la reflexión y el diálogo con las propias poblaciones que sufren exclusión, los proveedores de servicios públicos y los actores interesados en un cambio que permita a todos los peruanos y peruanas hacer realidad su derecho a la salud en términos que no signifiquen un atropello a su cultura, modos de vida y cosmovisión, y que contribuyan a eliminar las inequidades prevaletentes en el Perú.

CAPÍTULO 2

Vivir en los márgenes: salud y enfermedad en la pobreza

2.1. EL HÁBITAT: AMENAZA PERMANENTE A LA SALUD

Vivir en pobreza en el Perú es vivir en los márgenes, en los terrenos que nadie ambiciona porque nada valen, sobre basurales, al lado de lagunas de oxidación y botaderos de desagües, en lomas empinadas y desiertos de ventosos arenales o en lugares alejados de acceso difícil y precario¹.

El acceso es a través de una trocha carrozable desde la capital distrital, que dista a una hora y media con carro y a pie aproximadamente tres horas y media; en épocas de lluvia son menos accesibles... (Inf. Villamayo, Huancavelica).

En la parte norte del asentamiento hay un molino. Allí observamos montículos de pajilla de arroz que se estaban quemando. Además, en este lugar hay un basural, que a decir de los moradores se ha convertido en un foco infeccioso donde proliferan las moscas. En esa misma ruta y a escasos metros de la última calle del asentamiento, observamos la laguna de oxidación de La Unión, que opera de manera deficiente, pues cada vez que se bombea se siente el olor fétido y, además, la tubería de impulsión en el tramo final está rota y por allí salen los desperdicios a la intemperie, los mismos que han formado otra laguna en la superficie, la cual se ha convertido en un foco infeccioso (inf. Asentamiento Humano 8 de Diciembre, Piura).

- 1 En el anexo 4 se incluyen descripciones detalladas de los ocho lugares de estudio, descripciones que ilustrarán al lector sobre la precariedad y las deficiencias del hábitat en cada uno de los casos.

El hábitat y las difíciles condiciones en que se desenvuelve la vida cotidiana son factores que inciden de múltiples maneras en la salud de las poblaciones pobres y eso es lo primero que los participantes en esta investigación nos hicieron notar:

La causa de estas enfermedades a la piel es la arena que existe en la comunidad y la caracha de los perros. Muchos tienen sus perros y les hacen dormir en sus casas; los niños juegan con ellos (ent. 2, Asentamiento Humano Huascarán, Lima Metropolitana).

Cuando se pila arroz, la pajilla y el polvo es arrastrado por el viento hacia nuestras viviendas, lo que ocasiona conjuntivitis y enfermedades de la piel. Varias veces hemos reclamado... (ent. 2, Asentamiento Humano 8 de Diciembre, Piura).

Arrimadas en los confines, estas poblaciones *carecen de servicios básicos* y son testigos de un medio ambiente que se deteriora día a día. En ninguna de las localidades que participaron en el estudio hay servicio de recojo de la basura o formas organizadas de disponerla adecuadamente; el agua que se bebe proviene, en todos los casos, de fuentes inciertas y se almacena en depósitos inadecuados; los desagües, silos y letrinas son poco comunes y pobladores y pobladoras de toda edad se ven obligados a alejarse una o dos veces al día a lugares no siempre seguros para hacer sus necesidades.

El principal problema del agua es la baja presión, lo que obliga a que las familias hagan hoyos a nivel de la tubería enterrada para extraer el agua. Sólo tienen agua dos horas diarias en promedio y el sabor del agua es salobre... En otras calles no se cuenta con el servicio. Las familias tienen que acarrear el agua de las calles donde sí hay, sacándola de los tubos, ya que no existen pilones... (Inf. Asentamiento Humano 8 de Diciembre, Piura).

Tres calles cuentan con el servicio de alcantarillado pero sólo 10 familias acceden a éste. El resto no lo utilizan porque les falta dinero para implementar sus inodoros en sus domicilios y otros por descuido; por ello, la mayoría hace sus necesidades fisiológicas al aire libre, teniendo que trasladarse entre 100 y 300 metros para llegar al lugar... Anteriormente había letrinas, pero nunca funcionaron, porque se encontraban llenas de agua y sólo servían de guaridas para los delincuentes... (Inf. Asentamiento Humano 8 de Diciembre, Piura).

Yo me voy atrás de esas casas; al basural, pues. Con mi amiga, conversando. Después cada una agarra su espacio para hacer sus cosas. Nadie nos ve [ríe] (ent. 1, joven mujer, Asentamiento Humano Huascarán, Lima Metropolitana).

Las viviendas suelen ser pequeñas, mal ventiladas y escasamente iluminadas, y por lo general, se comparten con animales de corral y sirven también como depósito de aperos, insumos agrícolas, bicicletas u otros bienes vinculados a la economía familiar. Las cocinas, a leña en las zonas rurales, a kerosene en las urbano-populares, emiten gases y humos que afectan la salud de todas las personas que viven en el hogar pero con mayor fuerza la de las mujeres: es común ver a mujeres mayores con los ojos tan pequeños que casi están ciegas por efecto de los humos de sus cocinas.

La pobreza es también sinónimo de sobrecarga de trabajo. El trabajo físico que demanda esfuerzos prolongados y extenuantes es parte de la vida cotidiana de los pobres desde muy temprano en sus vidas y los acompaña hasta la muerte.

Todos trabajamos en mi casa. Vendemos nuestras gallinas, 15 a 20 nuevos soles por cada una. Me pagan por las “sobadas”², un sol, dos soles... También mi hija lava ropas. Le pagan tres, a veces diez nuevos soles, otras veces cambiamos ropas usadas por bandejas (ent. 3, Asentamiento Humano 10 de Agosto, San Martín).

El deterioro que estas difíciles condiciones de vida causan sobre la salud es percibido por los participantes en los diagnósticos. En todos los lugares donde se llevó a cabo el estudio, ellos se refirieron más de una vez a los accidentes laborales como uno de los principales problemas de salud de los varones y al esfuerzo de subir cerros y caminar largas distancias acarreando agua o leña como causa de las dolencias más frecuentes en las mujeres:

2 El término *sobada* en este testimonio alude a los masajes que realizan las parteras (y sobadoras) para acomodar al bebe y, según esta entrevistada, también para aliviar a los “lisiados” (personas, mayormente varones, que por causa de caídas y accidentes, resultan con discapacidades físicas y sufren dolores crónicos).

En la bajada y la subida, ahí nomás te enfermas... (dinámica grupal con mujeres, Inf. Asentamiento Humano Siglo XXI, Lima Metropolitana).

Ellas tienen que desplazarse mucho tiempo bajo el Sol cuando tienen que buscar leña, o cuando hay un niño enfermo (ent. 7, Buenos Aires, Piura).

Los ingresos, escasos e inestables, generan inseguridad e inestabilidad familiar. En todas las zonas donde estuvimos escuchamos contar que muchas familias se ven separadas por largos períodos de tiempo, a lo largo del año, por causa de la migración temporal: en el Bajo Piura, los varones se van a Sechura y a Paita, a trabajar como estibadores o en la pesca artesanal. En Churcampa, Huancavelica, los jóvenes son los grandes ausentes: migran a la selva o a las ciudades apenas terminan la primaria, y los varones adultos lo hacen todos los años en períodos de lluvias o después de la cosecha. Para los sectores urbano-populares de Lima Metropolitana, la situación no es mucho mejor: en el Asentamiento Humano Huascarán, de Puente Piedra, Lima, la mayoría de los varones adultos salen de sus hogares el lunes de madrugada para sólo retornar el sábado por la noche: sus lugares de trabajo quedan tan lejos que no vale la pena regresar cada tarde ni podrían hacerlo por la merma que el costo del transporte supondría en su presupuesto familiar. En Siglo XXI, asentamiento humano ubicado al fondo de la zona este del distrito metropolitano de San Juan de Lurigancho, no se encontró ese patrón laboral, pero sí se constató que los pobladores y pobladoras que trabajan fuera del barrio regresan sumamente tarde a sus hogares, cerca de las 10 de la noche, habiendo salido a las 6 de la mañana o aún más temprano. En estas circunstancias, la vida familiar suele volverse tensa, y las relaciones de pareja se deterioran, lo cual también es vinculado por las mujeres con la violencia en el hogar³.

A estas duras condiciones de vida, *se suma la sensación de abandono; la frustración, probablemente creciente, de saberse ignorados, minusvalorados.* Sobre este punto volveremos más adelante, cuando discutamos la contradictoria relación de las poblaciones en situación de pobreza con los servicios públicos de salud.

3 No así por los varones, que casi nunca mencionaron la violencia doméstica o la violencia sexual al hablar sobre los problemas de salud de sus comunidades.

2.2. ENFERMEDADES QUE MÁS AFECTAN

La lista de enfermedades y condiciones de salud precaria que mencionan los participantes en los diagnósticos participativos —trátase de mujeres, hombres ó jóvenes— es larga:

- diarreas e infecciones estomacales (también llamadas *correderas*, *soltadoras*);
- resfrío, gripe, “bronquios”, neumonía, enfermedades respiratorias en general;
- dolores de cuerpo, dolores de cintura, dolores de riñón, infecciones al riñón;
- inflamación de ovarios, descensos, “regla blanca”;
- dolores de cabeza, tensión, tristeza, depresión, presión alta;
- úlceras, gastritis;
- desnutrición, anemia;
- asma;
- paludismo, dengue, malaria, cólera;
- derrame.

Hubo muchas coincidencias en las diversas localidades incluidas en el estudio respecto a cuáles serían las enfermedades más comunes. Siempre en los primeros lugares se mencionaron las diarreas; las enfermedades respiratorias; los dolores de cuerpo, cintura, espalda y, mayormente entre las mujeres, los descensos e inflamaciones de ovarios y los dolores de cabeza y la tensión. Las diferencias que se pudieron encontrar en este orden parecen deberse a condiciones particulares del hábitat. Por ejemplo, en el Asentamiento Humano 8 de Diciembre (La Unión, Piura), el polvillo de arroz que los molinos emiten impregnando el aire es vinculado con la profusión de asma y enfermedades respiratorias: “acá toda la población ha sufrido alguna enfermedad por el polvillo...”. Del mismo modo, en el Asentamiento Humano Huascarán (Puente Piedra, Lima), se considera que el hecho de estar la población localizada sobre un antiguo basurero es causa de la frecuencia de hongos, caracha y otras enfermedades de la piel. En el Asentamiento Humano 10 de Agosto (Tarapoto, San Martín) se atribuyen a los zancudos, criados en charcos de las aguas negras que afloran por falta de desagüe apropiado, las infecciones a la piel y el dengue, mientras que en Pacchilla, poblado rural de San Martín, y en Villamayo, Huancavelica, se afirma que el

clima frío de las madrugadas explica la prevalencia de enfermedades respiratorias.

Muchas de las enfermedades mencionadas pueden afectar por igual a hombres, mujeres y niños. Pero en casi todos los lugares se explicitó que *los niños pequeños son más susceptibles a enfermarse y que son ellos quienes reciben atención preferente*. Varias mujeres mayores aludieron, al hablar de sus embarazos e historia reproductiva, a hijos que se les murieron en las primeras semanas o meses de nacidos. La muerte infantil, al igual que las pérdidas y abortos, fueron mencionados en las entrevistas, tanto por mujeres como por hombres, pero este tipo de situaciones no salieron al debate en las dinámicas grupales, siempre numerosas y constantemente interrumpidas por niños y adolescentes curiosos. El tema, sin duda, merece una exploración más profunda.

Entre las enfermedades que parecen aquejar más comúnmente a los niños, se citan las diarreas y los males respiratorios (“bronco”). En las dinámicas grupales se usaron indistintamente una diversidad de denominaciones para referirse a las últimas: *gripes, resfríos, tos, “bronco”, neumonía*. Sólo en algunos lugares, los más “urbanos”, se distinguió a la neumonía como una enfermedad grave que requiere traslado inmediato a un centro de salud u hospital.

A las mujeres parecen afectarles sobre todo los dolores de espalda, las enfermedades de la matriz, la inflamación de ovarios y los descensos (“regla blanca”), los dolores de riñones e infecciones urinarias y los dolores de cabeza, la preocupación y la depresión. Sus causas percibidas son, en primer lugar, el trajín, el tanto caminar para conseguir agua y/o leña y el tener que subir empinadas escaleras todos los días para las que viven en los asentamientos humanos de Lima Metropolitana.

Tanto subir y bajar constantemente las graderías para acarrear el agua de los pilones todos los días nos causa inflamación a los ovarios, problemas a los riñones... (dinámica de grupo con mujeres, Inf. Asentamiento Humano Huascarán, Lima Metropolitana).

Las mujeres atribuyeron las afecciones vinculadas a su salud reproductiva al hecho de tener muchos hijos y a los hábitos sexuales de sus esposos:

Salen a trabajar fuera de casa por temporadas largas, como en las campañas de pesca en Sechura o en otros lugares lejos de su hogar, lo que hace que se relacionen con mujeres eventuales... (Inf., Buenos Aires, Piura).

Y en cuanto a los dolores de cabeza, la preocupación y la tristeza son percibidas como sus principales causas:

Acá las mujeres también sufren de dolor de cabeza por lo que se preocupan por la situación económica que atraviesan... (Ent. 2, Asentamiento Humano 8 de Diciembre, Piura).

Sobre las enfermedades que *aquejan a los ancianos*, se mencionó reuma y artritis, también problemas de la vista y pérdida del oído, aunque, en general, se encontraron pocos ancianos y ancianas en las localidades de estudio. En el Asentamiento Humano Siglo XXI (Lima Metropolitana) se nos explicó que allí no residían personas mayores porque lo empinado de las subidas les hacía difícil y hasta peligroso movilizarse. Por ello, las familias prefieren alojar a los mayores con parientes que residen en otras zonas de la ciudad.

En cuanto a las enfermedades que afectan mayormente *a los varones*, se encontró mayor diversidad. En cuatro de las ocho localidades se mencionaron como enfermedad frecuente y causa de muerte de varones la cirrosis y el alcoholismo:

Acá en Piura mucho se toma la chicha... (dinámica de grupo con varones, Inf. Asentamiento Humano 8 de Diciembre, Piura).

En otras, se refirieron a accidentes y lesiones vinculadas a la actividad laboral (“lisiaduras” en San Martín, “lomo ñati” en Huancavelica).

Un tema para explorar más a fondo es la relación de las personas con su cuerpo y la enfermedad a partir de los estereotipos de género. En varios lugares se dijo de los varones: “Ellos poco se enferman o no hacen caso” y también que “se aguantan, se hacen los machos”. También se dijo de las mujeres que ellas postergan la atención de sus problemas de salud por priorizar el cuidado de los demás y se señaló, en grupos de varones, en las localidades más urbanizadas, que “las mujeres se descuidan y no se hacen tratar sus problemas de salud cuando falta el recurso económico” (Inf. Asentamiento Humano Siglo XXI, Lima Metropolitana).

Al preguntarse a quiénes se da prioridad de atención en caso de haber varios problemas de salud al mismo tiempo en la familia, las respuestas fueron diversas: en la mayoría de los casos se afirmó que se prioriza a los niños pequeños, por ser su salud más frágil: “Rápido se empeoran” (mujeres, Buenos Aires, Piura), pero en algunas localidades dijeron que se da preferencia a los adultos varones, ya que son los que traen el dinero y es importante que puedan volver a trabajar lo antes posible (Pacchilla, San Martín).

En este caso nos decidimos por mi esposo, porque él es el sustento de la casa y tiene que estar sano para trabajar, yo trataría de cuidarme y recuperarme con lo que se cuenta en la casa y resistiría un poco hasta que la situación en la casa se restablezca... (Ent. 4, Asentamiento Humano 8 de Diciembre, Piura).

Otros grupos dijeron que se da preferencia “al que está peor”.

2.3. CONDICIONES DE SALUD PRECARIA MENOS VISIBLES

En casi todos los lugares del estudio se encontraron familias en las que hay personas con una enfermedad crónica; en una localidad se encontró a una niña que padece epilepsia, en otra a un anciano que había tenido un derrame cerebral, en una tercera familia el varón adulto se había accidentado y desde aquella fecha está en silla de ruedas. Asimismo, en algunas localidades se comentaron casos de personas que habían muerto de enfermedades contagiosas como el sida (Asentamiento Humano 10 de Agosto, San Martín) y tuberculosis (Asentamiento Humano Huascarán, Lima Metropolitana), y también se mencionó a personas discapacitadas o paralíticas.

En ninguno de estos casos cuentan las familias con algún apoyo de parte del sistema de salud o reciben, siquiera, la visita de los trabajadores de la posta o centro de salud local.

Acá del SIS no quieren inscribir a los discapacitados, solamente cuando el padre [sacerdote] les manda una carta, los inscriben en el SIS (Inf. Asentamiento Humano 10 de Agosto, San Martín).

Aunque no se mencionaron en la dinámica grupal diseñada para compartir percepciones y analizar las enfermedades más frecuentes y

a quiénes afectaban, las entrevistas individuales permitieron visibilizar temas de salud más complejos: la violencia doméstica fue mencionada como causa de angustia y enfermedad por las mujeres en las localidades urbano-marginales (San Martín, Lima Metropolitana).

Ha habido casos de maltrato físico, ¡bastantes! Algunas se han enfrentado al esposo, otras han optado por desaparecer... (Ent. 2, Asentamiento Humano Huascarán, Lima Metropolitana).

Antes había violencia familiar. Les llamamos a una Asamblea y les dijimos que si volvían a hacer, les íbamos a denunciar (Ent. 1, Asentamiento Humano Siglo XXI, Lima Metropolitana).

Por otro lado, en Huancavelica, un dirigente afirmó:

Acá todos tenemos problemas de salud mental (Inf. Villamayo, Huancavelica).

Se refería con ello a una de las secuelas de la violencia política. Aludiendo al mismo tema, otro dirigente declaró:

Hemos quedado mal de nuestra cabeza, no queremos que nuestros hijos estean así (Ent. 3, Pachamarca, Huancavelica).

En una dinámica grupal donde se solicita a los participantes analizar una enfermedad que consideren importante, las adolescentes y las mujeres jóvenes de Pachamarca, Huancavelica, optaron por trabajar el tema de la depresión en las mujeres como ellas:

Decidieron abordar en esta técnica la depresión, por ser un mal que les puede llevar hasta el suicidio. Los engaños amorosos, la falta de comprensión de padres a hijos, los conflictos entre compañeros y el amor no correspondido son identificados como las causas más comunes que origina en ellas la depresión, que puede tener consecuencias graves como la falta de apetito, el dolor de cabeza, la migración —al no sentirse comprendidas, optan por viajar a Lima, Huancayo, Chanchamayo—. En el peor de los casos, dicen que pueden llegar al suicidio... (Inf. Pachamarca, Huancavelica).

Llama a la reflexión el hecho de que justamente haya sido la zona rural más fuertemente afectada por la violencia política entre 1980 y 1995

el lugar donde las jóvenes y adolescentes dieron mayor importancia a la depresión, y el fuerte vínculo que establecieron entre ésta y el desengaño amoroso.

2.4. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: OTRO “ASUNTO DE MUJERES”

Eventos y condiciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva —el embarazo y las pérdidas, el parto, el uso o no de métodos para prevenir la concepción— también fueron abordados en los grupos de mujeres y de jóvenes, pero sólo en contados casos fueron mencionados espontáneamente por los varones en sus grupos.

El embarazo y el parto no son considerados enfermedades sino eventos naturales que requieren un cuidado particular. En las localidades serranas los varones sí se involucran en estos eventos, acompañando a las mujeres en sus partos y asumiendo tareas domésticas “femeninas” en la primera etapa del puerperio. No se encontró un involucramiento similar en las localidades de la costa y de la selva.

La partera (o partero, en un caso) es el recurso preferido de las mujeres rurales cuando tienen que atenderse durante el embarazo. Las razones que aducen para ello son diversas:

Vamos al puesto de salud para nuestros controles, pero también acudimos a la partera: ella sabe acomodar al bebe, nos pone inyección. Además, ella vive acá nomás; el puesto sólo atiende hasta las 6, ¿y si nos agarra los dolores de noche? (dinámica de grupo con mujeres, Inf. Buenos Aires, Piura).

Pero es en las zonas andinas donde percibimos verdadero rechazo a acudir al puesto o centro de salud. Las mujeres sienten vergüenza de quitarse la ropa, más aún si quien atiende es un hombre, y consideran que son maltratadas.

Nos quieren hacer pasar reconocimiento de todas maneras, difícil acuden a la posta. Yo ya conozco. Incluso tenía vergüenza de hacerme aplicar las inyecciones, de mostrar mi nalga... Las señoras también se avergüenzan todavía. Hasta el momento, muy poco vamos al centro de salud de Illpe... (Ent. 3, Villamayo, Huancavelica).

Aunque con menos fuerza y frecuencia, también recogimos opiniones de ese tipo en las zonas urbano-populares:

[No vamos] a veces por la vergüenza, por no mostrar las partes íntimas de los hombres y las mujeres (Ent. 2, Asentamiento Humano Huascarán, Lima Metropolitana).

El parto puede generar temor:

“¿Cómo será mi parto? Ojalá no me pasa nada”, diciendo. A veces viene mal acomodado, la partera te lo soba, te lo acomoda, pero a veces nomás no se puede.... Ella nos aconseja: “Así nomás te vas a cuidar”, nos dice, “no vas a cargar mucho peso” (Ent. 4, Pacchilla, San Martín).

Se asocia el hecho de tener muchos hijos con una salud precaria, debilidad y envejecimiento prematuro:

Las mujeres nos quedamos cansadas, pues, débiles ya, con tantos hijos que damos a luz (Ent. 6, Buenos Aires, Piura).

Las mujeres acá mucho sufrimos inflamación de ovarios, descensos, la matriz. Algunas se han muerto de cáncer al útero. De tanto hijo que hemos tenido será... (Inf. 10 de Agosto, San Martín).

No obstante, también se evidenció bastante temor y reticencia frente a los métodos anticonceptivos modernos. En varias de las localidades, cada vez que una mujer mencionaba un método en la dinámica grupal, varias salían a argumentar sobre sus riesgos y desventajas, fundados o no, y se multiplicaban las anécdotas e historias sobre mujeres conocidas a quienes los métodos anticonceptivos les habían causado malestares. Según los y las participantes en los diagnósticos participativos, los varones sí se involucran en las decisiones referidas a la salud reproductiva de la mujer y la opción por métodos modernos para la planificación familiar.

