



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE CENTRAL

Sucre-Bolivia

**III CURSO DE MAESTRIA EN SALUD
PUBLICA**

**PERCEPCIÓN, CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y
PRÁCTICAS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL
SOBRE LA PLANIFICACION FAMILIAR EN EL
MUNICIPIO DE QUILLACOLLO**

**Tesis presentada para obtener el grado
Académico de Magíster en Salud Pública**

ALUMNO: MARCELO SILES CABRERA

Cochabamba - 2007

"Nuestros hijos nacen, eso es todo. A veces, me siento tan triste. Él también dice, ¿qué vamos a hacer? Dios debe querer que tengamos más hijos. Y así es como es."

**A: Maria Cristina
Mi amada esposa**

**A: Marcelo y Camila
Frutos de nuestro amor.**

TABLA DE CONTENIDOS

1. CAPITULO I	INTRODUCCION	
1.1. ANTECEDENTES.....		1
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....		6
1.3. JUSTIFICACION... ..		7
1.4. CUESTION DE LA INVESTIGACION.....		8
1.5. OBJETIVOS.....		11
1.5.1 OBJETIVO GENERAL.....		11
1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....		11
2. CAPITULO II	MARCO TEORICO	
2.1 ANTECEDENTES TEORICOS.....		12
2.2 CONSTRUCCION DEL MARCO TEORICO.....		20
2.3 CARACTERISTICAS DEL MUNICIPIO DE QUILLACOLLO...		36
2.3.1 CONDICIONES GEOGRAFICAS.....		37
2.3.2 CONDICION SOCIOCULTURAL.....		39
2.3.3 CONDICION SOCIOECONOMICA.....		42
3. CAPITULO III	METODOLOGIA	
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACION.....		49
3.2 TIPO DE ESTUDIO.....		50
3.3 AREA DE ESTUDIO.....		50
3.4 POBLACION Y MUESTRA.....		51
3.5 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....		52
3.6 RECOLECCION DE DATOS.....		52
3.7 CONSTITUCION Y DESARROLLO DE LOS GRUPOS FOCALES.....		53
3.8 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.....		58
3.8.1 TRIANGULACION DE LOS DATOS.....		59

4. CAPITULO IV	ANALISIS DE LOS RESULTADOS	
4.1	RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.....	60
4.1.1	PERCEPCIONES, CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS MUJERES DE QUILLACOLLO SOBRE LA PLANIFICACION FAMILIAR.....	61
4.1.2	CONOCIMIENTOS DE LAS MUJERES DE QUILLACOLLO SOBRE LA PLANIFICACION FAMILIAR.....	63
4.1.3	ACTITUDES DE LAS MUJERES DE QUILLACOLLO SOBRE LA PLANIFICACION FAMILIAR.....	68
4.1.4	PRACTICAS DE LAS MUJERES DE QUILLACOLLO SOBRE LA PLANIFICACION FAMILIAR.....	71
4.2	DISCUSION.....	75
5. CAPITULO V	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1	CONCLUSIONES.....	77
5.2	RECOMENDACIONES.....	79
	BIBLIOGRAFIA.....	84
	ANEXOS	
	GLOSARIO	

RESUMEN

A pesar de las diferentes estrategias que se utilizaron en nuestro país, para facilitar el acceso a los establecimientos de salud, para lograr la aceptación de los servicios de los programas de salud reproductiva y/o planificación familiar en las poblaciones rurales es todavía evasivo, por cuanto, la gente no recurre con frecuencia a los establecimientos de salud, muchas mujeres no asisten a ningún control de gestantes, las usuarias que reciben atención critican al sistemas de salud oficial, les culpan de los problemas familiares, infidelidad y liberalismo de las mujeres, de igual modo muchas mujeres testimonian haber quedado inválidas y enfermas para el trabajo, también culpan a estos programas por el aumento de número de juicios por problemas de las parejas.

Si bien existe el reconocimiento de la necesidad de la planificación familiar, la misma genera contradicciones y conflictos en las relaciones de pareja en el momento de tomar una decisión. Existen determinadas maneras de interpretar, percibir y vivir el uso de los métodos anticonceptivos de parte de las mujeres y las parejas.

Por otra parte, algunas mujeres reconocieron, que la planificación familiar es una forma de evitar el nacimiento y una forma de controlar el número de hijos, se registro una falta de conocimiento de métodos y una gran abundancia de mitos y rumores.

El motivo fundamental de esta investigación es la de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas, de las mujeres en edad fértil del municipio de Quillacollo, que influyen en la no utilización los servicios ofertados de planificación familiar, vigentes en el Sistema Nacional de Salud, durante la gestión 2005, 2006.

Asimismo, a partir de los resultados de esta investigación se podrá tomar decisiones respecto a mejorar sus procedimientos, es decir, todo proyecto en su propósito de intervenir, genera en la población beneficiaria ciertos cambios de actitud

en el comportamiento, así mismo, es bueno tomar en cuenta, si se continua con estas prácticas y procedimientos o de lo contrario habría que cambiar porque pueden generar, aspectos negativos para la población.

En el presente trabajo de investigación, se utilizó el método cualitativo etnográfico, porque este tipo de estudio permite rescatar las vivencias, percepciones, valores, actitudes y prácticas relacionadas con la planificación familiar.

El estudio se realizo en la primera sección del municipio de Quillacollo, en las comunidades rurales del Paso, Ironcollo e Illataco. La población objeto de la investigación, fueron las mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años, que estuvieron embarazadas o hubieran tenido por lo menos un embarazo, residentes habituales de estas comunidades sin tomar en cuenta el estado civil.

Se organizaron tres grupos focales, conformados por ocho personas cada uno. Se incluyó en el estudio a informantes clave de la comunidad, el tamaño de la muestra se definió por saturación de la información, cuando se observaba que las opiniones de las mujeres se repetían en más del 90% y que la ultima información proporcionada, no aportaba ninguna información nueva.

En la presente investigación, para la recolección de la información se utilizo la técnica de grupos focales. En base a una guía de discusión, que se elaboro tomando en cuenta los objetivos de la investigación.

El personal de salud es visto étnicamente distante y ajeno a ellas, muchas veces no hablan el idioma ancestral (quechua) ni se identifican culturalmente con las mujeres campesinas, por tal razón, tienen miedo, desconfianza, vergüenza a ser “tocadas”. Por otra parte, la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud, son inadecuados

desde el punto de vista cultural; no resguardan la intimidad, en consecuencia no inspiran “confianza”. Algunas nos refirieron que cuando recurren a los servicios de salud los encuentran cerrados, que es frecuente la inexistencia de medicamentos, y que no se sienten bien atendidos por el personal.

Ellas, sienten que son tratadas como simples objetos, el personal de salud toma acciones para ayudarlas, capacitarlas, educarlas, alfabetizarlas, darles alimentos, darles medicamentos y métodos anticonceptivos, sin tomar en cuenta sus conocimientos, sus opiniones y expectativas, así como la posibilidad de ejercer control por si mismas y tomar decisiones sobre su propia salud.

Se debe cumplir con uno de los principales pilares de la Constitución Política del Estado: Bolivia es un país plurilingüe y multicultural, incorporando los conocimientos, actitudes, y practicas de las mujeres de las áreas rurales, en todos los procesos de formulación y aplicación de políticas y en la prestación de servicios, en particular de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia.

El enfoque del programa de salud sexual y reproductiva, no solo debe hacerse desde la perspectiva gubernamental, sino también desde la óptica de la cosmovisión andina, que inevitablemente es la filosofía de la vida en las comunidades rurales.

Innegablemente, la capacitación a las mujeres, debe tener una sustentación integral, para que ellas entiendan y atiendan sus propios cuerpos y procesos reproductivos, y para que tomen co-responsabilidad y decisión sobre su salud a nivel personal y también a nivel institucional y político.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL SOBRE LA PLANIFICACION FAMILIAR EN EL MUNICIPIO DE QUILLACOLLO

CAPITULO I INTRODUCCION

1.1 ANTECEDENTES

Las tasas de mortalidad materna y perinatal son indicadores que reflejan la condición social de la mujer, la morbilidad subyacente y la calidad de vida de una sociedad; la situación social, cultural, económica y política; la cobertura, la eficacia y eficiencia de los servicios de salud; las condiciones de educación, alimentación y vivienda de los países.

Estas diferencias quedan reflejadas en términos de salud entre los países pobres y ricos, cuando se observan cifras como que una de cada 15 a 50 mujeres mueren en los países en vías de desarrollo, por causas relacionadas con el embarazo, mientras que esta probabilidad se reduce a sólo una de cada 4000 a 10000 mujeres en los países desarrollados.

La interrupción del embarazo puede presentar riesgos para la salud de la mujer. Los abortos peligrosos y sus complicaciones son una causa importante de defunciones y de enfermedades maternas; unas 70.000 mujeres mueren cada año como resultado de un aborto peligroso o incompleto y son muchas más las que sufren complicaciones (*Abortion: A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion*, 20 edición, OMS, 1994).

Según la Encuesta de Demografía y Salud 2003 (ENDSA), el 16 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años de edad, alguna vez estuvo embarazada. Esta proporción es relativamente baja entre los 15 y 16 años, y se incrementa por arriba del promedio a partir de los 18 años (26 por ciento).

Los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas se presentan entre las mujeres sin educación (47 por ciento). Según el lugar de residencia, los mayores porcentajes de embarazo se encuentran entre las adolescentes que residen en el área rural (22 por ciento). La tasa global de fecundidad en mujeres sin educación, es 6.8 hijos por mujer. Las mujeres con grado de educación superior, tienen una tasa de 2.1 hijos por mujer. La mortalidad materna, se ha reducido a 230 por 100.000 nacidos vivos.

No obstante, las desigualdades en la probabilidad de muerte materna, siguen siendo mayor para las mujeres que viven en el área rural, aquellas que tienen bajo grado de instrucción, las que son de origen indígena y/o campesina y también las que han migrado a los centros urbanos en busca de mejores condiciones de vida

La infertilidad causada por infecciones tubarias resultantes de un aborto peligroso es común en algunas zonas. Utilizar anticonceptivos para evitar los embarazos no deseados contribuye a reducir el costo humano y financiero de los abortos peligrosos. El embarazo es particularmente arriesgado para ciertos grupos de mujeres: las muy jóvenes, las que ya son mayores, las mujeres con más de cuatro hijos, y las que padecen problemas de salud. Si se evitaran todos los embarazos de alto riesgo, la mortalidad materna podría reducirse hasta en un 25 % (Royston y Armstrong, 1989).

Las mujeres muy jóvenes, adolescentes, que quedan embarazadas corren graves riesgos de salud porque sus organismos pueden no estar lo bastante maduros físicamente para soportar el estrés del embarazo y el parto. La tasa de defunciones maternas entre las mujeres de 15 a 19 años de edad, es de hasta el triple de la correspondiente a las de 20 a 24 años. Es probable, en particular, que sufran preeclampsia y eclampsia, parto obstruido y anemia ferropénica.

Los riesgos de la procreación son también más graves para las mujeres que ya son mayores, porque es posible que sus organismos sean menos capaces de hacer frente al estrés físico del embarazo y el parto. Las probabilidades de morir en el embarazo o el

parto son cinco veces mayores entre las mujeres de más de 35 años que entre las de 20 a 24 años. También aumenta en las mujeres que ya son mayores el riesgo de dar a luz a criaturas con insuficiencia ponderal o con alguna discapacidad. El riesgo de defunción materna aumenta en cada parto sucesivo a partir del cuarto; este riesgo es de 1,5 a 3 veces mayor para las mujeres con cinco o más hijos que para las que sólo tienen dos o tres. El embarazo y el parto son más peligrosos para las primeras porque es más probable que padezcan anemia, necesiten transfusiones de sangre durante el parto y fallezcan de hemorragia que las mujeres con menos hijos.

Las mujeres con problemas de salud corren un mayor riesgo de defunción si quedan embarazadas. Por ejemplo, el riesgo de morir por anemia, hepatitis, cardiopatía, enfermedad renal, paludismo y cólera aumenta en las mujeres embarazadas en comparación con las que no lo están. "En algunos países, conseguir un espaciamiento suficiente de los nacimientos (más de dos años entre dos sucesivos) podría reducir la mortalidad infantil hasta en un tercio."

La regulación de la fecundidad, en nuestro país, a través de la planificación familiar, es uno de los temas más importantes y permanentes en todas las Encuestas Nacionales Demográficas de Salud (ENDSA) desde 1998.

El bienestar que la familia desea y espera alcanzar se logra más fácilmente cuando se prevé el futuro y se planifican las acciones para conseguirlo. En esta perspectiva la planificación familiar, en sentido amplio, se refiere a cómo prever y lograr una mejor alimentación, salud, vivienda, educación, descanso y diversiones para todos los miembros de la familia.

En este proceso de búsqueda del bienestar familiar, uno de los aspectos fundamentales es la planeación del número de hijos que se desea y se puede tener y la elección del momento oportuno para su nacimiento, lo cual supone el uso de métodos anticonceptivos. Por la trascendencia de este aspecto, de acuerdo al UNFPA: Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo 1994. El concepto de planificación familiar en sentido estricto es:

“El derecho y el deber que tienen las parejas y las personas de decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de los hijos y obtener la información y los medios necesarios para hacerlo, asegurándose de que ejerzan sus opciones con conocimiento de causa”

La experiencia mundial confirma que pocos programas han hecho una contribución tan importante para el desarrollo, para el mejoramiento de la salud, para la reducción de la pobreza, y el mejoramiento de las condiciones de vida como la planificación familiar, el mismo programa señala:

“La planificación familiar, como programa cuyos beneficios llegan a todos los niveles, individual, familiar, comunitario, nacional y mundial, mejora la calidad de vida al reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, ampliar las opciones de vida de las mujeres y paliar las presiones que gravitan sobre los gobiernos en relación con la satisfacción de necesidades sociales y económicas”.

A pesar de las diferentes estrategias que se utilizaron en nuestro país, para facilitar el acceso a los establecimientos de salud, para lograr la aceptación de los servicios de los programas de salud reproductiva y/o planificación familiar en las poblaciones rurales es todavía evasivo, por cuanto, la gente no recurre con frecuencia a los establecimientos de salud, muchas mujeres no asisten a ningún control de gestantes, las usuarias que reciben atención critican al sistemas de salud oficial, les culpan de los problemas familiares, infidelidad y liberalismo de las mujeres, de igual modo muchas mujeres testimonian haber quedado inválidas y enfermas para el trabajo, también culpan a estos programas por el aumento de número de juicios por problemas de las parejas. Por otra parte, las mujeres de zonas rurales hacen poco uso de los servicios de salud del municipio, entre otras razones, porque no se adecuan a sus hábitos y costumbres en la atención que ellas demandan.

Estos antecedentes hacen suponer que estamos frente a un problema cultural e ideológico. Los programas de salud reproductiva y/o planificación familiar promueven estilos de vida que muchas veces se contraponen a cultura andina, y como es lógico las

mujeres en algunos casos aceptan y en otras resisten y rechazan los mensajes que les llegan desde los sistemas externos de salud. Por lo tanto, estamos frente a otro problema de carácter dicotómico entre los sistemas médico tradicional y moderno. La medicina tradicional tiene su propio sistema de atención, sus categorías especiales para identificar sus enfermedades, su tecnología médica, y si somos suficientemente perceptivos, podremos descubrir un sistema de conocimientos subyacentes íntimamente ligado a su cosmovisión.

Por lo tanto, es probable que todavía no se comprenda que la salud tiene ver con otras dimensiones como es lo cultural, social y moral. Además, hay que entender que los sistemas médicos nacionales son también sistemas culturales y simbólicos, por lo tanto, resultaría imposible comprender los sistemas médicos, sin comprender el contexto cultural del que forman parte.

Precisamente el objetivo fundamental de este estudio, es identificar las razones por las que las mujeres en edad fértil del municipio de Quillacollo, no utilizan los servicios ofertados de planificación familiar, vigentes en el Sistema Nacional de Salud, durante la gestión 2005, 2006.

Se pretende reconocer las percepciones, conocimientos, actitudes y practicas que tienen las mujeres en edad fértil de este municipio sobre la planificación familiar, identificar los motivos por los cuales las mujeres, no acuden a los mismos, identificando las barreras y los viabilizadores desde el punto de vista de la comunidad para promover el uso adecuado de los servicios de salud.

Por las características del estudio, se optó por realizar una investigación cualitativa, utilizando la técnica de entrevistas en profundidad y grupos focales, en los que participaron mujeres en edad fértil del área rural del municipio de Quillacollo, con antecedentes de por lo menos un hijo, sin que el estado civil sea un excluyente para el estudio.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de las diferentes estrategias que se utilizaron en nuestro país, para facilitar el acceso a los establecimientos de salud, para lograr la aceptación de los servicios de los programas de salud reproductiva y/o planificación familiar en las poblaciones rurales es todavía evasivo, por cuanto, la gente no recurre con frecuencia a los establecimientos de salud, muchas mujeres no asisten a ningún control de gestantes, las usuarias que reciben atención critican al sistemas de salud oficial, les culpan de los problemas familiares, infidelidad y liberalismo de las mujeres, de igual modo muchas mujeres testimonian haber quedado inválidas y enfermas para el trabajo, también culpan a estos programas por el aumento de número de juicios por problemas de las parejas.

Por otra parte, las mujeres de zonas rurales hacen poco uso de los servicios de salud del municipio, entre otras razones, porque no se adecuan a sus hábitos y costumbres en la atención que ellas demandan.

Si bien existe el reconocimiento de la necesidad de la planificación familiar, la misma genera contradicciones y conflictos en las relaciones de pareja en el momento de tomar una decisión. Existen determinadas maneras de interpretar, percibir y vivir el uso de los métodos anticonceptivos de parte de las mujeres y las parejas.

Las bajas demandas, registradas en las coberturas del municipio de Quillacollo, en el área de consejería familiar, especialmente aquella referida a planificación familiar, alcanzó 4.925 registros el año 2005, para una población de mujeres en edad fértil calculada en 31.342.

Por otra parte de acuerdo al Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) gestión 2005, reportó en toda la red de salud del municipio, 265 casos de hemorragia de la primera mitad del embarazo, con tratamiento hospitalario (LIU), 320 casos de hemorragia de la primera mitad del embarazo, con tratamiento ambulatorio (AMEU), 670 Cesáreas; 98 ligaduras de trompas, y se investigo 6 muertes maternas en domicilios.

