

Emilia Calisaya

Voces de mujeres de Ancash

Género y Salud Reproductiva



Emilia Calisaya

*Voces de mujeres de Ancash
Género y Salud Reproductiva*



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

Corrección de estilo: Mariella Sala
Foto de carátula: Foto Estudio Luciano
Foto de contracarátula e interiores: Equipo Regional de Ancash y Banco de Fotos - ReproSalud
Impresión: Línea&Punto S.A.C.
ISBN No 9972-763-32-3
Depósito legal No 1501362004-5287
Primera edición: junio de 2004

Esta publicación fue realizada con el apoyo técnico y financiero del Proyecto ReproSalud, Salud Reproductiva en la Comunidad, bajo los términos del Convenio Cooperativo N° 527-A-00-95-00372-00, entre el Movimiento Manuela Ramos y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID-Perú. Las opiniones expresadas en este documento son de la autora y no necesariamente reflejan el punto de vista de USAID.

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	7
I. METODOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS DE LAS COMUNIDADES Y MUJERES PARTICIPANTES	9
II. RESULTADOS DE LOS AUTODIAGNÓSTICOS	13
1. Relaciones de género	13
Recomendaciones para el MINSA	18
2. Concepciones de bienestar, salud y enfermedad	20
Recomendaciones para el MINSA	22
3. Principales problemas de Salud Reproductiva seleccionados en los autodiagnósticos	23
3.1. Descensos vaginales o agua blanca	23
Recomendaciones para el MINSA	30
3.2. Muchos hijos	32
Recomendaciones para el MINSA	38
3.3. Sufrimiento en el parto	40
Recomendaciones para el MINSA	46
4. Relación con los servicios de salud	48
Recomendaciones para el MINSA	53
III. LOS APORTES DE REPROSALUD EN ANCASH	55
1. ¿Cómo se realiza el trabajo de ReproSalud?	55
2. Cambios logrados por el Proyecto ReproSalud	60
2.1. Logros educativos al término de los talleres de capacitación	60
2.2. Cambios en prácticas y conocimientos	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72

INTRODUCCIÓN

El Proyecto ReproSalud (Salud Reproductiva en la Comunidad) es un convenio de cooperación de 10 años (1995-2005) entre la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID-Perú) y el Movimiento Manuela Ramos, organización no gubernamental peruana dedicada a la promoción y defensa de los derechos de las mujeres. Manuela Ramos es responsable de su ejecución y conducción.

ReproSalud ha trabajado en un total de 193 distritos ubicados en nueve de los 24 departamentos del Perú: Ancash, Ayacucho, Huancavelica, Puno, La Libertad, Lima, San Martín, Ucayali y Huánuco. La selección de estos departamentos, a excepción de Huánuco (donde se empezó a trabajar en el año 2003), se hizo a inicios del proyecto y respondió a una estrategia de USAID para asegurar la sinergia mediante la intervención en los mismos ámbitos donde se encontraba el Proyecto 2000, proyecto bilateral del MINSA y USAID, que tenía como objetivo mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud materna e infantil ofrecidos por el Ministerio de Salud.

En el departamento de Ancash el Proyecto ReproSalud se inició en 1996. Su ámbito de intervención, hasta mayo de 2004, lo constituyen 26 distritos de nueve provincias: Huari, Carlos F. Fitzcarrald, Mariscal Luzuriaga, Pomabamba, Huaylas, Yungay, Carhuaz, Huaraz y Recuay. Para realizar este trabajo se han seleccionado 56 organizaciones comunitarias de base de mujeres (OCBs). Estas organizaciones, contrapartes del Movimiento Manuela Ramos para desarrollar el proyecto ReproSalud, han realizado autodiagnósticos en salud reproductiva con el objetivo de reflexionar sobre sus problemas en este tema y seleccionar el que consideran más importante y desean trabajar con el apoyo de ReproSalud.

El presente documento, **Voces de mujeres de Ancash**, presenta los hallazgos de los autodiagnósticos de salud reproductiva

realizados por mujeres de 32 organizaciones comunitarias contrapartes del departamento de Ancash. Al final de cada acápite se incluyen recomendaciones dirigidas al personal de salud del Ministerio de Salud (MINSA) que surgen de lo expresado por las mujeres. El último capítulo resume los logros del Proyecto ReproSalud.

Nuestro objetivo es contribuir a que el personal de salud de Ancash cuente con mayores elementos para comprender la lógica con la que piensan y actúan las mujeres respecto a su salud y tenga mayores conocimientos sobre sus concepciones, prácticas y costumbres relacionadas con su salud reproductiva. Pensamos que ello favorecerá la construcción de puentes entre la oferta y la demanda de servicios de salud para elaborar y desarrollar estrategias conjuntas que respondan a las necesidades de salud reproductiva de las mujeres.