Los jóvenes, en sus grupos de trabajo, indicaron que ellos quisieran poder acceder a servicios de salud reproductiva, pero que, en general, no reciben un trato que los invite a volver al centro de salud.

2.5. PROBLEMAS DE SALUD NO COMPRENDIDOS O NO TIPIFICADOS POR LA MEDICINA OCCIDENTAL

Con creciente frecuencia, a lo largo de las dinámicas, conforme se acrecentaba la confianza de los participantes con el equipo de investigación correspondiente, fueron apareciendo enfermedades o condiciones de salud que no son tipificadas por la medicina occidental. Éstas ocuparon un lugar más importante en los trabajos de grupo en las dos localidades andinas, pero también aparecieron, con menos abundancia de detalles, en las demás localidades de estudio. En Huancavelica, se discutió ampliamente sobre el *chacho* o daño y el recalco; el susto fue mencionado con frecuencia en las ocho localidades de estudio; en Piura y San Martín, además del susto, se habló del mal de ojo y la brujería.

En cuanto al *chacho* o daño:

Los síntomas más frecuentes son dolor de cabeza, fiebre, vómitos, diarrea, chupo, sarna, dolor de barriga, dolor de muela, calambres y sangre en el esputo, la causa que se le atribuye es el haber descansado en lugares peligrosos o malos, pueden ser las piedras grandes, lagunas, puquios o lugares donde antiguamente se hicieron pagapus para aumentar el número de sus animales, estos lugares tienen un mal y te da el chacho.

Esto les da porque pasan por un lugar que emana una energía negativa y también por lugares donde se ha hecho las mesadas o pagapus para tener abundancia en animales, dicen que estas zonas son las que ahora hacen daño (Inf. Villamayo, Huancavelica).

Reconocen que este mal no puede curarse en la posta ya que sus causas son naturales (Inf. Pachamarca, Huancavelica).

La presencia importante del *chacho* y la *pacha* en el discurso de los pobladores de Huancavelica se vincula también con la cercanía y dependencia de la naturaleza, la vigencia de una cosmovisión que atribuye vida a los cerros, manantiales y otros fenómenos naturales como el rayo y el viento.

En torno al recalco, también llamado “*lomo ñati*”:

Algunos lo consideran como enfermedad y otros como malestar, afecta sobre todo a los varones, es producida por los trabajos pesados que realizan en la

chacra o por una caída. Los síntomas son dolor de cuerpo, columna y cabeza, sueño, mal aliento, malestar general (Inf. Pachamarca, Huancavelica).

Les da por el peso, dicen que se les abre todo el cuerpo (Inf. Villamayo, Huancavelica).

El mal aire:

Se conoce por el decaimiento, vómito, parálisis de una parte de la cara. Prefieren a la curandera, porque vas al médico por un mal aire y te dice “No tienes nada”; te vas donde una curandera y ella te lee las cartas y te dice: “Tienes esto”; te da hierbas, pomadas... (Ent. 2, Asentamiento Humano Huascarán, Lima Metropolitana).

En todas las localidades se encontraron opiniones diversas sobre este tipo de afecciones no tipificadas por la medicina occidental: muchas personas, hombres y mujeres, creen fehacientemente en ellas, pero también encontramos algunos, los menos, que albergan dudas:

Parece increíble; cuando alguien está enfermo, así sana. Cuando ya no se puede, de todas maneras puede ir al hospital... Yo durante 10 años he sufrido con asma. Me llevaron a Lima y ahí estuve con tratamiento durante tres meses. Me dijeron que ya es grave. “¿Por qué no te has acercado más temprano? Ahora ya no hay cura”. Me sacaron muestras, era asma y no era tuberculosis. A base de ampolla estaba tres meses. De ahí llegué aquí y al siguiente día ya me atacó la enfermedad. Como ya no podía sanar, mejor he salido al campo a hacer ayuno en el campo. Así me he curado yo... Por eso yo digo que nuestro señor Jesucristo existe, porque cuando alguien ora con fe, él nos escucha y nos da la respuesta (Ent. 1, Villamayo, Huancavelica).

La relación de las poblaciones que sufren exclusión con las creencias de su cultura de origen no son sencillas: compiten el sentido común heredado de sus padres y ancestros con los mensajes difundidos por la escuela, las iglesias llamadas evangelistas, los medios de comunicación y los servicios públicos de salud. Desde estos últimos, las cosas se han planteado como irreconciliables; no obstante, en las experiencias de vida de estas poblaciones, los diversos saberes sí son reconciliables. Lo que parece estar sucediendo es que estos peruanos y peruanas son ahora moradores de dos mundos (¿o más?): en la batalla entre la verdad de la

ciencia occidental y la verdad de las culturas tradicionales, a cada una se le ha asignando un espacio propio. Las personas dialogan con ambos sistemas y, de acuerdo con los síntomas que observan, deciden a cuál de los dos paradigmas acudir, pues lo que sí tienen claro es que uno puede curar ciertas afecciones y no otras, y viceversa. Volveremos sobre punto más adelante.

2.6. EPIDEMIAS Y ENFERMEDADES QUE FUERON COMUNES EN EL PASADO

Mediante la dinámica grupal “Línea de tiempo”, se exploraron los cambios que se han dado en la salud de la población en los últimos veinte a treinta años⁴. En varios lugares se reconoció que antes había enfermedades hoy poco comunes en la zona. Los participantes vinculan su desaparición a las campañas de vacunación y a otras intervenciones del sector Salud o de las autoridades de la zona:

Antes nos enfermábamos de sarampión, muro —les salen granos en la cara— sipita, lasta... No conocíamos pastillas. Había un solo puesto de salud en Paucarbamba. Moríamos bastante (dinámica de grupo con mujeres, Inf. Villamayo, Huancavelica).

A mi primo le dio el polio. Por ignorancia, creo, no lo vacunaron cuando era chico... Hoy tendrá como 45 años; en silla de ruedas está él (Ent. 2, Siglo XXI, Lima Metropolitana).

En Piura se recuerda la epidemia del cólera y, muy vivamente, los efectos del fenómeno de El Niño en 1983 y en 1989:

No había alimentos ni siquiera para comprar. Los niños se enfermaban y no había cómo llevarlos al centro de salud. ¡Los zancudos cómo había! Los niños mucho les daba la conjuntivitis (dinámica de grupo con varones, Buenos Aires, Piura).

4 Los participantes determinaron en cada caso la referencia temporal del ejercicio. Generalmente, se optó por un período de diez años; en algunos casos, se optó por veinte años.

En la región de San Martín, se habló del terremoto que hace algunos años produjo la caída de varias viviendas y que dejó muertos y heridos. Estos eventos recuerdan a las poblaciones pobres—en particular, a las que habitan en zonas rurales y urbano-rurales y cuya economía familiar está ligada a la agricultura y la ganadería— su dependencia de la naturaleza y de sus vaivenes, la vulnerabilidad de sus arreglos económicos y lo importante que es estar organizados para enfrentar eventos de este tipo.

2.7. IMPACTO DE LA PÉRDIDA DE SALUD EN LA ECONOMÍA FAMILIAR

La ocurrencia de enfermedades o accidentes altera el equilibrio precario de la economía y la vida cotidiana en la familia. Se teme que enfermedades y accidentes se presenten, pues se reconoce que pueden llevar a la familia a endeudarse, a descapitalizar su economía, a perder el trabajo; en suma, a una mayor precariedad económica.

Han llegado a vender parte de sus terrenos incluso, porque consideran que la salud es importante (Inf. Pacchilla, San Martín).

El dinero de la comida tenemos que agarrar (Asentamiento Humano Siglo XXI, Lima Metropolitana).

En ese rato dejamos de pagar el agua, la luz... (Asentamiento Humano 10 de Agosto, San Martín).

Todos los grupos de participantes, en las diversas localidades, coincidieron en señalar que las más afectadas son las mujeres, en particular las que están cuidando solas de su familia, sea por viudez, abandono o migración temporal prolongada del cónyuge:

La señorita del centro nos dice: “Tienes que guardar reposo”. Eso no podemos cumplir. ¿Quién se va a encargar de la casa, de los niños? (dinámica de grupo con mujeres, Inf. Buenos Aires, Piura).

En ese momento tengo que salir a pedir prestado, yo sola, como sea, tengo que llevarlo a la emergencia (Ent. 2, Asentamiento Humano Huascarán, Lima Metropolitana).

Las mujeres se levantan temprano para ir a la posta. Muchas veces las despiden de su trabajo cuando no les dan permiso. Eso les ocurre sobre todo a las madres solteras (Inf. Asentamiento Humano Siglo XXI, Lima Metropolitana).

El impacto de la enfermedad en la economía familiar es difícil de cuantificar: depende, entre otros factores, de la gravedad del mal y su duración, de a cuál de los integrantes de la familia aqueja, de las alternativas de que se dispongan para su atención y de la distancia a la que se encuentran éstas⁵.

Para realizar la extracción de la muela, acuden hasta al puesto de salud de Illpe, que se encuentra a dos horas de caminata. Allí se cuenta con personas conocedoras. Sin embargo, no son profesionales. O pueden acudir también a la feria sabatina de Tucuqasa, para lo cual deberán de caminar más de tres horas. En ambos casos el costo promedio es de 5 a 10 soles que tienen que pagar. A esto se suma el tiempo que pierden en la caminata... (Inf. Villamayo, Huancavelica).

No obstante las muchas diferencias, todos los grupos participantes, en los diversos lugares donde se llevó a cabo la investigación, afirmaron enfáticamente que una enfermedad afecta profundamente su economía familiar: “Es como si se viniera un terremoto en nuestras vidas”. Además de los gastos monetarios que supone, una enfermedad en la familia muchas veces significa perder oportunidades de generar ingresos.

¿Cómo hacen las familias en situación de pobreza para enfrentar esa situación entonces? ¿Cuánta previsión hay? ¿Cuánta podría haber?

Los participantes identificaron las alternativas a las que las familias suelen recurrir, y cuya elección dependerá del monto de dinero que se requiere y de la urgencia con que se lo necesita:

Dejamos de pagar. La primera medida, la de emergencia, es postergar gastos del diario (luz, agua, incluso alimentación) o gastos mayores que se tenía previsto realizar y para los que se estaba ahorrando. Esta medida es de emergencia y no se puede sostener. Si la enfermedad se prolonga, la familia se ve compelida a buscar otras alternativas: mientras una

5 La discusión sobre los costos de atender enfermedades y partos se retomará en la sección 3.3.

persona se encarga de cuidar al enfermo, procurar asistencia especializada o remedios, otras se movilizan para conseguir el dinero requerido para afrontar los gastos extraordinarios.

Nos prestamos. De los vecinos, de los familiares un poco menos pobres, de la bodega de la esquina. Los préstamos pueden variar en cuantía y condiciones: en la mayoría de las localidades del estudio las familias no tienen acceso al crédito formal, recurren a los prestamistas y para ello tienen que dejar algún bien en prenda. Pero hay algunas excepciones: en el Bajo Piura, los agricultores tienen líneas de crédito bancario abiertas para la habilitación de la siembra de algodón y arroz: si se considera necesario, ese dinero se usa para cubrir gastos extraordinarios de enfermedades (y otros gastos considerados importantes) y luego ya se ve cómo reponerlo. Del mismo modo, en zonas urbano-marginales, algunas familias tienen acceso a programas de crédito solidario para microempresas y, como en el Bajo Piura, recurren a ese dinero para solventar los gastos de accidentes y enfermedades imprevistas pensando que más adelante lo repondrán de alguna manera.

Ahí tienes que ver cómo conseguir la plata. Empeñas en la tienda alguna cosita. Te haces pedir prestado a tus familias, vendes algunos animalitos que criamos... (dinámica de grupo con mujeres, Inf. Asentamiento Humano Huascarán, Lima Metropolitana).

Hacemos lo posible para curarnos, nos prestamos, vendemos nuestra ovejita (dinámica de grupo con mujeres, Inf. Villamayo).

Vendemos nuestros animalitos. Tanto en las zonas rurales como periurbanas, y en menor medida en zonas urbano-marginales, las familias crían animales menores (y si lo permite el terreno, animales mayores también): venderlos es un recurso muy socorrido en caso de enfermedades. Casi nos atreveríamos a afirmar que se cría a los animales menores para poder disponer de ellos en eventos extraordinarios, trátese de fiestas importantes o enfermedades y defunciones.

En caso tengamos animales, como aves de corral, los vendemos. También recurrimos a las propiedades, y si tenemos título de la casa, lo empeñamos; es decir, todos en la familia nos movilizamos para recuperar la salud del que se encuentra mal (Ent. 4, Asentamiento Humano 8 de Diciembre).

En las zonas más urbanas —por ejemplo, en la periferia de Lima Metropolitana y de Tarapoto, San Martín—, la mayoría de las familias no disponen de animalitos, pero siempre pueden recurrir a empeñar o vender un artefacto eléctrico, mayormente la televisión, la radio o, si lo tienen, el “minicomponente” (aparato de música). Esta opción, la de vender o empeñar animales o artefactos, es más restringida en las zonas rurales, al igual que en la ciudad lo es para las parejas que recién empiezan y para las mujeres solas, que rara vez han podido adquirir artefacto alguno o ya los tuvieron que empeñar.

La comunidad nos apoya. En la pobreza, la solidaridad juega un rol muy importante. Ayuda a pasar los momentos difíciles, los eventos desestructurantes. En todas las localidades de estudio, se aludió con frecuencia a las colectas, organizadas sea por la propia familia afectada o por la dirigencia de su organización, para casos de enfermedades graves y prolongadas que requieren mayores cantidades de dinero.

Este comité [Comité de Bienestar Social] va a cumplir un año, se encarga de velar por el bienestar de todas las familias especialmente cuando las familias están en riesgo, recaudan dinero cuando alguien se enferma (Inf. Asentamiento Humano 8 de Diciembre, Piura).

2.8. IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN LA VIDA DOMÉSTICA

En cuanto al impacto de la enfermedad en la vida cotidiana de las familias, una coincidencia en todos los lugares de investigación es que la salud de la familia sigue siendo principalmente responsabilidad de las mujeres, estén solas o en pareja, adscritas a familias extensas o nucleares, trabajen fuera del hogar o no:

Las encargadas de preparar los remedios para los niños en la casa son las mujeres y las que llevan al curandero son las mujeres (Inf. Villamayo, Huanavelica).

Los hombres sólo miran y las mujeres corremos a buscar el curandero, y una vez que no se haya curado, nos vamos a la posta, todo por nuestros hijos (dinámica de grupo con mujeres, Inf. Villamayo).

Y si la mujer se enferma, se vive una desestructuración del espacio doméstico. Un entrevistado dice lo siguiente:

Si se enferma tu esposa, es un caos. ¿Quién cocina? Tienes que comer en la calle, genera preocupaciones... (Ent. 2, Asentamiento Humano Siglo XXI, Lima Metropolitana).

Para poder asumir la carga extra que supone el tener un enfermo en la familia, las mujeres postergan las tareas domésticas o las reducen al mínimo indispensable. “Llego como loca a cocinar”, dijo una mujer mientras las demás asentían con la cabeza, en una dinámica de grupo realizada en el Asentamiento Humano Huascarán (Lima Metropolitana).

Si la enfermedad se prolonga y la demanda de tiempo fuera del hogar se mantiene alta, las mujeres recurren a la solidaridad de otras mujeres de la familia o procuran el apoyo de vecinas. Los hombres sólo se involucran en la atención de los enfermos cuando se trata de algo grave y se requiere llevarlos a otra localidad. En algunas zonas, ni siquiera acompañan a las mujeres para el parto:

Incluso cuando las mujeres van a dar a luz, no las acompañan (dinámica de grupo de varones, Inf. Buenos Aires, Piura)⁶.

En Huancavelica, empero, si el curandero determina que es necesario hacer un *pagapu*, corresponde principalmente al padre de familia acudir con lo solicitado y participar en la ceremonia (Inf. Villamayo, Huancavelica).

Una enfermedad en el hogar también afecta a los hijos: cuando la madre o el padre tiene que salir para llevar a un enfermo a la posta o al centro de salud, los hijos mayores se quedan a cargo de los menores si ya tienen edad para ello. Los niños dejan de ir al colegio si fuera necesario; no almuerzan ese día.

6 Este caso, mencionado en el Bajo Piura, no es común. El embarazo y el parto no son considerados enfermedades sino eventos naturales que requieren un cuidado particular. En la mayoría de las localidades, los varones sí se involucran en estos eventos, acompañando a las mujeres en sus partos y asumiendo tareas domésticas “femeninas” en la primera etapa del puerperio, al igual que intervienen en muchas decisiones referidas a la salud reproductiva de la mujer.

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

Los que vienen de anexos tienen que levantarse muy de madrugada para cocinar y encargar los animales a sus familiares o contratar alguna persona para que cuide. Por ese día los esposos muchas veces tienen que dejar de ir a la chacra para acompañar al niño o a la esposa. Lo mismo pasa en caso de las esposas. Los más perjudicados son los niños que asisten a la escuela, quienes tienen que faltar para apoyar en la casa con el cuidado de animales o de los hermanitos menores (Inf. Villamayo, Huancavelica).

CAPÍTULO 3

Diversidad y eclecticismo: recursos para velar por la salud

3.1. SISTEMAS DE CREENCIAS Y SALUD

En la exploración sobre cómo atienden los y las participantes los problemas de salud en sus familias, encontramos diversidad y eclecticismo. Conviven hoy en el Perú varios sistemas de creencias y prácticas para atender los problemas de salud y enfermedad. Los peruanos y peruanas que viven en la pobreza se encuentran entre estos sistemas, lo cual les abre una mayor diversidad de opciones. Los recursos a los que están echando mano, tanto en el campo como en la ciudad, van desde la atención en el propio hogar con las prácticas y remedios que se transmiten de generación en generación o entre pares, hasta el internamiento en hospitales de la ciudad y clínicas privadas, pasando por múltiples recursos propios de sistemas de medicina no occidental, incluida la oración y la intervención de las iglesias.

Acuden las personas creyentes, los “evangélicos”, en busca de curación, ellos no pueden ir al curandero, realizan su curación a través de oraciones y ayunas para reprender al mal que “sale volando”, al no curarse con la oración hacen ayunas pero para esto debe tener mucha fe y no se paga... También acuden algunas personas que no son evangélicas que en su mayoría no se han curado en otros lugares (Inf. Villamayo, Huancavelica).

El verdadero curandero, el verdadero doctor, es nuestro Dios (Ent. 4, Pachamarca, Huancavelica).

A continuación, una relación de la diversidad de recursos para la atención de problemas de salud a los que acuden los pobladores y pobladoras en las localidades estudiadas:

Cuadro 3.1
RELACION DE RECURSOS PARA ATENDER PROBLEMAS DE SALUD Y SERVICIOS CON QUE CUENTAN LAS POBLACIONES
INCLUIDAS EN EL ESTUDIO^a

Recursos	Ayacucho		Plura		San Martín		Lima	
	Villamayor	Pachamarca	Buenos Aires	AA. HH. 8 Diciembre	Pacchilla	AA. HH. 10 Agosto	AA. HH. Huascarán	AA. HH. Siglo XXI
Cuidar en la casa	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Urbano	Urbano
Yerbero o vegetalista	X	X	X	X	X	X	X	X
Curioso(a)	X				X		X	X
Huesero(a)				X				X
Curandero(a), "pulseador"	X	X		X	X	X		
Partera(o)	X	X	X	X	X			X
Botica, tienda, farmacia	X				Sólo hay tiendita	X	X	X
Posta de salud local	X	X						
Centro de salud o posta en otra vecindad	X	X	A 45 min.	A 15 min. en mototaxi	X	A 15 min.	A 10 min.	X
Hospital(es) público(s) de la región			X	X		X	X	X
Médico particular			X	X		X		
Clínica privada cercana			X			X	X	

^a No incluimos en esta tabla el recurso a la oración ni el papel de las iglesias porque el tema no se consiguió explorar en profundidad.

El primer y más recurrido lugar de atención de los problemas de la salud es el propio hogar: en todas las localidades se afirmó que en la casa el gasto es mínimo, que allí aplican las mujeres los cuidados y remedios que ellas conocen, aprendidos de sus madres o con las vecinas, y que si no tienen que llevar al enfermo o enferma a ninguna parte, la alteración en sus rutinas y tareas domésticas es poco significativa. Por ello, la casa es el lugar preferido para atender la enfermedad y allí se comienza casi siempre¹.

De la gripe primero lo tratan en casa, utilizando eucalipto, huamanripa, sanjantuy, trago quemado con limón, azúcar y un poco de sal, esta curación lo realizan generalmente las mujeres y luego acuden al puesto de salud pero lo hacen una vez que en la casa no hayan podido curarse (Inf. Villamayo, Huancavelica).

Inicialmente las familias buscan la recuperación de enfermedades como la gripe, diarrea, dolores estomacales; el tratamiento consiste en hierbas medicinales, por ejemplo para aliviar la gripe utilizan infusiones de eucalipto, “infundia” de gallina... Cuando presentan infecciones vaginales o a las vías urinarias, también recurren al tratamiento con remedios caseros con infusiones de cola de caballo y lavados vaginales con agua con limón o agua con vinagre (Inf. 8 de Diciembre, Piura).

En algunas localidades, las mujeres señalaron que esa práctica de atender a los enfermos en casa conlleva un riesgo, pues “por ahorrar, el enfermo se puede empeorar” (Ent. 1, Asentamiento Humano Pachamarca, Huancavelica). Un tema clave, entonces, es cuándo y cómo se toma la decisión de buscar ayuda especializada².

Si la enfermedad se muestra reticente y no se logra curarla en la casa, las familias se ven ante dos grandes opciones: pueden acudir a los servicios de

- 1 La excepción está dada por el caso de enfermedades de gravedad que ya se reconocen y para las cuales se sabe que los remedios caseros no son (tan) efectivos; asimismo, cuando los varones adultos se enferman y requieren un solución rápida para que sus actividades laborales no se interrumpan.
- 2 Este tema requeriría ser explorado más a fondo. No se logró hacerlo con las dinámicas participativas. Requeriría llevar a cabo entrevistas en profundidad, un diseño de investigación específico. El conocimiento resultante sería de gran utilidad para mejorar los programas de capacitación de madres y padres de familia, promotoras y promotores comunales, dirigentes y autoridades locales.

salud tradicionales, que, al parecer, están disponibles en todas las localidades donde predomina la pobreza, o bien recurrir a los servicios que ofrece el Estado, que, como también se ha constatado, llegan cada vez más lejos³.