Si bien algunas mujeres reconocieron, que la planificación familiar es una forma de evitar el nacimiento y una forma de controlar el número de hijos, se registro una falta de conocimiento de métodos y una gran abundancia de mitos y rumores.

1.3 JUSTIFICACION

El motivo fundamental de esta investigación coincide con el concepto de *salud reproductiva* que actualmente es un programa del Ministerio de Salud y Deportes, que difunde en el ámbito de todo el país, una preocupación fundamental de la sociedad, ésta se traduce en el sentido de que aún el problema sexual de la mujer y su reproducción tiene serias dificultades en cuanto a su tratamiento, estudio y atención básicamente.

Por otra parte, el programa observa que una de las debilidades es la ausencia de investigaciones de la salud reproductiva desde el enfoque socio – cultural, y recomienda que en este proceso de investigación debería considerarse a los usuarios y su cultura como los sujetos importantes para evaluar los propósitos, fines, objetivos, actividades y acciones que vienen desarrollando los programas de salud reproductiva en las áreas rurales.

Así mismo, esta institución afirma que (p.89) “A pesar de los avances de las investigaciones en la salud sexual y reproductiva aún quedan lagunas en lo referente a; la investigación orientada a la formulación de políticas; la capacidad para reunir y analizar datos, especialmente respecto de la diferencia de género, edad, origen étnico y mortalidad; la investigación socioeconómica y cultural que tenga en cuenta las perspectivas de los usuarios y de los grupos menos favorecidos; la disponibilidad de métodos anticonceptivos controlados por la mujer y de métodos anticonceptivos para el hombre; y otras cuestiones que han sido descuidadas”.

En base a esta preocupación, sustentamos la presente investigación que tendrá un enfoque cualitativo, dirigido a las mujeres del área rural del municipio de

Quillacollo, para conocer las razones, para que no demanden los servicios formales de salud, en la atención de la planificación familiar.

Los resultados de la misma, servirán para ayudar a las instituciones que trabajan con este programa, a tomar decisiones sobre continuar o discontinuar con el mismo, ya que todo programa en su proceso de ejecución tiene limitaciones, barreras u otros factores externos que impiden continuar el proyecto, pero, también hay factores que pueden estar favoreciendo los propósitos del programa por lo tanto se hace necesario potenciarla.

Asimismo, a partir de los resultados de esta investigación se podrá tomar decisiones respecto a mejorar sus procedimientos, es decir, todo proyecto en su propósito de intervenir genera en la población beneficiaria ciertos cambios de actitud en el comportamiento, así mismo, es bueno tomar en cuenta, si se continua con estas prácticas y procedimientos o de lo contrario habría que cambiar porque pueden generar, aspectos negativos para la población.

Finalmente, los alcances de la investigación permitirá, contribuir a definir políticas, orientar de manera mas adecuada los programas educativos, tanto en la población, como con el personal de salud de tal manera que respondan a las necesidades y expectativas de las mujeres, facilitando su acceso a los servicios de salud para la atención de la planificación familiar, y contribuir de esta manera a la reducción de la razón de la mortalidad materna que actualmente tiene el país.

1.4 CUESTION DE LA INVESTIGACIÓN

Para entrar en más detalle de datos que competen a la investigación, según la Encuesta de Demografía y Salud 2003 (ENDSA), el 16 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años de edad alguna vez estuvo embarazada. Esta proporción es relativamente baja entre los 15 y 16 años y se incrementa por arriba del promedio a partir de los 18 años (26 por ciento).

Los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas se presentan entre las mujeres sin educación (47 por ciento). Según el lugar de residencia, los mayores porcentajes de embarazo se encuentran entre las adolescentes que residen en el área rural (22 por ciento). La tasa global de fecundidad en mujeres sin educación, es 6.8 hijos por mujer. Las mujeres con grado de educación superior, tienen una tasa de 2.1 hijos por mujer. La mortalidad materna, se ha reducido a 230 por 100.000 nacidos vivos.

Como se desprende de los datos presentados a continuación, numerosos países acusan en la actualidad tasas persistentemente elevadas de mortalidad y morbilidad maternas, mortalidad perinatal, infecciones del aparato reproductor e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, embarazos no deseados, abortos peligrosos y comportamientos sexuales de riesgo.

Si se considera, que los métodos naturales brindan menor seguridad que los modernos, se aprecia que la mayor parte de la población está desprotegida en éste aspecto, por cuanto sería labor de todas las personas involucradas en consejería familiar, la de profundizar no solo la transmisión de conocimientos a la población usuaria, sino también la de lograr la integración de la comunidad en la discusión y elección de los diferentes métodos.

A pesar de las diferentes estrategias que se utilizaron en nuestro país, para facilitar el acceso a los establecimientos de salud, para lograr la aceptación de los servicios de los programas de salud reproductiva y/o planificación familiar en las poblaciones rurales es todavía evasivo, por cuanto, la gente no recurre con frecuencia a los establecimientos de salud, muchas mujeres no asisten a ningún control de gestantes, las usuarias que reciben atención critican al sistemas de salud oficial, les culpan de los problemas familiares, infidelidad y liberalismo de las mujeres, de igual modo muchas mujeres testimonian haber quedado inválidas y enfermas para el trabajo, también culpan a estos programas por el aumento de número de juicios por problemas de las parejas.

Por otra parte, las mujeres de zonas rurales hacen poco uso de los servicios de salud del municipio, entre otras razones, porque no se adecuan a sus hábitos y costumbres en la atención que ellas demandan.

La baja demanda, registradas en las coberturas del municipio de Quillacollo, en el área de planificación familiar, solo alcanzó 4.925 registros el año 2005, para una población adolescente de 28.648 personas y una población de mujeres en edad fértil calculada en 31.342 lo cual plantea como problema.

¿Porque las mujeres en edad fértil del municipio de Quillacollo, no utilizan los servicios ofertados de planificación familiar, vigentes en el Sistema Nacional de Salud?

La red de salud del municipio de Quillacollo, cuenta con 7 establecimientos de salud, un hospital básico de II nivel y 6 centros de salud. Entre sus actividades también está la promoción de la salud, mediante su participación activa en ferias de salud, reuniones de centrales campesinas, subcentrales y sindicatos campesinos en el área rural, sin embargo surgen las siguientes preguntas:

¿Cuáles son, los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la planificación familiar de las mujeres en edad fértil de Quillacollo?

¿Cual es la percepción que tienen las mujeres en edad fértil de Quillacollo, sobre la planificación familiar?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas, de las mujeres en edad fértil del municipio de Quillacollo, que influyen en la no utilización los servicios ofertados de planificación familiar, vigentes en el Sistema Nacional de Salud, durante la gestión 2005, 2006.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Explorar el grado de conocimiento de las mujeres en edad fértil de Quillacollo, sobre la planificación familiar
- Conocer las actitudes y prácticas de las mujeres en edad fértil de Quillacollo, sobre la planificación familiar
- Identificar la percepción que tienen las mujeres en edad fértil de Quillacollo, sobre la planificación familiar

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES TEORICOS

El interés por explorar los aspectos cualitativos de esta investigación, se ha centrado en ubicar aquellos trabajos que tengan como tema central las necesidades de atención de las mujeres madres en planificación familiar, en los diferentes contextos de nuestro país. En este entendido nos remitiremos a las siguientes investigaciones:

Nivel de conocimientos sobre riesgos en la salud reproductiva y factores que influyen en mujeres en edad fértil de la ciudad de Potosí, Bolivia. Investigadora: Teresa Condori Guerra, 1998, p.45, llega a la conclusión principal de que “Paradójicamente, las mujeres que tienen antecedentes gineco-obstétricos de riesgo son quienes menor conocimientos tienen sobre el tema. Asimismo, tienen menor conocimiento las jóvenes de 15 a 20 años. Del total de las mujeres entrevistadas, el 65% nunca había escuchado hablar sobre los riesgos en la salud reproductiva”.

"Perspectivas de género y barreras en la accesibilidad a servicios de salud" El caso de los servicios de salud reproductiva en la ciudad de El Alto. Investigadora principal: Claudia de la Quintana. CIDES/UMSA. El Alto, La Paz, Bolivia. 1995-97. p.32, llega a la conclusión principal de que “La población migrante percibe discriminación de los proveedores de servicios de salud por su condición de pobreza, por sus dificultades para comunicarse en castellano y por su vestimenta. Se percibe poca claridad en la información que reciben acerca de los procedimientos en la revisión, el diagnóstico y el tratamiento”

Impacto de los conocimientos, actitudes y comportamiento del hombre acerca de la regulación de la fecundidad en la vida de las mujeres en Cochabamba. Investigadores principales: José E. Zambrana T., Reynaldo Centellas, Donna R. McCarraher, Patsy Bailey. COOPI, FHI. Cochabamba, Bolivia, 1996 p.42, llega a la conclusión principal de que “Se observó que la sexualidad en la mujer está asociada con

el uso de los anticonceptivos, y que la autoestima está a la vez asociada con la sexualidad y que los mayores conocimientos sobre los diferentes métodos está asociado con una mayor probabilidad de que las parejas usen métodos anticonceptivos, ya sean modernos o tradicionales” En relacion a la actitud de los hombres, señala. “La gran mayoría de los hombres de la ciudad de Cochabamba están de acuerdo con el uso de los métodos anticonceptivos, independientemente del estrato social al cual pertenecen” (p44)

Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en el municipio de Zudañez, Chuquisaca. CIES, Universidad de Georgetown-Promotores Agrícolas. Zudañez, Sucre, Bolivia, 1996. p.35, llega a la conclusión principal de que “La edad promedio de inicio de la actividad coito-genital es 16 años. 97% de los/las encuestados/as no llevan un control adecuado de la duración del ciclo menstrual. 77% de los/las encuestados/as no sabe identificar los días fértiles del ciclo menstrual. 63% conoce o ha oído hablar de las principales enfermedades sexuales. En 56% de los casos no existe diálogo entre la pareja sobre el deseo de tener un/a hijo/a. 91% desea conocer sobre métodos de regulación voluntaria de la fecundidad, señalando que el personal de salud sería el encargado de brindar este servicio de información y educación

Estudio cualitativo sobre aceptabilidad de métodos anticonceptivos reversibles. CIES, FHI. La Paz, Oruro, Bolivia, 1996-97. p.39, llega a la conclusión principal de que “Existen creencias como: la mujer que planifica está dispuesta a estar con otros hombres además de su pareja; y, planificar puede producir cáncer o influir para tener hijos mellizos, entre otras ideas. Este modo de percibir influye en la decisión de planificar o no planificar, retardarla, cambiar su método o abandonar su uso. El personal de salud no asigna la debida importancia a la existencia de las creencias de las mujeres.

Por otra parte el mencionado estudio destaca, en relación al material educativo “Dentro del material educativo producido, el cual se le emplea en las diversas actividades educativas, no se constata la presencia de mensajes que apunten a dar

respuesta a las inquietudes respecto a lo que "han oído decir," piensan o practican sobre los métodos. La comunicación se refiere a la importancia de planificar y al conocimiento de los métodos, pero no da información sobre lo que evidentemente inhibe el uso de métodos anticonceptivos" (p42)

Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y la diarrea infantil, en la ciudad de El Alto (Distritos I & II). Investigadoras: María Dolores Castro y Juana Huanca. (CARE/Bolivia, CIES.) La Paz, el Alto, Bolivia, 1995-96. p.32, llega a la conclusión principal de que "Factores culturales, marginación económica, desempleo, acceso limitado a la educación, violencia familiar; la subordinación de la mujer al hombre, y acceso limitado a servicios de salud intervienen en decisiones acerca de la planificación familiar y las ETS. El nivel de conocimientos de las ETS es muy bajo. No las perciben como un problema de salud pública sino como un problema de prostitutas"

Todos los estudios analizados y que fueron realizados en diferentes contextos de Bolivia, y en fechas anteriores a la implementación del Seguro Básico de Salud (SBS), y del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) coinciden en las necesidades prioritarias identificadas mediante el autodiagnóstico, relacionadas con la salud (escasez de información sobre la salud sexual y reproductiva y calidad deficiente de atención en los establecimientos de salud), las relaciones sociales (falta de comunicación entre la adolescencia y los padres) y organización comunitaria (falta de coordinación entre las diferentes organizaciones comunitarias y los establecimientos de salud).

En el aspecto de la salud reproductiva, fue en particular en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo CIPD (EL Cairo, 1994), y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Situación de la Mujer (Beijing, 1995), donde se construyó el concepto sobre la salud reproductiva, definiéndolo como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades relacionadas con los sistemas reproductivos. Consiguientemente, recomendaron a los países, elaborar

una estrategia nacional amplia que permita proporcionar acceso universal y en condiciones de igualdad a los servicios de atención primaria de la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

El acuerdo más relevante que hicieron los Jefes de Estado en la Cumbre Mundial sobre desarrollo social (Copenhague marzo de 1995), fue fijar como principio que las políticas sociales debían asegurar que se ajusten a todos los derechos humanos y libertades fundamentales y así promover una buena salud sexual y reproductiva; asimismo decidieron que la promoción de los derechos reproductivos para todas las personas deberían ser base fundamental de todas las políticas y todos los programas que reciben apoyo de los gobiernos y la comunidad en la esfera de la salud reproductiva, incluidas la planificación de la familia, y la salud sexual.

De acuerdo a la definición de salud reproductiva y sexual y de derechos reproductivos y sexuales recogida en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”.

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la

salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.” (Párrafo 7.2) “Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso.

Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos...” (Párrafo 7.3) Naciones Unidas, documento A/CONF.171/13: Informe de la CIPD.

Sin embargo, de acuerdo de acuerdo a la investigación de la Sociedad Boliviana de Ginecología y Obstetricia. Estudio de la Pérdida del Embarazo. La Paz, 1991. (p.68), indica que la necesidad no significa que la planificación familiar sea aceptada como tal por todos los sectores de la población, ya que intervienen factores culturales, religiosos y sociales que determinan y condicionan la práctica de la planificación familiar y, más específicamente, el uso de algún método anticonceptivo. Esta visión es compartida por la iglesia católica.

No se ha podido percibir un criterio dominante sobre el tema del espaciamiento gestacional. No se encuentra entre las preocupaciones básicas de las mujeres la posibilidad de postergar nuevos embarazos, sino más bien la de concluir con el ciclo reproductivo cuando ya se tiene el número deseado de hijos, es decir la posibilidad de acceder a algún método de planificación familiar con una intención

definitiva. Sin embargo la ENDSA-94 contiene información sobre expectativas de las mujeres tanto para espaciar sus embarazos como para limitarlos.

Según la misma publicación (p.98) Es importante tener información periódica, ya que escuchar sólo una vez sobre la planificación familiar no es suficiente, porque "es algo nuevo, precisamos repensarlo, hablarlo y discutir sobre el tema", reiteradamente. Esta inquietud se apoya en las dificultades del manejo de ciertos métodos y en la incertidumbre provocada por el uso irregular de algunos de ellos. La expectativa de las mujeres era que el médico o la auxiliar fueran con más frecuencia a las comunidades a discutir temas relacionados con la planificación familiar. En este contexto muchas señalan que existe la necesidad de la planificación familiar, si bien hay una serie de dudas sobre los efectos positivos, negativos y seguridad de los métodos, debido a una deficiente, parcializada y sesgada información.

Según, El Diagnostico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia, Informe elaborado por El Ministerio de Desarrollo Humano – Secretaria de Salud, 1996 (p.54) Existen mitos y prejuicios en relación al uso de algunos métodos como por ejemplo, que la T de cobre se "encarna o causa cáncer". La píldora también se relaciona con la idea de cáncer y con la idea de cambios corporales como engordar mucho o que "secan el cuerpo". Hay personas que consideran que la ligadura de trompas demora en sanar y que los inyectables no son buenos para la salud. Dentro de estas perspectivas los únicos métodos considerados seguros por muchos son los métodos naturales, por que no hacen mal ni dañan la salud.

Se pudo percibir que los métodos naturales como el coitus interruptus, el Billings y el ritmo son frecuentemente utilizados por la población, pero se encontró diversas interpretaciones en la manera de utilizarlos, que no siempre eran técnicamente correctas. Las informaciones que se refieren al uso incorrecto de estos métodos en el documento base fueron confirmadas en las visitas de campo y se hace cada vez más clara la necesidad de información correcta en relación a los métodos señalados.

Para algunas mujeres entrevistadas las píldoras no son buenas por que hay que tomarlas todos los días y eso no es muy práctico. Muchos proveedores comparten esta

idea y en algunas regiones expresaron que las píldoras no son recomendables porque se humedecen y desintegran con facilidad. Para algunos, el condón no es un método satisfactorio porque reduce el placer.

Si bien existe el reconocimiento de la necesidad de la planificación familiar, la misma genera contradicciones y conflictos en las relaciones de pareja en el momento de tomar una decisión. Existen determinadas maneras de interpretar, percibir y vivir el uso de los métodos anticonceptivos de parte de las mujeres y las parejas. Por ejemplo, con frecuencia los hombres se oponen al uso de algunos de los métodos modernos, particularmente esto es claro con la T de cobre, método al que atribuyen la causa de que las "mujeres se vuelven locas", "más calentonas o insaciables".

Según el mismo informe, (p.67) Esta percepción, sin lugar a dudas, está sustentada en la posición de control que aun tienen los hombres sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres y su temor a que si la mujer accede a un anticonceptivo se dedique a "meterse con otros". Las mujeres, sin embargo, con bastante frecuencia, consideran al DIU como un método de planificación familiar ampliamente ventajoso, por ser menos costoso más seguro y durable. En relación a "meterse con otros" afirman que "si están bien con su pareja, no necesitan buscar otro".

Hay una evidente demanda de anticonceptivos inyectables en varias regiones, del país; esta preferencia coincide con razones culturales ya expuestas, o por que se cree "que la inyección cura todo" y es más práctica. Además, es considerado un método más manejable, porque cuando los maridos están ausentes, en grupos migrantes temporales, pueden descansar de la anticoncepción para volver a utilizarla cuando retornan a sus hogares. La presencia de una variedad importante de inyectables en las farmacias privadas, incluso en algunas zonas rurales. El tipo de inyectables encontrados fueron Perlutan, Depoprovera ofrecida en tres variedades (para uno, tres y seis meses) y Mesigyna.

Según el Net Work, en Español: Distribución Comunitaria, 1999, (p.25) La utilización de la píldora varía según las regiones de Bolivia. En algunas es lo único

método disponible y en otras, a pesar de ser ofrecida, las mujeres no la usan. En general, parece constatarse poca preferencia por los condones, fuera de la demanda que se registra en algunos centros urbanos. Algunas mujeres señalaron que "a los maridos no les gusta" y ellos añaden "que no se acostumbran" a emplearlos regularmente.