Para la elaboración de la presente publicación se ha tomado como referencia, además de los autodiagnósticos, el informe de sistematización elaborado por la antropóloga Patricia Hammer y la experiencia personal de cada integrante del equipo regional que participó en todos los procesos desarrollados. Asimismo, en el último capítulo se incluyen los resultados de la evaluación intermedia del Proyecto ReproSalud. La supervisión y edición final del documento estuvo a cargo de Carmen Yon, Asesora de Investigación.

Haciendo un análisis de lo vivido en cada uno de los autodiagnósticos, podemos manifestar que no hubiera sido posible obtener toda la información necesaria sin el apoyo y asesoramiento continuo de la sede central, y sobre todo, sin el aporte y sabiduría de las mujeres del Callejón de Huaylas y de Conchucos, quienes junto al equipo regional lograron una grata y enriquecedora convivencia; todas ellas son protagonistas en la elaboración de este documento y para ellas va mi más sincero reconocimiento.

Emilia Calisaya Medina
Coordinadora del Equipo Regional de Ancash
Movimiento Manuela Ramos-ReproSalud

I. METODOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS DE LAS COMUNIDADES Y MUJERES PARTICIPANTES

Los autodiagnósticos son procesos de investigación cualitativa en los cuales las mujeres tienen un espacio para reflexionar sobre sus conocimientos, concepciones, prácticas y costumbres respecto a su cuerpo y su salud reproductiva, las que usualmente permanecen invisibles frente a los ojos de los proveedores de salud debido a que ellos parten de otras perspectivas y conocimientos. Los autodiagnósticos permiten identificar y priorizar los problemas de salud reproductiva que más les afectan a las mujeres de las comunidades donde trabajamos. Asimismo, son espacios en los que ellas reflexionan sobre sus relaciones de género y el modo en que éstas afectan su salud reproductiva.

Haciendo uso de técnicas participativas, los autodiagnósticos se desarrollan en las OCBs contrapartes durante cinco sesiones de tres horas; cada una con un promedio de 20 a 25 participantes. Las sesiones se realizaron en las mismas comunidades, negociando horarios y hablando en su propia lengua, es decir en quechua. Se realizaron trabajos en grupos pequeños de cinco a seis participantes, para luego socializar las reflexiones de las mujeres en plenarias. Finalmente, las mujeres eligen los problemas de salud reproductiva más importantes en su comunidad.

En el período 1996-2000 se han desarrollado 32 autodiagnósticos en 6 provincias y 12 distritos de Ancash. La mayor parte de éstos se han desarrollado en el Callejón de Conchucos: Carlos Fermín Fitzcarrald (San Luis), Huari (Chavín de Huantar, San Marcos, Huantar y Huari), Yungay (Yanama). Los otros se realizaron en el Callejón de Huaylas; Huaraz (Olleros, Taricá y Pira), Carhuaz (Marcará y Shilla) y Huaylas (Santa Cruz). Los distritos de intervención donde se realizaron los autodiagnósticos tienen, en su mayoría, un elevado porcentaje de hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha, siendo éste de 70% o más.

En los autodiagnósticos realizados han participado un total de 629 mujeres, cuyas características se describen a continuación.

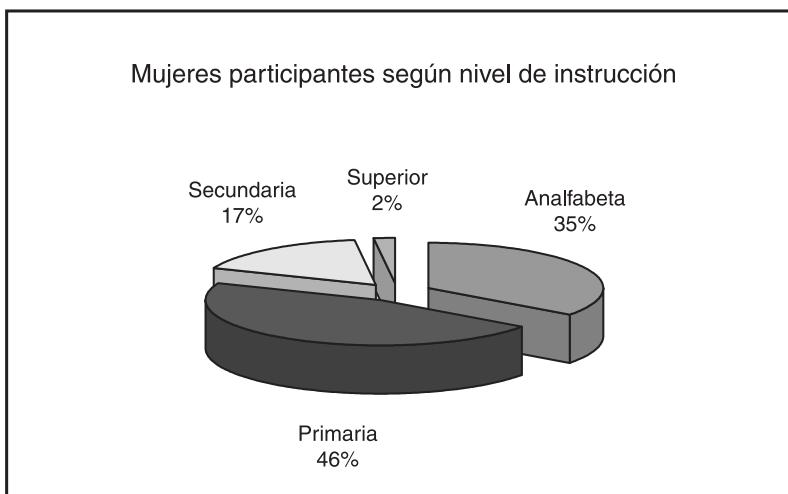
Edad

El mayor número de mujeres que participaron está entre los 21 y 40 años de edad, correspondiendo al 58.4% del total de las participantes. El 8.8% tienen entre 14 y 20 años, 14.4% entre 41 y 49 años, y el 18.3%, más de 50 años.