Los pobladores de esta comunidad, cuando tienen dolor de muela, se curan en sus propias casas. Para ello pueden tomar medicinas como la antalgina, que lo adquieren en alguna tienda o en las ferias. También hacen uso del ron y hierbas caseras como la centella... Cuando ya me lo tienen que sacar la muela, voy al centro de salud en Illpe o a la feria de Tucuqasa. O si el dolor es cuando la muela está sano, entonces ya es *chacho*, ahí nos vamos al adivinador (dinámica de grupo con mujeres, Inf. Villamayo, Huancavelica).

De acceso mucho más restringido para los sectores más pobres, y en particular para los rurales, son los servicios privados vinculados a la medicina moderna occidental: la botica o tienda que expende medicinas, el médico particular, la clínica privada, el hospital de pago:

Cuando la enfermedad es grave, como TBC, fiebre alta, ahí si nos vamos al Hospital de la Solidaridad. Nos cuesta, pero ahí si te curan... (dinámica de grupo con varones, Asentamiento Humano Siglo XXI, Lima Metropolitana).

Una consideración básica en el momento de optar sería el tipo de enfermedad. Para la mayoría de las poblaciones que sufren pobreza en el Perú, hay dos grandes tipos de enfermedades: unas las puede curar la medicina occidental, otras no; la medicina occidental no las comprende ni las puede curar: es necesario entonces recurrir a los curanderos (*chamán*; *qawaq*: 'el que adivina'; literalmente, en quechua, 'el que ve') o a los curiosos (quienes no saben tanto como los curanderos porque "no es de nacimiento, sino que lo han aprendido"), pues sólo con ellos hay posibilidad de sanar:

Primero se dirigen al puesto de salud al presentar algunos de los síntomas (del *chacho*), reconocen que los medicamentos que les dan sólo les calma el dolor

3 La limitación actual ya en no sería tanto la cobertura sino el hecho de que los servicios de salud públicos que llegan más lejos, a las comunidades más marginadas y pobres, son sólo establecimientos de primer nivel, lo que implica que no tienen personal profesional asignado, no reciben más que medicamentos básicos, y su rol consiste en referir a los pacientes con problemas más complejos a establecimientos de mayor nivel, pero eso es algo que no tiene claro la población. Volveremos sobre el punto.

temporalmente, pero no les cura... Cuando no nos curamos en el puesto de salud, vamos al curandero o adivinador. Ellos son los que pueden salvar las vidas de las personas que fueron alcanzadas por el daño o *chacho*. Sin embargo, no todos podrían curar, sino aquellos curanderos de mayor conocimiento o experiencia. Ellos identifican el lugar que les hizo el daño haciendo uso de la hoja de coca, el maíz o algunas piedras pequeñas que utilizan como el dado. Realizan la curación con el *anccoso* o el *pagapu*, dependiendo del grado del daño (Ent. 1, Villamayo, Huancavelica).

Prefieren las costumbres, pues. Cuando los niños están con susto, van al curandero. También vamos al huesero. A mi vecino le arregló la mano que se le había dislocado (Ent. 2, Asentamiento Humano Siglo XXI, Lima Metropolitana).

De la existencia de enfermedades que no son curables por ellos parecen estar conscientes los practicantes de la medicina tradicional: parteras y parteros, curanderos y curanderas, quienes frecuentemente refieren a los pacientes al sistema de salud occidental diciendo que eso no es lo suyo:

Cuando te da fiebre, primero te vas al curandero y allí ya te enteras. El curandero ve y te dice si es una enfermedad: “Es enfermedad”, dice, “tienes que ir a la posta”, así diciendo te manda a la posta, pero si es esto del *chacho*, entonces él mismo te cura (Ent. 6, Villamayo, Huancavelica).

Si es neumonía, le mandamos enseguida a que vaya al centro de salud (Ent. 2, Pachamarca, Huancavelica).

Esa actitud de reconocimiento de los límites de su saber y respeto por el otro sistema de salud no parece ser recíproca: sólo encontramos dos testimonios que indican cierta apertura del profesional o la profesional graduada en la escuela de medicina o enfermería hacia las creencias y prácticas de la medicina tradicional:

En el puesto de salud el “recalco” no es considerado como una enfermedad, atribuyéndose a otros factores, tampoco los encargados del puesto de salud tienen medicamentos para atenderlo... (Inf. Pachamarca, Huancavelica).

Sabemos que sí existen comadronas y recetan hierbas. Eso funciona siempre y cuando no sea de origen bacterial la enfermedad (médico jefe,

Centro de Salud de Jerusalén, cercano al Asentamiento Humano Huascarán, Lima).

Algunas condiciones de salud son igualmente atendibles por el sistema tradicional y el sistema moderno occidental, como la gripe, la diarrea, el parto, las dislocaciones y fracturas, entre muchas otras. Frente a este tipo de casos, entran a influir en la decisión de las familias otro tipo de consideraciones.

3.2. INCENTIVOS Y DESINCENTIVOS DE LAS DIVERSAS OPCIONES

Preguntamos a las y los participantes qué problemas de salud son referidos a los curanderos o curanderas o médicos tradicionales y por qué se prefería esta opción. Asimismo, en qué casos acuden al servicio público, posta o centro de salud, clínica o médico particular. Las respuestas no fueron simples ni se dieron consensos grupales fáciles y rápidos como en otros temas. En sus debates, los participantes esgrimieron una serie de argumentos que nos permiten entender los diversos factores que incentivan y desincentivan a las familias a recurrir a las diversas opciones que cada sistema les ofrece. Hemos resumido y agrupado los principales argumentos expuestos frente a las diversas opciones en las propias voces de los y las participantes:

Cuadro 3.2

PRINCIPALES ARGUMENTOS A FAVOR Y EN CONTRA DE LOS DIVERSOS RECURSOS A QUE LOS POBLADORES Y POBLADORAS PUEDEN ACCEDER PARA ATENDER LA SALUD

<i>Recursos de la medicina tradicional: Yerbera, curiosa, partera(o), curandero(a), huesero(a)</i>	<i>Servicios del sistema público de salud: Puestos de Salud de nivel I: Villamayo, Pacchilla, Buenos Aires</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Nos dan facilidades para pagar si no tenemos. • Pagamos cuando el enfermo ya se curó. • Pagamos en animalitos, en lo que tenemos. • Hay veces no cobra, sólo les damos presente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuesta poco si tienes el SIS; si no tienes SIS: 5 soles. • Puede ser plata. • Los horarios no son buenos, de 8 a 12 nomás atienden. • No respetan el horario establecido. • El puesto queda a una hora, tienes que ir caminando (Buenos Aires).

<ul style="list-style-type: none"> • El costo es regular, ya que siempre gastan, aunque no mucho. • Algunos cobran más caro, pero nos dan facilidades. • Tenemos que llevar lo que nos pide. • Te atiende ahí mismo. • Cerca nomás queda. • En algunas localidades no hay curandero: queda un poco lejos, eso nos desanima (San Martín). • Nos saben “pulsear”. • Nos tratan como uno de nosotros. • Hablan nuestro quechua. • Nos escuchan. • Nos hacen entender. • Al momento del alumbramiento no están varias personas. • Nos dicen si tenemos que ir al centro de salud o no, si la enfermedad es para ellos o no. • Es efectivo para daño, <i>chacho</i>; para otras enfermedades, no. • La partera es sólo para parto y para acomodarnos la barriga; para otras enfermedades, no. 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay medicinas, sólo medicamentos genéricos. • Sólo recetan paracetamol, ibuprofeno... • No atienden profesionales. • No hay todas las especialidades. <p style="text-align: center;"><i>Puestos de salud de nivel 2 o centros de salud: Pachamarca, Siglo XXI, 10 de Agosto</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si eres SIS, no pagas; no eres SIS: 5, 6 soles o más te cobran... • Las medicinas tienes que comprar. • Las medicinas son caras. • Queda más lejos; se demora uno en llegar. • Sí hay transporte, pero nos cuesta; a veces ni pasa el carro... • Mucho se demoran en atender. • Sólo atienden a 10 personas, sólo atienden a 20. • Por SIS sólo atienden 5; con pacientes de pago tienen que combinar, dicen. • Hay que madrugar. • Si te olvidas el número de la historia, te gritan, te hacen ir al final de la cola. • Tienes que hacer trámites: cola para el ticket, cola para caja, cola para la historia... • No atienden como debe ser. • No explican bien. • No nos escuchan con paciencia. • A las mujeres jóvenes, si vamos a pedir anticonceptivos, nos dicen: “¿Tan chibola?”.
<p><i>Servicios privados de medicina occidental</i></p>	<p><i>Hospital del Estado</i></p>
<p>BOTICA, FARMACIA</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Me ahorro la consulta; el boticario me sabe recetar. • Sabemos automedicarnos. • Dejé mi DNI (no tenía con qué pagar) y me dieron la medicina. • Ahí nomás compramos. • Le tocas y te atiende. • Hasta las 9 de la noche nomás. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tienes que pagar por los análisis, las medicinas hacerte buscar. • La ambulancia tienes que pagar (40 soles, 90 soles...). • Está más lejos. • Hay que gastar en pasajes. • Más se demora uno. • Sólo vamos cuando estamos graves.

<p><i>Servicios privados de medicina occidental</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muchas veces no hay ambulancia para trasladarnos. • Acá transporte casi no hay a partir de las 9 de la noche y es un peligro andar, por la delincuencia (Asentamiento Humano 10 de Agosto, San Martín) • No nos atienden si no es por emergencia. • No saben explicarnos. • No respetan nuestras costumbres (parto). • No te dejan quedarte con tu familiar, tienes que gastar en comida, buscar un cuarto... • No saben curar el <i>chacho</i>, el susto.
<p>MÉDICO PRIVADO (VECINO DE LA LOCALIDAD)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Es caro pero no tanto. • Nos conoce y nos trata con consideración (caso específico de Buenos Aires, Piura). • Nos da facilidades de pago. • Como le pagas, te trata bien. • Te explica lo que tienes. • Curan bien. 	
<p>CLÍNICA PRIVADA</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Si no tienes plata, no te atienden. • Es mucha plata. • Puedes ir a cualquier hora. • Te atienden mejor. • Puedes quedarte con tu paciente a pasar la noche. • Tienen todas las especialidades. • Ahí te hacen los análisis y ahí mismo están los resultados. • Te pueden operar. 	

Si bien hubo muchas regularidades, recogimos algunas diferencias notorias de apreciación respecto a uno u otro servicio en algunas localidades. Consideramos que estas diferencias pueden deberse a la calidad de los servicios disponibles en el momento del estudio en esa localidad en particular.

En la localidad de Pacchilla, San Martín, se recabaron comentarios negativos sobre el curandero: fue un caso único. En ninguna otra localidad, indistintamente de la mayor o menor importancia que les atribuyeran como recurso para la salud, se escucharon comentarios negativos sobre los prestadores de servicios de la medicina tradicional. El caso de Pacchilla podría deberse a que el curandero en mención no vive en la misma comunidad y por ello se lo ve como un recurso lejano y poco confiable. Otra excepción fue dada por Villamayo, localidad rural de la región serrana de Huancavelica, cuya posta de salud fue construida por el municipio con participación de los pobladores y recién se ha inaugurado hace nueve

meses. En este caso, las apreciaciones sobre el personal de la posta —un técnico enfermero contratado y pagado por el propio municipio— son altamente positivas, caso único en un panorama de mucha crítica por las insuficiencias en el servicio de los trabajadores de las postas públicas de nivel 1 y 2.

Fuera de esas apreciaciones particulares, los principales argumentos que se recogieron indican que las decisiones sobre a cuál servicio acudir en cada caso, además de tener en cuenta el tipo de enfermedad y su gravedad, conjugan una serie de factores que operan por un lado como ventajas o incentivos y, por otro, como desincentivos. Estos factores serían:

- El costo, que además del pago por consultas y remedios, incluye el transporte cuando los lugares de atención están lejanos, en caso de que exista un medio de transporte.
- El tiempo que se requiere invertir hasta llegar al lugar y lograr ser atendido, lo que se conjuga con la distancia, pero también con los horarios de atención, el tiempo habitual de espera y, tal vez lo más importante, con el respeto de los horarios establecidos por parte del personal que atiende.
- El trato que reciben, factor sumamente importante por su recurrencia en las declaraciones de los participantes, y que además del respeto por los horarios, tiene que ver con la atención con que los y las participantes son escuchados por el personal, la paciencia con que les explica lo que tienen, y con los factores culturales.
- Los factores culturales, como el idioma en que se pueden comunicar los y las participantes, la empatía mutua y la aceptabilidad del tratamiento brindado o sugerido, entre otros.
- La efectividad del tratamiento, factor que también se articula con el precedente, ya que las creencias de las personas y su actitud frente al tratamiento pueden influir positiva o negativamente sobre el proceso de recuperación de la enfermedad.

Las consideraciones económicas, los factores culturales, el trato personal y la confianza en la probable efectividad del tratamiento interactúan entre sí y se conjugan para fortalecer los argumentos a favor o en contra de una u otra opción.

3.3. LAS TENDENCIAS MÁS CLARAS

Algunas tendencias que se pueden identificar con más claridad, en medio de un panorama bastante diverso:

3.3.1 *La fuerza de los factores culturales*

La empatía y otros factores culturales parecen ser más importantes en zonas rurales, donde las patologías no tipificadas como el *chacho*, la *pacha*, el daño, el susto y el ojeo están más presentes. Las consideraciones culturales son particularmente fuertes en relación con la salud sexual y reproductiva de las mujeres: “A las mujeres no les gusta desnudarse en público” (Informe Villamayo, Huancavelica).

En los testimonios de las mujeres rurales, aparece como una consideración más importante la manera de atender el parto que el género de la persona que las atiende:

Hombre o mujer no importa, si nos hace atender en nuestra casa, con nuestro esposo nomás (Ent. 6, Pachamarca, Huancavelica).

El partero nos atiende de acuerdo a nuestras creencias. Nos ve en el pulso si ya vamos a dar a luz y al momento del alumbramiento no están varias personas más que su esposo y el partero nomás están (Ent. 6, Villamayo, Huancavelica).

El curandero no te revisa el cuerpo, no te dice “calatéate”. Sólo saca su coca o su maíz... (Ent. 4, Villamayo).

En las zonas más urbanizadas, pese a que las mujeres reiteradamente señalaron que prefieren a la partera tradicional, no se registró particular reticencia al parto en instituciones de salud o al hecho de tener que desnudarse. Pareciera que ya se está generalizando una mayor aceptación de las prácticas medicalizadas, a la par que se va incrementado la confianza general en el sistema de salud occidental. De acuerdo con sus declaraciones, los pobladores y pobladoras urbanas confían en los recursos de la medicina tradicional sólo para ciertas enfermedades. Se recurre a yerberas o yerberos y curanderos o curanderas en menos casos, y pareciera que lo habitual es pensar sólo —o en primer lugar— en el servicio público al producirse una enfermedad en la familia.

3.3.2 *El peso de las consideraciones económicas*

No hemos querido calificar los desincentivos como “barreras”, porque la evidencia generada en este estudio indica que no parece haber barreras absolutas que los pobres no logren superar: es decir, los factores que los desincentivan a usar un servicio u otro, en caso de existir, no aparecieron en las dinámicas grupales ni en las entrevistas individuales como obstáculos insuperables. La única excepción es el factor económico.

Cabe, en este punto, recordar que las condiciones de vida y las restricciones que deben enfrentar las familias que viven en pobreza en el país no son homogéneas. En la zona rural andina, en las economías campesinas, hay mucho menos liquidez monetaria y es menor la posibilidad de acceder a crédito o a préstamos, por lo que el gasto en dinero es difícil de afrontar. Pagar cinco nuevos soles por una consulta en la posta de salud de nivel 1⁴, cuando ésta no tiene especialistas y sólo puede dar medicamentos básicos como paracetamol e ibuprofeno⁵ es visto como un costo demasiado alto, más aún tomando en cuenta que el jornal rural está entre ocho y diez nuevos soles y que la arroba de papa serrana se está vendiendo en chacra a cuatro soles. El problema, en este contexto, para las familias rurales, no es sólo tener la liquidez para pagar en ese momento, sino la mella en la economía familiar, en su sostenibilidad futura, cuando los costos del tratamiento se ven aumentados con análisis, medicinas, etcétera. De ahí que las familias campesinas no sólo pongan en consideración cuál servicio resulta menos costoso o quien cobra menos caro, sino a quien se le puede diferir el pago o a quién se le puede pagar en especie.

Por ello, en el caso de las poblaciones rurales más pobres, el factor económico sí se puede erigir como una barrera que dificulta mucho o incluso impide el acceso a los servicios no tradicionales de salud, públicos o privados (en caso de que éstos se encuentren a una distancia relativa

- 4 Pagar los mismos cinco o seis nuevos soles por la consulta en una posta de segundo nivel o centro de salud resulta más aceptable, según los participantes en este estudio, porque en éstas sí se cuenta con especialistas de diverso tipo y, aunque no tengan los medicamentos, les pueden dar receta. El costo de acudir al centro de salud, cuando no está ubicado en el mismo distrito, es de otro tipo: implica trasladarse más lejos, perder el día de trabajo completo, arriesgarse a que un animalito se pierda, etcétera.
- 5 Medicamentos que se consiguen por el mismo precio de 0,70 centavos de nuevo sol en cualquier tiendita de pueblo.

accesible). Esta barrera económica, empero, no sería tan fuerte si no se reforzara con el tema del maltrato y la falta de empatía cultural.

3.3.3 *La gravitación del costo de las medicinas*

Cuando se elige la medicina occidental, surgen otros factores que preocupan y desaniman: el costo de los medicamentos aparece como el más saltante de todos:

El gasto más grande que hemos tenido ha sido cuando se le detectó a mi esposo la parasitosis. Hasta ahora no se ha curado. Ya son cuatro años que tiene esa enfermedad. A él le dieron un tratamiento, pero sólo ha tomado las pastillas más económicas... (Ent. 2, Asentamiento Humano 8 de Diciembre, Piura).

Mi esposo padeció durante 15 años de úlceras al estómago. Le daban cita para la operación, le hacían comprar ampollas y otras medicinas, gastaba toda su plata y regresaba sin mayor resultado: nunca se logró operar (Ent. 2, Pacchilla, San Martín).

Este elevado costo se convierte en motivo de desilusión respecto del servicio público: al acudir a la consulta en el servicio público de salud, los pobladores de menores recursos esperan que se les entreguen los medicamentos también, y cuando esto no sucede, se sienten engañados.

También existen barreras relacionadas al acceso limitado a los medicamentos. Todo esto debido a los precios elevados, a la limitada capacidad adquisitiva y la calidad de los mismos. La oferta de medicinas del centro de salud y en los hospitales no se ajusta a las necesidades de los usuarios (Inf. 8 de Diciembre, Piura).

El acceso limitado a los medicamentos es un problema. Sólo hay medicamentos básicos. El médico es sincero y les dice que compren los medicamentos afuera, pero las personas no adquieren los medicamentos completos y luego concluyen que el tratamiento es inefectivo, incompleto... (Inf. Asentamiento Humano Siglo XXI, Lima Metropolitana).

Como se señala en el informe que acabamos de citar, una de las consecuencias del alto costo relativo de las medicinas es el abandono del

tratamiento antes de completarlo y, eventualmente, el descrédito en la efectividad del servicio público de salud.

3.3.4 La incidencia de la distancia y el tiempo

En las zonas rurales, las llamadas “barreras geográficas”, el binomio distancia-tiempo requerido para llegar a los servicios públicos (y privados) es mucho mayor: cuanto más lejos quedan esos servicios, más difícil les resulta a las familias optar por ellos, aun en aquellos casos en que se los considera más efectivos. Reproducimos un croquis elaborado por los participantes del diagnóstico en Villamayo, Huancavelica, que ilustra el punto mejor de lo que podrían hacer nuestras palabras:

Gráfico 1
CROQUIS SOBRE LA DISTANCIA Y EL TIEMPO QUE SUPONEN LOS DISTINTOS SERVICIOS DE SALUD EN VILLAMAYO, HUANCAMELICA



En una zona mucho mejor conectada que Villamayo, como es el caserío de Buenos Aires, anexo de la comunidad de Catacaos, en el Bajo Piura, se encontró lo siguiente:

Cuando las personas son derivadas a otras zonas, las barreras se agudizan porque los gastos se incrementan, no sólo es el transporte, hay que pensar en comida, alojamiento, esos gastos tienen que considerar aunque tengan SIS... Por eso les resulta más barato ir a una clínica en Piura⁶ o a médicos particulares en Catacaos (Inf., Buenos Aires, Piura).

No obstante lo altas que sean las llamadas “barreras” geográficas, si la solidaridad comunal se despliega o la familia extensa apoya, los y las participantes las logran vencer.

En las barriadas y asentamientos humanos que rodean la ciudad, donde las distancias son menores, las familias optan más rápida y fácilmente, pese a que requieren mayor egreso monetario, por los servicios privados de medicina occidental. Ello porque, además de que la espera para la atención suele ser muy larga en los servicios públicos⁷, la población tiene mayor cercanía a una diversidad de servicios privados que, en general, consideran más efectivos que los públicos y donde el trato, según su percepción, es notoriamente mejor:

En el Hospital de la Solidaridad no necesitas hacer colas. Hay todas las especialidades. Puedes ir a cualquier hora. En cambio, en el centro de salud, tienes que ir a las cinco de la mañana para hacer cola. Esperas mucho rato y tampoco no hay todas las especialidades (dinámica de grupo con mujeres, Inf. Siglo XXI, Lima).

En el debate en plenaria, los varones señalan que es mejor pagar directamente y atenderse mejor, a diferencia de las mujeres, que prefieren agotar las otras instancias primero (Inf. Asentamiento Humano 8 de Diciembre, Piura).

3.3.5 *Las expectativas frente a los servicios públicos*

Tanto en zonas rurales como urbanas, se espera gratuidad del servicio público: por ello, se critican con dureza y se consideran como factores

6 Las clínicas privadas en Piura y en zonas urbano-marginales de Lima admiten que un paciente se quede en el cuarto del paciente a pernoctar.

7 Las postas de salud de las zonas marginales de Lima Metropolitana tienen una asignación de población por atender sumamente alta.

negativas prácticas o condiciones que se aceptan más fácilmente en los otros sistemas, incluido el pago monetario: “¿Por qué no nos entregan las medicinas gratis?”, se pregunta, por ejemplo, un poblador de Piura (Inf. Asentamiento Humano 8 de Diciembre, Piura).