La ligadura de trompas es un método demandado por muchas mujeres, debiendo acudir casi siempre al sector privado donde los costos son altos, no obtienen información adecuada y tampoco tienen garantizada la calidad de atención. Algunas veces se realiza una cesárea injustificada médicamente, sólo para realizar la cirugía de trompas. Es prácticamente inexistente la utilización de la vasectomía como método definitivo de planificación familiar, debido a una extendida creencia que esta reduce la potencia sexual de los usuarios.

Hay también otras evidencias de la necesidad insatisfecha de planificación familiar en el sector público. Una de ellas es la alta frecuencia de abortos inducidos, que es una realidad visible y de magnitudes preocupantes en las distintas regiones visitadas. Entre los proveedores y las autoridades existe la tendencia a categorizar muchos abortos como espontáneos y atribuirlos a las condiciones de vida y a la sobrecarga de trabajo de las mujeres.

Sin embargo, se pudo observar que hay diferentes medios para realizar el aborto, desde las prácticas propias de las mujeres (mates, caídas, alzar peso), pasando por las utilizadas por las parteras, hasta el realizado por los propios médicos. Otro factor que no podemos dejar de mencionar es el maltrato y la violencia a la que muchas mujeres se enfrentan, al interior de su familia, cuando están embarazadas.

El aumento constante de las ventas de anticonceptivos inyectables en las farmacias y la cantidad creciente de mujeres que declaran que los usan sin control médico, son también indicadores de una demanda insatisfecha.

A pesar de que la calidad de los servicios de planificación familiar, en general es baja, se pudo observar varios ejemplos de servicios adecuados a las condiciones de vida de la población y de provisión oportuna de insumos. Consistentemente, las usuarias

de esos servicios declararon estar satisfechas con la atención.

2.2 CONSTRUCCION DEL MARCO TEORICO

En las conclusiones, de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) y en los informes elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha definido la salud reproductiva de la siguiente manera:

“La salud reproductiva es un estado de total bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad, en todo lo relacionado con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Por consiguiente, la salud reproductiva implica tener una vida sexual, así como la posibilidad de reproducirse decidiendo libremente si se quiere hacerlo, en qué momento y con qué frecuencia” (Rahman, 1995:8).

De la definición se vislumbra que la salud reproductiva es la satisfacción integral de una persona. Prácticamente, concuerda con la visión holística de la salud que promueve la antropología desde muchos años atrás. Es decir, el problema de la salud no solo esta circunscrita a lo físico y biológico, sino, implica lo social y cultural. Por lo tanto, bajo esta visión la reproducción no solo puede ser vista como única y exclusivamente un fenómeno biológico, sino, social y cultural.

Definitivamente el concepto de “Salud reproductiva” no es posible restringirlo exclusivamente a lo bio-médico, sino, que es un concepto más amplio que permite reconocer la importancia de la dimensión sociocultural, es un concepto más allá de la función reproductiva que integra el ámbito de los derechos humanos y de la calidad de vida en sí, en otras palabras subyace una variedad de normas culturales.

Los sistemas político y jurídico constituyen el marco en el cual se ejercen los derechos y se deciden las políticas que afectan la vida reproductiva de las mujeres. Para entender el proceso e instancias de promulgación de las leyes, su interpretación, modificación y cumplimiento, así como la adopción de las políticas en salud

reproductiva y población, es necesario conocer las bases y estructura de tales sistemas.

Las conferencias mundiales sobre los Derechos Humanos (Viena 1993), sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994) y sobre Mujeres (Beijing, 1995) han resaltado la importancia de una perspectiva que considera los "derechos" en el análisis, las soluciones y en la evaluación de la problemática de las mujeres. Los principios de indivisibilidad y universalidad de los derechos humanos, así como las experiencias de las mujeres en los países en desarrollo, exigen un enfoque más amplio e integrador gracias al cual se aborde el desarrollo y los derechos humanos desde una perspectiva de género.

La República de Bolivia es unitaria, y su forma de gobierno se define como "Democrática Representativa" La Constitución Política del Estado, establece que la soberanía reside en el pueblo, quien la delega para su ejercicio en tres poderes: el Poder Legislativo, el Poder Ejecutivo y el Poder Judicial.

La Constitución Política reconoce a las autoridades de las comunidades campesinas y grupos indígenas, la facultad de administrar justicia de acuerdo a sus normas, costumbres y procedimientos como solución alternativa a sus conflictos, siempre que no sean contrarios a la Constitución y las leyes.

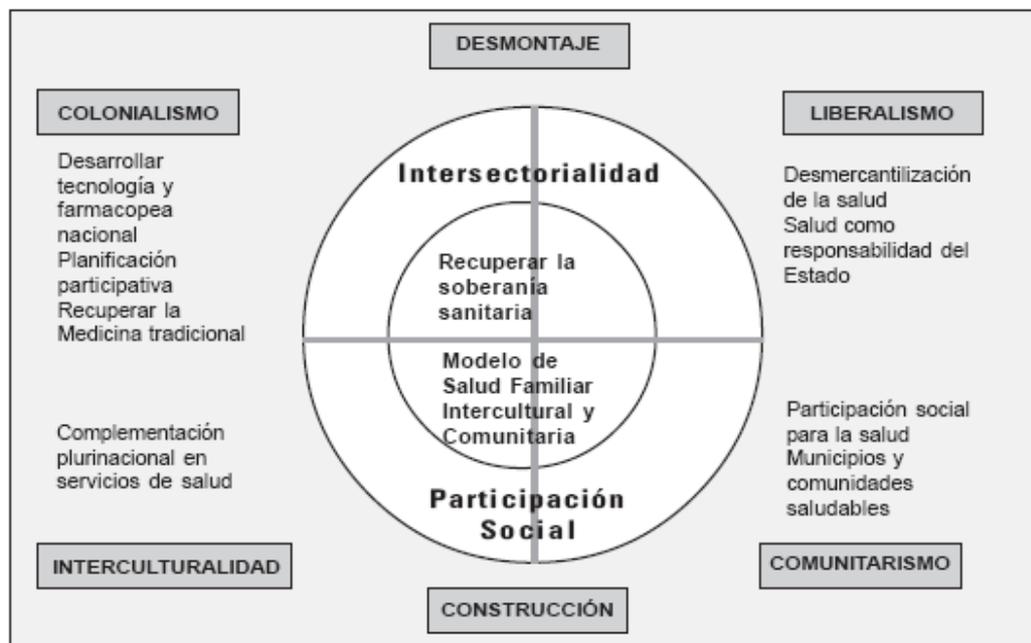
En Bolivia, los tópicos referidos a la salud reproductiva de las mujeres se consideran como parte de las políticas nacionales sobre salud y población. Por ello, para entender los derechos reproductivos en Bolivia, es necesario analizar tanto las leyes como los programas en población y salud.

Uno de los derechos fundamentales reconocidos por la Constitución Política del Estado es el derecho a la salud, entendida ésta como bien de interés público. El Estado tiene la obligación de velar por la salud del individuo, la familia y la población en general. Las políticas de salud pública son definidas por el Ministerio de Salud y Deportes, que tiene la función de "formular, instrumentar y fiscalizar políticas y programas en salud, incluyendo la prevención, protección y recuperación de la salud, así

como nutrición, saneamiento e higiene”

El actual gobierno boliviano ha orientado la política de salud a la transformación del sector, para la construcción de un sistema nacional descentralizado de salud que agrupe de manera eficiente los subsectores público, de seguridad social y privado, incluyendo las organizaciones no gubernamentales, en base al esquema del Plan nacional de desarrollo, 2005.

ESQUEMA Nº 1
RELACIÓN DEL ENFOQUE POLÍTICO CON LOS LINEAMIENTOS CENTRALES DEL PLAN SECTORIAL DE SALUD



Las Conferencias Internacionales sobre Población y Desarrollo (CIPD) da un salto cualitativo en esta materia, pues apoya una nueva estrategia que enfatiza la relación integral entre la población y el desarrollo y "se concentra en responder a las necesidades de hombres y mujeres como individuos, en lugar de lograr sólo metas demográficas" (Sadik, 1995).

El nuevo concepto de salud reproductiva y sexual forjado en la CIPD entraña un progreso sustantivo: por primera vez se concuerda en que "los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes

nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso” (PA, párrafo 7.3). Este nuevo concepto va más allá de la planificación familiar, pues amplía el horizonte de aquellos derechos a todo el ámbito de la reproducción, la sexualidad y las relaciones de género

Siguiendo estos principios, se ha creado el Nuevo Modelo de Gestión en Salud (NMGS), cuya finalidad es “alcanzar niveles de equidad, calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud, así como la solidaridad y universalidad en el acceso y la cobertura de la población”. El NMGS, busca definir las prioridades que rigen el modelo de atención en salud, organizar los servicios de salud y definir la estructura de la gestión sectorial y la gestión compartida con la participación de la comunidad.

La estructura organizativa de este modelo se divide en tres niveles de gestión: el nivel nacional, representado por el MSYD, cuya función es la de normar, reglamentar y conducir; el nivel prefectural, representado por la Servicio Departamental de Salud (SEDES), encargado de aplicar las estrategias generales, planes, programas nacionales y proyectos especiales en el ámbito departamental; y el nivel municipal, constituido por los Directorios Locales de Salud (DILOS), cuya gestión es compartida con la comunidad. Los gobiernos municipales aportan la infraestructura, el equipamiento, los recursos de generación local y los recursos de la coparticipación tributaria

El gobierno boliviano ha declarado que la salud de la población es un factor crucial para el desarrollo y es obligación del gobierno asegurarla, especialmente la de las madres y los niños. Con tal propósito, considera la salud reproductiva y la planificación familiar como componentes clave de la salud materna infantil.

La salud reproductiva es vista como parte integrante de la salud en general (biológica, mental y social). Con base en estos enunciados, se creó el Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna, Perinatal y del Niño (Plan Vida).

El Plan Vida ha sido concebido como un instrumento de desarrollo social y de “mejoramiento de la calidad de vida de la familia boliviana”, destinado a “cerrar las brechas de enfermedad y muerte”, especialmente en el área materno infantil. Tiene como objetivo principal “permitir el acceso sin restricciones a los servicios educativos y de atención materna y del niño, de alimentación de mujeres y niños, y de planificación familiar a todos los hogares que lo necesitan”.

Las metas que se propone alcanzar el Plan Vida en el período 1994 1997 son: reducir la mortalidad materna en un 50%; reducir la mortalidad perinatal en un 30%; establecer sistemas locales de cuidado materno y del menor de 5 años, y desarrollar sistemas locales de cuidado integral efectivos materno, perinatal y del menor de 5 años.

Como parte de las estrategias destinadas a reducir la mortalidad materna y a mejorar la situación de la salud de la mujer, la Secretaría Nacional de Salud creó el Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer, el cual incluye asistencia sanitaria a la mujer gestante (control prenatal, atención del parto, control del puerperio, atención de las complicaciones obstétrica y perinatales y la orientación en salud reproductiva) y a la mujer no gestante (servicios de planificación familiar y orientación en salud reproductiva, atención ginecológica no gestacional, detección y control de cáncer cérvico uterino y de mama, así como de las enfermedades de transmisión sexual).

Igualmente, se ha creado el Seguro de Maternidad y Niñez, el cual busca reducir la mortalidad materna en un 20% y la mortalidad infantil en un 25%; aumentar la cobertura de los servicios de salud priorizando la atención materno infantil y generando un mecanismo de financiamiento que “rompa la barrera económica sin recurrir a la subvención”. Este seguro aspira a cubrir una población de aproximadamente tres millones de personas, entre mujeres y niños, y debe ser asumida por los 311 gobiernos municipales existentes en el país.

El gobierno boliviano expresamente establece, como parte de su política de población, la difusión de información sobre salud reproductiva y promoción de los

métodos de regulación de la fecundidad, así como el apoyo a los servicios de planificación familiar. Si bien se reconoce y respeta el derecho de todas las personas a decidir libremente sobre su sexualidad y fecundidad, se prohíbe expresamente el aborto como forma de planificación familiar.

Así es como empezó a generalizarse estos servicios en las zonas desprotegidas que carecían de acceso a los servicios de salud. Principalmente estaban dirigidos a satisfacer la demanda de la población, acompañado de la investigación participativa en los temas de género, cultura y educación; por el otro lado, esta intervención estuvo orientada bajo la perspectiva de la oferta de servicios y tenía como finalidad reducir la natalidad.

A pesar de estos esfuerzos del Estado y las ONGs, la aceptación de los servicios de los programas de salud reproductiva y/o planificación familiar en las poblaciones rurales es todavía evasiva, por cuanto, la gente no recurre con frecuencia a los centros de salud.

Muchas mujeres no asisten a ningún control de gestantes, las usuarias que reciben atención critican al sistemas de salud oficial, les culpan de los problemas familiares, infidelidad y liberalismo de las mujeres, de igual modo muchas mujeres testimonian haber quedado inválidas y enfermas para el trabajo, también culpan a estos programas por el aumento de número de juicios por problemas de las parejas.

En cuanto a la regulación de la comercialización de los anticonceptivos, la ley hace distinción entre dispositivos médicos, que incluyen los condones y DIU, y especialidades farmacéuticas, que incluyen las píldoras, las tabletas de espuma vaginal y los inyectables. Las especialidades farmacéuticas, como los anticonceptivos, se rigen por las mismas leyes que los otros medicamentos.

La Secretaría Nacional de Salud, a través del Departamento Nacional de Medicinas, Farmacias y Laboratorios, controla todo el proceso de reglamentación. Las

medicinas (píldoras, inyectables y espermicidas) deben tener un registro sanitario que autoriza la importación, distribución y comercialización de cualquier método por un período de cinco años. Ya que los condones y los DIU no son considerados productos farmacéuticos, sino dispositivos médicos, no requieren del registro y por lo tanto pueden ser importados libremente.

No existe ninguna ley que limite la información sobre los métodos anticonceptivos. Por el contrario, el gobierno señala que los servicios de salud reproductiva deben contar con los medios necesarios para asegurar a los usuarios una información “amplia, objetiva, completa y veraz”, fortaleciendo de esta manera la más amplia libertad de opciones del individuo de decidir sobre su fecundidad.

Algunos intentos realizados desde el Estado para masificar la información sobre los diferentes métodos de planificación familiar y el uso del condón, enfrentaron una fuerte oposición y presión de la Iglesia Católica para su retiro.

Como resultado de estas presiones, las autoridades de salud y el gobierno dispusieron el retiro de dicha propaganda que estaba orientada a la prevención del contagio de enfermedades de transmisión sexual o el VIH/SIDA y a mostrar las ventajas de la planificación familiar, gracias al trabajo de información y educación de la comunidad médica, actualmente la planificación familiar es apoyada en diferentes niveles de la sociedad civil, por sus beneficios en la salud de las mujeres y la población en general, y por su capacidad de permitir a los hombres y mujeres decidir el número de hijos que deseen y puedan mantener.

Aunque la esterilización no está específicamente mencionada en la legislación, los reglamentos sobre la atención de la salud en Bolivia, prohíbe a los médicos realizar cualquier procedimiento que afecte el normal funcionamiento de los órganos reproductivos.

Sin embargo, la esterilización se ha convertido en un procedimiento rutinario en los establecimientos de salud. A pesar de no existir reglamentos o directivas que

obliguen al personal médico de los servicios de salud a exigir la autorización escrita del varón, ésta se ha convertido en requisito fundamental para proceder a la esterilización de las mujeres, así como la consideración del número de hijos y la edad de la mujer; requisitos que no se exigen para aplicar la esterilización masculina o vasectomía.

En Bolivia, el aborto se halla tipificado como delito en el Código Penal, el cual sanciona a aquel que “cause la muerte de un feto en el seno materno o provoque su expulsión prematura”. Se reconoce la figura del aborto impune o no sancionado cuando el embarazo es producto de violación, raptó no seguido de matrimonio, estupro o incesto, o cuando la vida de la madre corre grave peligro (aborto terapéutico). El Código Penal sanciona a la mujer que “presta su consentimiento” para la realización del aborto, y a la persona que realiza el procedimiento abortivo con la aprobación de la mujer o sin ella.

Los derechos sexuales y reproductivos comprenden derechos sociales, políticos y económicos; sus objetivos abarcan desde la protección de la experiencia más personal e íntima hasta la participación pública o política de todos y todas. Incluyen por ejemplo, el derecho de tener información adecuada y completa para poder disfrutar una sexualidad libre de coerción, dolor, enfermedad y riesgos; el derecho de elegir tener hijos, de decidir cuántos tener y determinar la frecuencia entre embarazos que se desee; el derecho a una maternidad segura y sana; a no ser discriminado debido a la opción sexual; así como, al acceso a servicios de salud acordes con los valores y necesidades de los/las usuario/as, a la confidencialidad sobre sus casos y a recibir información necesaria para decidir si aceptan un tratamiento o no.

Sin embargo, aunque los derechos sexuales y reproductivos se inscriben dentro de los derechos universales, el énfasis y la relevancia de algunos de sus contenidos pueden variar según los contextos culturales en los que se desarrollan. Las diversas formas en que el uso de la planificación familiar influye en la calidad de la vida varían desde las que son estrictamente personales, como el estado de salud de una persona, hasta factores configurados por las relaciones con las demás personas.

La planificación familiar ofrece a las mujeres beneficios de salud evidentes. En los países en desarrollo, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son causas frecuentes de muerte. Al permitir que haya un adecuado espaciamiento entre los nacimientos; prevenir el embarazo muy temprano o muy tardío en la edad de procrear de las mujeres, cuando los riesgos son mayores; y evitar embarazos involuntarios que pueden conducir a abortos ilegales y peligrosos, la planificación familiar puede proteger la salud de las mujeres.

La pluriétnicidad y la multiculturalidad de Bolivia aportan matices especiales a los procesos de construcción de conocimiento. Aquí se cuenta con una gran riqueza de información. En el contacto y convivencia de los grupos sociales e individuos, los distintos puntos de vista tienden a integrarse. El contacto e intercambio entre distintos sistemas de conocimientos o culturas producen nuevos conocimientos mejor adaptados y más útiles a nuevas condiciones de vida en situaciones de cambios sociales y ambientales.