Rango de edades	Porcentaje
14 a 20 años	8.8%
21 a 30 años	31.1%
31 a 40 años	27.3%
41 a 50 años	14.4%
50 a más años	18.3%
TOTAL	100.0%
Número	629

Nivel educativo

El 35% de las participantes son analfabetas, el 46% tiene algún grado de primaria, 17% alcanzó algún grado de secundaria y el 2% tiene educación superior.



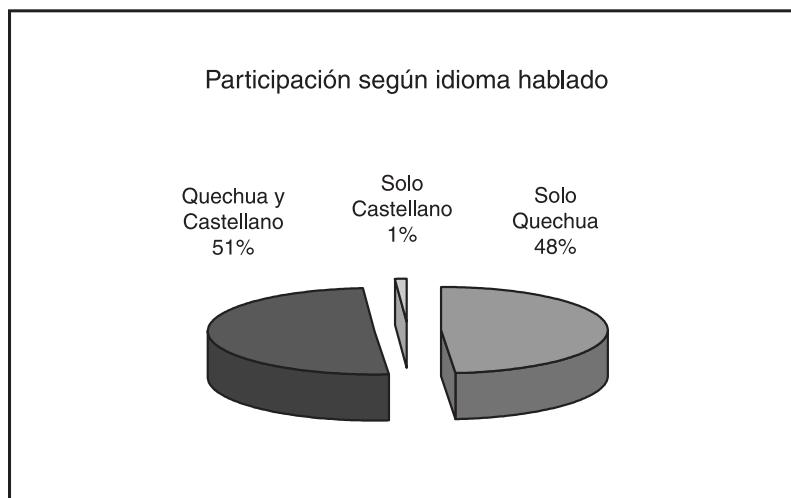
Número de hijos

El 6% de las participantes no tenía ningún hijo, 27% tenía de uno a dos hijos y el mismo porcentaje, de tres a cuatro hijos; 17% tenía de cinco a seis hijos y 22% más de seis hijos. Del total de mujeres que participaron, 44% tenía de tres a seis hijos.

Número de Hijos	Porcentaje
Sin hijos	5.9%
1 a 2 hijos	27.2%
3 a 4 hijos	27.1%
5 a 6 hijos	17.3%
Más de 6 hijos	22.4%
TOTAL	100.0%

Idioma

De las participantes, el 48% habla solamente quechua, el 51% habla quechua y castellano, y el 1% sólo castellano.



Métodos anticonceptivos

El 49% de las mujeres no usaba ningún método anticonceptivo. Las mujeres que participaron en los autodiagnósticos manifestaron utilizar los diferentes métodos anticonceptivos, el 32% usaba el método del ritmo, el 7% la ligadura de trompas, el 6% inyectables, el 3% la T de cobre y el 1% la píldora. El 1% estaba embarazada.

II. RESULTADOS DE LOS AUTODIAGNÓSTICOS

Los autodiagnósticos desarrollados en las comunidades de Ancash han permitido a las mujeres reflexionar y analizar sus propios problemas de salud reproductiva, sus causas, consecuencias y rutas seguidas para prevenirlos y enfrentarlos. A continuación presentamos los hallazgos más importantes de los autodiagnósticos en lo referente a: relaciones de género, concepciones de bienestar, salud y enfermedad, principales problemas de salud reproductiva reconocidos por las mujeres y la relación de éstas y los servicios de salud.

1. RELACIONES DE GÉNERO

Las relaciones de género de las mujeres de Ancash que realizaron los autodiagnósticos expresan grandes inequidades y una marcada división de roles de género asociada a las expectativas que tienen hombres y mujeres de los roles y responsabilidades que deben desempeñar las mujeres en la familia durante todo el curso de su vida. Así, refieren que las mujeres prefieren tener una hija mujer porque las ayudarán en los quehaceres domésticos, mientras los esposos prefieren hijos varones para que sirvan de ayuda en las labores de la chacra, consideradas tareas masculinas. Asimismo, algunas mujeres relacionan el nacimiento de una hija mujer con su experiencia personal de vida donde predomina el sufrimiento, el abandono y la falta de apoyo.

Roles y responsabilidades de mujeres y varones

El principal papel que las mujeres mencionan desempeñar es el de velar por el bienestar del hogar; es decir, cuidar a los demás, como a sus niños y a otros miembros de la familia. Desde la niñez se van socializando para asumir roles domésticos como limpiar, cocinar y lavar. Muchas de ellas pasan mayor tiempo con mujeres mayores quienes las orientan a que las imiten en las labores que realizan en el hogar y asumir responsabilidades como el cuidado de los hermanos menores.

Las mujeres, además de asumir estas responsabilidades, apoyan al esposo en el cultivo de la tierra, crianza y alimentación de los animales, también en la venta de productos de consumo doméstico, venta de animales menores, venta de abarrotes o venta de chicha. Por todas estas labores que asumen, las mujeres no descansan lo suficiente. No obstante, este esfuerzo no es muy valorado por los varones, debido a que el aporte monetario de las mujeres es menor al que ellos realizan a través de sus actividades.