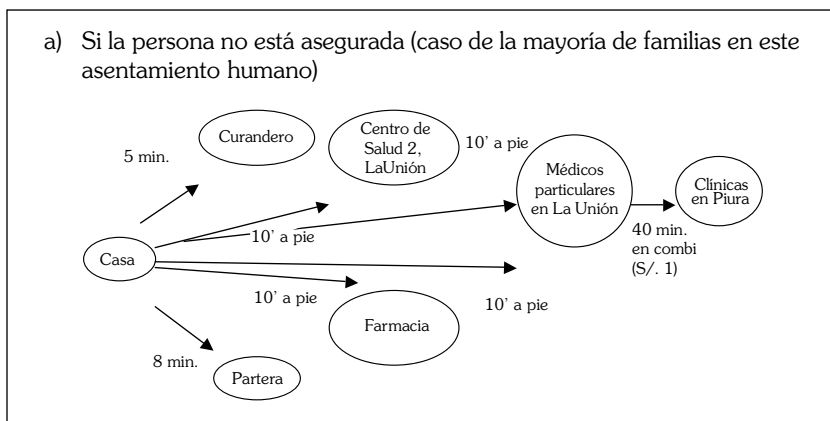
En relación con el tema de las expectativas, hay una serie de aristas que seguiremos explorando; entre ellas, el efecto de expectativas frustradas que se acumulan.

3.4. EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS): BIENVENIDO, PERO... ¿PODRÍA SER MEJOR?

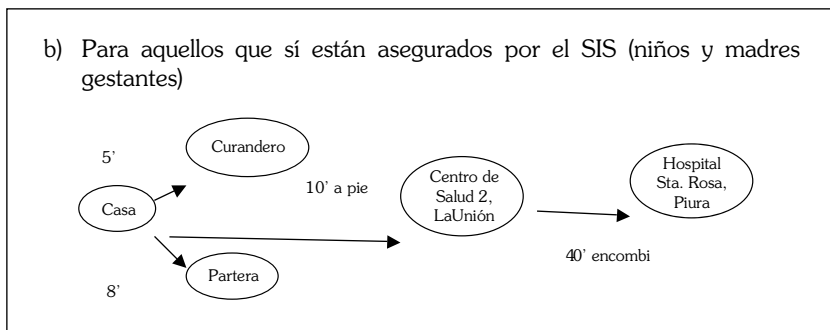
Siendo las consideraciones económicas tan importantes en la decisión de a qué tipo de recurso o servicio de salud acudir, el SIS⁸ aparece como un factor que sí hace la diferencia para las familias más pobres, especialmente para inclinar la balanza a favor del uso del servicio público.

Pedimos a los participantes que dibujaran el recorrido que hacen cuando tienen un enfermo en casa. Éstos son algunos de sus productos:

Gráfico 3.2
RUTAS TÍPICAS QUE SE RECORREN PARA ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD EN EL ASENTAMIENTO HUMANO 8 DE DICIEMBRE, PIURA



8 El SIS fue un programa implementado durante el gobierno de Alejandro Toledo para ampliar el acceso de las poblaciones en situación de pobreza a los servicios públicos de salud. El programa se formalizó en madres gestantes y menores de 0 a 6 años.



Como se puede apreciar, el hecho de tener atención gratuita para los niños y tarifas muy reducidas para las madres gestantes y lactantes constituye un incentivo fuerte para optar por el servicio público. Se puede afirmar que existe una tendencia creciente de parte de las mujeres a llevar a sus menores hijos directamente a la posta de salud una vez que ya están inscritos en el SIS y sabiendo ellas que no se les cobrará por la consulta.

En nuestra muestra tuvimos localidades donde, dada su ubicación en una zona de extrema pobreza, todas las familias han sido afiliadas al SIS (caso de Villamayo, Huancavelica) y otras localidades en las que a pesar de ser lugares muy carentes de servicios básicos y con mucha precariedad en los ingresos familiares, sólo se consideró afiliar a un número determinado de familias. Esto es difícil de comprender para las familias no beneficiadas y motivo de mucha desazón y descontento.

Llegaron hasta la localidad (Buenos Aires) a asegurarlos, a diferencia de acá, en 8 de Diciembre, donde no querían asegurar (Inf., Asentamiento Humano 8 de Diciembre, Piura).

Sólo 120 familias se ha puesto como cuota para el SIS acá en 8 de Diciembre. Más número de familias no quieren aceptar. Acá somos muchas las familias que lo necesitamos ese seguro (dirigente, Asentamiento Humano 8 de Diciembre, Piura).

A los pobladores de las zonas urbano-marginales les es difícil entender y no aceptan los criterios empleados por el SIS para excluir a familias que viven “donde nadie recoge la basura y el agua hay que llevárnosla en baldes desde los pilones hasta nuestras casas” y donde, como ellos remarcan, los adultos no tienen trabajos estables ni seguro de salud alguno:

Vienen a las casas a ver. Si tienes televisor, ya no les afilian al SIS. ¿Acaso ya no tenemos derecho a tener televisor, digo yo? ¿Ni derecho a entretenernos tenemos? (Dinámica de grupo con varones, Asentamiento Humano Huascarán, Lima Metropolitana).

Tampoco comprenden por qué no se incluye a todos los miembros de la familia, por qué sólo gozan del SIS algunos de sus integrantes, ni por qué a las mujeres se las retira del SIS al cumplirse el año después del parto:

En nuestras familias todos somos pobres, no sólo el niño. ¿Acaso los hombres también no necesitan también ese seguro? (Dinámica de grupo con mujeres, Asentamiento Humano Huascarán, Lima).

En casos cuando un anciano se hace una fractura, se le asegura sólo para el tratamiento, más no. Yo considero que se debe extender el SIS a los ancianos, porque algunos son abandonados por sus hijos y familiares y no hay quién vele por ellos. No trabajan ni cuentan con dinero para atenderse (Ent. 2, Villamayo, Huancavelica).

¿Acaso me tengo que estar embarazada todo el tiempo, para tener mi seguro? (dinámica grupal con mujeres, Asentamiento Humano 8 de Diciembre, Piura).

Pareciera que un anhelo de las poblaciones en situación de pobreza sería que todas las familias pudieran contar con un seguro de salud:

La salud es muy importante para nosotros, y si no tenemos platita... ¿cómo podríamos hacer? (Ent. 4, Asentamiento Humano 10 de Agosto, San Martín).

No obstante ese anhelo, escuchamos una serie de quejas acerca de la forma en que está funcionando el SIS: una vez más, aparece en primer lugar el trato que reciben los y las participantes:

En 8 de Diciembre, hay mujeres analfabetas que cuando son atendidas por el SIS, son humilladas (Ent., Asentamiento Humano 8 de Diciembre, Piura).

Hay una ficha de filiación al SIS y si se les pasa la ficha⁹ reciben maltratos (Ent. 2, Asentamiento Humano Siglo XXI, Lima Metropolitana).

9 Las fichas de inscripción para el SIS tienen validez por un año solamente, a eso alude la expresión "se pasa la ficha".

Los cobros, que consideran indebidos, son vistos de este modo:

Mi nieta de un año y dos meses [...] tuvo la gripe asiática; fuimos al puesto de salud y de allí nos mandaron al hospital de La Banda, porque estaba grave. A pesar de que la niña está afiliada al SIS, tuvimos que comprar algunas medicinas y pagar algunos exámenes médicos... Cuando se presenta este tipo de casos, por lo general tenemos que prever como mínimo un gasto de 50 soles, incluida la movilidad (Ent. 2, Asentamiento Humano 10 de Agosto, San Martín).

La escasez de medicamentos es presentada como otro problema: “En el SIS sólo aseguran a la madre y a los menores de 18 años; los medicamentos casi no hay”.

Un motivo de queja adicional es el hecho de tener que renovar la ficha del SIS cada año. Otro, que a los adultos y adultas se les pide el DNI y el certificado o partida de nacimiento de los niños para inscribirlos.

Se dijo también con frecuencia, en las zonas urbanas, que en las postas hacen esperar más a las personas que tienen SIS y se da preferencia a la atención de los no asegurados. Asimismo, que hay un tope diario de atención a personas con SIS y cuando la cuota del día se cumple, se las manda para otro día:

Otro aspecto que no se comprende es por qué se ha determinado que los niños sólo pueden tener tres atenciones gratuitas al mes y las mujeres gestantes una, habiendo circunstancias en que se puede requerir acudir a la posta en más ocasiones:

En la posta de salud la atención de pacientes por SIS tiene un tope, ya que recaudan más fondos por la atención de particulares, así que algunas personas dan direcciones falsas cuando se atienden en el SIS. Así acumulan varias atenciones acudiendo a diferentes centros de salud (Inf., Asentamiento Humano Siglo XXI, Lima).

Como se puede escuchar en el testimonio anterior, algunas familias ya encontraron la forma de “sacarle la vuelta” a esa disposición.

3.5. ECLECTICISMO: LA RACIONALIDAD PRAGMÁTICA DE LOS SECTORES POPULARES

Encontramos que la población que sufre pobreza y exclusión, atendiendo a consideraciones económicas y culturales, a experiencias previas y expectativas que se entremezclan, suele acudir a una gama de servicios dentro de cada uno de los sistemas de medicina, produciéndose trayectorias bastante eclécticas en la búsqueda de curación.

El tratamiento comienza en la casa, como ya vimos, y cuando los remedios caseros no dan resultados rápidos, se puede optar por acudir al especialista de medicina tradicional (curandero, yerbera, curioso), a la farmacia o al servicio público de salud (posta, centro de salud). En un tercer momento, indistintamente de la vía elegida antes, se puede apelar a alguno de los que no se eligió en primera instancia y lo mismo más adelante, sin descartar nunca del todo ninguna de las opciones. En muchos casos, se opta por combinar lo que más les convence de los diversos sistemas:

Para la inflamación urinaria, voy a la yerbera, le compro por cinco soles, más cinco soles que me cuesta los óvulos en la farmacia, cada uno cinco soles, me ha dicho el médico tengo que comprar (Ent. 2, Asentamiento Humano Huascarán, Lima Metropolitana).

Un elemento que se debe tomar en cuenta es que en ambos sistemas de medicina, el tradicional y el occidental, hay jerarquías de saberes, y la gente lo reconoce: para los participantes en esta investigación, no es lo mismo ser atendido por un médico que por un enfermero o enfermera, como tampoco es lo mismo un curioso o curiosa que un curandero o curandera. Por ello, en algunas localidades, se prefiere ir avanzando de acuerdo con la jerarquía de saberes:

Primero hacemos mirar con el curandero si es daño o no. Luego recién acudimos a la posta. Si vamos a la posta con esa enfermedad, nos moriríamos... (Ent. 3, Villamayo, Huancavelica).

Así, si a la posta o centro de salud llega un médico y se corre la voz de que éste sabe curar y/o que trata bien a las pacientes, las mujeres empiezan a optar más por ese servicio, pero si a ese médico lo cambian y

el reemplazante no es un profesional¹⁰ o no tiene el mismo buen trato, la población vuelve a recurrir a sus recursos tradicionales, a quienes conocen y en quienes confían, pese a saber que su medicina tiene límites.

En ése o en cualquier otro momento, los participantes pueden optar por buscar un curandero tradicional que les queda más lejano, en una feria o en otra localidad, pero que tiene fama de ser efectivo, o bien recurrir a un médico particular o a una clínica privada en la ciudad más cercana si consiguen los recursos económicos para solventar el gasto.

En general, el conocimiento que desplegaron los participantes en los diagnósticos locales respecto a los recursos de salud disponibles en sus zonas es amplio pero poco sistemático. Se nutre de diversas fuentes y los pobladores y pobladoras no cuestionan sus orígenes. Ello se refleja en el carácter aparentemente errático de las rutas que recorren, donde se combinan ambos sistemas, entrelazando los recursos que uno y otro les ofrecen a fin de conseguir la mejor atención, que para ellos es aquella que cura sin mellar la economía familiar ni pasar por un trato que se considere humillante.

10 Encontramos una posta donde durante más de tres meses no hubo médico y sus funciones las estuvo cubriendo el resto del personal: un odontólogo (que acudía a la posta tres veces por semana), una obstetrix y un técnico.

CAPÍTULO 4

Relaciones complejas y ambivalentes con los servicios públicos de salud

4.1 DESINFORMACIÓN MUTUA

Un tema de particular preocupación en esta investigación fue la relación de los participantes con los servicios públicos de salud, incluido el acceso a ellos y la calidad de la atención. Ambos, acceso y calidad, tienen dimensiones objetivas, fácilmente perceptibles con indicadores como “Existe o no el servicio en la localidad o en un radio de tantos kilómetros o tantos minutos de distancia”, “Dotación de personal”, “Diversidad de servicios que ofrecen” u otros. Pero también tienen dimensiones subjetivas e intersubjetivas, más difíciles de aprehender y comprender, vinculadas a las experiencias previas, personales y colectivas, a las expectativas acumuladas, a la manera como los colectivos humanos se ven unos a otros y a las relaciones que entablan entre sí.

Un elemento que aparece con fuerza cuando analizamos las declaraciones y los registros de los debates participativos es la desinformación. La población desconoce la manera como está organizado el sistema, la existencia de niveles de atención con atribuciones diferenciadas, los criterios de exclusión del SIS, los trámites que requieren realizar cuando llegan hasta un centro de salud o a un establecimiento más complejo, e ignoran también sus derechos. Desconocen o no entienden el lenguaje en que se expresan todos esos aspectos del servicio público y, por tanto, no actúan en consecuencia, quedando en muchos casos sujetos a la voluntad de los funcionarios y a la interpretación particular que hacen ellos de las normas. Por ejemplo, una participante de Pacchilla refiere respecto a un trabajador del sector: “No me entiende ni yo tampoco lo entiendo lo que me dice” (Ent. 7, Pacchilla, San Martín).

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

Cuando en Illpe [posta de salud más cercana] nos trataba mal, nos regresábamos diciéndole: “No me hagas rabiarse, no sólo depende de ti para curarme”, y así molestos nos regresábamos (dinámica de grupo con mujeres, Villamayo, Huancavelica).

Muchas de las quejas de la población respecto a los servicios públicos obedecen a su desconocimiento sobre lo que éstos les pueden brindar y a la frustración que les genera que sus expectativas no sean satisfechas cuando hacen el esfuerzo de llegar hasta el servicio público en busca de atención, esfuerzo que, viviendo en condiciones de pobreza, es grande. Dicho problema sería menos grave si en el diseño e implementación de las políticas se tomaran en cuenta sus anhelos, sus condiciones de vida y las restricciones que la pobreza les impone, sus derechos. Y si el lenguaje en que todo eso se discutiera y se construyera, fuera también el lenguaje de ellos, el lenguaje de ambos, Estado y población, el lenguaje de los derechos.

Cabe acá reflexionar sobre lo que siente la población de Buenos Aires, Bajo Piura, que construyó su anhelada posta de salud con el apoyo del Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social (FONCODES), para luego de múltiples trámites (que también cuestan dinero) recibir la mala noticia de que el Ministerio de Salud le negaba el reconocimiento oficial porque su pueblo no alcanzaría el número mínimo de habitantes establecido. La frustración que sienten los y las pobladoras por esto se reaviva todos los días, cuando viendo su posta vacía, una de las pocas edificaciones de ladrillo y cemento en medio de un arenal, se ven obligados a caminar una hora hasta la posta más cercana, que además es de nivel 1 y no cuenta con profesionales ni medicinas para atenderlos. Ello, en una comunidad que tuvo promotores, parteras, comités de salud bien organizados, un programa de salud comunal que los hizo participar y les dejó capacidades instaladas. Como lo resume un líder de la comunidad, fue “un desperdicio

de recursos que en el Perú no nos podemos permitir” (entrevista al presidente de la comunidad de Catacaos, Piura).

Este caso no parece ser excepcional: con sólo ocho localidades incluidas en este estudio, en dos de ellas encontramos la misma historia¹. ¿Quiénes son los responsables principales: los pobladores y sus autoridades que deciden adelantarse y construir un local con el anhelo de que se les conceda el servicio? ¿Los programas sociales, que no coordinan con el sector correspondiente antes de aprobar y dar curso a la obra? ¿El Ministerio, que impone criterios poco sensibles a la realidad de los excluidos y no revisa sus estándares cuando recibe las solicitudes que llegan de las zonas más alejadas y empobrecidas?

A pesar de haber enviado nosotros un memorial y rechazaron solamente por la cantidad de población aun teniendo conocimiento que existe una distancia bastante larga para acceder al puesto de Illpe, a pesar de contar Villamayo con una infraestructura, no quieren reconocer [el Puesto de Salud] (Ent. 2, Villamayo, Huancavelica).

4.2. ETNOCENTRISMO EN EL ENFOQUE, RACISMO EN EL TRATO

Las políticas públicas y los servicios de salud no toman en cuenta las percepciones y expectativas de las poblaciones en situación de pobreza, tampoco reconocen ni valoran las prácticas tradicionales y los conocimientos de los sistemas culturales preexistentes, ni el rol importante de los especialistas de la medicina tradicional y su potencial. No se incluye en la formación de los profesionales y técnicos de salud contenidos referidos a prácticas tradicionales que ya han sido investigadas científicamente, ni se promueve el desarrollo de actitudes abiertas y comprensivas hacia los sistemas de salud alternativos, de actitudes que les permitirían tender puentes con los curanderos, parteras, yerberos, y formar conjuntamente

1 La otra localidad con una historia similar a la de Buenos Aires es Villamayo, Huancavelica: la posta de salud construida por un esfuerzo compartido de la municipalidad y la población no ha sido reconocida por el Ministerio de Salud y, por tanto, no se la ha dotado de personal ni de presupuesto. El caso de Buenos Aires es más grave, porque el material y la asistencia técnica para la construcción fueron provistos por un programa del gobierno central, FONCODES.

una verdadera red de recursos de salud para las zonas más postergadas. Las políticas de salud y la manera como se están implementando en el Perú reflejan etnocentrismo y éste legitima la reproducción, en el trato cara a cara, del racismo y el desprecio por el otro que es distinto, propios de sociedades poscoloniales.

Recogimos en esta investigación múltiples testimonios del maltrato que sufren las personas pobres cuando acuden a los servicios públicos de salud: los trabajadores y trabajadoras de las postas y centros de salud les dicen en la cara y sin tapujos que huelen mal, que están sucios, que son descuidados e ignorantes, haciendo despliegue de su propia ignorancia respecto a las condiciones cotidianas de vida, la falta de agua, la escasez y el trabajo excesivo al que estas personas están sometidas. El maltrato, según pareciera, es mayor entre los servidores que se encuentran en los escalafones más bajos y también pareciera haber un elemento de género, ya que se vincula su ejercicio mayormente con el personal femenino de las postas y centros de salud.

4.3. GÉNERO FEMENINO: CONDICIÓN QUE AGRAVA EL DESENCUENTRO

Se evidenció, a lo largo de las dinámicas participativas y en las entrevistas, que las mujeres reciben la peor parte de una relación de por sí compleja y llena de tensiones: ellas son vistas por los prestadores de los servicios públicos de salud como las responsables de la salud de los demás miembros de la familia y la propia, y esa responsabilidad las convierte en culpables cuando ésta se deteriora.

El maltrato parece ser más frecuente como práctica de las trabajadoras de salud, enfermeras y obstétricas:

El médico al menos nos escucha. Quienes nos tratan peor son las técnicas, las enfermeras (grupo de mujeres, Asentamiento Humano Siglo XXI, Lima Metropolitana).

Cuando llego y lo veo que sólo está la enfermera, me dan ganas de regresarme (Ent. 4, Asentamiento Humano 8 de Diciembre, Piura).

De los médicos, de quienes siempre se habla en masculino, se dice que suelen tratar a las madres y padres de familia de irresponsables por

no haber acudido antes en busca de ayuda profesional cuando llegan con sus hijos e hijas enfermos:

El doctor ése se molesta. “¿Por qué no le has traído antes?”, nos dice. “Tu culpa es que esté así” (Ent. 4, Pachamarca, Huancavelica).

En la posta nos resondra cuando llegamos con nuestro bebito con fiebre (Ent. 4, Siglo XXI, Lima Metropolitana).

Parece primar en los médicos un paternalismo, autoritario pero benevolente, hacia las mujeres cuando las ven como madres de familia. En relación con las enfermeras y obstetricas, la queja más reiterada giró más bien en torno a las expresiones con que las increpan o insultan (“*jarja*”, nos dice, “*cochinas*”, Villamayo, Huancavelica), a la poca comprensión y solidaridad con sus dolores, especialmente durante el parto, a la exigencia de traer papeles o hacer cada vez nuevos trámites para poder ser atendidas. Pareciera que las enfermeras y obstetricas se sienten reivindicadas al tratar con dureza a sus congéneres, con quienes comparten la doble condición de exclusión por género y origen. Ello parece ser más frecuente en las zonas rurales, donde la población tiene pocas oportunidades de quejarse ante los superiores o de acudir a servicios alternativos.

El maltrato más duro, según se conversó en las dinámicas grupales, lo reciben las mujeres durante el control de embarazo y el parto: se agravan al mismo tiempo sus creencias y su sentido del pudor, su identidad de género y su autoestima, cuando se les dicen frases como las siguientes:

“Abre las piernas, pues. Ahora sí sientes vergüenza, pero para quedarte embarazada no tuviste vergüenza de abrirlas”.

“Ya te has gozado antes; ahora te toca sufrir. Aguántate”, nos dice.

“¿Para qué te has embarazado otra vez? ¿Ya no tienes suficientes hijos acaso?”.

A las gestantes les gritaba cuando no se dejaban controlar. Les decía: “¿Para eso te embarazas? ¿Para que no te dejes revisar?”. A veces nosotros, de acuerdo a nuestras creencias, sólo le pedimos que nos vean en nuestro pulso y de eso se molestan (Ent. 6, Villamayo, Huancavelica).

De este tipo de insultos se responsabiliza por igual al personal masculino y al femenino, y se da testimonio de ellos tanto en las zonas rurales como en las urbanas.

En una de las zonas urbano-populares de Lima, los varones dijeron que las mujeres a veces hasta se enferman de los nervios de pensar que tienen que ir a la posta. Ello les causa tensión por el maltrato que reciben, dijeron. Ellos, en general, evidenciaron que van a la posta o centro de salud sólo en contadas ocasiones, y en las localidades donde hay un hospital o medico privado cerca, dijeron que preferían acudir a éstos aun cuando tuvieran que pagar más dinero.