El PA de la CIPD plantea: "Velar por que se presten a las poblaciones indígenas los servicios relacionados con la población y el desarrollo que ellas consideren adecuados desde los puntos de vista social, cultural y ecológico" (párrafo 6.24). Este predicamento es particularmente válido para la región, gran parte de cuyos pueblos indígenas viven en condiciones de marginalidad y pobreza y presenta niveles elevados tanto de fecundidad observada y de fecundidad no deseada como de mortalidad infantil. Siguiendo las directrices de la CIPD, el FNUAP puso en marcha en Bolivia y Perú una Estrategia Regional de Salud Reproductiva para Poblaciones Indígenas, que incluye la alfabetización bilingüe en temas de derechos y salud sexual y reproductiva

En el área de salud, las poblaciones nativas poseen una gran riqueza de conocimientos propios caracterizada por una visión holística de la salud humana; por el conocimiento farmacológico de sustancias vegetales y animales; por las prácticas curativas que integran la experiencia psicológica, la cosmovisión y lo biofísico a través

del uso de alucinógenos, por ejemplo.

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

VISIÓN ANDINA DE LA SALUD

Como afirman algunos autores, las culturas andinas asumen una actitud integral, global, respecto al cuerpo y alma, persona, sociedad y cosmos. No se puede considerar al ser humano ni a la enfermedad o a la salud separadamente, sin tomar en cuenta todo el entorno (familiar, social, natural, etc.). Por otra parte, existe un principio estructural de dualismo (dos mitades, cielo-tierra, grande-chico, frío-caliente) que debe estar en armonía y equilibrio.

Según Condori Guerra Teresa. “Nivel de conocimientos sobre riesgos en la salud reproductiva y factores que influyen en mujeres en edad fértil de la ciudad de Potosí”, Bolivia. 1998. (p.49) La diversidad étnica en Bolivia no es sólo una cuestión de idiomas. Es un fenómeno que tiene que ver con la manera en que la gente percibe la realidad, la manera en que categoriza al mundo, la manera en que interpreta los acontecimientos. Esta diversidad es percibida por algunos como un obstáculo para el desarrollo. Una tendencia histórica de la política del gobierno ha sido promover la homogeneización de la población y la asimilación de la cultura occidental. A pesar de esta política se han mantenido muchos aspectos del carácter indígena de gran parte de la población boliviana.

Varios estudios han demostrado que las mujeres indígenas se resisten a usar los servicios de salud, especialmente para dar a luz. Las maternidades no les ofrecen ni permiten muchas cosas que consideran necesarios para el bienestar de la recién nacida/o: los asistentes al parto, normalmente el marido y una mujer mayor rezan, y

preparan ofrendas especiales para los ancestros de la niña/o. Nadie puede mirar la puerta de la habitación donde se va a producir el nacimiento.

Algunas veces no se permite usar objetos de metal para cortar el cordón umbilical (se ha de utilizar vidrio o cerámica, con el metal se cree que la niña/o puede morir asesinada/o). La placenta requiere un tratamiento especial, pues, debe ser muy bien lavada y observada en detalle porque se cree que allí se encontrarán signos sobre el futuro de la recién nacida/o. Puede ser adornada con flores y hierbas y luego enterrada en un lugar seguro cerca del hogar de la familia.

La medicina tradicional encierra un concepto de salud más amplio, es sobre todo social y cultural, ya que a partir de este sistema se refuerzan valores, se estrechan las relaciones de parentesco, las relaciones de reciprocidad y el sistema de representaciones de la vida y la muerte. Los procesos de salud y enfermedad están insertos en la cotidianidad de la gente y se relacionan con elementos simbólicos, la naturaleza, la tierra, el cuerpo y el alma, es por eso que los Yatiris, Jampiris, Reciris y Parteras son los especialistas de la salud, ya que pueden vincular lo simbólico y lo material.

En 1986, Bolivia fue uno de los pocos países del mundo que legalizó el ejercicio de la medicina tradicional. Asimismo se creó una de las instituciones de medicina tradicional más reconocida: Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA) que ha venido trabajando conjunta-mente con el sector formal de salud, y con el Colegio Médico Boliviano han dictado seminarios y capacitado a proveedores sobre prácticas alternativas y el uso de las plantas medicinales (Dibbits, 1994).

La enfermedad es considerada justamente como un desequilibrio entre los contrarios. Consiguientemente, el proceso de curación pasa por el restablecimiento del equilibrio entre influencias opuestas. Algunos ejemplos: el resfrío es generalmente considerado« fresco» y puede ser curado con inhalaciones de eucalipto considerado

«cálido», mientras que la fiebre (cálida) se curará con un emplasto fresco.

En algunas regiones la inyección es percibida como «cálida», debido a ello muchas veces es rechazada cuando se trata de una enfermedad considerada «cálida». Siguiendo la lógica de los opuestos, no es de extrañarse que frecuentemente se rechacen las sales de rehidratación en casos de diarrea aguda, lo que se necesita es algo que «seque» las heces en vez de introducir al cuerpo un elemento líquido más. Otro aspecto fundamental de las culturas andinas es el del intercambio y reciprocidad respecto a todos los ámbitos de la vida.

Según la publicación del CIES, Universidad de Georgetown-Promotores Agrícolas. “Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en el municipio de Sudanés”, Chuquisaca. Zudañez, Sucre, Bolivia, 1996. (p.67) Ahora bien, el mundo andino es un mundo de complementariedad, es decir, se basa en relaciones complementarias y de reciprocidad. Mencionábamos anteriormente que en el mundo andino todo es «par» (dos). Así, para ser «persona» se debe tener pareja. Al concepto «par», se contraponen el de «ch’ulla» (impar, sólo). Esta dualidad se expresa a través de la división entre derecho e izquierdo, que siempre son complementarios y se necesitan mutuamente (hombre mujer, yunta de bueyes, etc.). Para lograr dicha complementariedad la pareja «debe ser» la unión de dos opuestos que juntos componen una simetría en tanto concepto ideal.

En el mismo sentido, las “desigualdades complementarias” no necesariamente son dos “iguales” que se unen para formar el par y complementarse, puede haber asimetría y diferencias entre ambos «impares» que justamente hacen que al juntarse se complementen. Cada componente de una relación es alguien incompleto mientras no encuentre su «complemento» para posibilitar la regeneración de la vida.

La misma publicación sostiene (p.70) Esta visión de pareja imprescindible, fueron observados permanentemente en nuestro trabajo con mujeres de origen quechua y aymará del área urbana: “sin marido, no hay respeto para la mujer, siempre le falta

algo”, “el pobre, hasta ahora no ha podido conseguir mujer”.

Según un documento del equipo de educadores populares bolivianos (PROCEP), para las mujeres con las que trabajamos existe una jerarquización en el «ser mujer». El primer lugar valorativo ocupa la madre-esposa, el segundo lugar la madre, luego la soltera instruida, seguida por la mujer que aporta económicamente y finalmente, la mujer mayor con experiencia. En este sentido, la identidad más valorada y anhelada de la mujer como ser, pasa por la maternidad y por el hecho de tener marido.

Para sentirse “mujer completa”, existe una necesidad sentida en las mujeres por obtener y mantener dichos vínculos, en lo posible armónicos. Por otra parte, el sentido de bienestar (salud física y psíquica) de la mujer, a raíz de la concepción de globalidad que tiene, implica también su entorno familiar y social. De este modo, la mujer no puede considerarse como individualidad «fuera de», ella está y se siente bien, en la medida en que su familia también goza del bienestar.

Como se mencionó precedentemente, la urbanización de lo indígena, el roce cotidiano con el mundo citadino occidentalizado y la nueva realidad socio-económica (creciente pauperización de los hogares de origen quechua o aymará que viven en los barrios marginales de las ciudades), son los factores que han modificado significativamente la vida de la gente andina y dentro de ella las relaciones entre mujeres y hombres. Los roles han cambiado, las mujeres tienen nuevas responsabilidades y mayor sobrecarga física y psíquica, los hombres no acaban de ubicarse ante tanta transformación de la vida de sus esposas. Creemos que estas modificaciones en las relaciones de género, como determinante importante en las condiciones de salud en general, influyen negativamente en la realidad de la salud de las mujeres.

Muchas veces nos encontramos con que las mujeres mismas rechazan estos criterios «...el hombre trabaja mucho, él trae el dinero y yo como mujer tengo que cuidar a las guaguas», nos dicen. Como en tantos otros lugares del mundo, el trabajo doméstico no es valorado, es un quehacer cotidiano que debe ser asumido

exclusivamente por la mujer aunque tanto ella como el hombre tengan que salir a trabajar fuera del hogar.

Referente a la Planificación familiar, tema privilegiado cuando se habla de relaciones de género vinculadas a la salud de las mujeres. Ellas se sienten sobrecargadas económica y físicamente, “los hijos cuestan”, “siempre es una boca más”, “estoy gastada, cansada”, “quisiera morirme”, nos dicen. El alto índice de mortalidad materna a causa de abortos inducidos es dramáticamente ilustrativo.

El sentimiento de las mujeres no siempre es compartido por los varones que, como veíamos anteriormente, ven en los continuos embarazos una forma de controlar la fidelidad de la esposa, de mantenerla «ocupada» para que no tenga tiempo de « andar mal». Son ellos los que muestran mayor resistencia a los métodos anticonceptivos, y el hecho de no trabajar el tema desde la perspectiva de las relaciones de pareja, pone a la mujer en una situación de conflicto suplementario. Quizás éstas sean parte de las razones por las que a pesar de la infinidad de programas y proyectos de Planificación familiar, la gran mayoría de las mujeres no emprende ninguna medida y sigue embarazándose.

Muchas mujeres de este y de otros estudios realizados en Bolivia, sentían vergüenza y temor por eventos relacionados con la reproducción, como la menstruación, el aborto involuntario y enfermedades, así como temor y desconfianza en cuanto a los métodos anticonceptivos. Los investigadores observaron que el temor respecto a los anticonceptivos causa problemas psicosomáticos relacionados con el uso de los métodos, tasas elevadas de discontinuación del uso de píldoras e inyectables, y la extracción temprana de los DIU.

La biología sexual influye en el desarrollo de las funciones culturales y las relaciones en una forma compleja. Por ejemplo, el hecho de que las mujeres den a luz y amamenten a sus hijos es un factor fundamental en el desarrollo de las identidades y los símbolos de género, aunque dichas identidades varían notablemente entre una cultura y

otra y a lo largo del tiempo.

Del mismo modo, las prácticas de género influyen en el desarrollo y el funcionamiento fisiológico de las mujeres. El uso de corsés apretados, la atadura de los pies y la mutilación sexual femenina son sólo unas cuantas prácticas que perjudican la salud y la sexualidad de las mujeres. El uso de anticonceptivos modernos tiene muchos beneficios importantes, pero los métodos a veces pueden tener efectos colaterales perjudiciales. Como tales, pueden afectar a las mujeres fisiológicamente.

La salud reproductiva y los derechos de la reproducción van más allá de la planificación familiar. Desde una perspectiva de género, las mujeres y los hombres no son sólo seres reproductores, sino individuos polifacéticos con inquietudes, necesidades y expectativas complejas, e influidas por sus funciones y relaciones de género, que se han desarrollado en contextos culturales particulares.

Una preocupación importante para los bolivianos es la supervivencia económica. Las familias deben considerar seriamente si van a poder o no alimentar a más hijos. A muchas mujeres, las recientes crisis económicas las han obligado a diversificar las actividades generadoras de ingresos y a aumentar las horas de trabajo. Al tiempo que estas mujeres lavan ropa, venden productos en el mercado, cultivan papas o realizan otro trabajo remunerado, también tienen que dar a luz y criar a sus hijos y participar en una variedad de actividades familiares y sociales.

Esta pesada carga de trabajo limita el acceso a los servicios de atención de salud y de control de la fertilidad. Como explicó una joven que acudió al CIDEM para obtener asesoramiento jurídico: "Tengo cuatro hijos y debo trabajar. Simplemente no tengo tiempo para ir al consultorio, a pesar de que hay uno cerca de mi casa".

Muchas parejas o individuos no pueden obtener métodos asequibles o eficaces a través de fuentes locales. Otros han recibido orientación incorrecta o insuficiente sobre cómo usar un método específico. Algunas mujeres tienen dificultad en utilizar un método específico y son desalentadas de utilizar otro método; otras, al utilizar métodos anticonceptivos, se exponen a la violencia sexual. Aunque estos factores puedan categorizarse como “falla de usuaria”, las fallas anticonceptivas resultantes de estos factores frecuentemente son influenciadas marcadamente por la ineficacia de los programas locales de planificación familiar o de los sistemas de salud que no han abordado adecuadamente las necesidades de las mujeres.

Los jóvenes indígenas enfrentan las mismas barreras a los servicios de salud reproductiva que otros jóvenes; sin embargo, ellos encuentran obstáculos adicionales debido a sus raíces indígenas. Muchos enfrentan discriminación social e institucional y pueden rehusarse a utilizar los servicios de salud reproductiva disponibles.

Los indígenas usualmente habitan en lugares menos accesibles, como los valles, llanos y altiplano. Si son pobres y viven en áreas rurales, el acceso a los servicios puede ser limitado. Si viven en áreas urbanas, pueden enfrentar problemas de aculturación y de discriminación. Muchos jóvenes indígenas, especialmente las mujeres, hablan sólo su idioma nativo y encuentran dificultades de desarrollo en la cultura predominante. Ellas pueden sentirse más cómodas con sus propios sistemas de creencia sobre la salud, proveedores y tratamientos tradicionales que con la medicina Occidental.

Estas y otras condiciones en conjunto, hacen de los jóvenes indígenas un grupo con grandes necesidades no satisfechas en cuanto a los servicios de salud reproductiva.

La falta de difusión sobre salud reproductiva, fisiología y sexualidad. El aislamiento cultural y geográfico hace que los jóvenes indígenas tengan poco conocimiento sobre aspectos de reproducción, embarazos y prevención de enfermedades que otros jóvenes. Adicionalmente, algunas prácticas tradicionales son dañinas o son el

resultado de creencias erróneas acerca de la salud. Estas creencias contribuyen a elevar los índices de mortalidad infantil, y materna.

El embarazo temprano y la crianza de los hijos. Su cultura tradicional y los bajos logros educativos hacen a los jóvenes indígenas más propensos a casarse a temprana edad. La fertilidad es generalmente un factor preponderante en las culturas tradicionales y las niñas usualmente sienten mucha presión de quedar embarazadas a una edad temprana para probar su fecundidad.

Siendo que Bolivia es un país multiétnico y multicultural, el Sistema Nacional de Salud nunca ha asumido la cosmovisión sanitaria de los pueblos indígenas y originarios, al contrario, ha ejercido represión y desprecio al saber ancestral y a los usos y costumbres tradicionales, siendo esta situación una de las causas de la exclusión y marginación en salud. Los intentos de recuperación sociocultural fueron insuficientes.

2.3 PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL MUNICIPIO DE QUILLACOLLO

UBICACIÓN

Cochabamba, de acuerdo a la regionalización de los servicios de salud del Ministerio de Salud y Deportes, cuenta con 12 Distritos rurales y 1 urbanos. Dentro de la Red V Valle Bajo, se encuentra el municipio de Quillacollo, que tiene jurisdicción en todo el territorio de la primera sección del Paso

El Municipio de Quillacollo se encuentra ubicada entre los meridianos 66⁰ 9'y 66⁰ 33' de longitud Oeste y los paralelos 17^o 7' y 17^o 41' de latitud Sur, se ubica al Sur Oeste del Departamento de Cochabamba; siendo sus límites territoriales al Nor Este con la Provincia Chapare, al Nor Oeste con la Provincia Ayopaya, al Oeste con la Provincia Tapacari, al Este con la Provincia Cercado y al Sur con la Provincia de Arque.

2.3.1 CONDICIONES GEOGRAFICAS

Quillacollo, geográficamente presenta tres estratos ecológicos: valles, altiplano, llanos. Estos estratos cuentan con altitudes, climas y características étnicas culturales muy diferentes entre sí, cuya significación se extiende en el ámbito económico y demográfico, a la presencia de patrones de ocupación del espacio de diversa importancia que se articulan con la zona urbana del municipio. Cuenta con una superficie territorial de 11.840 Km², con una densidad poblacional de 9.6 hab. / Km²

Las características de la vertebración caminera, cuenta con una red troncal principal que es la carretera Cochabamba Oruro, la Paz, y caminos secundarios que están relativamente accesibles, especialmente en las zonas periféricas de la ciudad.

COMPOSICION DEMOGRAFICA

Hoy en día, los temas de supervivencia, mortalidad, natalidad, migraciones, calidad de vida y medio ambiente han adquirido una importancia vital que se refleja en la orientación de múltiples investigaciones, actividades y programas de desarrollo. Los líderes de los sectores sociales estratégicos tienen un papel crucial en impulsar la consideración del recurso más preciado del país, su población en las políticas nacionales que afectan su bienestar de los conjuntos sociales.

“Entendiendo por conjunto social, a la suma de personas que habitan un espacio geográfico bien definido y que comparten características culturales, históricas, sociales, económicas, demográficas y epidemiológicas que las someten a riesgos de salud equivalentes. Esas características y riesgos dan al grupo una identidad que permite tratarlo como un todo razonable, homogéneo, en relación con los problemas en salud que lo afectan y a las causas que le dan origen”.

La composición de la población sobre la base estructural de acuerdo al sexo y edad, nos permitirá contribuir a la difusión, implementación y evaluación de las

políticas y programas de desarrollo humano sostenible a nivel global, sectorial, regional municipal, mediante la provisión de información relevante y actualizada.

La población que maneja el municipio de Quillacollo es de 130.594 habitantes, de los cuales 62.685 (48%) son de sexo masculino 67.908 (52%) son del sexo femenino. El 60% de esta población reside en el área peri urbana de la capital de la primera sección de Quillacollo, y el 40% esta distribuida en las comunidades del área rural

La estructura de la población es joven, los menores de 15 años constituyen el 39% de la población y los mayores de 65 años solo el 4%. El 14% de la población es menor de 5 años, los adolescentes constituyen el 22% de la población y casi la mitad de ellas son mujeres. Las mujeres en edad fértil (MEF) representan el 24% de la población total

Las diferencias rural y urbana en el índice de masculinidad (en el área urbana existen 94 hombres por cada 100 mujeres, mientras en el área rural existen 102 hombres por cada 100 mujeres), podrían ser reflejo de las serias dificultades que enfrentan las mujeres para su sobre vivencia en las zonas rurales; donde además de carecer de servicios básicos, deben enfrentar una situación de postergación y discriminación.