“Las mujeres trabajamos más que el varón, por ser mujer tienes mas preocupaciones, sufres más. (Ullmay, Marcará)

“El papá prefiere el hijo varón para que le ayude en la chacra, dicen que las mujercitas nacen para cocineras. (Canchabamba, San Luis)

“Donde vamos estamos preocupadas, qué voy a cocinar, diciendo vamos. En cambio, los hombres están andando con paciencia, paran tomando y no tienen preocupación de nada. (Ullmay, Marcará)

El porcentaje de mujeres analfabetas de Ancash alcanza el 18.5% (ENDES 2000) y como en los otros departamentos del país, éste es mayor en las zonas rurales. Esta situación tiene sus orígenes en la discriminación de género y la inapropiada aplicación de metodologías educativas en zonas rurales, donde la mayoría de la población, y especialmente las mujeres, habla quechua pero la educación no es bilingüe. En el hogar, el varón privilegia la educación del hijo varón y no valora la educación de la mujer porque considera que su rol principal es el reproductivo y doméstico.

“No sabemos hablar castellano, no sabemos leer, nuestros papás decían que no debíamos de ir al colegio porque solo aprenderíamos a mandar cartas al muchacho. (Canchabamba, San Luis)

Respecto a la educación de los hijos, las mujeres manifiestan el deseo que sus hijas estudien y lleguen a ser profesionales, pero mencionan con pesar que esto, en la mayoría de los casos, lo decide el esposo y que la falta de dinero y oportunidad no les permite cumplir con estas aspiraciones. Por otro lado, mencionan que las hijas mujeres sufrirán mucho en la vida si no aprenden a cuidar de sus hijos, de su esposo y de la casa. Consideran que una mujer es feliz cuando se encuentra en la etapa de la soltería porque no tiene responsabilidades ni obligaciones.

“Algunas no hemos ido a la escuela, ahora lloramos y maldecimos a nuestros papás por lo que no nos pusieron al colegio. (Huaripampa Bajo, San Marcos)

“Cuando estamos solas estamos alegres, cuando tenemos hijos ya no, porque no nos alcanza la plata para comer. (Canchabamba, San Luis)”

Los padres aprecian la virtud de ser trabajador(a) sin hacer distinciones entre niños y niñas. Como parte de la socialización de los niños(as) en la comunidad, los adultos les expresan cariño y aprobación cuando son activos y laboriosos; mientras que, por el contrario, castigan la ociosidad.

Mujeres y varones son criados para asumir responsabilidades laborales diferenciadas en el sostenimiento del hogar. Los varones, desde niños, son orientados para tener la responsabilidad de conducir las labores agrícolas, ser jefes del hogar y ser elegidos como autoridades en la comunidad. Mientras tanto, a las mujeres se le socializa para realizar las tareas del hogar, apoyar las labores agrícolas y a su esposo en las actividades económicas o las responsabilidades comunales que asuma. Cabe mencionar, sin embargo, que las mujeres también realizan actividades económicas y comunitarias independientemente de su esposo, pero éstas suelen ser consideradas de menor importancia.

Sexualidad

Las mujeres mencionan no recibir información sobre temas de sexualidad por considerar que se trata de un tema prohibido, pecaminoso, y por tanto, muy difícil de abordar. Sin embargo, a la vez, expresan cierto pesar por no haber tenido la oportunidad de hablar de estos temas antes, lo que les ha ocasionando muchos temores y preocupaciones desde que eran jovencitas, especialmente en lo que respecta a su primera menstruación y los embarazos no deseados, siendo este último un problema que destacan como importante en diferentes etapas de su ciclo de vida.

De acuerdo a la ENDES 2000, en Ancash el 14.6% de las mujeres entre los 15 y 19 años ya son madres y el 1.6% está embarazada por primera vez. Si bien no se cuenta con cifras desagregadas por área de residencia a nivel departamental, podemos presumir que estas cifras son mayores en las zonas rurales de Ancash, ya que a nivel nacional el porcentaje de madres adolescentes es tres veces mayor en las zonas rurales con respecto a las zonas urbanas. En los autodiagnósticos las participantes expresan que inician sus relaciones sexuales entre los 14 y 15 años de edad. En algunos casos, estas relaciones son voluntarias, pero en otros, son producto de una violación.

Toma de decisiones

Las mujeres se encuentran en una clara desventaja frente a los hombres respecto a la libertad para tomar decisiones que afectan su vida, cuerpo y salud. Muchas veces los varones impiden que las mujeres no acudan a los servicios de salud para planificar su familia y controlar su embarazo. Asimismo, a causa de la oposición de los varones, las mujeres tienen dificultad para participar en las reuniones que tienen con las demás mujeres en la comunidad.