La sensación que nos queda luego de escuchar los reiterados testimonios de las personas que participaron en esta investigación es que los y las funcionarias del servicio público de salud tratan a los peruanos y peruanas pobres como si fueran sus subordinados, que los consideran ignorantes y que atribuyen a su comportamiento supuestamente irresponsable el hecho de que ellos y sus hijos se enfermen. Esto parece afectar más duramente a las mujeres, quienes por su condición de género son vistas como las responsables de la salud de los niños y de quienes se considera actúan irresponsablemente en relación con su salud reproductiva. El trato más duro, aparentemente, lo reciben de parte de otras mujeres: las enfermeras y obstetras.

4.4. EL ESTADO TUTELAR Y SU ENFOQUE PUNITIVO

Otro elemento que contribuye a crear sentimientos encontrados, a abrir brechas entre los servicios públicos y los ciudadanos en condición de pobreza es el enfoque punitivo que prevalece cuando el Estado se propone promover cambios en los comportamientos de éstos. Pareciera que el Estado no logra dejar atrás su pasado oligárquico, su carácter tutelar que le atribuyó el rol de “protector de los indios”, recurriendo una y otra vez al discurso “O cambias o te castigo”, “O actúas como yo te digo, o te multo”.

En el pasado reciente, hace apenas diez años, se instituyó en el sector Salud la política de las cuotas de esterilización voluntaria que llevaron a la mala práctica de la “anticoncepción quirúrgica voluntaria *no voluntaria*”, que afectó a más de 400 mujeres, hasta donde se conoce, mayormente originarias de zonas de la sierra rural andina y de la selva. Se afirma que ese patrón de abusos de derechos no es casual. También se reconoce que las poblaciones afectadas no olvidan así nomás. Ese tipo de experiencias dolorosas generan desconfianza profunda hacia el Estado y sus representantes, y las secuelas pueden ser de largo aliento.

En un pasado más cercano, una historia con tintes menos dramáticos, es la de las multas. Con la intención de incentivar a las mujeres gestantes a hacerse controles prenatales y a optar por el parto institucionalizado en vez del parto en la casa con ayuda de parteras y parteros², se establecieron “multas” para aquellas mujeres que no hubieran parido en un establecimiento de salud. La multa se hacía efectiva al momento de ir las madres o los padres a solicitar el “certificado de nacimiento”, hoy instituido en el Perú como un requisito para la inscripción del recién nacido en los registros públicos y la obtención de su partida de nacimiento, documento que será requerido para que el niño pueda ser matriculado en la escuela y, más adelante, para obtener su documento de identidad ciudadana (DNI).

Esta multa, que viola el derecho a la identidad ciudadana³, fue denunciada tanto por organismos de la sociedad civil como por la propia Defensoría del Pueblo, y la ex ministra de Salud, Pilar Mazzetti, la prohibió en el año 2004. No obstante, en las entrevistas a los participantes de esta investigación, recogimos varios testimonios que se refieren a esta mala práctica como si aún continuara:

Nuestro doctor de Illpe es de más. Hasta si no tienes seis controles de embarazo en el puesto y si das a luz aquí nomás cuando vas a pedir el certificado de nacimiento de tu hijo, primero te hace pagar la multa de 100 soles; por eso es que no vamos (Ent. 6, mujer, Villamayo).

Se abre la siguiente pregunta: ¿el asunto de las multas ha quedado grabado en el recuerdo o aún está presente en las prácticas arbitrarias, no controladas, de los trabajadores del sector? Y de ser cierto lo segundo, ¿será que los funcionarios desconocen el cambio en la normativa o continúan haciéndolo porque les parece una buena práctica para obligar a las mujeres a acudir al centro de salud a parir? No hemos podido corroborar las declaraciones de las y los participantes con otras fuentes, por lo que no podemos inclinarnos en una u otra dirección. Lo que sí podemos afirmar es que subsiste el problema de fondo: el estilo tutelar de un Estado que se dice

- 2 Los controles prenatales y el parto en establecimientos de salud son recomendados porque han sido vinculados en diversas investigaciones con una reducción sustantiva de la mortalidad materna.
- 3 Es común escuchar en el Perú frases como “Sin partida no eres nadie; sin partida no existes”.

democrático pero mantiene con los ciudadanos en situación de pobreza un comportamiento de padre al que corresponde educar y castigar, que no se comunica con sus ciudadanos ni los escucha, que no consulta con ellos las medidas de política que afectan sus vidas en lo más íntimo y sensible como es la salud, y no obstante, les impone sanciones si no se comportan como espera que lo hagan. Estas experiencias negativas, nos dice esta investigación participativa, se van grabando en la memoria colectiva, alimentando prejuicios que luego resultan resistentes al cambio, difíciles de superar.

4.5. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN ES DEFICIENTE: ¿MITO O REALIDAD?

Respecto a la calidad de los servicios públicos en salud, parece estar sucediendo en el Perú lo mismo que ha ocurrido con la educación básica: se llega a los más pobres, se amplía la cobertura, pero con una calidad cada vez más disminuida. La calidad de la atención en los servicios públicos es muchas veces deficiente y esto no sólo se manifiesta en el trato que se brinda a las personas sino también en la efectividad para tratar las afecciones y lograr su curación. También recogimos en esta investigación un sinnúmero de declaraciones acerca de experiencias negativas con los servicios públicos, cuyas consecuencias, aparentemente, no son fáciles de perdonar u olvidar.

El problema no es sólo el daño inmediato. Experiencias negativas, muchas de ellas probablemente limitadas a un caso excepcional, en las localidades pequeñas que constituyen una especie de mundos encerrados en sí mismos, se difunden y circulan internamente una y otra vez hasta convertirse en una “verdad” compartida y aceptada por todos, una especie de “mito” moderno. La fuerza de estos mitos emergentes es aun mayor cuando en el episodio la víctima fue algún miembro de una de las tres o cuatro familias poderosas.

En el curso de los diagnósticos participativos, escuchamos reiteradamente, en algunas localidades, afirmaciones cuyo sustento no llegamos a encontrar y que probablemente aluden a alguno de esos “mitos” modernos:

“En el hospital es para que te mueras” (registrado en la dinámica de grupo con varones, refiriéndose al Hospital Santa Rosa de Piura; también se escucharon comentarios similares en la dinámica grupal de mujeres del

Asentamiento Humano Huascarán, aludiendo al Hospital de Puente Piedra en Lima Metropolitana).

Los medicamentos que dan en la posta, las medicinas genéricas, no te curan (dinámica de grupo, Asentamiento Humano Huascarán, Lima Metropolitana).

En la posta te dan medicinas pasadas (Inf. Pachamarca, Huancavelica).

Estos “mitos” van creciendo, se van fortaleciendo cada vez que se cuenta la anécdota, el evento, y se van convirtiendo en otro tipo de barreras que restringen la libertad de las personas para elegir, más allá de lo que las propias circunstancias de su pobreza material y carencias de liquidez monetaria lo hacen: son las barreras del prejuicio.

Hay temor para seguir construyendo sus letrinas, porque en una oportunidad hubo un accidente y la persona casi se muere al quedar enterrado bajo la arena y porque nadie les informó cómo se deben de construir (Inf., Asentamiento Humano Huascarán, Lima Metropolitana).

4.6. LAS BUENAS PRÁCTICAS O CÓMO SE PODRÍAN EMPEZAR A CERRAR LAS BRECHAS

No todo son malas noticias en esta investigación participativa. Recogimos también, junto con las quejas fundadas y los mitos infundados, casos alentadores que señalan por dónde podrían venir los cambios.

Uno de estos casos es el del enfermero técnico de la posta de salud de Villamayo. Natural de la zona, contratado por el municipio, el joven técnico de 25 años ha sabido ganarse la confianza de la población en sólo nueve meses, y no sólo eso: la población se siente con capacidad y poder para vigilar su desempeño, para exigirle que cumpla con sus obligaciones y que trabaje con calidad.

Porque nos ha tratado bien, no le hemos reclamado a nuestro técnico; si no, ya le hubiéramos botado (Ent. 6, Villamayo, Huancavelica).

El técnico enfermero se siente satisfecho con su labor, está aprendiendo, goza con el reconocimiento que le dan las personas, a quienes atiende a satisfacción, y empieza a ver algunos logros:

Al principio que llegué, se sentían desconfiados. Poco a poco fui ganándome su confianza. Ahora siento que me consideran como un familiar más... Ahora les he propuesto para que hagan sus letrinas. Ya hemos levantado diez letrinas (Ent. 2, Villamayo, Huancavelica).

También es consciente de las limitaciones que enfrenta la posta por no ser reconocida y del rol importante que, no obstante, se le ha asignado desde la instauración del programa “Juntos”:

Ahora, con el programa “Juntos”, casi al 90% es la atención. Nosotros pesamos a sus niños mensualmente; si no aumenta, le decimos que tiene que combinar tales alimentos (Ent. 2, Villamayo, Huancavelica).

Concurren a su buena acogida en la localidad el hecho de que habla quechua, muestra un gran respeto por las personas de Villamayo —a quienes considera sus mayores—, y valora el rol de los curanderos y las parteras. La población y él, ambas partes, se manifiestan contentos de la relación que se ha establecido entre ellos.

También se escucharon comentarios positivos acerca de una enfermera, la encargada del puesto de salud de Pacchilla, en San Martín. Ella, como Nicodemo, el enfermero técnico de Villamayo, escucha las creencias de la personas sobre sistemas alternativos de salud y las respeta. Además, según los testimonios de los pobladores y pobladoras, tiene mucha paciencia para explicar y les ayuda a tramitar los traslados al hospital regional en caso de requerirlo; les da referencias para que puedan acudir a servicios de nivel más complejo y les consigue descuentos a las familias que sufren pobreza extrema.

Otro caso excepcional que encontramos es el del médico particular de Catacaos. Natural de la comunidad, este médico se interesó por la gestión pública y llegó a ser alcalde del distrito de Catacaos en la década de 1980. Hoy en día, se dedica a la práctica profesional privada en la misma capital del distrito y atiende a los pobladores de zona, incluidos los de menores recursos, a quienes cobra tarifas accesibles y da tratos especiales para facilitarles el acceso. Tal vez se deba a la labor de este médico particular, junto con el impacto duradero del programa de salud del Centro de Investigación y Participación del Campesinado (CIPCA), el hecho de que en la localidad rural de Buenos Aires no hayamos registrado presencia ni opinión particularmente favorable a la labor de

curanderos y brujos, tan estimada en otras zonas de la misma región piurana.

El programa de salud de la ONG CIPCA estuvo vigente en la zona del Bajo Piura desde mediados de la década de 1980 y se prolongó durante varios años. En ese tiempo se capacitó a un número grande de parteras y promotores y promotoras comunales de salud (uno de cada por anexo, que en la comunidad campesina de Catacaos suman 54), además de emprender otras acciones para mejorar la salud de los pobladores, como la construcción de pozos artesianos para proveer de agua potable a la población, y capacitarla, mediante un programa de radio, en prácticas cotidianas para el cuidado de la salud, nutrición e higiene.

Han pasado mas de diez años desde que ese programa llegó a su fin, pero la población de Buenos Aires no olvida sus intervenciones y su huella es evidente todavía: aunque el promotor de salud ya no trabaja para la población de Buenos Aires (trabaja en un puesto de salud cercano, contratado por la Dirección Regional de Salud), ahí lo tienen, aún disponible para emergencias, como connotado vecino que es. Del mismo modo, en este poblado cuentan con la partera, una mujer todavía joven que agradece a CIPCA su formación. Ella atiende a las otras mujeres, sus vecinas y parientas, aunque las más de las veces les aconseja hacerse atender en la posta para no arriesgarse a una multa y, si es necesario, acompaña a las señoras a hacer los trámites y solicitar la atención acorde con sus derechos. En la localidad de Buenos Aires, de más está decirlo, no se han registrado denuncias sobre maltrato por parte de médicos o enfermeras.

Programas como el de CIPCA en el Bajo Piura, médicos, enfermeras y enfermeros como Nicodemo de Villamayo y el doctor Mario de Catacaos señalan los rumbos que podrían tomar los servicios públicos de salud, las postas y centros de salud, si quisieran cerrar la brecha con la población en situación de pobreza, facilitar el acceso a los excluidos y mejorar la calidad de su atención.

4.7. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Una pregunta que se planteó a los grupos de participantes fue cómo les gustaría que sean sus localidades, cómo quisieran que sean los servicios. Lo que se generó en estas dinámicas grupales fue similar a lo que sucede cuando las poblaciones empiezan a participar en la planificación local o el

presupuesto participativo: listas de demandas interminables, sin priorización alguna ni reflexión sobre las consecuencias y viabilidad de ellas: una especie de feria de la demanda contenida, un huaico de reivindicaciones y buenos deseos. Sólo en contados casos la dinámica dio lugar a procesos más reflexivos y el grupo de participantes pudo avanzar hacia propuestas más complejas.

También indagamos sobre la percepción de derechos y responsabilidades. ¿Tenemos derechos?, nos preguntaron en algunos grupos. En algunas localidades, las menos, el lenguaje de los derechos, su mención misma, nunca apareció (Pacchilla, San Martín). En las otras, si bien se reconoce y se emplea la palabra *derechos*, los participantes no parecen estar seguros de lo que implican.

Tenemos miedo hasta de preguntar o reclamar, porque si no, para otra vez nos trata mal, y por eso es que no nos quejamos; por miedo, preferimos callarnos (dinámica de grupo con mujeres, Villamayo, Huancavelica).

La interpretación más compartida fue “derechos es respeto” (dinámica de grupo con jóvenes, Buenos Aires, Piura).

Mucho más clara y marcada es la conciencia de que los pobladores y pobladoras tienen responsabilidades sobre su salud, tanto en las esferas individuales y familiares como en el ámbito de lo comunal.

Sólo cambiando de comportamiento y organizándonos podemos mejorar nuestro pueblo y verlo así como hemos dibujado⁴ (Ent. 1, Villamayo, Huancavelica).

Preguntamos también qué otros actores o entidades tendrían también responsabilidad sobre su salud; si, por ejemplo, el gobierno local tiene una responsabilidad tal, si le corresponde hacer algo al Ministerio de Salud. Encontramos que a las diversas instituciones mencionadas se la ve como instancias de reclamo, especialmente a las municipalidades:

4 Se refiere al “Mapa comunal en el futuro”, una técnica que se empleó para indagar sobre las expectativas y anhelos de cambio.

El alcalde de Pachamarca es el que nos ha puesto a nuestro técnico. Él mismo también ha construido nuestra posta, nuestra agua. Es a él a quien debemos de pedir para que formalice nuestra posta; asimismo, a otras autoridades (Ent. 6, Villamayo, Huancavelica).

Muchas veces hemos recurrido a ellos [la municipalidad] para que recojan la basura y nos solucionen el problema de los molinos y la laguna de oxidación, pero no hacen nada (dinámica de grupo con jóvenes, Asentamiento Humano 8 de Diciembre, Piura).

Respecto al Ministerio de Salud, lo sienten como una instancia muy lejana, despreocupada de ellos e ignorante de sus esfuerzos y requerimientos:

El Ministerio de Salud no nos mira ni siquiera, tal vez por que no nos hacemos escuchar con ellos, porque no reclamamos. Tenemos que llegar hasta Lima para hacernos escuchar (Ent. 3, Villamayo, Huancavelica).

CAPÍTULO 5

Propuestas que escuchamos a lo largo de esta investigación

5.1. PROPUESTAS DE LOS PARTICIPANTES

Recogemos en esta sección una serie de propuestas, ideas y sugerencias que fueron saliendo a través de diversas dinámicas, discusiones y entrevistas, en las distintas localidades de estudio:

- Que las postas de salud pasen a ser administradas por el municipio o por una ONG.
- Que las postas sean equipadas adecuadamente y que incluyan ambulancias para el traslado de pacientes en casos de emergencia.
- Que en las postas de salud se amplíe el personal profesional.
- Que en los centros de salud se respeten los horarios establecidos (de 8.00 a 14.00 horas, de 14.00 a 20.00 horas).
- Que el SIS amplíe la cobertura a todos los miembros de la familia.
- Que el SIS sea provisto con medicinas de calidad.
- Que todos los hospitales que no las tienen, incorporen una asistente social para que ayude a las familias más necesitadas a tramitar algún descuento.
- Que las municipalidades organicen campañas de limpieza y salubridad.
- Que en el presupuesto participativo se incluya a la salud y al saneamiento ambiental como una prioridad.

5.2. PROPUESTAS DE LOS EQUIPOS DE CAMPO SOBRE LOS CAMBIOS DESEABLES EN SUS REGIONES

En este punto, devolvemos la voz a los equipos de campo. Éstos, como parte de su compromiso con esta investigación, elaboraron sus propias conclusiones y recomendaciones una vez que terminaron los primeros informes de los diagnósticos participativos. Estas conclusiones y recomendaciones pudieron ser compartidas entre los cuatro equipos y las investigadoras principales en el taller de socialización de hallazgos y afirmación de aprendizajes, que se realizó al finalizar la etapa de trabajo de campo. Aun cuando los equipos pensaron sus propuestas en términos de la región donde trabajan, muchas de ellas son interesantes más allá de ésta. Por ello, si bien hemos tratado de mantener sus propios términos, decidimos reordenar y resumir sus propuestas para evitar redundancias y facilitar la lectura.

Propuestas del equipo de SER, Huancavelica:

- Los conocimientos ancestrales de medicina natural deben ser incorporados al sistema institucionalizado de salud. Implementar en la formación de los profesionales de salud el enfoque de interculturalidad.
- Los diversos agentes que intervienen en la atención en salud en las comunidades campesinas y que gozan de su confianza (familia, curanderos, parteros e incluso las iglesias evangélicas) deben ser considerados como integrantes del sistema de salud que atiende a dichas comunidades.
- Los profesionales de salud deben ser de la zona o, al menos, conocer y entender las costumbres e idiosincrasia de la población. Deben necesariamente hablar la lengua local y en su horizonte debe estar el quedarse en la zona; es decir, se debe reclutar a personas que no consideren esta permanencia como un sacrificio.
- Los puestos y centros de salud deben ser adecuadamente implementados, sus horarios debe ser flexibles y acordes a la realidad de la zona.
- En general, la población que reside en las zonas que sufren pobreza y exclusión no reconoce que tener una buena atención en salud es un derecho, no reclama por temor a las represalias de los trabajadores del servicio de salud: se deben implementar programas de capacitación en derechos en general y el derecho a la salud en particular para esta población.

- Fortalecer las organizaciones existentes en las comunidades y brindarles capacitación sobre mecanismos de vigilancia ciudadana en salud.
- Fomentar la concertación entre las autoridades, los profesionales de la salud y los agentes locales (las familias, curanderos, parteros y parteras, chamanes) con la finalidad de implementar programas locales de salud, incluido el tratamiento de basura, el cuidado y mejoramiento de los servicios higiénicos y del medio ambiente.
- Implementar programas orientados a garantizar la seguridad alimentaria que no estén basados en la ampliación del asistencialismo sino, más bien, en un enfoque de generación de capacidades productivas en la comunidad.

Propuestas del equipo de CARE Piura:

- Rediseñar las políticas de salud partiendo de la premisa de que primero hay que solucionar los problemas de fondo tales como el acceso a los servicios básicos, involucrando la participación de todos los sectores que están relacionados con la promoción de la salud, incluida la comunidad.
- Las políticas de salud deberían propiciar un reparto más equitativo de los roles en la familia y la paternidad responsable y promover la capacitación de los miembros de la familia a fin que todos cumplan roles en la transmisión de hábitos de higiene saludables.
- Establecer alianzas estratégicas con los medios de comunicación, las instituciones educativas, el gobierno local, los centros de salud, las instituciones privadas y las organizaciones de base, para promocionar estrategias comunicativas para el desarrollo de conductas saludables, higiene y cuidado del ambiente.
- Propiciar la participación de la comunidad en la planificación y gestión de los servicios de salud, teniendo en cuenta que son los pobladores y pobladoras quienes mejor conocen su realidad y para promover la conciencia pública sobre estilos de vida saludables.
- Los centros de salud deberían promover actividades preventivo-promocionales, con salidas al campo (extramurales), dado que corresponde al sector Salud impulsar la prevención de las enfermedades.
- Las comunidades participantes en el presente diagnóstico participativo cuentan con información valiosa que puede ser de mucho provecho. Por ello, sugerimos que se difunda y haga llegar los hallazgos de este

estudio a las instituciones públicas, privadas y a las propias comunidades y poblaciones interesadas.

Propuesta del equipo de CEPCO, San Martín:

- Que se formen alianzas estratégicas entre las distintas instituciones públicas y privadas del distrito, a fin de que cada una ponga su granito de arena en el afán de sacar de la postergación y exclusión a las comunidades en situación de pobreza.
- Instar al gobierno regional y a las autoridades locales a asumir sus responsabilidades respecto a los grandes problemas de saneamiento, el mejoramiento de las vías de acceso para que los pobladores puedan llevar a sus familiares a los establecimientos de salud, así como mejorar sus ingresos por la venta de sus productos agrícolas; la reubicación de las viviendas que están en situación en riesgo. Asimismo, dar mayor seguridad a la población, fomentando el cambio de actitudes, la formación en valores y la protección policial.

Propuestas del equipo de FOVIDA, Cono Norte de Lima:

- Los centros de salud deben dar a los pacientes la posibilidad de que obtengan sus cupos de atención con varios días de anticipación, para que no tengan que hacer interminables colas.
- Ampliar los horarios de atención de los centros de salud a 24 horas, para que estén en capacidad de resolver emergencias.
- Establecer brigadas de vigilancia para que la población organizada haga que se cumplan los horarios establecidos, la calidad de los servicios, el abastecimiento de medicinas y la calidad del trato que se les brinda a los pacientes que acuden al centro de salud y al Hospital Materno-Infantil.
- Ampliar el número de especialistas en los centros de salud.
- Ampliar la cobertura de atención en cuanto al número de pacientes por atender, buscando la equidad entre pacientes asegurados (SIS) y pacientes no asegurados y estableciendo un horario diferenciado para pacientes del SIS.
- Capacitar a la población para que cuide y atienda su salud. Este tema remite a un cambio social y cultural sostenible, basado en el acceso a servicios básicos y costumbres saludables.
- Incorporar la medicina tradicional al sistema formal de salud, para acercar la oferta a la demanda, ya que la población confía en los métodos y agentes tradicionales.