INDICADORES DEMOGRAFICOS

Población	130.594 Habitantes
Tasa Anual de Crecimiento	2.2 %
Tasa global de Fecundidad	3.8
Tasa de mortalidad materna	230 (por 100.000 N.V.)
Esperanza de vida femenina al nacer	68

Fuente: Bolivia y sus provincias, Indicadores demográficos estimados 1990-2005

Los movimientos migratorios internos son precipitados por la falta de fuentes de empleo o adecuados ingresos, la escasez de tierras para el cultivo y los bajos niveles de desarrollo rural.

La distribución actual de la población en el territorio es inadecuada, puesto que existen vastas áreas deshabitadas y otras con una excesiva concentración demográfica.

2.3.2 CONDICION SOCIOCULTURAL

Según el Ministerio de Salud y Deportes. Política de Salud Nacional, Salud un Derecho y Una Responsabilidad de Todos, Bolivia, 2004. p 98. “La movilización comunitaria debe respetar la cultura y reconocer la diversidad cultural. Las culturas no son estáticas ni están aisladas, por consiguiente presentan valores y desvalores. La propia población tiene el primer derecho a revisar sus valores y desvalores. El enfrentamiento a los desvalores no debe ser interpretado como un enfrentamiento a la cultura. Hay que tener en cuenta que estamos viviendo una etapa de hibridación cultural como efecto del proceso de globalización”

El municipio de Quillacollo, cuenta con una Biblioteca pública y hemeroteca respectivamente. Los servicios de salud tienen material bibliográfico referente a salud, de acuerdo a su complejidad que sirve de consulta a la población de su jurisdicción.

La población durante la fase de administración de desarrollo, plantea la participación directa y permanente de la sociedad civil a través de sus organizaciones representativas como: representante político para la provincia, el subprefecto, el alcalde y las autoridades administrativas para educación y salud, con funciones en toda la provincia.

En el sector rural del municipio de Quillacollo, las comunidades campesinas son la base de las organizaciones existentes, estas agrupan a todos los miembros de la comunidad, hombres y mujeres; la forma de gobierno local son los sindicatos campesinos, los que tienen como afiliados a todos los responsables de familias de la comunidad. Se han identificado 96 sindicatos que representan a igual número de comunidades, todas ellas son parte de la estructura organizativa del municipio.

Los sindicatos forman las subcentrales campesinas que son instancias asociativas de segundo nivel, que agrupan generalmente a un conjunto de comunidades pertenecientes a determinadas áreas geográficas y ecosistemas con características similares. En los seis cantones existen 8 subcentrales.

En el nivel cantonal, la subcentral es la organización campesina que asume la representación del cantón, y que además, cuenta con un responsable de salud.

Las subcentrales y los sindicatos campesinos forman la Central Campesina de “Quillacollo”, esta se constituye en la instancia organizativa superior en el Municipio, la cual está afiliada a la Federación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Cochabamba.

En el sector urbano del Municipio de Quillacollo, las Organizaciones Territoriales de Base (OTB's) se han organizado a partir de las juntas vecinales existentes en los 7 distritos, aunque existen algunas juntas vecinales que se han fraccionado en más de una OTB debido a diferencias entre los líderes o por aspectos poblacionales o espaciales. También existen juntas vecinales y urbanizaciones privadas que no cuentan con ninguna representación en la estructura organizativa de los distritos, por lo tanto no participan de las decisiones del Municipio.

A nivel distrital, se han organizado las asociaciones de OTB's. En cada uno de los 7 distritos del Municipio de Quillacollo. Estas organizaciones asumen la representación de las OTB's.. Cada una de las asociaciones distritales tiene un representante en el comité de vigilancia, y se elige de entre ellos al presidente del comité de vigilancia, que es el interlocutor válido para hacer cumplir las demandas de la sociedad civil.

En la actualidad se aprecia una creciente integración intersectorial entre organizaciones de la comunidad, facilitadores, otras organizaciones, el estado y agencias de cooperación. No se puede negar a las comunidades mantener un sistema propio de atención de la salud que tiene ventajas sobre la medicina industrial.

Es importante incorporar a la agenda municipal, la cuestión de salud, dentro de la tendencia a la municipalización de los servicios

2.3.3 CONDICION SOCIOECONÓMICA

CONDICIONES DE VIDA

EDUCACIÓN

El municipio de Quillacollo, forma parte del proceso de la Reforma Educativa, dotado de complejos educativos y las mejoras de otros centros en cuanto a su infraestructura, material didáctico como deportivo. Por otro lado se puede apreciar, que los resultados no son los esperados, ya que la inasistencia escolar es del 42,6 % con deserción más alta en el nivel primario o inicial, del cual las mujeres son las más afectadas por el rol que desempeñan en el hogar. Existen factores que influyen a la deserción escolar como:

- Los niños ya son utilizados como fuente de producción.
- Diferencia entre el calendario agrícola con el calendario escolar, no permite la asistencia de los niños en forma regular y su posterior abandono definitivo.
- La migración de familias integrales, en busca de supervivencia.
- La dispersión de la población, obliga a recorrer largas distancias.
- La improvisación de los profesores crea desconfianza de los padres.

El 20% del total de habitantes mayores de 15 años son analfabetos (36.5 en el área rural y el 8.9% en el área urbana). La comparación por sexo muestra grandes diferencias el 3.8% son hombres y el 15.5% son mujeres. En cifras globales se podría decir que de cada 4 analfabetos 3 son mujeres, generalmente campesinas de las zonas rurales. Esta discriminación educativa es aun mayor, pues de cada 1000 niñas que inician la escuela en el área rural, solo 7 terminan el nivel secundario.

Es interesante señalar que si bien en el municipio existe un gran numero de grupos étnicos que utilizan un idioma propio, actualmente el 49.4% de la población de 6 y más años habla castellano; mientras que el 46.2% habla Quechua, un 8,4 habla Aymará.

SERVICIOS BÁSICOS

El 54% de los hogares tiene acceso a agua segura (81% en el área urbana y 19% en el área rural) el 55% tiene acceso a la energía eléctrica (87% en el área urbana y 16% en el área rural). Solo el 52% de los hogares tiene conexión con la red de alcantarillado (48% en el área urbana y 3% en el área rural)

CALIDAD DE LA VIVIENDA

El número de viviendas particulares se ha incrementado en un 50% desde 1976. Para 1995, el número promedio de habitantes por vivienda era de 4.36 (4.48% en el área urbana y 4.20 en el área rural). Sin embargo en 41% de estas viviendas existe un promedio de más de 3 personas por habitación. La calidad de la estructura física de la vivienda es menor en el área rural donde predominan (67%) viviendas con paredes de adobe, techo liviano de paja, y pisos de tierra.

RED DE SERVICIOS DE SALUD

Para la organización de la Red se tomaron en cuenta criterios de disponibilidad (infraestructura, equipamiento, recursos humanos y capacidad resolutive, accesibilidad geográfica, cultural, económico).

El municipio de Quillacollo cuenta en la actualidad con 7 establecimientos de salud en funcionamiento.

Hospitales:

1. Hospital Villa Moderna (II Nivel)

Centros Médicos:

2. C.S. Calvario
3. C.S. Villa Maria

4. C.S. Distrito III
5. C.S. Ironcollo
6. C.S. El Paso
7. C.S. Santo Domingo

De los 7 establecimientos de salud en el , todos están ubicados en zonas urbanas, atendiendo la mayor cantidad de población urbana y rural.

El Hospital de Quillacollo, es considerado de 2do nivel, cuenta con quirófanos y equipamientos respectivos, unidades de diagnóstico (laboratorio, Rx, ecógrafo). Todos los centros de salud cuentan con farmacias rotativas.

Respecto al estado físico de los 6 Centros de Salud, son relativamente nuevos, cada uno de ellos cuenta con un médico de planta una enfermera auxiliar, un odontólogo y un administrador.

El Hospital de Villa Moderna es considerado de II nivel, cuenta con las cuatro especialidades básicas (pediatría, gineco-obstetricia, anestesiología, cirugía), con permanencia física las 24 horas, de acuerdo a cronogramas establecidos para el rol de turnos; lamentablemente no cumple con los estándares para su acreditación como tal, cuenta con una infraestructura desde 1978, y sus ambientes se realizaron sin ninguna planificación, en forma improvisada, de acuerdo al incremento de la demanda de pacientes.

Relacionamiento Interinstitucional y Municipal:

- Mantiene convenio con el Arzobispado de Cochabamba para el funcionamiento del Centro de Salud “El Calvario” de Villa Urkupiña.
- Mantiene relación administrativa con la agencia Cantonal Municipal del Paso
- Mantiene convenio con la ONG. “Mano a Mano” para la construcción y equipamiento de centros médicos nuevos.

- Mantiene relación con el Proyecto “Chagas” en programas de educación, control del vector y mejoramiento de viviendas.

En lo referente a las debilidades identificadas en las relaciones Inter.-institucionales, se debe recalcar que la falla principal reside en la falta de compromiso de gestión por parte de las autoridades ediles, incumplimiento a los convenios firmados, demasiada burocracia en la ejecución de cualquier proyecto, retraso en los desembolsos comprometidos, etc.

Componente: Demanda de servicios.

Accesibilidad física:

- La accesibilidad a los diferentes servicios de salud, especialmente en el área rural es dificultosa en el mayor número de las poblaciones (45%).
- Inexistencia de servicios públicos de transporte en el área rural.
- Mal estado de las vías camineras de acceso, que son de tierra.
- La movilización es en muchos sectores a pie.
- El Hospital de Villa Moderna se encuentran a 5 cuadras al norte de la carretera principal Cochabamba - Oruro - La Paz, tienen vías adecuadas de acceso y medios de transporte público y privado.

Accesibilidad cultural:

Existen evidentes barreras culturales que impiden un mayor acceso a los servicios de salud, especialmente en el sector rural, que se manifiesta en la idiosincrasia de la población con creencias, falta de confianza, grado de analfabetismo, el uso de la medicina tradicional.

Accesibilidad económica:

- La barrera económica para el acceso de la población a los servicios de salud está siendo minimizada por la implementación del SUMI, que ofrece prestaciones en forma gratuita a todas las mujeres embarazadas hasta 6 meses después del puerperio, niños menores de 5 años y población en general (Escudo Epidemiológico).
- Existe la promoción del SUMI en las reuniones de los diferentes sindicatos, en las ferias de salud y en los diferentes establecimientos de salud con material didáctico de apoyo.
- El tratamiento de las otras patologías que no están cubiertas por el SUMI, y que tienen un determinado costo, continúa siendo un obstáculo para su resolución por parte de los servicios de salud.
- El ingreso económico por familia es muy bajo, fundamentalmente en el sector rural que dependen de la venta de la escasa variedad de productos agrícolas, pecuarios, artesanales y otros.

Percepción sobre la calidad de atención:

- Existe diferencias en la calidad de atención entre los diferentes servicios de salud entre lo que es urbano y rural.
- En lo urbano la atención tiene menor calidez, probablemente debido al mayor número de pacientes que deben ser atendidos.
- En lo rural la atención tiene mayor integración con la problemática general de los pacientes; aunque falta capacidad resolutive de los servicios de salud.
- En general falta calidad y calidez en la atención porque existe en algunos casos motivación insuficiente del personal, falta de capacitación continua, insuficiente equipamiento y personal (falta de ítems), desarrollo insuficiente de los sistemas de información, referencia y contrarreferencia.

La red de servicios en salud del municipio de Quillacollo, es parte de la Gerencia de Red V Valle Bajo. Dentro del municipio existen muchos servicios de

salud como: Caja Nacional de Seguridad Social, clínicas privadas, policlínicos, hospitales, postas, centros médicos y varios consultorios dentales privados, que se caracterizan por encontrarse todos estos establecimientos en el sector urbano de Quillacollo también grupos poblacionales que cuentan con seguros como: el seguro universitario y otros.

INDICADORES DE SALUD

La situación de salud, está caracterizada por dos circunstancias dominantes: falta de educación en salud y enfermedades propias de la pobreza.

Estas circunstancias se expresan con mayor severidad en las familias de las zonas rurales y de las periferias urbanas, donde las tasas de mortalidad materna e infantil son elevadas

El primer lugar de la mortalidad infantil está dado por patologías respiratorias y diarreas agudas; además podemos ver que la mortalidad materna, que de acuerdo a investigaciones para el presente estudio, confirmados por fichas de autopsia verbal reporta cerca de 6 casos anualmente en el municipio de Quillacollo ocasionando una secuencia de deterioro de la mujer, la familia y la sociedad.

Por otra parte de acuerdo al Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) gestión 2005, reporto en toda la red de salud del municipio, 265 casos de hemorragia de la primera mitad del embarazo, con tratamiento hospitalario (LIU), 320 casos de hemorragia de la primera mitad del embarazo, con tratamiento ambulatorio (AMEU), 670 Cesáreas; 98 ligaduras de trompas, y se investigo 6 muertes maternas en domicilios.

Por otro lado, esta información no es reportada a los sectores o áreas, por lo que datos del departamento de epidemiología, no coinciden con la Gerencia de red, debido a que un porcentaje mayoritario de muertes maternas, lamentablemente ocurren en domicilios.

La mortalidad materna en este municipio es el resultado de un proceso, salud – enfermedad, condicionado por factores de riesgos biológicos y sociales, que tienen que ver con diferencias en el ingreso económico familiar y con la calidad de vida que este permite.

Es decir que la mortalidad materna esta influenciado por factores propios del medio social, como ser la desnutrición, la falta de agua segura, el analfabetismo, la desinformación y otros propios de nuestro sistema de salud, como la deficiente calidad en la atención, una red de servicios inoperante y deficiente, con hospitales con insuficiente capacidad resolutive y llegamos a la paradoja que en estos municipios pobres, con altas tasas de mortalidad materna, tiene servicios de salud vacíos, precisamente en las áreas donde la mortalidad es alta.

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACION

Se realizo una investigación cualitativa porque permite comprender mejor las actitudes, creencias, motivos y comportamientos de las mujeres relacionadas con la planificación familiar, tomando en cuenta las características principales de este tipo de investigación, entre las que podemos destacar las siguientes:

El enfoque cualitativo proporciona profundidad de comprensión acerca de la respuesta humana, trata los aspectos emocionales y contextuales de la misma, más que medir objetivamente comportamientos y actitudes; añade sentimiento, contextura y matiz a los resultados cuantitativos y se realiza para contestar principalmente a la pregunta “por que”:

Esta metodología es de índole interpretativa en vez de descriptiva, es realizada con grupos pequeños de personas que generalmente no son seleccionadas sobre la base de la probabilidad: No tiene la intención de sacar conclusiones firmes ni generalizar los resultados a la población en general. (Mary Debus, El manual para Excelencia en la Investigación Mediante Grupos Focales, Washington D.C 1995, p.2)

La investigación cualitativa busca descubrir o generar teorías, tiende a emplear conceptos que capten el significado de los acontecimientos, orientado a los descubrimientos exploratorio, orientado al proceso con datos reales y profundos; la finalidad de la investigación es el descubrimiento.

La razón conceptual para la utilización de la investigación cualitativa es que permite un vínculo directo con el público al que se piensa llegar y compartir sus experiencias.

Es importante también tomar en cuenta que una de las principales dificultades de la aplicación de este método, es que este tipo de estudio es muy susceptible a un sesgo subjetivo por parte del investigador u observadores.

Sin embargo, es de gran importancia en la toma de decisiones en forma directa a partir de la comunidad, proporcionando un enfoque real del contexto, como un instrumento útil en la generación de ideas, que permitan coadyuvar el desarrollo de actividades en el ámbito de la cosmovisión andina.

La investigación se realizó en los lugares donde se debe impartir la consejería familiar, tomando en cuenta al personal de salud que tiene esa responsabilidad, por otra parte, también se obtuvo información de la población que se encuentra dentro del área de cobertura de estos servicios, por medio de sus representantes.

Se considera la realización de una triangulación de datos, obtenidos por diferentes medios, para poder realizar un mejor resumen de los mismos y facilitar así su codificación y sistematización afín de facilitar en algo, su análisis posterior.

Durante el desarrollo de la investigación se tomó en cuenta las recomendaciones básicas, en el presente estudio como:

- Aprender a preguntar el por qué.
- Saber escuchar a cada uno de los participantes en el idioma que mejor se exprese.
- Desarrollo del estudio como un proceso creativo.

3.2 TIPO DE ESTUDIO

En el presente trabajo de investigación, se realizó un estudio cualitativo etnográfico

En el marco de investigación cualitativa, el presente estudio es de tipo etnográfico, porque este tipo de estudio permite rescatar las vivencias, percepciones, valores, actitudes y prácticas relacionadas con la planificación familiar. Este tipo de investigación comprende mejor la actitud humana, capta el significado de los acontecimientos, respeta lo que expresan espontáneamente y con sus propias palabras los participantes.

3.3 AREA DE ESTUDIO

Primera sección del municipio de Quillacollo, en las comunidades rurales del Paso, Ironcollo e Illataco.

3.4 POBLACION Y MUESTRA

La población de estudio esta constituida por los habitantes de la primera sección del municipio de Quillacollo. Esta sección, de acuerdo al Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), para la gestión 2005, cuenta con una población de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de 31.342 (24%) de la población total. El 60% de esta población reside en el área peri urbana de la capital de la primera sección de Quillacollo, y el 40% esta distribuida en tres capitales cantorales como el Paso, Ironcollo, Illataco, conformadas al mismo tiempo, cada una por comunidades rurales.

La población objeto de la investigación, fueron las mujeres en edad fértil, residentes habituales de las comunidades rurales del Paso, Ironcollo e Illataco.

Por el gran interés que despertó el objetivo de la investigación en las comunidades, la muestra se conformo con las personas mas representativas, las mas idóneas, para proporcionar la información y que voluntariamente manifestaran su interés de participar en el estudio.

Se considero suficiente y representativa la participación de 24 mujeres en edad fértil, tamaño de muestra definido por saturación de la información, cuando se

observaba que las opiniones de las mujeres se repetían en más del 90% y que la última información proporcionada, no aportaba ninguna información nueva.

Se organizaron tres grupos focales, conformados por ocho personas cada uno. Se incluyó en el estudio a informantes clave de la comunidad

3.5 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Se incluyó en la investigación a mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años, que estuvieron embarazadas o hubieran tenido por lo menos un embarazo, residentes habituales de las comunidades urbanas del Paso, Ironcollo e Illataco, sin tomar en cuenta el estado civil.