A veces los esposos no entienden, les explicamos para ya no tener más hijos, ellos nos dicen yo tengo mujer para tener hijos y no por gusto.
(Huaripampa Bajo, San Marcos)

“A algunos hombres no les interesa nada, si estás bien o mal es igual, dicen: ‘otras andan valientes tú eres una fingidora, caminando vas a dar a luz como otras mujeres’. (Paltash, Marcará)

Maltrato

En todos los autodiagnósticos realizados se mencionan casos de maltrato físico por parte del esposo. Se describe que estas situaciones ocurren cuando la mujer no cumple con “sus” obligaciones (los quehaceres del hogar), cuando el esposo está celoso o cuando se encuentra ebrio. Las mujeres difícilmente denuncian el maltrato. Cuando intervienen sus familiares para defenderlas, las mujeres no permiten que éstos la separen de su esposo, porque temen no poder asumir solas las responsabilidades económicas con sus hijos.

“Nos maltrata porque no hacemos las cosas de la casa. (Marcará, Carhuaz)

“Agarrándonos del pelo nos pega arrastrándonos. (Tzactza, Santa Cruz)

“Cuando nos pegan, el golpe se sana, pero si nos insultan queda grabado para siempre. (Marcará, Carhuaz)

Las mujeres refieren que esta situación se repite una y otra vez, a pesar que cada vez que el esposo les pega, les promete que no volverá a suceder. Algunas mujeres piensan que nacieron para sufrir y que es el futuro también de sus hijas.

“Cuando nos pegan no les contestamos, lloramos nomás, con la cólera ni comemos, decimos: ‘será mi destino’. (Mallquibamba, San Luis)

“Ahora ya no te voy a pegar, nos dice, y después se olvida. (Chuyo, San Marcos)

Mencionan, además, que la violencia trae como consecuencia enfermedades graves, como el cáncer y la muerte. Indican que cuando están embarazadas sufren abortos como consecuencia de los golpes.

Nos pegan cuando estamos embarazadas, nos duele la barriga, nos da hemorragia, nos arrepentimos de habernos casado. (Machcas Alto, Chavín)

Algunas mujeres conocen de la existencia de entidades legales para proteger a la mujer víctima de la violencia.

Al hombre debemos denunciarlo para que no nos pegue de nuevo. La ley está a favor de la mujer. (Acopalca, Huari)

RECOMENDACIONES PARA EL MINSA

- Desarrollar talleres de sensibilización y capacitación en género para los trabajadores de salud, a fin de que se encuentren mejor preparados para comprender las concepciones, roles y relaciones de género de mujeres y hombres de la comunidad que dificultan o favorecen su salud sexual y reproductiva. Un aspecto fundamental a tomar en cuenta es el de la necesidad de ampliar las posibilidades de las mujeres para decidir sobre aspectos que tienen que ver con su cuerpo, sexualidad y salud. Estos talleres deben realizarse con una metodología participativa y reflexiva, que permita que el personal de salud analice sus propias relaciones de género y las que se dan en la comunidad donde trabaja, además de motivar que el personal de salud tenga la disposición de asumir compromisos que mejoren la calidad de la atención desde una perspectiva de género.

- Dar prioridad a la realización de actividades educativas y de participación comunitaria que promuevan el empoderamiento de las mujeres, aumentando su capacidad para tomar decisiones sobre su vida, su cuerpo y su salud. A nivel educativo, deben desarrollarse capacitaciones en salud que incidan en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. En lo que se refiere a la participación comunitaria, es fundamental propiciar y alentar la participación ciudadana de las mujeres en instancias como los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) y las que corresponden al Sistema de Vigilancia Comunal (SIVICO), entre otras.
- Implementar actividades educativas en coordinación con las autoridades comunales que involucren más a los varones, promoviendo un proceso reflexivo acerca de sus responsabilidades respecto al cuidado de la salud reproductiva de su pareja y el respeto de los derechos de las mismas.
- Sensibilizar al personal de salud de los diferentes niveles para que le dé mayor importancia a la atención del problema de violencia familiar y el cumplimiento de los protocolos ya establecidos, complementando su acción con otras instituciones involucradas a través de las mesas de trabajo organizadas en las provincias y distritos.
- Fortalecer las coordinaciones con el Sector Educación para desarrollar acciones educativas dirigidas a las y los jóvenes y futuros(as) docentes con el objetivo de promover relaciones de género más equitativas entre varones y mujeres, lo que contribuiría a prevenir el embarazo en adolescentes, las enfermedades de transmisión sexual y la violencia familiar.