- Priorizar la inversión en la atención primaria de salud.
- Establecer paquetes básicos y educativos en salud, involucrando en esta labor a otros actores como ONG e iglesias.
- Asegurar que las políticas de salud velen por reducir la exclusión y aminsonar las barreras de acceso y provisión de servicios de salud. Establecer el principio de equidad para que las personas con más necesidades de atención de salud tengan mayor posibilidad de atención.
- Debatir con las juntas vecinales de las localidades la idea de una caja común de ahorro para emergencias, dirigida a fomentar una mayor solidaridad tanto en las contribuciones como en la asignación de los recursos, con una política de priorización de las familias más pobres.
- A través de los municipios, contribuir en el financiamiento de centros de salud con recursos propios. Crear un fondo común municipal para la salud.
- Gestionar, a través de la asamblea general de vecinos, la participación y coordinación del presupuesto participativo asignado para la comunidad. Dirigir el presupuesto hacia la mejora de los servicios básicos y la limpieza de las localidades.
- Impulsar el proceso de descentralización de la salud.

Bibliografía

- AGUIRRE BATZAN, Ángel (ed.)
1995 *Etnografía. Metodología cualitativa de la investigación socio-cultural*. Barcelona: Marcombo.
- AMARES (PROGRAMA DE APOYO A LA MODERNIZACIÓN DEL SECTOR SALUD Y APLICACIÓN EN UNA REGIÓN DEL PERÚ)
2003 *Salud e interculturalidad: estudio diagnóstico*. Lima: AMARES.
- AMARES-MINISTERIO DE SALUD
2005 *Salud mental: tarea compartida*. Ayacucho: AMARES.
- ANDERSON, Jeanine
2001 *Tendiendo puentes: Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud*. Lima: Manuela Ramos.
- ANGULO TUESTA, Flor de Belén
2002 *Hablan las mujeres de San Martín: género y salud reproductiva*. Lima: Manuela Ramos.
- ARIAS, Rosario y Carlos Eduardo ARAMBURÚ
1999 *Uno empieza a alucinar... Percepciones de los jóvenes sobre sexualidad, embarazo y acceso a los servicios de salud, Lima, Cusco e Iquitos*. Lima: REDESS Jóvenes-Fundación Summit.
- CÁCERES, Carlos F. (ed.)
1999 *Nuevos retos: investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes del Perú*. Lima: REDESS Jóvenes.

CASTELLÓN, R. y L. LAPLANTE

2005 *Exigiendo el derecho a la salud mental: los afectados por el conflicto armado interno en el Perú*. Lima: CIES-Programa “Derechos en Salud” de CARE Perú.

CORCUERA, R., C. HIDALGO y A. QUINTANA

2006 *Exigibilidad del derecho a la salud*. Lima: CIES.

CORNWALL, Andrea

1992 *Los mapas del cuerpo: su uso en los talleres DRP enfocados a la salud*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Diploma Internacional de Derechos Humanos en Salud (mimeo).

D'ANGELO, Gustavo

2005 “Aportes del enfoque de derechos al desarrollo”. En CARE-Oxfam GB-DFID. *Haciendo realidad nuestros derechos*. Lima, pp. 21-37.

DE BARBIERI, Teresita

1992 *Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica*. Ediciones de las Mujeres 17. Santiago de Chile: Isis Internacional.

DFID (Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional)

2000 *Haciendo realidad los derechos humanos para los pobres: estrategias para lograr las metas del desarrollo internacional*. Londres: DFID.

FERRANDO, D. y C. MANRIQUE DE LARA

2004 *Espaciamiento óptimo entre nacimientos: conocimientos, opiniones y actitudes en comunidades de Loreto, Perú*. Lima: Cathalyst Consortium, ADAR.

FERRANDO, D. y P. ULLOA

2005 *Espaciamiento óptimo entre nacimientos: conocimientos, opiniones y actitudes en distritos de La Libertad*. Lima: Cathalyst Consortium-Agrovida.

FRANCKE, Marfil

2005 “Sobre las metodologías participativas y su aporte a la investigación social”. Separata del curso Investigación para la Gerencia

Social II, Maestría de Gerencia Social. Lima: PUC (mecanografiada).

GODENZZI, Juan Carlos (comp.)

1996 *Educación e interculturalidad en los Andes y la Amazonía*. Cusco: CERA Bartolomé de Las Casas.

IRIGOYEN F., Soraya

2002 *Investigación bibliográfica sobre estudios de sexualidad de la mujer rural*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

LOAYZA CONDORI, Fernanda

2003 *Voces de mujeres de Huancavelica: género y salud reproductiva*. Lima: Manuela Ramos.

MINISTERIO DE SALUD-CARE Perú

2006a *Carta de la salud: escuchando la voz de la población*. Editor: Ariel Frisancho. Lima: Ministerio de Salud.

2006b *Ayacucho: respuesta a la carta de salud*. Editor: Ariel Frisancho. Lima: Ministerio de Salud.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-BANCO MUNDIAL

2002 “Dying for change: poor people’s experience of health and ill-health”. Disponible en <www.worldbank.org/prem/poverty/voices/reports/dying/dyifull2.pdf> (última consulta: 12/2/2007).

PEDERSEN, Duncan et al.

2001 “Violencia política y salud en las comunidades alto andinas de Ayacucho, Perú”. Ponencia presentada en la VI Conferencia Latinoamericana de Ciencias Sociales y Salud. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

PÉREZ, F., A. QUINTANA, C. HIDALGO y D. DOUROJEANNI

2003 *Sexualidad y mujeres jóvenes: negociación, protección y placer*. Lima: IES.

POLIA M. Mario

1996 *Despierta, remedio, cuenta: adivinos y médicos del Ande*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

QUINTANA, A. y E. VÁSQUEZ DEL ÁGUILA

1997 *Construcción social de la sexualidad adolescente: género y salud sexual*. Lima: IES.

RUIZ BRAVO, Patricia

2003 "Identidades femeninas y propuestas de desarrollo en el medio rural peruano". Tesis de doctorado. Université Catholique de Louvain.

SCOTT, Joan

1990 "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En J. Amelang y M. Nash. *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. Madrid: Ediciones Alfonso el Magnánimo.

THEIDON, Kimberly

2004 *Entre prójimos: el conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú*. Lima: IEP.

VALLENAS, Sandra, Rocío VALVERDE et al.

2001 *Vivir la tuberculosis: estudio socio antropológico de la tuberculosis en dos zonas de alto riesgo en Lima: San Cosme y El Agustino*. Lima: Ministerio de Salud, Proyecto Vigía, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

VALLES, Miguel S.

1997 *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.

VIA HUERTA, Gladys et al.

2003 *Así son l@s jóvenes: conocimientos, percepciones y prácticas de salud sexual y reproductiva en el distrito de Villa El Salvador y Villa María del Triunfo*. Lima: FOVIDA.

YON, Carmen

2000 *Hablan las mujeres andinas: preferencias reproductivas y anticoncepción*. Lima: Manuela Ramos.

Anexos

ANEXO 1

DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA Y EL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA EN ESTE ESTUDIO

1. CONTEXTO DEL ESTUDIO

En julio del 2006 se llevó a cabo en la ciudad de Lima la III Conferencia Nacional de Salud, convocada por el Foro de la Sociedad Civil en Salud, ForoSalud. El Observatorio del Derecho a la Salud-CIES y el Programa “Derechos en Salud” de CARE Perú consideraron pertinente promover que en este evento de importancia creciente estuvieran presentes las voces de las poblaciones más alejadas de los ámbitos donde se toman las decisiones, las voces de los excluidos que no están organizados aún y, por tanto, no tienen medios para presentar sus opiniones y expresar sus expectativas, debatir y generar consensos en torno a los problemas que más los afectan y las maneras como les gustaría verlos resueltos. Se decidió, como un primer paso en lo que se reconoce ha de ser un proceso largo, complejo y más político que técnico, encargar una investigación participativa cuyos objetivos se formularon en los siguientes términos:

Propósito

Incorporar las percepciones y expectativas de los sectores que sufren exclusión en el debate sobre las políticas de salud.

Objetivo

Realizar un diagnóstico participativo que permita recoger, organizar y analizar, con los propios excluidos y excluidas:

- sus experiencias y percepciones respecto a la situación de su salud y los problemas que los afectan,
- sus opiniones sobre los servicios de salud a que los pueden acceder y sus expectativas con relación a ellos.

2. ENFOQUE Y METODOLOGÍA

Los auspiciadores del estudio y las investigadoras principales resaltaron la pertinencia de las metodologías participativas para el objetivo planteado. Ésta no es una simple variante de la metodología cualitativa de investigación. El postulado epistemológico que subyace a ellas es otro: estas metodologías parten del supuesto de que el conocimiento es una construcción social; como tal, es un proceso político en el que intervienen las relaciones de poder establecidas, que excluyen de su construcción a las poblaciones que sufren discriminación cultural, exclusión económica, etcétera. La apuesta del enfoque participativo es incluir a los excluidos, encontrar los modos de recoger sus percepciones, con la menor intermediación posible, puesto que toda intermediación es una interpretación. Por otra parte, participar en la construcción de conocimiento y propuestas es mucho más que simplemente dar opinión. Supone poder escuchar a los otros que son como uno, confrontar opiniones, enriquecerlas con información que viene de otras fuentes, penetrar y llegar al meollo de los problemas y, en este proceso, construir opinión y propuestas colectivas. Las metodologías participativas buscan eso: facilitar a las personas y grupos de la población excluida su participación en procesos de construcción de conocimientos. Su apuesta es que en el mismo proceso “de recojo”, los participantes comparten sus experiencias, emiten opiniones, priorizan problemas y los analizan.

De las diversas propuestas que se han ido desarrollando desde el año 1965 en adelante, se eligió trabajar con la desarrollada por Robert Chambers y sus colegas en el Institute for Development Studies (IDS) de Sussex, Gran Bretaña. Esta propuesta metodológica recurre a dinámicas grupales de carácter lúdico y emplea técnicas para promover el análisis grupal que

no requieren dominio de la lectoescritura. De allí su gran ventaja cuando se trata de llegar a los más excluidos¹.

Para los fines de este estudio, las investigadoras desarrollaron un guión que entrelaza seis dinámicas para desarrollar en sesiones de dos a tres horas con los participantes, a lo largo de cinco a siete días. Las dinámicas que adaptamos para esta investigación fueron: “Recorrido de la localidad”, “Mapeo de la comunidad”, “Diagrama de Venn”, “Rueda de evaluación”, “Matriz de valoración”, “Dibujando el cuerpo humano”, “24 horas: rutina de actividades diarias” y “Línea de tiempo”. Cada una de estas dinámicas tiene por objeto facilitar el análisis grupal de uno o varios de los temas de investigación². La indicación fue trabajarlas primero con grupos homogéneos pequeños o medianos; por ejemplo, conformados sólo por varones adultos, sólo por mujeres o bien por jóvenes, y que los diversos grupos pudieran compartir sus resultados en una asamblea plenaria a fin de que, en conjunto, estuvieran en condiciones de comparar las similitudes y diferencias y debatir sobre las razones que pudieran explicarlas. Se pidió a los equipos de campo complementar el recojo de la información con entrevistas en profundidad y con visitas y observación en las postas y centros de salud³.

3. SELECCIÓN DE ZONAS E INSTITUCIONES CORRESPONSABLES

Las regiones donde se llevó a cabo el estudio —Piura, Huancavelica, San Martín y el Cono Norte de la ciudad de Lima— fueron seleccionadas buscando asegurar la inclusión de diversidad de poblaciones que sufren pobreza y exclusión en el país. La muestra, que no pretende representatividad estadística, incluye a las tres grandes zonas geográficas del país —costa, sierra y selva— y, en cada una de estas tres, dos tipos de localidades: una urbana y una rural. Adicionalmente, incluye un séptimo tipo de población en situación de pobreza que es muy importante y que tiene

- 1 Para un mayor desarrollo sobre el enfoque y las diversas propuestas metodológicas, véase el anexo 5.
- 2 En el anexo 2 se encuentra la guía de preguntas y los temas establecidos por el Observatorio del Derecho a la Salud y CARE Perú y que fueron abordados mediante las dinámicas participativas mencionadas.
- 3 Véase la lista de personas entrevistadas por localidad en el anexo 3.

características particulares: la que reside en los asentamientos humanos de Lima Metropolitana.

En general se acepta que los diagnósticos participativos son adecuadamente implementados cuando se cuenta con conocimientos directos de la cultura o culturas locales y con relaciones de confianza establecidas con la población y sus autoridades sobre la base de la calidad del trabajo institucional previo. Por ello, se decidió establecer convenios de mutua colaboración con instituciones con reconocida trayectoria y experiencia en las zonas elegidas, para que fueran ellas las que directamente implementarían la experiencia. Así, una vez definidas las regiones, se convocó a las organizaciones socias de ForoSalud o cercanas a éste que tenían trabajo reconocido en las zonas elegidas, para que manifestaran su interés en participar en el estudio. Resultaron seleccionadas cuatro organizaciones de la sociedad civil con larga experiencia de trabajo y arraigo en las zonas de estudio y con interés particular en promover el acceso de las poblaciones pobres al derecho a la salud: SER, con amplia experiencia en Huancavelica, Ayacucho, Puno y Cajamarca; CEPSCO, organización no gubernamental de desarrollo con trabajo continuo en San Martín desde hace más de dos décadas; el programa regional de CARE Perú en Piura, igualmente con una larga trayectoria de trabajo y legitimidad ganada en dicha zona; y FOVIDA, institución con amplia trayectoria de promoción del desarrollo en zonas urbano-populares de Lima.

A cada una de ellas se le encargó la realización de dos diagnósticos participativos para incluir las voces de los más pobres en el debate sobre las políticas de salud: uno en una localidad rural y el segundo en una población urbana o en un barrio popular. La selección de las localidades específicas donde se llevaría a cabo la investigación (segunda etapa de la muestra) fue dejada a la decisión de las propias instituciones, por considerarse que su conocimiento sería mucho mejor que el de los auspiciadores e investigadores, cuya sede es Lima.

4. POBLACIONES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO: CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Para orientar a las instituciones responsables de los diagnósticos de campo sobre la selección de las localidades, se establecieron, entre otros criterios, los siguientes:

No tener ni haber tenido en un pasado reciente (tres años o menos) trabajo directo como organización en la localidad, a fin de evitar un condicionamiento en las respuestas basado en expectativas de una intervención posterior. No obstante, las localidades debían ser cercanas culturalmente a las zonas donde trabajan habitualmente, a fin de garantizar un entendimiento profundo de las costumbres, relaciones sociales y políticas, economía familiar, por un lado, y asegurar cierta legitimidad y capacidad de generar empatía mutua desde el punto de partida. Esto último es particularmente importante cuando se dispone de plazos breves para el trabajo de campo y los equipos no pueden permanecer un tiempo medianamente prolongado antes de dar inicio al diagnóstico comunal participativo.

En cuanto a la inclusión de localidades urbanas y rurales, se estableció, para este último caso, que dichas localidades debían quedar a por lo menos una hora de distancia en el medio de transporte habitualmente empleado por los pobladores desde el centro urbano más cercano. Otras características que se tomaron en cuenta: viviendas dispersas, escasos servicios públicos e ingresos familiares dependientes, en medida significativa, de actividades agropecuarias. En cuanto a las localidades urbanas, se pidió buscar un centro poblado con más de 2.000 habitantes y que tuviera carácter de centro político-administrativo, de preferencia capital de provincia o departamento, y en dicho centro poblado o capital provincial o departamental, llevar a cabo el diagnóstico en un barrio popular donde fuera mayoritaria la población de bajos ingresos. Para el caso de Lima Metropolitana, se indicó que la muestra debía estar conformada por dos barrios urbano-populares, ubicados en el mismo distrito o no, pero donde, como en los otros casos, la institución socia no trabajase directamente.

Estos criterios no siempre se cumplieron estrictamente, lo cual ha resultado en un sesgo o sobrerrepresentación del estilo de vida rural y en la subrepresentación de los barrios populares de las capitales de región o provincia en la muestra.

5. BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS LOCALIDADES

Los poblados incluidos en la muestra se pueden clasificar en tres tipos:

- a) *Localidades rurales*. Se trata de pueblecitos muy pequeños, de menos de 800 habitantes, con escasos servicios y poco conectados a otras ciudades o zonas del país:

Buenos Aires de Cumbibirá, en la noroesteña región de Piura, es un caserío de la comunidad de Catacaos, compuesto por unas 40 a 60 familias extensas, la mayoría sin tierras propias pero todas criadoras de ganado para engorde y leche, y donde el ingreso familiar principal proviene del trabajo como peones en la siembra y cosecha de algodón. *Pacchilla*, a una hora de distancia de la capital de la región San Martín, está en una zona tropical, fértil pero frágil desde el punto de vista ecológico, en la denominada ceja de selva, y ha sido ocupada paulatinamente en los últimos 50 años por colonos y nativos quechuas lamistas. La mayoría de los habitantes de esta zona depende de la venta de su fuerza de trabajo como peones agrícolas para sobrevivir. En la comunidad de *Villamayo*, localizada en las frías alturas de la serranía de Huancavelica, la mayoría de las familias tiene tierras de cultivo y ganados, pero la productividad es muy baja y la distancia a los mercados muy grande, por lo que producen mayormente para el autoconsumo, y los ingresos familiares son precarios e inestables.

En las tres localidades rurales se carece de servicios de agua potable y desagüe, en las tres las excretas se disponen al aire libre y la basura se quema o arroja “por ahí”, al río, a la loma cercana... En ninguna de ellas hay luz eléctrica. Cuentan, sí, con escuela primaria, y en dos de los tres casos, con postas de salud. En los tres casos, su posta es parte de una microrred rural y hay un centro de salud de mayor nivel a una distancia de dos horas o menos a pie.

b) *Localidades urbano-rurales*

Son poblaciones que teóricamente cumplen con los criterios de identidad urbana establecidos por las investigadoras, pero la vida en ellas transcurre como si fuesen rurales, dado que la mayoría de su población tiene aún como ocupación principal la agricultura y la ganadería, los residentes están bastante alejados y aislados de poblaciones más grandes y sólo cuentan con los servicios más elementales.

Las dos localidades rural-urbanas incluidas en la muestra son el *Asentamiento Humano 8 de Diciembre*, en el distrito de La Unión, Piura, y el poblado de *Pachamarca*, en la provincia de Churcampá, Huancavelica⁴. En ambos casos, se trata de poblaciones de tamaño

4 Los equipos de Huancavelica y Piura no incluyeron un barrio de capital de provincia o región en su muestra, como se indicó; sí lo hizo el equipo de San Martín, pero

reducido, la segunda es capital de distrito y la primera está ubicada en las afueras de la capital distrital, lo que implica que ambas tienen mayor acceso que las rurales a servicios básicos urbanos, tales como pilones para el agua potable e iluminación eléctrica en las calles. Asimismo, cuentan con una escuela secundaria cercana, y el tipo de servicio de salud al que tienen acceso es un establecimiento de mayor nivel. No obstante, servicios importantes para la salud como la provisión de agua potable, la eliminación de las excretas y la disposición de la basura son de muy baja calidad; es más, en este tipo de localidades la contaminación ambiental y los problemas de salud derivados de ella son más acuciantes que en las rurales.

Otra característica de estos poblados rural-urbanos es que las familias dependen en su mayoría de actividades agrícolas o pecuarias para subsistir o para complementar sus ingresos, sea en una producción familiar de pequeña escala que apenas da para sobrevivir o como peones que trabajan por un jornal mínimo. Tanto en estas localidades “urbano-rurales” como en las propiamente rurales, la migración temporal de uno o varios miembros de la familia es importante para equilibrar los ingresos familiares y cubrir gastos no considerados indispensables, como la educación secundaria o superior de los hijos, la atención de problemas complejos de salud, el pago de deudas para capitalización o contraídas en situación de emergencia.

c) *Poblaciones urbano-marginales*

Son asentamientos humanos fundados mediante invasiones a terrenos marginales, de escaso valor, en el entorno de grandes ciudades. Sus pobladores tienen que viajar muchas veces largas distancias dentro del propio perímetro urbano para poder encontrar trabajo; los ingresos son bajos y sumamente inestables y, al igual que en las demás localidades del estudio, en las familias trabajan tanto hombres como mujeres, y todos lo hacen desde muy jóvenes hasta que tienen una edad muy avanzada. Estas localidades suelen carecer totalmente de servicios durante los años de fundación, pero a lo largo de una década o más, mediante gestiones múltiples, trabajo comunal y autogestión,

no hemos incluido a esa localidad (Asentamiento Humano 10 de Agosto) en este segundo grupo sino en el tercero, porque encontramos que tenía más similitudes con estas otras poblaciones que con las denominadas “localidades urbano-rurales”.

se van dotando de ellos. Generalmente, lo último que se habilita es el agua potable y el desagüe.

En la muestra se incluyeron dos asentamientos de Lima Metropolitana, el *Asentamiento Humano Siglo XXI*, ubicado en el Cono Oeste, distrito de San Juan de Lurigancho, y el *Asentamiento Humano Huascarán*, ubicado en el kilómetro 32 de la carretera Panamericana Norte, distrito de Puente Piedra. La tercera localidad dentro de esta categoría es el *Asentamiento Humano 10 de Agosto*, localizado en las afueras de Tarapoto, capital de San Martín. Este último es probablemente el asentamiento de mayor pobreza y precariedad de toda la muestra, dado que a la carencia de servicios básicos y escasez de oportunidades de trabajo remunerado se suma la inseguridad ciudadana: el asentamiento es zona de refugio de pandillas, delincuentes y de personas que ejercen la prostitución en forma ilegal.

6. CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS DE CAMPO Y RELACIONES CON LA POBLACIÓN

La conformación de los equipos de campo fue responsabilidad de las instituciones que se asociaron a CIES y CARE Perú para llevar a cabo el estudio, y siguió una pauta general establecida por las investigadoras principales, que establecía que debían ser de mínimo tres personas, mixtos en cuanto al género y de preferencia multidisciplinarios, que sus integrantes tuvieran dominio de la cultura e idioma local y experiencia y gusto por el trabajo de campo.

Dos instituciones optaron por conformar equipos de cuatro personas: SER y FOVIDA; las otras dos sólo integraron tres personas a sus equipos de campo.