Se excluyeron de la investigación a mujeres que no eran residentes habituales de las comunidades urbanas del Paso, Ironcollo e Illataco, a mujeres menores de 15 años y mayores de 50 años, considerando la escasa experiencia de las menores de 15 años en temas relacionados a la planificación familiar, y a las mujeres mayores de 50 años, tomando en cuenta que la época en que ellas han podido estar embarazadas obtener sus hijos, está muy alejada de la actual donde se han producido cambios importantes en la oferta de los servicios de salud, como la implementación del Seguro Básico de Salud (SBS) y el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Considerando que el estudio está dirigido a conocer la percepción de las mujeres sobre la planificación familiar, han sido excluidos del mismo los varones.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Se ha utilizado información de fuente primaria de las mujeres de las tres comunidades rurales, e información secundaria del Sistema de Información en Salud (SNIS), de donde se obtuvo datos históricos sobre la cobertura de planificación familiar en cada servicio de salud por gestiones (2000-2005), estudios de investigación

realizados en el ámbito nacional, departamental y municipal, que tenga relación con el objetivo de la investigación.

3.6 RECOLECCION DE LOS DATOS

En la presente investigación la técnica para la recolección de la información se utilizó la técnica de grupos focales.

La elaboración de la guía de discusión para los grupos focales, se realizó tomando en cuenta los objetivos de la investigación.

3.7.1 CONSTITUCION Y DESARROLLO DE LOS GRUPOS FOCALES

Por el gran interés que despertó el objetivo de la investigación en las comunidades, la muestra se conformó con las personas más representativas, las más idóneas, para proporcionar la información y que voluntariamente manifestaran su interés de participar en el estudio.

Se conversó con el grupo de mujeres, haciéndoles conocer el objetivo de la investigación, la forma de como se recolectaría la información y los temas a tratarse, garantizándoles además la confidencialidad y el anonimato; y que la información proporcionada sería utilizada exclusivamente en la investigación. Por otra parte también se les hizo conocer que con esta investigación no se pretendía perjudicar a nadie, refiriéndose al personal del servicio de salud que por el contrario lo único que se quería era contribuir a mejorar la calidad de atención en el servicio.

Por otra parte, se les hizo conocer que esta participación de grupo focal, tendría una duración aproximada de dos a tres horas, que se llevaría a cabo en una de las reuniones semanales que suelen tener en el Club de madres de Ironcollo, (por ser el único club de madres, a este ambiente acuden mujeres del Paso, Ironcollo, Illataco), y que durante la realización de los grupos focales se utilizarían grabadoras, para captar en su integridad todas las manifestaciones efectuadas y que así mismo, cuadernos de notas.

Muchas mujeres preguntaron si en la realización de la reunión podrían participar con sus hijos pequeños, se les dijo que no habría ningún inconveniente.

Después de estas aclaraciones, la mayoría de estas mujeres organizadas en Club de Madres de Ironcollo, manifestaron su deseo de participar voluntariamente en la investigación, solicitando que se guarde la confidencialidad y reserva comprometida, posteriormente y de acuerdo a su disponibilidad de tiempo, se acordó la fecha y lugar de realización de las dos reuniones.

Se organizó el equipo de investigación, conformado por la responsable de la investigación, médico, alumno de la Maestría en Salud Pública; una licenciada en enfermería con amplia experiencia de trabajo en el área rural con grupos de mujeres indígenas y dos internos de la carrera de medicina en su rotación del Servicio Social Rural Obligatorio.

Los dos primeros integrantes del grupo entienden y hablan el idioma quechua, lo que a momentos permitió preguntar y escuchar lo que decían las participantes en su lengua nativa, ya que, pese a que ellas tienen un cierto grado de instrucción, expresan mejor sus sentimientos con esa riqueza vernácula y picardía criolla, cuya traducción no siempre es la adecuada. Este equipo de investigación cumple funciones en el Hospital de Quillacollo.

La licenciada en enfermería asumió el rol de facilitadora en el trabajo con cada grupo, los otros investigadores asumieron el rol de observadores responsabilizándose de tomar nota y gravar toda la discusión.

La guía de grupos focales, con el objeto de ganar confianza y soltura en la discusión, fue validada con un grupo de mujeres de las que posteriormente participarían en los grupos focales.

Para la discusión de los grupos focales, se realizó en el Club de Madres de Ironcollo, es un lugar cómodo y amplio que permitiera la presencia de algunos niños que acompañaran a sus madres; y que no correspondiera al sector de salud para evitar que las participantes se sintieran inhibidas al hablar de los servicios.

Al interior del ambiente se acomodó de manera que la facilitadora tuviera contacto visual con todas las participantes y de esta manera controlar al grupo, logrando además la participación de todas.

Al empezar la reunión se les agradeció por su presencia y se les pidió que no tuvieran temor al hacer sus manifestaciones y quienes quisieran los hagan en quechua ya que no habrían problemas de interpretación.

Durante el trabajo con los grupos focales, se estableció una buena relación entre el equipo de investigación y las participantes, se aplicó la técnica de presentación que permitió además de conocer su nombre, su edad, número de hijos, procedencia, ganar la confianza de las participantes.

Así mismo se volvió a explicar a las participantes el motivo por el que habían sido reunidas, es decir el objetivo del trabajo que era proponer cambios en el sistema de salud que contribuyan a mejorar la calidad de atención de la Planificación Familiar, en base a la información que se pudiera obtener de ellas, reiterando que todos los comentarios serían confidenciales y que solamente se los utilizaría con fines de investigación.

En el desarrollo de los grupos focales se tuvo especial cuidado con preguntar de una forma neutral, se evitó orientar a la persona interrogada, se hizo solo una pregunta a la vez a partir de la guía preparada, procurando en todo momento escuchar lo que querían decir y no solo lo que decían, se prestó máxima atención para captar las indicaciones no verbales, señales de ansiedad y de incertidumbre, de confianza y de seguridad, las dudas, los silencios, las muestras o no de interés.

Se tuvo también especial cuidado en lograr que todas participaran, incentivando a las que generalmente se quedaban calladas y frenando discretamente a las que por su forma de ser querían acaparar todo el espacio de tiempo, impidiendo posiblemente sin quererlo que las otras tuvieran las mismas posibilidades de participar con sus experiencias.

En todo momento se estuvo alerta para poder guiar la discusión en forma lógica de un punto a otro y relacionar los comentarios de las participantes con la siguiente pregunta.

Las observadoras también estuvieron atentas a todas las intervenciones, en algunos momentos de la sesión realizaron algunas preguntas o pidieron aclarar algunas respuestas.

En cada uno de los grupos focales se aplicó la guía de trabajo en orden secuencial y una vez respondidas las preguntas se procedió al cierre de la reunión luego de una breve recapitulación de lo tratado.

En un momento dado de la sesión, cuando se observaba cierto cansancio y desviación de la atención, la investigadora licenciada en enfermería, incluía una temática de grupo que gustó bastante, también se aprovechó este momento para la distribución de un refrigerio.

Una vez concluida la sesión, se reunían el grupo de investigadores para hablar de sus impresiones e intercambiar comentarios sobre lo que habían observado durante el desarrollo del grupo focal, esta actividad dio la oportunidad de esclarecer el significado de los que se había escuchado y observado en algunos casos. Después de la sesión del último grupo focal, en este intercambio de opiniones se llegó a la conclusión de que las respuestas coincidían en los tres grupos, por lo que se decidió que eran suficientes como muestra.

El primer grupo focal se lo realizó el 8 de Julio de 2006 en el Club de Madres de Ironcollo, el mismo se inició a las cuatro de la tarde y concluyó alrededor de las seis de la tarde; participaron 8 mujeres con edades comprendidas entre 18 y 46 años, de ellas, siete estaban casadas, tres convivían en unión libre, una madre soltera y otra soltera sin hijos, diez de ellas tenían algún grado de instrucción y dos eran analfabetas.

Este grupo focal se caracterizó por ser muy participativo y dinámico, respondiendo rápidamente a las preguntas, llamó la atención la participación de dos mujeres que solo se expresaban en quechua, con mucha soltura y seguridad, queriendo acaparar todas las respuestas sin dar oportunidad al resto, por lo que en varias ocasiones se las tuvo que frenar amablemente.

El segundo grupo focal se lo realizó el día 25 de Julio de 2006, en el mismo ambiente que el primero, la reunión se inició a la misma hora y terminó a las seis y treinta de la tarde, este grupo también estuvo conformado por 8 mujeres con edades comprendidas entre los 19 y 47 años, dos de ellas estaban embarazadas; respecto a su estado civil, dos convivían en unión libre, cinco casadas, dos solteras sin hijos, una viuda y dos separadas de los esposos; en relación al grado de instrucción dos de ellas eran analfabetas.

Este grupo focal fue menos participativo y dinámico que el anterior, continuamente se incentivó la participación de otras señoras que se sentían cohibidas, se tuvo cuidado de que todas participaran y emitieran sus ideas y comentarios; ya casi al final se pudo observar que hubo más soltura en las participaciones, la mayoría respondía las preguntas ampliando sus comentarios sobre el punto tratado. No hubo necesidad de emplear el quechua para comunicarse con ellas ya que todas hablaban el español, salvo alguna terminología que fue hecha en el idioma nativo.

El tercer grupo focal se reunió el 15 de Agosto de 2006, esta vez en los ambientes del Centro de Salud de Ironcollo, a petición de ellas; quienes aseguraron que no se sentirían intimidadas o cohibidas al hablar respecto del Servicio o el personal, la reunión se inició a las dos de la tarde y concluyó a las cinco de la tarde.

El grupo focal estaba constituido por ocho mujeres entre 18 y 48 años de edad, seis eran casadas, tres convivientes, una divorciada, una viuda y una soltera. Este grupo se caracterizó por ser homogéneo en su participación, desde el principio se estableció un ambiente jovial y de mucha confianza, posiblemente favorecido porque dos de las señoras contaron sus experiencias personales relacionadas con las preguntas formuladas en la guía.

3.7.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Concluido el trabajo de campo donde se pudo recolectar la información, se procedió a la procesamiento de la misma, para tal efecto se realizó la transcripción de los debates de los grupos focales, grabados en cintas magnetofónicas, utilizando para esto un procesador de texto, las transcripciones se realizaron en español.

Posteriormente se realizó la sistematización, primero se ordenó la información por grupos focales, el ordenamiento se realizó de acuerdo a la importancia que tenían las respuestas al interior de cada grupo focal.

En la elaboración de los resultados se ha procurado mantener el lenguaje de las participantes, sus aportes textuales, aparecen en cursiva y entrecomillas, seguida del código que se le asignó a cada participante, tomando en cuenta su edad, estado civil, (C: casada, S: soltera, CC: concubina, V: viuda) y el número de hijos que hubiera tenido (ver Anexos)

Posteriormente se procedió a la interpretación de la información, pasando de su descripción a su comprensión, siguiendo cada uno de los objetivos, partiendo de la importancia de cada uno de los datos, los antecedentes teóricos y las observaciones directas realizadas durante el trabajo de campo.

3.7.3 TRIANGULACIÓN DE LOS DATOS

La participación de más de dos investigadores, ha sido la manera de realizar la triangulación, dado que los investigadores han confrontado sus opiniones, buscando llegar a consensos en las conclusiones.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Alcances

Los alcances de la investigación permitirá, contribuir a definir políticas, orientar de manera mas adecuada los programas educativos, tanto en la población, como con el personal de salud de tal manera que respondan a las necesidades y expectativas de las mujeres, facilitando su acceso a los servicios de salud para la atención de la planificación familiar, y contribuir de esta manera a la reducción de la razón de la mortalidad materna que actualmente tiene el país.

Por otra parte, el conocimiento, las actitudes, la percepción sobre la planificación familiar, en las parejas, es de vital importancia para continuar realizando investigaciones cualitativas, para aplicar en forma adecuada para la formulación de políticas de salud reproductiva en nuestro país.

Limitaciones

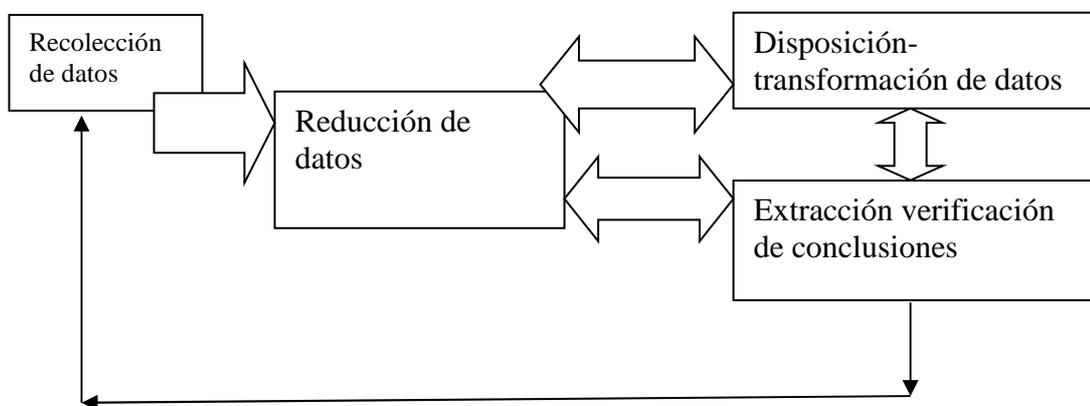
Los aspectos que no ha alcanzado la investigación, es la falta de involucracion a los hombres, que son pareja de las mujeres, ni a curanderos y parteras de las comunidades.

CAPITULO IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Según Miles y Huberman, 1994, p.12, “El análisis es un proceso con cierto grado de sistematización que está implícito en las actuaciones del investigador, en este sentido resulta difícil hablar de una estrategia o procedimiento general de análisis de datos.”

Siguiendo al mismo autor la recolección de datos, el análisis y las conclusiones están entrelazados en todo el proceso de investigación, este modelo se ilustra con la gráfica que siguiente:

Diagrama No 2
Recolección de Datos, Análisis y Conclusiones de
La Investigación según Mile y Huberman



La información obtenida con la técnica de grupos focales, se analizó tomando en cuenta un orden lógico y congruente de los objetivos del presente estudio.

“Toda mujer que solicita servicios de salud reproductiva aporta con ella toda la historia de su vida. Una historia que los que trabajamos en salud deberíamos estar dispuestos a escuchar con respeto porque puede tener información vital para la salud y el bienestar de la mujer”

4.1. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

La información que se logro obtener con la técnica de grupos focales, se organizo tomando en cuenta la, percepción conocimientos, actitudes y prácticas en función a la planificación familiar, buscando un orden lógico y congruente con los objetivos y el marco teórico

4.1.1. PERCEPCION, CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MUJERES DEL MUNICIPIO DE QUILLACOLLO SOBRE LA PLANIFICACION FAMILIAR

En la sociedad andina, el principio fundamental de ser mujer es la fertilidad, este concepto se fundamenta con el número de hijos que procrea la mujer. Por tal razón, la tierra llamada “pachamama” tiene el mismo comportamiento que la mujer en términos de fertilidad.

“Nosotras somos igualitas que la tierra, somos fértiles, por eso tenemos hijos, como la tierra tiene papa, trigo, maíz, cebada” (47,C,5)

En la concepción andina, la “pachamama” tiene una relevancia singular, porque a ella se atribuye el origen de la vida de los seres humanos y todo cuanto existe sobre ella; incluso es considerada como la morada eterna de los seres humanos, por tanto se le respeta y ofrecen rituales en fechas propicias.

“Como la tierra nos alimenta, y es nuestra madre, siempre le challamos, en cualquier fiesta, así nos acordamos de ella” (39,CC,6)

Al igual que la pachamama, ofrece a los otros sus dones, para la cultura andina es muy importante el dar, el compartir, no la satisfacción personal o tener cosas para sí, esta generosidad se expresa en las madres en los cuidados que proporcionan a los hijos.

Una vez nacido(a) el niño(a) el estado nutricional y de salud en general de la mujer, no se controla. Cuando se le habla de mejorar su alimentación es siempre con el argumento de la producción de leche “para que su hijo esté sano y gordo”. Lo que suceda con ella, con su cuerpo, con su salud, no interesa sino en función de su rol de madre proveedora.

“El primer plato de comida se da siempre al marido, el segundo al hijo mayor, así se da ha todos, si no alcanza para mi no importa” (42,C,6)

El mundo andino busca el equilibrio, deben estar presentes en una familia el padre y la madre, desempeñando roles complementarios. El equilibrio del mundo de la mujer se rompe cuando por diversas razones, ella sola asume la jefatura del hogar (divorcio, abandono, viudez, madre soltera), entonces, además de vivir sobrecargadas física y psíquicamente, gran cantidad de mujeres son discriminadas socialmente a causa de su situación de «impar».

“Mi marido nos ha abandonado, se ha ido con otra mujer, mi trabajo ha aumentado, ahora soy padre y madre”(31,C,4)

Una característica de la cultura andina, es que la sexualidad no es un tema de conversaciones, es una parte de la vida que se aprende observando a los animales, que se experimenta, simplemente se vive, no se analiza ni es tema de discusión. Por consiguiente, no quieren abordar temas como la historia sexual o el uso de anticonceptivos con personas ajenas a su cultura, pero tampoco parecen hacerlo con sus parejas.

“No nos gusta hablar de esas cosas, porque nos creen corrompidas” (43,C,5)

“Nunca hablamos de eso, si viene la guagua viene nomás”(49,CC,7)

Numerosos obstáculos impiden que los hombres y las mujeres hablen acerca de cuestiones relativas a la sexualidad y la reproducción. Aunque hay pocos estudios, éstos sugieren que esas discusiones se ven impedidas por una compleja red de factores sociales y culturales.

4.1.2 CONOCIMIENTOS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE QUILLACOLLO, SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En relación a los conocimientos, una parte de las mujeres entrevistadas, no sabe de la existencia de métodos anticonceptivos y de la posibilidad de realizar planificación familiar.

“Hay desconocimiento porque recién se esta conociendo y las mujeres campesinas tardamos en comprender” (43,C,5)

“ Yo no conocía nada de estas píldoras y T de cobres, siempre he venido a mis controles de mis embarazos al centro de salud, pero nunca me han dicho nada, están mas ocupados en hacer llorar a las guaguas vacunando; cuando he tenido a mi cuarta guagua mi vecina es la que me ha contado, como hay que hacer para no tener mas hijos, le he avisado a mi marido, se ha enojado y no me dicho nada...recién nomás nos están explicando ahora de estas cosas.” (39,C,4)

De acuerdo con las entrevistas el conocimiento sobre los anticonceptivos, esta en relación con la frecuencia que se visita al centro de salud, usualmente por consultas sobre el embarazo, partos y otros.