2. CONCEPCIONES DE BIENESTAR, SALUD Y ENFERMEDAD

Bienestar y salud

Para la mayoría de las mujeres es importante que en la pareja exista comprensión, cariño, comunicación y colaboración mutua, esto les trae mucha felicidad a ellas y a sus hijos. Las mujeres expresan sentirse especialmente bien si ellos se hacen responsables de atenderlas y cuidarlas cuando se encuentran mal de salud. El estar libre de dolencias también se relaciona fuertemente con el bienestar y la salud. Algunas mujeres también asocian su estado de felicidad con su situación económica.

“Estamos felices cuando estamos bien con el esposo y cuando no se emborracha. (Acopalca, Huari)

“Estamos felices cuando tenemos para comer, cuando tenemos varios hijos los platos y las cucharas nos faltan, horas pasas triste, horas bien, siempre hay tristeza. (Mallquibamba, San Luis)

“Me gusta su responsabilidad, cuando estoy mal que me haga curar para estar sana. (Piscos Bajos, Yanama) ”

Enfermedad

Según dicen las mujeres en los autodiagnósticos, la enfermedad tiene orígenes diversos; muchos de ellos están relacionados con los elementos de la naturaleza como la lluvia, el aire, el rayo, la luz del sol, la luna, y con las concepciones sobre su cuerpo. Consideran que estos elementos son importantes en la determinación de sus vidas, piensan que pueden darles castigos, premios o maldiciones. Por ejemplo, relacionan el sobreparto con la exposición de la puérpera al viento o al calor.

En general, piensan que los procesos de menstruar, concebir y parir están asociados con la salida o entrada de flujos corporales, razón por la cual durante estos procesos el cuerpo estaría

"abierto". Un riesgo de ello es que, por ejemplo, durante el parto o el puerperio, les pueda entrar el aire o el viento y generarles enfermedades. A veces, el cuerpo también se "abre" por otras causas, como caídas y golpes, que ponen a la mujer en riesgo de varios males, como la "flor blanca" o descensos vaginales.

- “No queremos que nos caiga el rayo, el hijo se malogra adentro en la barriga. (Llanlla, Yanama)”*
- “Cuando nos da viento después de dar a luz nos da sobreparto, debemos cuidarnos también del sol. (Huaripampa Bajo, San Marcos)”*

Perciben que las mujeres son más débiles en comparación con los hombres, debido a su constitución física y a la pérdida de sangre durante la menstruación y el parto. Esta debilidad se expresaría en la menor fuerza que tienen las mujeres para realizar trabajos pesados, así como en su mayor vulnerabilidad a contraer enfermedades.

Concepciones sobre la sangre y la menstruación

En los autodiagnósticos, las mujeres perciben la menstruación como una limpieza mensual del cuerpo que elimina toda la sangre mala y de esta manera, limpia las enfermedades del cuerpo de la mujer.

- “La sangre ya no sirve en el cuerpo, por eso la botas. (Huamparán, Huari)”*
- “Cuando sale toda la sangre recién nos sentimos bien, sino estamos aburridas. (Mallquibamba, San Luis)”*

Señalan que si la sangre menstrual se queda en el cuerpo es un riesgo para la salud. Las mujeres piensan que la sangre retenida se congela y que se puede formar un tumor o subirse a la cabeza. La interrupción de la menstruación la atribuyen a ingerir cosas frías, ácidas, picantes o bebidas alcohólicas.

- “Se coagula la sangre dentro y nos duele el estómago. (Acopalca, Huari)”*

“Cuando tomamos limón se corta la sangre, también si tomas chicha se corta, te duele la barriga y te baja sangre en pedacitos. (Huancha San Marcos)

Muchas de las participantes de los autodiagnósticos refieren que pueden quedar embarazadas si tienen relaciones sexuales días antes de la menstruación porque el cuerpo está abierto para dejar salir la sangre, al estar abierto el cuerpo, éste permitiría la entrada de "la semilla del varón" (espermatozoide).

“Según la menstruación nos embarazamos, si está cerca, salimos embarazadas porque el cuerpo está abierto. (Huaripampa Bajo, San Marcos)

RECOMENDACIONES PARA EL MINSA

- Comprender y respetar las concepciones de bienestar, salud y enfermedad de la población con la que se trabaja, incorporando en la atención de salud aquellas que son beneficiosas o inocuas para su salud. Esto permitirá que las mujeres comprendan mejor el funcionamiento de su organismo y puedan tomar precauciones, reconocer complicaciones y detectar enfermedades oportunamente. Asimismo, permitirá que el personal de salud entienda mejor las concepciones temores y prácticas de las mujeres, descubriendo incluso nuevas u otras prácticas saludables.
- Realizar talleres de intercambio de experiencias sobre temas de interculturalidad y adecuación cultural de los servicios de salud para la atención del parto y en general, mejorar la calidad de atención de los servicios de salud sexual y reproductiva. Es importante que estos talleres se realicen con la participación conjunta del personal de salud y las representantes de organizaciones de mujeres (promotoras, defensoras, parteras).

3. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA SELECCIONADOS EN LOS AUTODIAGNÓSTICOS

En el siguiente cuadro se presentan los problemas de salud reproductiva seleccionados por las mujeres como los más importantes por su frecuencia y gravedad. Esta selección se realizó en el marco de los 32 autodiagnósticos desarrollados en el departamento de Ancash en el periodo 1996-2000.

Problema seleccionado como el más importante	Número de Autodiagnósticos
"Agua blanca" (descensos) y otras enfermedades de los órganos sexuales.	18
"Sufrimiento en el parto" y otros problemas relacionados.	7
"Muchos hijos".	7
Total	32

Fuente: Base de Datos-Proyecto ReproSalud.

Cabe señalar que si bien las mujeres seleccionaron uno de estos tres problemas como el más importante, los tres fueron mencionados dentro de los tres más graves y frecuentes. Por esta razón, los tres problemas fueron abordados en los talleres educativos realizados en Ancash, tanto con las mujeres como con los varones.

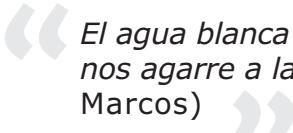
Asimismo, la violencia familiar fue mencionada como un problema que influye y agrava todos los problemas de salud reproductiva considerados prioritarios por las mujeres.

3.1 DESCENSOS VAGINALES O AGUA BLANCA

Descripción

Las mujeres reconocen la enfermedad de "agua blanca" como una de las más comunes que se presentan en su comunidad.

Mencionan que empieza con un descenso de color blanco similar a la leche cortada y el cual puede comenzar con o sin dolores. Luego toma un color amarillo que viene con dolor y/o picazón. Algunas mencionan que a medida que avanza se vuelve de color verde y marrón, manifiestan que cuando toma este color puede ser signo de tener cáncer.

*El agua blanca nos da casi a todas, es común que nos agarre a las mujeres. (Huaripampa Bajo, San Marcos)*

Causas

Las causas del agua blanca están principalmente asociadas a la inflamación y maltrato del útero (denominado matriz o madre), especialmente en momentos considerados de mayor vulnerabilidad porque el cuerpo se encuentra "abierto". Esto último ocurriría durante la menstruación, el embarazo, parto, puerperio y después de un aborto. Las caídas, el trajín o el uso de algunos métodos anticonceptivos, como la T de cobre y la ligadura de trompas, son también asociadas a este maltrato del útero. Ciertos alimentos son identificados como causas de irritación del útero, especialmente después del parto. Los factores ambientales, son considerados causas de desbalance de la temperatura del cuerpo que afectan su útero, dado que está abierto.

En segundo lugar, se mencionan otras causas asociadas al contagio sexual y la higiene. Finalmente, por sinonimia, mencionan que otra causa es comer alimentos con características similares a las de la regla blanca en color o consistencia. La siguiente tabla incluye las causas referidas líneas arriba y algunos testimonios que ilustran el pensamiento de las mujeres al respecto.

Causas del agua blanca identificadas por las mujeres

Causas	Testimonios
Contagio a través de relaciones sexuales o por lavar la ropa interior de otras personas junto con las suyas.	<i>"A veces cuando el hombre está con una y con otra, nos contagian, qué nos vamos a confiar de los hombres". (Quishuar, Pira)</i>
Falta de higiene después de tener relaciones sexuales.	<i>"Cuando tienen relación y no se lavan, es contagioso". (Tzacza,, Santa Cruz)</i>
Exceso de trabajo, golpes o caídas que maltraten su matriz (útero).	<i>"Por agitación porque caminamos mucho, trabajando". (Quishuar, Pira)</i>
Por maltrato de su matriz como consecuencia de eventos relacionados con sus procesos reproductivos.	<i>"Por abortos y muchos hijos también te da agua blanca". (Huancha, San Marcos)</i>
Por el uso de métodos anticonceptivos que pueden dañar su matriz (T de cobre y ligadura de trompas).	<i>"Con la T de cobre nos da inflamaciones y de allí viene la flor blanca". (Acopalca, Huari)</i>
Por estar expuesta al frío o calor, excesiva sequedad o humedad cuando su útero está "abierto" (menstruación, parto, puerperio, después de un aborto).	<i>"A veces cuando salimos al frío, o estamos en el agua, de eso se enfriá tu cuerpo y por eso nos agarra agua blanca". (Piscos Bajos, Yanama)</i>
Consumo de ciertos alimentos irritantes (ají) después del parto o tener características semejantes a la regla blanca en color o consistencia (leche, mazamorra de harina) durante la menstruación.	<i>"La leche es mala, si tomamos cuando estamos menstruando se convierte en agua blanca, la sangre se vuelve blanco". (Huaripampa Bajo, San Marcos)</i>

Consecuencias

Las mujeres manifiestan que como consecuencia del agua blanca se ponen débiles y pierden peso. Refieren que si no se tratan al comienzo, les puede dar dolores en el vientre bajo, hemorragia y malestar general, a punto de no poder descansar bien en las noches. Mencionan que el agua blanca es una enfermedad que puede durar muchos años y que si no se cura a tiempo puede darles cáncer, debido a que en su útero se genera una herida que con el tiempo va empeorando. Por ello piensan que cuando la enfermedad está avanzada existe poca esperanza de curarse con tratamientos médicos o con hierbas.