El equipo de SER estuvo conformado por jóvenes ayacuchanos, quechuahablantes, con formación universitaria en carreras de ciencias sociales o afines y con experiencia previa todos ellos —dos hombres y dos mujeres— en el trabajo de promoción rural. Se generó mucha empatía entre ellos y los pobladores de Villamayo y Pachamarca, lo que redundó en que la población participara con entusiasmo en las dinámicas grupales y que las entrevistas que hicieron generaran información muy rica que ha permitido una mayor profundización en los temas del estudio.

El equipo de FOVIDA, conformado por dos antropólogos (una mujer y un varón), una trabajadora social y un ingeniero, enfrentó probablemente

las condiciones más difíciles de trabajo. La población urbano-marginal de Lima Metropolitana trabaja desde muy temprano hasta muy tarde y muchos pobladores pasan muy pocas horas a la semana en el asentamiento, lo cual limita severamente la viabilidad de trabajar con dinámicas participativas grupales en plazos cortos. Una limitación adicional fue que los integrantes del equipo no pudieron quedarse a vivir en los asentamientos, como lo recomienda la metodología, porque en esas zonas no hay condiciones para hacerlo. Si bien ellos lograron que la propuesta de realizar los diagnósticos participativos fuese aceptada en las dos localidades por dirigentes de la población, las escasas horas dedicadas cada día a estar en las localidades les dificultó generar relaciones de empatía con los pobladores y pobladoras y la participación de ellos y ellas en las dinámicas grupales fue irregular y limitada, lo que explica en parte que sus informes de campo sean más breves, menos sustanciosos y dejen la sensación de que no se logró romper la capa endurecida de un discurso que se repite mecánicamente ante los extraños. En suma, en estos casos no se lograron generar dinámicas más reflexivas y de debate que permitiesen profundizar en torno a la comprensión de los comportamientos, expectativas, desconfianzas y opciones de los pobladores urbano-marginales en relación con los servicios alternativos de salud. En palabras del equipo:

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

El equipo de CARE Piura, conformado por dos mujeres y un hombre, ninguno de ellos con formación profesional en ciencias sociales pero sí todos muy comprometidos con la realidad del campo piurano y con mucha sensibilidad hacia las condiciones de vida y hacia los recursos desplegados por esas poblaciones, consiguieron establecer relaciones de mucha empatía mutua y, en concordancia, sus reportes son de muy buena calidad, muy completos y acompañados de buenas entrevistas que facilitan la profundización en los temas trabajados en las dinámicas grupales.

El equipo reclutado por CEPSCO en San Martín también enfrentó condiciones difíciles para llevar a cabo el trabajo, por diversas razones. Al principio tuvo cuatro integrantes, tres mujeres y un hombre, pero al

poco de iniciado el trabajo de campo, una de las integrantes se retiró, no necesariamente dejando un vacío en términos de su aporte profesional pero sí generando una sensación de abandono que no es buena para ningún equipo que está empezando una tarea que nunca antes ha realizado, en interacción con poblaciones que no conoce y con las que no tiene relaciones de confianza preestablecidas. En segundo lugar, le tocó a este equipo hacer el trabajo de campo en el asentamiento urbano-marginal más pobre, precario, sucio e inseguro. Como el equipo de FOVIDA en Lima, el de CEPSCO tuvo que enfrentar la desconfianza de la población y tratar de vencerla sobre la marcha, con apuro por la brevedad de los plazos, y es probable, como también habría sido el caso del equipo de Lima Metropolitana, que la población haya aceptado participar en las dinámicas más por cortesía que por convicción. Sus informes son dispares y reflejan esas tensiones y vaivenes⁵, pero sus entrevistas son de buena calidad.

El hecho de que dos equipos, justamente los que condujeron los diagnósticos participativos en los asentamientos urbano-marginales, no hayan logrado establecer relaciones de empatía con los pobladores y pobladoras, pone límites al análisis comparativo de los hallazgos por tipo de zona y por género.

7. DESTREZAS PARA LA INVESTIGACIÓN EN EL CAMPO Y ANÁLISIS PARTICIPATIVO

Antes de iniciarse el trabajo de campo, se llevó a cabo un taller para afirmar las destrezas de los equipos de campo en los principios claves de la metodología participativa y el buen manejo de las dinámicas. Contamos para ello con el apoyo de la Asociación SER, con larga trayectoria de trabajo en Ayacucho, gracias a lo cual todos los integrantes de los equipos pudieron llevar a cabo una práctica en campo, sea en el Asentamiento Humano Nuevo Jerusalén de Huanta o en la comunidad campesina de Culluchaca, situada a 45 kilómetros de dicha ciudad.

5 Estos informes, además, no pudieron ser mejorados a la luz de las discusiones que tuvimos entre todos los equipos a mediados de junio, cuando los grupos ya habían culminado su trabajo de campo y sus primeros borradores, porque la institución que los contrató no estimó conveniente que todos los integrantes vinieran a Lima a la reunión y envió sólo a uno de ellos.

En la etapa inicial del taller, previa a la salida para la práctica, se explicaron y practicaron las diversas dinámicas propuestas por las investigadoras principales y se ensayó la realización de entrevistas en profundidad individuales. Luego de la práctica, los equipos tuvieron dos días más para compartir sus experiencias, reflexionar sobre las dificultades encontradas y escuchar recomendaciones de los demás participantes y de las investigadoras titulares sobre cómo enfrentar estos problemas.

Una vez culminado el trabajo de investigación de campo, y cuando los equipos habían redactado la primera versión de sus informes, tuvimos un segundo taller de reflexión-afirmación de destrezas con los equipos. En este segundo encuentro, los equipos presentaron los hallazgos de los diagnósticos participativos, compartieron las dificultades y los hechos más destacados de sus experiencias, y pudimos discutir en conjunto un primer análisis comparativo de los hallazgos en las ocho localidades, identificando los elementos comunes, las diferencias notorias y debatimos sobre los probables factores explicativos de unos y otras. Los integrantes de los equipos tuvieron también oportunidad para reflexionar sobre sus aprendizajes personales y afirmarlos. Dado que uno de los objetivos del Programa “Derechos en Salud” de CARE Perú es el fortalecimiento de las instituciones que trabajan por los derechos de los pobres relacionados con la salud, esperamos que dichos aprendizajes no se queden sólo en las personas que conformaron los equipos, sino que puedan ser apropiados por las instituciones que los contrataron. Que eso suceda dependerá de las propias instituciones y del esfuerzo que hagan para solicitar a los equipos que sistematicen y transmitan su experiencia a los demás integrantes de su institución.

8. DEVOLUCIÓN DE LOS HALLAZGOS A LA POBLACIÓN PARTICIPANTE

Se acordaron, además, en este taller final, las modalidades de devolución de la información procesada a las poblaciones participantes: cada organización eligió aquella que considera más adecuada para la población con que trabajó: algunas optaron por editar folletos breves; otras optaron por hacer álbumes con las fotos que tomaron durante el trabajo de campo y entrelazar los principales hallazgos del diagnóstico a manera de comentarios que acompañaban a las fotos; una institución decidió elaborar cuñas radiales y hacer un convenio con la radioemisora local para asegurar su

difusión. En todos los casos, las instituciones socias del estudio se comprometieron a hacer una devolución presencial en las dos localidades donde trabajaron y acompañarla con el material presentado en alguna forma gráfica o por escrito.

Por otra parte, los hallazgos de este estudio se compartieron en la III Conferencia Anual de ForoSalud, “Voz y propuestas: políticas por el derecho a la salud 2006-2011”, y la presentación gráfica desarrollada para tal fin fue compartida con las instituciones y equipos participantes para que ellos, a su vez, pudieran diseminar la información en las regiones y localidades donde trabajan con las organizaciones de la sociedad civil y con los funcionarios del sector Salud y los gobiernos locales.

Sin duda, estos esfuerzos son pequeños frente a la enorme tarea que supone acompañar a poblaciones secularmente excluidas en la recuperación de sus saberes ancestrales desvalorizados y fragmentados, en la apropiación de conocimientos generados en otros sistemas culturales, hegemónicos o no, que les permitan un mejor cuidado de su salud, y en la integración de sus voces al discurso sobre las políticas públicas y a la elaboración de propuestas pertinentes sobre ellas y sobre su vigilancia; en suma, para ejercer sus derechos ciudadanos. El proceso requerirá desplegar esfuerzos continuos y concertados durante un tiempo prolongado, pero ya se inició.

ANEXO 2

TEMAS Y PREGUNTAS PARA GUIAR LOS DIAGNÓSTICOS PARTICIPATIVOS⁶

1. PERCEPCIÓN Y NECESIDADES DE SALUD

¿Cuáles son los principales problemas de salud de su comunidad? ¿Cuáles son atendidos y cuáles no (o cuáles tienen mayor desatención)?

6 Lista de preguntas elaboradas por el equipo técnico del Observatorio del Derecho a la Salud-CIES y el Programa “Derechos en Salud” de CARE Perú, instituciones auspiciadoras del estudio.

¿De los niños?

¿De los adultos?

¿De las mujeres?

¿De los ancianos?

¿Quiénes tienen preferencia en cuanto a la consideración de sus problemas de salud en esta población: los niños, las mujeres, los ancianos?

¿Cuánto se altera la vida por un problema de salud? ¿Cómo reordena sus tareas la familia y qué cosas se postergan o sacrifican por hacer frente a este problema?

2. ATENCIÓN DE LA SALUD POR FAMILIAS, COMUNIDADES Y AGENTES TRADICIONALES

Cuando acá hay problemas de salud, ¿cuáles son atendidos directamente por la familia? ¿Qué ventajas y desventajas tiene esa atención? ¿Quién carga en la familia con esa demanda adicional y cómo reordena sus tareas la familia?

¿Qué problemas de salud son atendidos por un curandero o curandera, o por un médico tradicional? ¿Por qué se prefiere a éstos? ¿Cómo se relacionan estos médicos con la comunidad?

3. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD INSTITUCIONALES

Cuando usted o alguien de su familia se enferma, ¿en qué casos les parece necesario ir a un centro de salud, hospital o médico privado?

Y cuando deciden ir al centro de salud o al hospital, ¿qué dificultades tienen para que los atiendan?

Si menciona problemas económicos:

En el centro de salud o en el hospital al que van las personas que viven en esta comunidad, ¿cobran por la atención? ¿Cobran por las medicinas? ¿Para la mayoría de las personas que viven acá es mucho lo que se cobra?

¿Los problemas económicos para el acceso (cobros en el hospital, costo de las medicinas, etcétera) son graves o menores, usuales o inusuales, fáciles o difíciles de enfrentar?

Si el problema mencionado es de distancia al centro de salud: ¿a qué sitios acuden y para qué casos? ¿Qué tan lejos quedan los servicios? ¿Qué costos implica trasladarse a ellos: económicos, familiares, etc.? ¿Cómo resuelven esta dificultad?

Otros problemas: horario de atención, colas... ¿Cuán importantes son? ¿Cuánto “fastidian” la vida diaria?

Ante todos estos problemas, ¿qué hacen? ¿Recurren a otras soluciones como la medicina tradicional? ¿Venden animales? ¿Postergan la atención o se “aguantan”? ¿Se acomodan a lo que los centros de salud ofrecen sacrificando otras cosas? ¿Cómo se sienten al respecto?

4. CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y PERCEPCIÓN DE DERECHOS

En el centro o puesto de salud: ¿La tratan bien? ¿La escuchan? ¿Le explican adecuadamente lo que tiene? ¿Le explican adecuadamente lo que tiene que hacer (recetas, procedimientos, conductas)?

¿Quién la trata bien o mal (enfermera, sanitario, médico)?

5. PERCEPCIÓN DE DERECHOS Y ACCIÓN COLECTIVA

Si no tiene acceso a algún servicio, ¿cree que tiene derecho a reclamar?

Si lo tratan mal, ¿cree que tiene derecho a reclamar?

¿Qué acciones hace la comunidad en relación con la salud?

¿El municipio hace algo en relación con la salud? ¿Debería hacerlo?

¿Qué siente en relación con las autoridades del Ministerio de Salud o de la Dirección Regional de Salud? (“Deben responder a las demandas de la población”, “Son extraños”, etcétera).

ANEXO 3

LISTA DE PERSONAS ENTREVISTADAS POR LOCALIDAD

REGIÓN SAN MARTIN

Asentamiento Humano 10 de Agosto (localidad urbano-marginal)

1. Cora Vela Paredes, presidenta del comedor infantil.
2. Emmer Vela Saavedra, vendedora ambulante.
3. Diocelina López Paima, partera.
4. Roberto Pita, teniente gobernador.

Pacchilla, localidad rural

1. Nelly Lozano, técnica enfermera, puesto de salud de Pacchilla.
2. Elena Amasifuén Amasifuén, madre de familia.
3. Rosario Siunahiera, curiosa.
4. Glinda Pashansi, presidenta del Vaso de Leche.
5. Waldemar Tapullima, agente municipal.
6. Natividad Rodríguez, animadora de la Iglesia católica.
7. Estela Tapullima, madre de familia.

REGIÓN PIURA

Asentamiento Humano 8 de Diciembre, localidad urbano-rural

1. Jenny García Mendoza, obstetriz, Centro de Salud de La Unión.
2. Pedro Ancajima Imán, agricultor y teniente gobernador.
3. Pascuala Imán Ypanaqué, partera.
4. Doris Mechado Coveñas, ama de casa.
5. José Anselmo Madrid Suyón, curandero.

Buenos Aires de Cumbibirá, localidad rural

1. Miguel Silva Huertas, presidente de la comunidad campesina de Catacaos.
2. Doris Azañero Suárez, obstetriz, Puesto de Salud 2 (Monte Castillo).
3. Lidia Ipanaqué Olivares, partera de Buenos Aires.
4. Nancy Mendoza Ladines, obstetriz, Puesto de Salud 1 (Cumbibirá).
5. Maria Elva Flores Zapata, madre de familia.

6. María Lalupú, madre de familia.
7. José Eduardo, operador de agua potable, Buenos Aires.

REGIÓN HUANCVELICA

Villamayo (localidad rural)

1. Amador Huayra Córdova, alcalde.
2. Nicodemo Niké Onoc Blas, técnico enfermero del puesto de salud de Villamayo.
3. Albina Cahuana Sedano, presidenta del comedor popular.
4. Antonio Tello Condori, pastor evangelista.
5. Rosendo Sedano Machuca, partero.
6. Aurelia Gaspar Sedano, madre de familia.
7. Raquel Muñoz Alanya, madre de familia.

Pachamarca (localidad urbano-rural)

1. Juan Claudio Blas, alcalde.
2. Raúl Corilla Barreto, técnico enfermero, puesto de salud de Pachamarca.
3. Bernardino Chambi Juárez, director del centro educativo.
4. Marcelina Luján Peceros, madre de familia.
5. Marisol Castilla Marín, promotora comunal de salud.
6. Marilú Cora Tovar, vicepresidenta del Vaso de Leche.
7. Herminia Infante, curandera.

LIMA METROPOLITANA

Asentamiento Humano Siglo XXI

1. Nelly Raza, profesora y secretaria general del asentamiento humano.
2. Heraclio Raza, secretario general del sector Señor de los Milagros del asentamiento humano.
3. Carmen Sayre, obstetrix, Centro de Salud de Santa María.
4. Margot Jesús Hincó, madre de familia.

Asentamiento Humano Huascarán, Puente Piedra

1. Lola Guerra, estudiante.

2. Carmen Rosa Gómez, asistente social del asentamiento humano.
3. Lila del Rosario, obstetrix, Centro de Salud de Jerusalén.
4. Carlos Ortiz, médico, Centro de Salud de Jerusalén.

ANEXO 4

DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS LOCALIDADES DONDE SE LLEVARON A CABO DIAGNÓSTICOS PARTICIPATIVOS

1. LAS LOCALIDADES RURALES

Ambato Villamayo es un pequeño poblado andino compuesto por 83 familias, donde se habla comúnmente el quechua, y las antiguas costumbres, fiestas y creencias se mantienen con pocos cambios. Está ubicado entre los 2.800 y los 4.659 metros de altitud, en el distrito de Pachamarca, provincia de Churcampa, Huancavelica, y dista de la capital del distrito hora y media con carro y tres horas y media a pie. Sus pobladores —en total 255— son mayormente adultos, niños y ancianos, porque los jóvenes migran apenas al terminar la primaria, a Lima, Huancayo o la selva central, en busca de trabajo y mejores condiciones de vida. Las viviendas son rústicas, las paredes de barro y piedras, los techos de calamina o ichu, y están distribuidas en cuatro barrios, algunas algo alejadas del centro poblado, donde, además de la escuela y la posta, hay cuatro pequeñas tiendas hasta donde vienen los pobladores para comprar azúcar, sal, galletas, arroz y otros.

La actividad principal es la agricultura. Los cultivos más importantes son, en la zona alta, la papa, la oca, la mashua y el olluco; en la zona baja, los cereales. Los hombres salen desde muy temprano a trabajar en la chacra; las mujeres, a pastar sus animales: ovejas, llamas, vacas y caballos. Algunas se dedican a tejer mantas y ponchos para el uso familiar. En las tardes, los varones y los niños acostumbran a jugar voleibol en la plaza. Por las noches descansan temprano (entre 8 y 9 p. m.), ya que no se capta bien la señal de televisión y no existen otras formas de entretenimiento. Los sábados, días de feria, hombres y mujeres se trasladan hasta Tucuqasa, a tres horas caminando, llevando sus productos y arreando algunas cabezas de ganado para vender.

La carretera, una trocha carrozable, fue inaugurada recién en el 2002, y en los meses de lluvias se vuelve inaccesible. El centro telefónico comunitario Gilat, también inaugurado en el 2002, ahora les hace posible comunicarse por teléfono con sus parientes que han emigrado a las ciudades.

Cuenta con una escuela multigrados, con 75 alumnos matriculados, que cursan entre primero y quinto de primaria, a cargo de tres docentes. También funciona en Villamayo, desde hace nueve meses, un puesto de salud, construido por la municipalidad de Pachamarca. Este puesto no ha sido reconocido por la Dirección Regional de Salud- Huancavelica porque la población no llega al número mínimo establecido por el Ministerio (350 habitantes), pero el municipio ha contratado a un técnico enfermero para que atienda allí y éste coordina con el puesto de salud más cercano, ubicado en Illpe, a tres horas a pie.

En la capital del centro poblado se cuenta con los servicios de agua entubada, la cual es clorada trimestralmente por el técnico enfermero encargado del puesto de salud. Pero la instalación del sistema no sale desde el mismo ojo del puquial sino de más abajo, de una zona en la cual las personas acostumbran echar basura y desechos, lo que genera obstrucciones y suciedad en el reservorio. Según algunos pobladores, a eso se debe que el agua del caño es amarillenta y a veces trae pequeñas suciedades, trocitos de palos secos, heces de animales, tierra, etcétera. Villamayo también cuenta con fluido eléctrico en algunos barrios, proporcionado desde el 2002 por la empresa minera Doe Run, que explota la mina Cobriza en el vecino distrito de San Pedro de Coris. Tanto el puesto de salud como el centro educativo cuentan con servicios higiénicos, pero sólo tres familias tienen silo en sus viviendas (a pozo ciego), construidos recientemente a iniciativa del mencionado técnico enfermero.

Buenos Aires de Cumbibirá es un caserío ubicado en el sureste del distrito de Catacaos, a 17 kilómetros de la ciudad de Piura, de clima muy cálido y seco, a diferencia del poblado Ambato Villamayo, donde prima el clima frío y lluvioso en temporada. Para llegar al caserío de Buenos Aires, hay que transitar 15 kilómetros por una trocha carrozable desde un lugar llamado Puente Mocho, que comunica por carretera asfaltada (12 kilómetros) con la ciudad de Piura.

Su población llega a los 700 habitantes: en total 69 familias distribuidas en 59 viviendas de quincha y barro, semidispersas a lo largo de una serie de colinas arenosas en el límite entre el valle del Sechura y el

desierto. Predomina la familia extensa, y la estructura familiar es bastante jerarquizada: en un hogar pueden vivir hasta tres generaciones. Los hijos y yernos suelen trabajar para el padre, en sus terrenos. Las nueras e hijas se encargan de recoger la leña, cocinar, dar de comer al ganado y preparar la chicha, tarea bastante laboriosa que toma varios días y que suelen emprender juntas todas las mujeres de un hogar. Las fiestas patronales son hechos importantes: su celebración, los mayorazgos y los padrinzagos permiten reafirmar lazos de parentesco dentro del caserío y con las familias de los caseríos vecinos, que, como Buenos Aires, también pertenecen a la comunidad de San Juan de Catacaos.

Las principales actividades económicas son la agricultura y la ganadería: se cultiva arroz y algodón para el mercado, y productos de panllevar como frejol de palo y arvejas para el autoconsumo. Sólo algunas familias son propietarias, aquellas en las cuales el varón hoy jefe de familia logró ser adjudicatario por la reforma agraria a mediados de la década de 1970 y recibió entre tres y cinco hectáreas durante la posterior parcelación de la cooperativa. Pese al exiguo tamaño de las propiedades, éstos son los “ricos”, y muchos otros, incluidos sus hijos y en general los menores de 40 años, dependen de ellos, sus abuelos, padres y tíos, para conseguir trabajo como peones en la misma localidad o en caseríos de la comunidad. Caso contrario, se ven obligados a emigrar.

Una importante fuente de ingresos para las familias es la crianza de ganado: vacuno para la venta de leche, caprino y ovino para el autoconsumo. La tenencia de ganado está vinculada al tamaño de la familia, pues para alimentarlo hay que traer dos veces al día rastrojo y pasto que crece en las orillas de las acequias. Es un trabajo que requiere considerable tiempo de las mujeres y niños en épocas de siembra y cosecha, cuando los hombres están más ocupados en los campos. Las familias extensas que pueden movilizar más mano de obra pueden criar más ganado, las viudas con hijos menores o las parejas de ancianos sin hijos dependientes no pueden aumentar su ganado porque no les alcanzarían las fuerzas para ir a traer el pasto. Así, las diferencias económicas entre las familias también se expresan en la tenencia de ganado: los más pobres sólo tienen unas pocas cabras y ovejas, otras familias tienen entre dos y cuatro vacas, pero tres familias —los Ipanaqué, los Ramos y los Chiroque— tienen hasta 30 y 40 cabezas de ganado vacuno. A los jefes de esas familias, que son las que pueden optar por ir a una clínica

privada cuando se les presentan problemas de salud más complejos, se los ve andar en camionetas y hablando por teléfonos celulares.