“La enfermera me ha explicado como hacer para no tener mas guaguas, en mi escuelita, incluso hasta intermedio, no nos decían nada” (23,S,2)

“A mi en el hospital, cuando he ido a mis controles una vez me han explicado de estas cosas, pero te hablan tan rápido, que casi no les he entendido nada...solo se que hay inyecciones y píldoras para no tener mas hijos” (39,C,4)

Si bien algunas mujeres reconocieron que la planificación familiar es una forma de evitar el nacimiento y una forma de controlar el número de hijos, se registro una falta de conocimiento de métodos porque no se realiza, una información adecuada por el personal de salud, lo que repercute en una gran abundancia de mitos y rumores.

“La enfermera nos ha explicado que esta planificación es para no tener guaguas, pero no sabemos como comenzar, tenemos mucho miedo, dicen que después vamos a tener cáncer”(19,S,1)

“A veces cuando vamos a la posta de salud, la enfermera no nos explica nada sobre las píldoras o la T de cobre, si no conocemos como vamos a usar” (29,S,2)

En relación a la ligadura de trompas, algunas mujeres tienen conceptos erróneos. Sin embargo, ya que este método de esterilización es permanente, es posible que no sea la mejor opción para algunos hombres y mujeres, especialmente los que son muy jóvenes, puesto que sus decisiones acerca de tener hijos puede cambiar más tarde.

“Mi cuñada se ha hecho ligar en Oruro, quiere tener mas hijos pero ya no puede, y eso que es todavía joven” (29,S,2)

“A mi me han dicho que cuando te haces ligar, primero te enfermas

grave, luego te mueres, no tienes salvación cuando te haces ligar me han dicho”

(41,C,6)

Las participantes reconocen que hay otros factores que tienen que ver con la manera como las mujeres perciben la calidad de atención en los servicios de salud. Algunas nos refirieron que cuando recurren a los servicios de salud, los encuentran cerrados, que es frecuente la inexistencia de medicamentos, que no se sienten bien atendidas por el personal.

“Cuando mas necesitamos ir a la posta de salud esta cerrada, a partir de las tres de la tarde ya no hay nadie” (43,C,5)

“Muchas veces nos dan receta, y ni en la misma posta hay esas medicinas, tenemos que ir hasta Quillacollo o a la ciudad para comprar; cuando reclamamos a las enfermeras porque no hay medicinas nos tratan mal, por eso ya no quiero ir” (22,C,2)

Uno de los factores que para que las usuarias acepten y lleven a la práctica la información sobre planificación familiar, es la confianza que ellas depositan en el personal, en los servicios y en el sistema que les va ayudar a resolver sus necesidades de conocimiento y dificultades en relación con la salud.

“A la única que le tengo confianza es a la enfermera, porque ya trabaja años en la posta, además nos conoce a todos, sabe cuantas hijos tenemos, donde vivimos, conoce a nuestros maridos, pero a veces también se idiotiza, por su edad debe ser” (49,CC,7)

“ Los doctorcitos poco tiempo están, no duran mucho, dicen que solo vienen a hacer sus practicas, cuando apenas los estamos conociendo, se

van, si no los conocemos bien como les vamos ha confiar otras cosas de mujer” (31,C,4)

Por otra parte, el idioma no constituye una barrera, cuando el personal habla la lengua local, y se genera una relación de mayor confianza y aceptabilidad de parte de la comunidad.

“Solo la enfermera habla quechua, y nos entiende bien, no necesitamos explicarle mucho, en cambio el doctorcito necesita que este a su lado la enfermera para traducirle lo que le decimos en quechua, a veces lo que le decimos no nos entiende, y nos da otras cosas, no nos habla nada, solo a la enfermera le dice que debemos hacer y nos hace salir de su consultorio...siempre esta apurado” (29,S,2)

Otro de los factores señalados, que inciden en la aceptación de los programas de salud sexual y reproductiva es el maltrato que sufren en los centros médicos, sienten que no se respeta su intimidad, algunos maridos se oponen a que sus mujeres vayan a los centros médicos porque "no quieren que las vean, ni que las hurguen allí". Sin embargo, entre las mujeres jóvenes, hay una mayor tendencia a tener el parto en los hospitales o centros médicos, y de participar de los servicios de control prenatal.

“No me gusta ir al hospital de Quillacollo, aparte de que hay que madrugar para sacar ficha, te hacen esperar una pena, y cuando te atienden está el doctor con varios practicantes de medicina; el doctor casi nada me habla, solo les explica a los practicantes, me hurga mi barriga, mis partes, mis senos, les dice como se han hinchado y como se han manchado... , todo te miran, todo te tocan y los practicantes están como moscas... a veces salgo llorando, me da vergüenza y mucho miedo, cuando voy al hospital” (39,C,4)

“De mi, mi marido, no quiere que baya al hospital, porque nos ultrajan, el me ha dicho que en la casa nomás vas ha tener a la guagua, pero yo no quiero, por ahí se me puede complicar como mi ultimo parto, y después estamos solitos y no sabemos que vamos hacer...ya no me quiero arriesgar” (31,C,4)

La gran mayoría de las mujeres desean ser atendidas preferentemente por mujeres, recibir un trato más digno y cercano, más respaldo emocional, y más información acerca de los métodos anticonceptivos y respecto a los efectos colaterales.

“El año pasado estaba una doctorcita, era buena gente, a pesar que no hablaba quechua, se sentaba con nosotras, asistía a nuestras reuniones del club de madres aquí en Ironcollo, nos hablaba de todo, de las vacunas en los niños, del chagas, de las vinchucas, de la planificación familiar, es la única doctorcita que nos ha hecho entender, la T de cobre, las píldoras, las inyecciones...pero se ha ido” (29,S,2)

“Esa doctorcita, nos ha hecho conocer esa T de cobre, las píldoras, porque ha traído a las reuniones, nos ha mostrado en fotos, donde se pone, no sabíamos que duraba tantos años en nuestros cuerpos” (22,C,2)

En base a lo expuesto, la existencia de la demanda para anticoncepción y la falta de información pueden ilustrarse con los casos de mujeres embarazadas buscando planificación familiar. En estos casos, el personal suelen estimular a las mujeres a que tengan sus hijos en los servicios o si esta complicado en embarazo en el hospital, asistan a controles posparto, para planificación familiar con pocos resultados, debido a que las experiencias negativas determinan el rechazo.

“Ahora que estoy embarazada, de vez en cuando, me veo en la calle con la enfermera, me dice, cuando vas ha venir a tus controles, yo en mis adentros digo para que voy ha ir sino me duele nada, además prefiero tener a mi guagua en mi casa, mi suegra bien me atiende, uno de mis hijos he tenido en el hospital de quillacollo, grave te hacen sufrir, en las noches nadie nos atiende, uno también puede morirse, en cambio en mi casa están todos pendientes de mi” ” (43,C,5)

En algunos casos, la mujer es sometida a una cesárea injustificada para poder hacer la ligadura.

“En el hospital te hacen cesárea, y te ligan, ya nunca mas tienes hijos, yo no se porque hacen eso, a veces ni te avisan, ni sabe tu marido, así nomasia apareces.” (38,CC,6)

4.1.3 ACTITUDES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE QUILLACOLLO, SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En relación a las actitudes, la influencia de la religión juega un papel importante en el comportamiento y toma de decisiones de las mujeres, respecto al tema en estudio.

“Los evangélicos dicen que métodos anticonceptivos no debemos usar, solo métodos naturales, es pecado dicen porque así dice en la Biblia” (45,C,6)

“El padrecito en la iglesia, nos ha reñido, es pecado usar T de cobres, inyecciones, nos ha dicho...por eso mueren las mujeres, ha dicho” (39,C,4)

En la actualidad todavía algunas parejas desean tener muchos hijos con la finalidad de cubrir las distintas ocupaciones y obligaciones de la familia, los hijos son la razón de ser de la pareja. Además, en el campo social tener varios hijos representa un alto prestigio social y respeto.

“Mis suegros y mi marido dicen, que tenemos que tener muchos hijos, las familias grandes se respetan mucho, me dicen” (39,C,4)

“Mis hijos son mi vida, yo vivo sola para ellos” (41,C,6)

En cambio, pocas mujeres piensan que la buena calidad de la vida significa tener sólo uno o dos hijos para lograr que reciban buena alimentación y educación. Y otra puede darle valor al tiempo que dedique a lograr metas profesionales o de educación.

“Ahora con dos hijos no podemos, como les vamos a dar buena educación, si a veces no hay para comer, por eso no se que hacer, donde ir, para que ya no me embarace, porque los hijos vienen nomás, y si vienen todo escasea, hasta hay que reducir la comida, en otras familias que tiene hartos hijos, solo se cocina una sola comida, en la noche solo tesito, y a veces sin pan , con tostadito se sirven”

(22,C,2)

Las diversas formas en que el uso de la planificación familiar influye en la calidad de la vida varían desde las que son estrictamente personales, como el estado de salud de una persona, hasta factores configurados por las relaciones con las demás personas.

"Las mujeres cuando tenemos muchos hijos nos enflaquecemos, nos

enfermamos, envejecemos más rápido, ya no podemos atenderlos como quisiéramos, a veces nos falta fuerzas, tardamos mucho en recuperar nuestras fuerzas...pero cuando ya estamos un poco mejorcitas, otra vez apareces embarazada"(49,CC,7) .

Muchas mujeres saben bien que los papeles tradicionales basados en el género no les permiten tener voz en las cuestiones sexuales ni las ponen en posición de influir en el comportamiento de sus compañeros. Aun cuando ocasionalmente los hombres y las mujeres discuten cuestiones relativas a la salud reproductiva, generalmente no lo hacen

“Mi marido me mira bien feo, cuando le hablo del condón, por eso ya no hablo mas, en mi comunidad nadie habla de esas cosas, una vez mi marido me ha dicho que ahora están inventando toda clase de cosas para que las mujeres sean libertinas ”(27,C,3)

“Creen que somos corrompidas, cuando alguna vez hablamos del condón o la T de cobre, a veces cuando hablamos de esto en el club de madres, las señoras mas mayores, nos miran bien feo, hasta nos amenazan con avisarles a nuestros maridos, incluso se enojan cuando asistimos al club de madres; no quieren mujeres jóvenes que hablan mucho, si asistes debes estar callada” (22,C,2)

Por lo común, no hay comunicación entre las mujeres y sus maridos acerca de la planificación familiar, de modo que las esposas creen que los maridos se oponen a ella cuando en realidad la aprueban; mostrando una actitud ambivalente, por una parte podrían estar interesados en utilizar algún método, pero no quieren asumir abiertamente la responsabilidad, esperan que la mujer tome la decisión.

“En mi casa mi marido me dice una cosa, pero cuando vamos alguna vez a la posta de salud, me dice otra cosa, me dice: Averigua como es esa T de cobre, pero es boca para afuera” (27,C,3)

“En el fondo, ellos también ya no quieren hijos, cuando ya somos muchos, pero no nos dicen, se enojan cuando hay que comprar mas pan, mas carne, mas azúcar, en mi ultimo embarazo me miraba bien triste, pero no me decía nada, tal vez solita voy a tomar una decisión” (39,C,4)

Otra actitud que resulto evidente, fue el temor a los efectos secundarios que provocan los anticonceptivos

“Nos provoca dolores de cabeza y de estomago, a veces tenemos hemorragias por nuestras partes, y nos duele la espalda y nos volvemos flacas” (25,C,3)

“Dicen que esa T de cobre es de fierro, como vamos a poner eso a nuestro cuerpo, con razón hay tantas enfermedades” (49,C,8)

“Esos productos químicos están echando a perder a la tierra, igualito nos están atacando a nosotras, con píldoras y otras cosas” (46,CC,6)

4.1.4 PRÁCTICAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE QUILLACOLLO, SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En relación a las practicas, se pudo percibir que los métodos naturales como el coitus interruptus, el Billings y el ritmo son frecuentemente utilizados por las entrevistadas, pero se encontró diversas interpretaciones en la manera de utilizarlos, que no siempre eran técnicamente correctas.

“Yo me cuido, conozco mis días de no embarazarme, pero igualito nomás me embarazo” (36,CC,5)

“Mucho depende del marido, a veces ellos no entienden, te obligan, te están forzando, grave se enojan cuando tu no quieres, y otra vez apareces embarazada, y tu marido te culpa, te grita, te dice porque no te cuidas...nadie les entiende” (43,C,5)

Algunas mujeres que usaban algún método de anticoncepción, revelaron que se sienten mas tranquilas, probablemente porque hacían reducir el temor de un embarazo.

“Desde que me han puesto la T de cobre, ya no me embarazo, son casi tres años que estoy sin guaguas” (25,C,3)

“Mi hermana que vive en Montero, se ha hecho poner T de cobre, hace cinco años se ha olvidado de tener hijos, tiene solo tres hijitos, y ahora vive feliz sin preocupaciones” (22,C,2)

Con demasiada frecuencia, los embarazos involuntarios ocurren porque el método de anticoncepción, se usó incorrecta o no sistemáticamente, se discontinuó el uso antes del momento indicado o porque el método elegido no era eficaz.

“Mi comadre ha estado tomando esas píldoras para no embarazarse, pero igualito nomás se ha embarazado”(39,C,4)

“La píldora es un problema, grave es cuando te has olvidado tomar un día, con tanta cosas que hay que hacer te olvidas hasta dos días...una vez he viajado hasta mi comunidad durante mas de una semana, me olvidado llevar

mis píldoras, y me embarazado...y lo peor es que nadie te dice como hacemos cuando tenemos estos problemas” (22,C,2)

Hay una notoria demanda de anticonceptivos inyectables en el puesto de salud y en las farmacias de Quillacollo, porque se cree “que la inyección es seguro y práctico para evitar el embarazo”, esta preferencia coincide con razones culturales ya expuestas en párrafos anteriores.

“Algunas mujeres preferimos la inyección, porque es mas seguro, la inyección te cura todo, solo que no tienes que fallar, a veces te vas a una farmacia o a una enfermera, para que te pongan tu inyección, y listo, hasta la otra fecha”

Con frecuencia, las mujeres equiparan su propia felicidad con la de su familia; por consiguiente, la influencia que tiene la planificación familiar en su hogar es esencial

“Ya no tenemos mas hijos, la platita nos alcanza, por eso también estamos ahorrando para ellos mismos, ahora podemos hacerles estudiar bien, queremos que entren a la normal para ser profesores, o a la universidad para ser algo en la vida, no como nosotros que nos hemos quedado como campesinos, sin siquiera haber acabado la primaria, por eso estamos ahorrando platita, es para su futuro, siempre les digo, que deben superarse”
” (42,C,6)

La reacción de los demás parientes puede ser crucial para las decisiones de planificación familiar y para la manera en que tales decisiones influyen en la calidad de la vida. Los esposos, los parientes políticos y otras personas pueden tener opiniones muy arraigadas contra el uso de algún método de anticoncepción.

“De mi, mi esposo y mi suegra grave me han reñido, no quieren saber siempre nada de píldoras o T de cobres, te vas ha morir me han dicho”(43,C,5)

“Nadie de mi familia me apoya, mi mama me ha dicho te vas ha morir si vas ha usar esas cosas, la fulanita de eso se ha muerto, me ha dicho, pero esa vecina se ha muerto por mal parto, solo su marido le ha atendido su parto, y ahí nomás se ha muerto, con la familia de mi marido no hablo nada, para ellos todo es pecado, son evangelistas” (31,C,4)

En muchas culturas, la condición de la mujer mejora al tener hijos. Así mismo, tener muchos hijos representa seguridad en la vejez, cuando los hijos mantienen a sus padres.

“Cuando tenemos hartos hijos, ellos nos ayudan en todo, también nos han de cuidar cuando seamos viejas, mi hijo el mayor se ha ido a la Argentina hace cinco años, y no se olvida de mi, sagrado me manda mi platita, mis otros hijos algunos ya trabajan ayudan mucho a mantener la casa; ahora estamos haciendo construir mas cuartitos y una sala grande, ellos están haciendo todo” (46,C,6)

Las mujeres no siempre pueden decidir cuándo van a tener relaciones sexuales, cómo van a tenerlas y cuál, si es que lo hay, método de anticoncepción o método de prevención contra las enfermedades van a usar.

“Dicen que ahora hay hartas enfermedades, de sus partes en los hombres y en las mujeres, dicen que se contagian por estar con otras mujeres que están enfermas, nosotras no sabemos como son estas enfermedades, por ahí estas contagiada y no sabemos, además nuestros maridos deciden todo, peor si están borrachos, te obligan nomás” (36,CC,5)

4.2 DISCUSION

Realizando un análisis de los resultados encontrados en relación a la planificación familiar, encontramos que los conocimientos, actitudes y prácticas entre el sistema formal y el tradicional están en armonía, otras aisladas y otras en choque.

Los programas de salud reproductiva y/o planificación familiar promueven estilos de vida que muchas veces se contraponen a la cultura andina, y como es lógico las mujeres de las comunidades del área rural, en algunos casos aceptan y en otras resisten y rechazan los mensajes que les llegan desde los sistemas externos de salud. Por lo tanto, estamos frente a otro problema de carácter dicotómico entre los sistemas médico tradicional y moderno. La medicina tradicional tiene su propio sistema de atención, sus categorías especiales para identificar sus enfermedades, su tecnología médica, y si somos suficientemente perceptivos, podremos descubrir un sistema de conocimientos subyacentes íntimamente ligado a su cosmovisión.

Por lo tanto, es probable que todavía no se comprenda que la salud tiene ver con otras dimensiones como es lo cultural, social y moral. Además, hay que entender que los sistemas médicos nacionales son también sistemas culturales y simbólicos, por lo tanto, resultaría imposible comprender los sistemas médicos, sin comprender el contexto cultural del que forman parte.

Aquí saltan profundas contradicciones entre el sistema médico tradicional y el sistema médico moderno. Efectivamente el hecho de que los curanderos traten de manera integral la enfermedad, y los médicos los hagan bajo ciertas especializaciones, no hay duda que la diferencia salta a la vista. Por lo tanto, son dos sistemas diferentes y que tienen su propia ideología, proceso terapéutico, instrumentos y propósitos. Aunque eso no implica que puedan ser irreconciliables.