La iglesia, que también opera como local comunal, está ubicada en la cima de una colina que marca el centro del caserío. La escuela primaria, la única y compuesta tan sólo por dos aulas, está unos cuantos metros mas allá, al igual que el local de la posta de salud. Ésta fue construida por la Municipalidad, con el aporte de los pobladores, a inicios de la década de 1990, pero nunca fue habilitada porque el Ministerio no le ha dado el reconocimiento.

El caserío no tiene energía eléctrica, pese a que se ve pasar la línea a lo lejos (no más de dos kilómetros). Las viviendas se iluminan con mechones a kerosene y con velas. El agua potable, que proviene de un pozo artesiano, se bombea sólo dos veces a la semana, entre una y dos horas cada vez. Las familias almacenan el agua en *noques*⁷ de concreto o en recipientes diversos: ollas, cántaros de barro y bidones. En cuanto a la eliminación de excretas, las viviendas no cuentan con letrinas, pozos ciegos, silos u otro sistema de evacuación: las necesidades se realizan a campo abierto. Las mujeres jóvenes, los niños y también las parejas suelen ir en pequeños grupos caminando unos cientos de metros hacia el arenal, una o dos veces al día, para ocuparse de sus necesidades. Respecto de la basura, algunas familias la arrojan al campo, otras la queman, ya que no se cuenta con ningún sistema para el recojo o la eliminación de residuos sólidos.

Pacchilla es un caserío situado en el distrito de Rumizapa, a 12 kilómetros de carretera asfaltada entre Tarapoto y Cacatachi, el distrito más cercano, y a 6 kilómetros adicionales de una trocha carrozable muy accidentada. Estos 18 kilómetros de distancia toman aproximadamente una hora en auto desde Tarapoto; a pie, el trayecto demora tres horas. Los cuatro barrios del poblado están a 10, 30, 40 y 50 minutos, respectivamente, por camino de herradura. Son 834 habitantes en total, distribuidos en 240 familias de tres a cuatro miembros cada una. La mayoría vive en Pacchilla (217 familias), 8 familias en Yanashpa, 10 en Sanango, 3 en Catahua (3 familias) y 2 en el barrio más alejado, Limonpunta. Los pobladores, mestizos y nativos quechuas lamistas sedentarios, hablan castellano y quechua.

7 *Noque*, pequeño estanque que sirve para almacenar agua en los domicilios.

Las principales actividades económicas son la agricultura, la silvicultura y la caza. La producción agrícola se centra en el cultivo de café, frejol, algodón, uva, maíz, plátano, yuca y hortalizas. Se mantienen formas tradicionales de cultivo, con prácticas como la minga o *choba-choba*, cultivo comunal o de ayuda mutua. Otras actividades, principalmente para uso propio, son la alfarería, la cestería y el tejido. Algunos pobladores son propietarios de chacras, terrenos y viviendas adquiridas en su mayoría por compra directa. Las tierras se heredan y se van fragmentando de generación en generación. El incremento poblacional, la migración de agricultores de la zona de la sierra y la monetarización de la economía campesina están llevando cada vez más a la modalidad de “alquiler” de tierras y al trabajo de “peón” (alquiler de mano de obra agrícola). La mayoría de pobladores trabaja como peones. El promedio de salario diario que se paga en la provincia es de S/. 4,00 a 5,00 con almuerzo (ingreso mensual aproximado de 100 a 200 nuevos soles). La demanda de trabajo es escasa y sólo se produce en épocas de siembra y cosecha.

Las viviendas, poco ventiladas (sin ventanas), y con entre uno y tres ambientes, son construidas principalmente con tierra apisonada. Raramente cuentan con algún servicio básico. La cocina (a leña) y la letrina generalmente están fuera de la casa, en la huerta, que puede estar cercada o no. Muchas veces se guardan los animales menores en la misma casa. El agua no es potable: se capta por gravedad, se almacena en un reservorio y se distribuye a través de tuberías. La utilizan la mayoría de familias, aunque algunas se abastecen del chorro de agua Paccha. Las familias pagan dos nuevos soles mensuales por consumo y sólo 25 de ellas tienen servicio de luz eléctrica, pagando de acuerdo con su consumo (luz y medidor: diecisiete nuevos soles y sólo luz cinco nuevos soles). En la comunidad no existe desagüe. La mayoría de familias cuenta con letrinas, y un grupo más reducido tiene pozo ciego.

Pacchilla cuenta con un puesto de salud del Ministerio, una farmacia con medicamentos básicos y material médico simple, bajo la responsabilidad de una enfermera técnica. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 1:00 p. m., de lunes a viernes. Atiende a alrededor de diez pacientes por día, entre niños y adultos. Cuenta, asimismo, con el apoyo de un promotor de salud del distrito de Cacatachi para casos de urgencia. También tiene un jardín de inicial y una escuela de nivel primario. Los estudiantes de nivel secundario asisten al colegio, en su mayoría, en el distrito de Cacatachi.

2. LAS LOCALIDADES RURAL-URBANAS

Pachamarca es un distrito de la provincia de Churcampa, Huancavelica, con la cual está conectada por 45 kilómetros de carretera semiafirmada. Hay un servicio de autos, que demoran dos horas, pero este servicio no es diario. Otra ruta de acceso discurre por Huancayo, a través de un bus que llega todos los días hasta Chinchihuasi, a 30 minutos caminando de Pachamarca. Su población asciende a 4.652 habitantes, de los cuales 612 viven en la zona urbana y 4.040 en la zona rural.

Su geografía es muy variada y accidentada, marcada por lomas y quebradas pronunciadas, y cubre diversos pisos ecológicos desde los 2.000 hasta los 4.306 metros de altitud. El clima es cálido en la parte baja, por donde transcurre el río Mantaro, frígido en las partes altas y templado en el valle intermedio, donde se encuentra Pachamarca. A pesar de vivir en el área urbana, la dedicación principal de la población es la agricultura: maíz, frejoles y frutales: naranjas, manzanos, duraznos y nísperos. La ganadería es una actividad menor: dos a tres cabezas de ganado vacuno y unas diez o quince ovejas por familia. Hombres y mujeres salen diariamente a sus chacras (entre 7:00 y 8:00 de la mañana), que se encuentran en los alrededores de la ciudad o en las comunidades alejadas, y regresan a descansar de 5:00 a 6:00 de la tarde. Algunas familias se dedican al comercio local.

Los ingresos económicos más importantes para el hogar provienen de la venta del maíz en la feria de Chinchihuasi, que se realiza los viernes: el precio actual está entre 15 y 16 nuevos soles por arroba (11,5 kilos). Sólo algunas veces logran los productores organizarse y juntar su maíz para enviarlo a Huancayo en camiones. Son pocas las personas que tienen la iniciativa de dedicarse a productos alternativos como el ají amarillo, cuyo precio en el mercado es más elevado. La gran mayoría de la población mantiene su agricultura “tradicional”.

Los habitantes de Pachamarca hablan fluidamente el castellano pero también el quechua. Existe una fuerte movilidad social con Huancayo, Lima y Pampas, capital de la provincia de Tayacaja.

Los adultos, en su mayoría, tienden a migrar temporalmente a Lima, Huancayo o a la selva central (Pichanaki, Chanchamayo, La Merced) en busca de mejores condiciones de vida. Los jóvenes tienden a salir rápidamente a Lima, ni bien terminan la secundaria. Muchos lo hacen con la intención de seguir estudios superiores, pero la situación

económica hace que terminen trabajando como vendedores ambulantes, trabajadoras y trabajadores del hogar, peones de construcción civil, cargadores. A falta de una oportunidad de empleo en las grandes ciudades, algunas familias están “retornando”, sobre todo aquellas que migraron durante la violencia política. También retornan algunos por cuestiones de salud.

En el centro del poblado hay un pequeño parque y el edificio de tres pisos de la municipalidad, de reciente construcción. También están el local del “maquicentro”, donde se guardan algunas maquinarias; un puesto de salud donde laboran tres empleados (dos mujeres y un varón); el Colegio Secundario Mixto “José María Arguedas”, la Institución Educativa 31068 de nivel primario y la Institución Educativa 464 de nivel inicial; la iglesia católica y la iglesia evangélica Pentecostés (50% son evangélicos y 50% son católicos).

Pachamarca cuenta con servicio de telefonía rural Gilat. Hasta hace unos meses, contó con servicio de Internet. Asimismo, hay una antena parabólica (repetidora-receptora) que capta dos canales de televisión de señal abierta, y el puesto de salud tiene una radio para comunicar emergencias a otros establecimientos.

Sólo 15 familias cuentan con agua y desagüe de instalación domiciliaria. En el centro del pueblo hay un servicio higiénico público (un baño con una ducha para hombres y otra para mujeres), con dos lavaderos que también sirven de pileta pública para las familias que no tienen conexión. Las familias tienen la costumbre de hacer sus necesidades al aire libre, en el campo. Los desechos de la cocina se dan a los animales de la chacra y los residuos que no son reciclables se suelen quemar una vez cada tanto.

El Asentamiento Humano 8 de Diciembre, ubicado al noreste de la capital del distrito de La Unión, a 30 kilómetros de carretera asfaltada desde Piura, tiene un clima cálido y seco. Se formó mediante una invasión, en 1982, en terrenos eriazos que la reforma agraria había adjudicado a la Comunidad Campesina San Juan Bautista de Catacaos. Desde la invasión hasta la actualidad ha sucedido una serie de acontecimientos que han marcado la vida de los habitantes: en 1983, cuando se produjo el fenómeno de El Niño, los terrenos se inundaron y las familias tuvieron que salir hacia las partes altas del distrito, pero retornaron al año siguiente; esto mismo volvió a suceder en 1998, pero sólo algunas familias salieron de la localidad temporalmente.

Actualmente, el asentamiento humano cuenta con 480 familias, unos 2.250 habitantes que viven en 450 hogares nucleares. La principal actividad económica es la agricultura, pero los pobladores también realizan trabajos eventuales como estibadores, o trabajan en las salinas. Sólo un pequeño porcentaje de la población se dedica al comercio (venta de pescado, pan, frutas, y las mujeres a la venta de chicha). Las viviendas están distribuidas en calles, en su mayoría son de quincha empastada con barro y generalmente tienen tres habitaciones.

A pesar de tener 24 años de creación, el asentamiento humano aparenta ser un lugar de reciente formación, ya que la mayoría de las familias no cuentan con servicios básicos. El servicio de agua es restringido. Se dota a la población de agua durante dos horas diarias y solamente tienen acceso al servicio 250 familias. Las demás acarrear agua de los vecinos. La mayoría de la población realiza sus necesidades fisiológicas a campo abierto y sólo 10 familias han logrado conectarse a la red de alcantarillado. De igual manera, sólo 15% de las familias acceden al servicio de energía eléctrica; el resto se ilumina con velas y mechones. La basura se deposita en los alrededores del asentamiento humano, aunque algunas familias optan por quemarla.

3. LAS LOCALIDADES URBANO-MARGINALES

El Asentamiento Humano 10 de Agosto se encuentra ubicado en la periferia del distrito de Tarapoto, a tres kilómetros de distancia de la plaza principal y a la margen izquierda del río Cumbaza. Cuenta con una población de 749 habitantes aproximadamente, con un promedio de tres a cuatro miembros por familia, de los cuales 250 niños son menores de 10 años, 151 jóvenes tienen entre 11 y 19 años y 415 son de más de 20.

Las viviendas no cuentan con títulos de propiedad y en su mayoría son de material rústico. El nivel económico es bajo, con situaciones de extrema pobreza y un saneamiento básico en estado alarmante.

La producción agrícola es la principal fuente de ingreso y se centra en el cultivo de arroz, frejol, maíz, plátano, yuca, hortalizas, etcétera. La principal actividad laboral de los pobladores es el peonazgo, con un ingreso mensual de 150 nuevos soles. Aproximadamente 90% de la población tiene oportunidades de acceder a trabajos temporales.

El Asentamiento Humano 10 de Agosto es una comunidad aparentemente tranquila. Sus calles están poco iluminadas por la falta de red pública. Predomina el mal olor, resultado de las aguas servidas que discurren por las cunetas —canales abiertos a los costados de los caminos— y acentuado por el que emana del desagüero de la red matriz del desagüe de Tarapoto, que se encuentra en las proximidades y se intensifica en los días de calor intenso. Llama la atención un charco formado por el aniego de aguas servidas del asentamiento, que actualmente constituye un foco infeccioso permanente, donde anidan moscos y zancudos. Asimismo, los botaderos de basura están cerca del río Cumbaza y del chorro (manantial) de donde muchos recogen su agua para beber y cocinar, especialmente quienes no cuentan con servicio de agua a domicilio.

La desembocadura de la red de desagüe del distrito de Morales y Tarapoto es un área muy cercana al asentamiento humano. El panorama es desolador y putrefacto, y constituye un peligro infeccioso permanente, más aún cuando los pobladores transitan a pie a 100 metros de este lugar cada vez que se dirigen a sus chacras.

Al final de la calle principal, por el otro lado, se encuentra el alambrado de la pista del aeropuerto, advirtiéndose el peligro inminente que acecha a los lugareños, especialmente en las viviendas que colindan con el terminal aéreo. Impresiona la cercanía de los aviones, el elevado nivel de ruido que ocasionan, que contrasta con la tranquilidad o indiferencia de los pobladores frente a esta situación.

También se observa la presencia de algunos niños descalzos en las veredas y calles, mientras algunas madres sacan los piojos a sus hijos y algunas mujeres y jóvenes juegan bingo en grupo en las veredas de las casas.

El Asentamiento Humano Huascarán está ubicado a la altura del kilómetro 36,5 de la carretera Panamericana Norte, en el distrito de Puente Piedra. A aproximadamente una hora del centro de la ciudad de Lima, es uno de los asentamientos más alejados del centro del distrito, se encuentra colindante a la jurisdicción de Ancón. Su geografía es empinada por estar en la parte alta del cerro.

Cerca del asentamiento humano está el Centro de Salud Jerusalén, que en su jurisdicción atiende a veinte asentamientos humanos de la zona, entre los cuales se encuentra Huascarán. El centro de salud estima que la población a la que atiende bordea los 10.000 habitantes.

En esta localidad existen dos zonas muy marcadas. A la primera etapa llegaron los primeros pobladores a vivir el año 1994, la mayoría procedentes del departamento de Áncash, y se congregaron en el sector que se denomina Huascarán, con una cantidad de 80 familias. Este sector cuenta con títulos de propiedad brindados por la Comisión de Formalización de la Propiedad Informal (COFOPRI). En el año 1998 arribó otro grupo de personas que se asentó en el terreno que servía de relleno sanitario y que en la actualidad corresponde al sector llamado Ampliación Huascarán, que congrega a 200 familias aproximadamente. En su mayoría, las viviendas en esta localidad están construidas con madera machihembrada, techos de calamina y, en algunos casos, de estera.

En esta comunidad no existe red de agua potable y no se cuenta con desagüe; sólo algunas viviendas tienen silos. Hay cuatro pilones comunales para el recojo de agua, que se almacena en depósitos de plástico. Con respecto al alumbrado público, la mayoría de las viviendas ya tienen conexión de luz eléctrica.

Los nuevos pobladores organizaron faenas comunales para retirar y quemar los residuos sólidos, para así poder construir sus casas. Actualmente, el asentamiento está constituido por 280 lotes. El promedio de habitantes por lote es de 4 a 5 personas, sin contar a los familiares alojados. La localidad posee dos escaleras de acceso, una losa deportiva, un local comunal en construcción, y no cuenta con veredas ni asfaltado de las calles.

Los habitantes de Huascarán se dedican a diferentes oficios fuera de su comunidad, tales como panadería, albañilería y conducción de automóviles. Algunos son ayudantes de carpintería, dos son profesores. Las mujeres lavan ropa ajena y realizan labores domésticas remuneradas fuera del asentamiento. Algunas se dedican al bordado de polos y al tejido de chompas (acabados) en sus propios hogares, además del trabajo doméstico.

La losa deportiva está ubicada entre Huascarán y Ampliación Huascarán. La comunidad también cuenta con un local de educación inicial pequeño, hecho de madera machihembrada; un local comunal con paredes de ladrillos sin techo y cuyo piso de tierra está sin apisonar. Hay una iglesia, tres antenas para televisión y dos tiendas de abarrotes que cuentan con servicio de teléfono. La gran mayoría de las familias tiene televisor. Algunas familias cocinan con leña, otras con kerosene y otras con gas.

Se han identificado dos basurales donde se desecha y quema la basura. El camión recolector no pasa con frecuencia. Con excepción de las escaleras, que son de cemento, las calles de todo Huascarán y Ampliación Huascarán son de tierra.

El Asentamiento Humano Siglo XXI está ubicado al este del departamento de Lima, en el distrito de San Juan de Lurigancho. Tiene como única vía de acceso la Av. Wiese, que continúa, por la Av. Héroes del Cenepa, a la altura del Asentamiento Humano Santa María (sector 2). Se formó el año 1996, como una ampliación de este último asentamiento humano, en las faldas del cerro contiguo a Santa María. Comprende cuatro sectores, denominados Señor de los Milagros, Corazón de Jesús, Primavera y 27 de Marzo. Cada sector tiene una junta directiva.

Los pobladores cuentan con servicio de alumbrado público y dos reservorios de agua potable, a partir de los cuales se distribuye este elemento a través de 27 pilones de agua. Diez dirigentes de la asamblea general de vecinos velan por la distribución del agua y su limpieza, así como por el buen uso del alumbrado público.

Las viviendas son, en su mayoría, de madera, calamina, triplay y esteras. Hay algunas casas construidas con material noble. El local comunal del sector Señor de los Milagros es de material noble y techo de calamina. Las viviendas del sector 27 de Marzo, por lo general, carecen de silos. En los otros sectores, la mayor parte de la población los tiene.

Los pobladores de este asentamiento humano se dedican a diferentes labores; entre los varones hay albañiles, choferes, otros se dedican a hacer confecciones. Las mujeres cuidan ancianos, otras trabajan en restaurantes, algunas venden golosinas como ambulantes en el Mercado Central, y muchas trabajan en su propia casa tejiendo pulseras de artesanía o bordando polos para fábricas.

En esta localidad se trabajó con varones y mujeres en diferentes horarios, ya que por motivos de trabajo los varones regresan muy tarde. No se pudo trabajar con los jóvenes porque éstos no se interesaron en participar.

APÉNDICE GRÁFICO

Imágenes de las localidades donde se llevaron a cabo
diagnósticos participativos



Vista panorámica de Villamayo, Huancavelica.



Basural en el Asentamiento Humano 8 de Diciembre, Piura.



Laguna de oxidación en el Asentamiento Humano 8 de Diciembre, Piura.



Asentamiento Humano Siglo XXI, San Juan de Lurigancho, Lima.



Vista panorámica de Pacchilla, San Martín.



Vista panorámica de Cumbibirá, Piura.



Un poblador extrae agua de la tubería matriz, con riesgo de contaminación. Asentamiento Humano 8 de Diciembre, Piura.



Cola para sacar agua del pilón. Asentamiento Humano Huascarán, Cono Norte de Lima.



Quema de la pajilla del arroz, en el Asentamiento Humano 8 de Diciembre, Piura. El polvo es arrastrado hasta las viviendas cercanas.



Silo casero en el corral. Asentamiento Humano 8 de Diciembre, Piura.



Niños juegan en la tierra, muy cerca del silo casero. Asentamiento Humano 8 de Diciembre, Piura.



Puquio de donde obtienen agua los pobladores de Villamayo, Huancavelica.



Pobladores de Villamayo dibujan el mapa de la comunidad en la tierra, una técnica participativa que no requiere dominio de la lectoescritura.



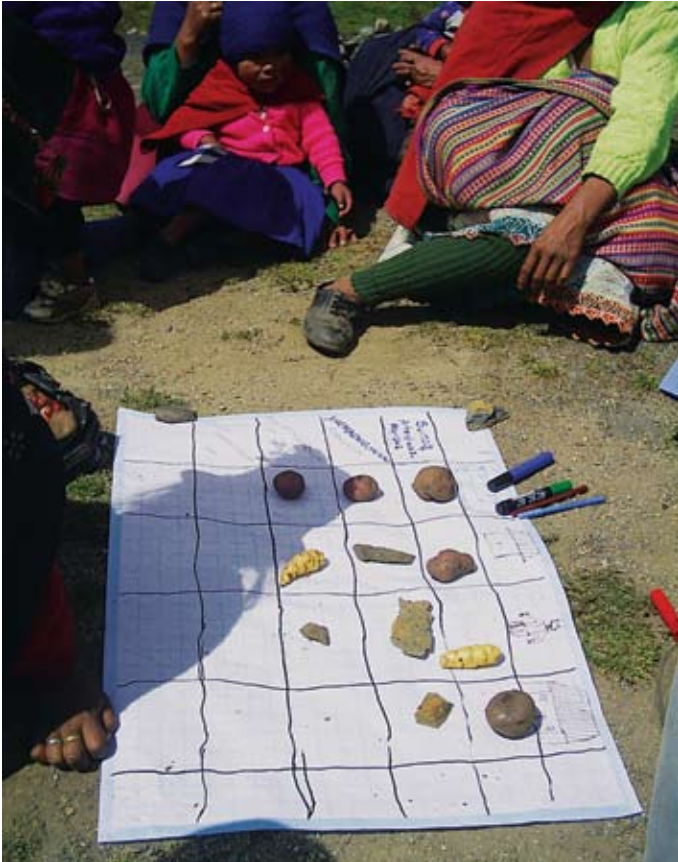
Las mujeres de Villamayo prefirieron usar lápices de colores para hacer su mapa. La comunidad que ellas visualizan es más pequeña y los lugares que destacan son otros.



Los niños de Villamayo también hicieron su mapa de la comunidad. En el mapa colocaron el puesto de salud, pero también al curandero, la partera, el yerbero y el huesero



Asentamiento Humano 10 de Agosto, San Martín. No cuenta con desagüe y las aguas servidas afloran con las lluvias.



Matriz de prioridades. Técnica utilizada en Villamayo, Huancavelica, para priorizar y clasificar las opciones de salud. Las diferencias en los costos se representan mediante tubérculos de la zona.



El yerbero de la comunidad de Villamayo, Huancavelica.



En la posta de salud de Pachamarca, Huancavelica, la espera puede ser interminable.



Diocelina Orlando, partera del Asentamiento Humano 10 de Agosto, San Martín, cargando a una bebe que acaba de ayudar a nacer. Ella se cubre el cabello durante el parto por razones de higiene, a partir de la capacitación que recibió hace unos años del sistema de salud.