La medicina científica es una práctica de orientación fundamentalmente urbana, en cuanto que allí se encuentran sus principales estructuras de enseñanza y

aplicación. Sin embargo, la medicina tradicional es un conjunto de creencias y prácticas referentes a la concepción y el tratamiento de las enfermedades, y se sustenta en la sabiduría tradicional preservada desde épocas prehispánicas.

Existe una línea divisoria, una frontera impermeable entre ambas: la medicina académica está amparada por ley, se estudia en escuelas superiores y requiere títulos. La medicina tradicional no es amparada por la ley, no necesita estudios, ni necesita títulos para ser ejercida.

En estas comunidades se encuentran asentadas poblaciones con profundas raíces socioculturales de tradición ancestral que se manifiestan en su cosmovisión (sistema de creencias), uso de costumbres (identidad cotidiana) y en su moral y ética, que difiere de los sistemas culturales modernos de nuestra sociedad.

En las comunidades campesinas no siempre estos métodos, técnicas y servicios contribuyen al bienestar reproductivo y menos a la demanda de servicios, en primer lugar, porque son ajenos a las prácticas terapéuticas de los pobladores, en segundo, porque no respetan la medicina tradicional relacionada a la salud reproductiva y menos toman en cuenta la sabiduría tradicional.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

"Nuestros hijos nacen, eso es todo. A veces, me siento tan triste. Él también dice, ¿qué vamos a hacer? Dios debe querer que tengamos más hijos. Y así es como es."

Las percepciones, conocimientos actitudes y practicas que están en armonía, como el reconocimiento de la importancia de la planificación familiar y su relación con el bienestar de la madre y el niño, así como el conocimiento que tienen sobre las virtudes de algunos métodos de anticoncepción, pueden influir positivamente para la utilización de los servicios; sin embargo las percepciones, actitudes y practicas que están aisladas o en contraposición en los dos sistemas como el trato interpersonal inadecuado de parte del personal para con las usuarias, la deficiente información, la poca importancia que le dan a su salud, restringen la predisposición que podrían tener las mujeres para acudir a los servicios de salud para la atención de la planificación familiar.

Es evidente que las mujeres reconocen la importancia y los beneficios de la planificación familiar, sin embargo aún persisten la desconfianza, temor, inseguridad para la adecuada utilización de los servicios de planificación familiar, por la deficiente información y difusión de este programa a las usuarias.

Si bien existe el reconocimiento de la necesidad de la planificación familiar, la misma genera contradicciones y conflictos en las relaciones de pareja en el momento de tomar una decisión. Existen determinadas maneras de interpretar, percibir y vivir el uso de los métodos anticonceptivos de parte de las mujeres y las parejas, que corresponden a una visión del mundo andino, donde se evidencia que son valores fundamentales la fertilidad y la capacidad de procrear muchos hijos, los cual no se encuentran en armonía con las concepciones del sistema formal de salud.

Existen factores culturales de resistencia a la planificación familiar, bajo la creencia que los distintos métodos de anticoncepción, generan enfermedades y molestias a la mujer y a sus hijos. Se suma a este hecho que el número de hijos en el campo, está fuertemente asociado a los requerimientos de fuerza de trabajo para las labores agrícolas y ganaderas.

La resistencia cultural para que las mujeres no acudan a los centros de salud, está asociada a las mismas usuarias, al esposo, a la familia, a los prestadores formales de salud y a las condiciones ambientales de los establecimientos de salud.

La estructura familiar campesina, tiene soportes de tipo “patriarcal”, por ello los varones no conciben como lógico ni racional las campañas de planificación familiar, porque estas se presentan como un gran obstáculo para ejercer su sexualidad dentro de lo establecido por su cultura y mantener la tradición cultural de procrear hijos libremente, aún cuando la pobreza los agobie cada vez más.

El personal de salud es visto étnicamente distante y ajeno a ellas, muchas veces no hablan el idioma ancestral (quechua) ni se identifican culturalmente con las mujeres campesinas, por tal razón, tienen miedo, desconfianza, vergüenza a ser “tocadas”. Por otra parte, la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud, son inadecuados desde el punto de vista cultural; no resguardan la intimidad, en consecuencia no inspiran “confianza”. Algunas nos refirieron que cuando recurren a los servicios de salud, los encuentran cerrados, que es frecuente la inexistencia de medicamentos, y que no se sienten bien atendidos por el personal.

Ellas, sienten que son tratadas como simples objetos, el personal de salud toma acciones para ayudarlas, capacitarlas, educarlas, alfabetizarlas, darles alimentos, darles medicamentos y métodos anticonceptivos, sin tomar en cuenta sus conocimientos, sus opiniones y expectativas, así como la posibilidad de ejercer control por si mismas y tomar decisiones sobre su propia salud.

La gran mayoría de las mujeres desean ser atendidas por mujeres, recibir más respaldo emocional, e información acerca de los métodos anticonceptivos y respecto a los efectos colaterales.

Por otra parte, los métodos naturales de planificación familiar se adecuan más a sus costumbres y conocimiento empírico, se pudo percibir que los métodos naturales como el coitus interruptus, el Billings y el ritmo son frecuentemente utilizados por la población, pero se encontró diversas interpretaciones en la manera de utilizarlos, que no siempre eran técnicamente correctas.

Existe un gran temor y resistencia cultural contra la inserción de objetos extraños en el cuerpo, un temor que condiciona, entre otras situaciones, conceptos erróneos relacionados al DIU, en el entendido que causa cáncer y otras enfermedades, y del rechazo después de la inserción.

Sin embargo algunas mujeres, consideran al DIU como un método de planificación familiar ampliamente ventajoso, por ser menos costoso, más seguro y durable. De la misma manera los anticonceptivos inyectables son aceptados en varias mujeres, esta preferencia coincide con razones culturales ya expuestas, o porque se cree "que la inyección cura todo" y es más práctica.

5.2 RECOMENDACIONES

Se debe cumplir con uno de los principales pilares de la Constitución Política del Estado: Bolivia es un país plurilingüe y multicultural, incorporando los conocimientos, actitudes, y practicas de las mujeres de las áreas rurales, en todos los procesos de formulación y aplicación de políticas y en la prestación de servicios, en particular de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia.

El enfoque del programa de salud sexual y reproductiva, no solo debe hacerse desde la perspectiva gubernamental, sino también desde la óptica de la cosmovisión andina, que inevitablemente es la filosofía de la vida en las comunidades rurales.

Se debe realizar un proceso educativo, dada la diversidad cultural del país y la importancia que las políticas de gobierno dan al rescate y la dinamización de los valores culturales propios, se requiere de un enfoque pedagógico integracionista, que logre conjuncionar la medicina tradicional y la moderna, para desarrollar en el recurso humano actitudes, acordes a las verdaderas necesidades de las comunidades.

El acercamiento entre la medicina tradicional y académica, implica compartir conocimiento, actitudes, practicas, entre las dos medicinas, para que las mujeres, tomen un rol activo en prácticas de prevención y seguimiento, prácticas que implican a la vez educación y empoderamiento de ellas mismas.

Los esfuerzos deben contribuir, a la comprensión de la salud reproductiva y la sexualidad femenina como algo universal, que es compartido por todas las mujeres, pero también algo particular, que es vivido por cada grupo de mujeres, e incluso por cada mujer, en su propia manera, en función de su realidad cultural, su posición étnica y de clase, y su propia experiencia de vida.

Recomendamos que la capacitación a las mujeres, debe tener una sustentación integral, para que ellas entiendan y atiendan sus propios cuerpos y procesos reproductivos, y para que tomen co-responsabilidad y decisión sobre su salud a nivel personal y también a nivel institucional y político.

Existe la necesidad de trabajar más la auto-estima de las mujeres, como piedra fundamental para toda acción de capacitación y transformación dentro de un contexto económico, social y cultural que discrimina a la mujer, para lograr cambios de actitud y comportamientos culturales, haciéndola conocer sus derechos como trabajadora, como

ciudadana, como mujer; logrando conseguir una inserción social amplia.

Trabajar solamente con mujeres no soluciona sus problemas, ya que en algunas instancias crea más conflictos para ellas. Por tal razón, se debe incorporar a los varones, compañeros o esposos de las mujeres, en ciertas dimensiones de los procesos de aprendizaje y cambio, y también a dirigir esfuerzos específicos a grupos de jóvenes de ambos sexos.

La planificación familiar, tiene que ser autentica (que parta de las propias familias) y autosostenida (que se difunda de generación en generación). En primer lugar, es indispensable informar a las pacientes potenciales, así como a sus parejas, respecto a los beneficios de la planificación familiar y promover una reflexión sobre el significado de la familia, el bienestar y los derechos en cuanto a su salud sexual y reproductiva. Luego, es necesario hacerles conocer respecto a los principales métodos anticonceptivos, tanto naturales como artificiales, la forma de uso, la efectividad de cada uno, y la manera de acceder a ellos. Así, todos estos elementos, habrán hecho posible una decisión desde la propia familia respecto de la necesidad de planificar su tamaño y la forma en que ello será llevado a cabo.

La pluriétnicidad y la multiculturalidad de Bolivia aportan matices especiales a los procesos de construcción de conocimiento. Aquí se cuenta con una gran riqueza de información. En el contacto y convivencia de los grupos sociales e individuos, los distintos puntos de vista tienden a integrarse. El contacto e intercambio entre distintos sistemas de conocimientos o culturas producen nuevos conocimientos mejor adaptados y más útiles a nuevas condiciones de vida en situaciones de cambios sociales y ambientales, que indudablemente han de favorecer a la salud.

Finalmente debemos entender, que el contexto sociocultural que identifica a todos los habitantes de nuestra nación, es la riqueza natural mas grande que poseemos, esta riqueza debe servirnos como fuente fundamental, para fortalecer nuestra estructura,

de valores, principios, acordes a la esencia de nuestra sociedad. La salud es el reflejo de un país, que en el futuro nos midan por nuestra propia calidad de vida, no por muertes maternas que ocurren, por no respetar nuestros principios y valores.

"Nuestros hijos nacen, eso es todo. A veces, me siento tan triste. Él también dice, ¿qué vamos a hacer? Dios debe querer que tengamos más hijos. Y así es como es."

BIBLIOGRAFÍA

Royston, E. y Armstrong, S. *Prevención de la mortalidad materna*. Organización Mundial de la Salud (OMS) (1991).

UNICEF. Para la vida: *Un Reto de Comunicación*. Inglaterra: P&LA (1993).

UNFPA: *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo 1994.

Banco Mundial, FNUAP, OMS, PNUD. *Las conferencias mundiales sobre los Derechos Humanos (Viena 1993), sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994) y sobre Mujeres (Beijing, 1995), Ginebra, 1996*.

Banco Mundial, FNUAP, OMS, PNUD. *Diagnostico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia*, Ginebra, 1996

Organización Panamericana de la Salud. *La Salud Reproductiva: Concepto e Importancia*. Washington: OPS. Serie PALTEX N° 39. 1996.

Camacho A, Rueda J, Ordóñez E. *Las Mujeres de El Alto se Descubren a sí Mismas: Impacto de la Regulación de la Fecundidad sobre la Estabilidad de la Pareja, la Sexualidad y la Calidad de Vida*. Research Triangle Park, NC: Family Health International and Proyecto Integral de Salud, 1997.

Condori Guerra Teresa. *Nivel de conocimientos sobre riesgos en la salud reproductiva y factores que influyen en mujeres en edad fértil de la ciudad de Potosí, Bolivia*. 1998.

De la Quintana Claudia. *Perspectivas de género y barreras en la accesibilidad a servicios de salud. El caso de los servicios de salud reproductiva en la ciudad de El Alto*. CIDES/UMSA. El Alto, La Paz, Bolivia. 1995-97.

Zambrana T José E., Reynaldo Centellas, Donna R. McCarraher, Patsy Bailey. *Impacto de los conocimientos, actitudes y comportamiento del hombre acerca de la regulación de la fecundidad en la vida de las mujeres en Cochabamba*. COOPI, FHI. Cochabamba, Bolivia, 1996

CIES, Universidad de Georgetown-Promotores Agrícolas. *Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en el municipio de Zudañez, Chuquisaca*. Zudañez, Sucre, Bolivia, 1996.

CIES, FHI. *Estudio Cualitativo Sobre Aceptabilidad de Métodos Anticonceptivos Reversibles*. La Paz, Oruro, Bolivia, 1996-97.

Castro María Dolores y Juana Huanca. *Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y la diarrea infantil, en la ciudad de El Alto (Distritos I & II)*. CARE/Bolivia, CIES. La Paz, el Alto, Bolivia, 1995-96.

Frías Jacqueline. *Fecundo – Creo Vida. La mujer y el varón migrante en la Comunidad de Milluni Bajo de la Ciudad de El Alto*. El Alto, Bolivia, 1998

Barrantes, Rodrigo. *Investigación: Un camino al conocimiento, un enfoque cuantitativo y cualitativo*. – 1ª. Ed. – Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia, 1999.

Net Work, en Español: *Distribución Comunitaria*, La Paz, Bolivia, 1999

Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas. *Derechos Reproductivos de la mujer en Bolivia: Un Informe Sombra*. New York, U.S.A.2001

Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS), *Unidad de Atención a las Personas, Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 1999–2002*,

ENDSA, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, La Paz, Bolivia, 2003

Population Council. *Mejorar la Salud Reproductiva en Bolivia*, La Paz, Bolivia, 2004

Sánchez Susana y Kenia Ricaldi. *Efectos de un programa de capacitación dirigido a hombres en la demanda de servicios anticonceptivos*, Cochabamba. Bolivia, 2004

Saldaña Oscar Fernando, Lucio Lantaron Núñez. *Mejores prácticas de salud sexual y reproductiva para las mujeres en edad fértil*, La Paz, Bolivia, 2003

Claure Patricia. *Capacitación y supervisión para mejorar la calidad de la orientación en salud sexual y reproductiva*, Bolivia, 2003

King Ering, Echave Silvia. *Conocimientos e Impedimentos de los Métodos Anticonceptivos: Las Mujeres del Centro de Salud en Cerro Verde, Cochabamba*, Bolivia, 2003

Ministerio de Salud y Deportes. *Politica de Salud Nacional, Salud un Derecho y Una Responsabilidad de Todos*, Bolivia, 2004

Ministerio de Salud y Deportes. *Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Bolivia*, La Paz Bolivia. 2004

Patscheider Graf Gloria. *Relaciones de genero: Factor Determinante en la Vida y la Salud de las Mujeres*, La Paz, Bolivia, 2004

Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres: *Salud, Cultura y Género: ¿Cómo mejorar la salud sexual y reproductiva en un país multicultural?.* Lima, Perú, 2004

A N E X O S

ANEXO No 1



ANEXO No 3

Percepción, conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres de Quillacollo, sobre la planificación familiar.

1. ¿Es importante tener hijos? ¿Por qué?
2. ¿Cuántos hijos te gustaría tener?
3. ¿Que haces para no tener hijos?
4. ¿Conoces algunos métodos naturales para no tener hijos? ¿Cuáles?
5. ¿Conoces algún servicio de planificación familiar?
6. ¿Que métodos de planificación familiar conoces?
7. ¿Utilizas algún método de planificación familiar? ¿Cuál de ellos?
8. ¿Tu pareja y tu familia te apoyan para que utilices estos métodos?
9. ¿Como influye en tu vida el uso de los métodos de planificación familiar?
10. ¿Sabes si estos métodos producen complicaciones? ¿Cuáles?
11. ¿En tu comunidad se da esta clase de información?
12. ¿Quien les da esta información?
13. ¿Si te han atendido en un establecimiento de salud ¿Qué es lo que mas te ha gustado? ¿qué es lo que mas te ha molestado?
14. ¿Quienes quieren que te hablen de la planificación familiar ¿el personal de salud? ¿la partera? ¿los lideres de la comunidad? ¿Por qué?
15. ¿Sabes que todos los métodos de planificación familiar son gratuitos?

ANEXO No 4

CODIGOS ASIGNADOS A LAS PARTICIPANTES EN LOS GRUPOS FOCALES

GRUPO FOCAL 1

22,C,2	Mujer de 22 años, casada, dos hijos
31,CC,4	Mujer de 31 años, concubina, cuatro hijos
25,C,3	Mujer de 25 años, casada, tres hijos
29,S,2	Mujer de 29 años, soltera, dos hijos
42,C,6	Mujer de 42 años, casada, seis hijos
39,CC,6	Mujer de 39 años, concubina, seis hijos
47,C,5	Mujer de 47 años, casada, cinco hijos
38,CC,6	Mujer de 38 años, concubina, seis hijos

GRUPO FOCAL 2

27,C,3	Mujer de 27 años, casada, tres hijos
43,CC,7	Mujer de 43 años, concubina, siete hijos
33,S,3	Mujer de 33 años, soltera, tres hijos
45,C,6	Mujer de 45 años, casada, seis hijos
30,CC,4	Mujer de 30 años, concubina, cuatro hijos
49,C,8	Mujer de 49 años, casada, ocho hijos
20,S,1	Mujer de 20 años, soltera, un hijo
44,C,5	Mujer de 44 años, casada, cinco hijos

GRUPO FOCAL 3

36,CC,5	Mujer de 36 años, concubina, cinco hijos
41,C,6	Mujer de 41 años, casada, seis hijos
23,S,2	Mujer de 23 años, soltera, dos hijos
49,CC,7	Mujer de 29 años concubina, siete hijos
43,C,5	Mujer de 43 años, casada, cinco hijos
19,S,1	Mujer de 19 años, soltera, un hijo
39,C,4	Mujer de 39 años, casada, cuatro hijos
46,CC,6	Mujer de 46 años, concubina, seis hijos

GLOSARIO

Las percepciones serán entendidas como un conjunto de apreciaciones sobre la salud reproductiva, pero resignificadas subjetivamente por las experiencias. Pero, es importante señalar que todos estos sistemas culturales tiene un sustento ideológico, y de acuerdo a estos presupuestos es que actúan los miembros de esta comunidad.

CONOCIMIENTO: Acción y efecto de conocer. Entendimiento, inteligencia, razón natural.

PERCEPCION: Acción y efecto de percibir.

PERCIBIR: Recibir por uno de los sentidos las impresiones exteriores. Conocer una cosa.

ACTITUD: Postura del cuerpo, disposición de ánimo.

ÁNIMO: Valor, energía, esfuerzo. Intención, voluntad.

PRÁCTICA: Ejercicio de un arte o facultad. Destreza adquirida en este ejercicio. Uso, costumbre. Método que observa cada uno en sus operaciones.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: Se define como el derecho que tienen las personas y parejas de decidir responsable y libremente el número de hijos que quieren tener y cuando tenerlos