«Cuando no te curas, el gusano se come tu madre (útero), eso es cáncer, cuando sale sangre negra por tus partes. (Shilla, Carhuaz)»

Esta asociación entre los descensos y el cáncer proviene también, según algunos testimonios, de lo que han escuchado de los proveedores de salud.

«Aquí mismo Pashpa nomás me dijeron, cuando vinieron los doctores de la posta, curense porque esa agua blanca se vuelve en cáncer y hasta se pueden morir. (Pashpa, Tarica)»

Las consecuencias no son sólo físicas, sino también psicológicas. Su estado emocional cambia mucho, se ponen tristes y preocupadas debido al rechazo de su esposo. También se preocupan porque sienten que disminuyen sus fuerzas para seguir trabajando y tienen el temor de morir cuando se agraven los descensos.

Rutas seguidas por las mujeres para la solución del problema del agua blanca

Las mujeres dicen que es de suma importancia reconocer el agua blanca y buscar ayuda oportunamente antes de que se agrave y se convierta en cáncer que es el mayor temor de las

mujeres de esta zona respecto a su salud. Siguen las siguientes rutas para su atención:

- **Acuden a la amiga, la madre o al esposo:** son las primeras personas a las que acuden las mujeres al presentar el problema de agua blanca. Las razones por las que acuden a estas personas difieren.

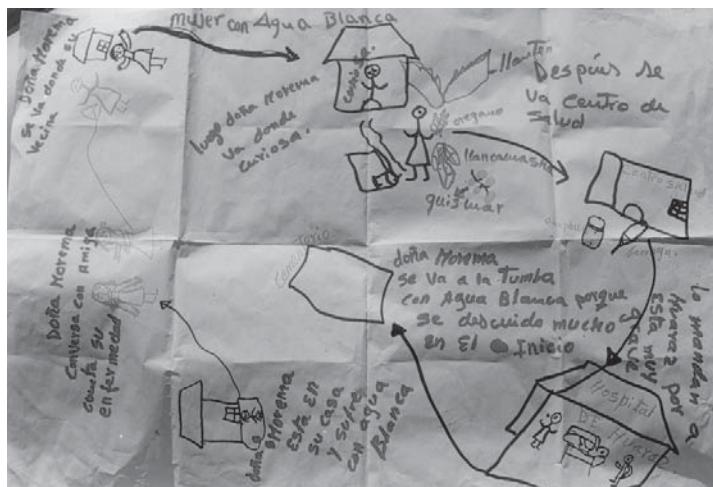
A la amiga o la madre suelen hablarle de sus malestares y les piden consejo respecto a los tratamientos que conocen. En base a estos consejos, usualmente inician su tratamiento en base a hierbas medicinales caseras, que según sus conocimientos puede aliviarlas y/o curarlas. Dentro de las hierbas mencionadas se encuentran: pashuro (que lo mezclan con coca y alcohol), lino, manzanilla, llantén, malva de olor, huamantipa, coyal, wallmi, ishmuna. Estas hierbas se utilizan para hacer baños de asiento, lavados internos (mediante una bombilla) o también se toman como infusión.

Al esposo acuden principalmente para obtener su ayuda en la búsqueda de otros recursos distintos a los que ya usaron por su propia iniciativa y conocimiento para curarse de la regla blanca, o para tomar la decisión de acudir donde la curiosa o algún establecimiento de salud del MINSA.

- **Acuden a la partera - curiosa(o):** los especialistas tradicionales son quienes recomiendan el uso de hierbas medicinales y dado que consideran que el origen de sus descenso está relacionado con que su cuerpo esté abierto, acomoda los huesos para “cerrarles” la cintura cuando está “abierta” (se refiere a que los huesos de la cintura se separan debido a que cargan mucho peso) y les acomoda el vientre, cuando el útero esta “ladeado”. También les hace baños de asiento.
- **Acuden al establecimiento de salud:** luego de haber acudido a una variedad de personas y haber cumplido varios tratamientos caseros, la mujer decide acudir a los establecimientos de salud, algunas veces en compañía de su esposo, amiga o de su mamá.

“ Ella es Lucía, va donde su amiga a contarle que tiene agua blanca, se asusta su amiga y le lleva a la curiosa, pero se empeora y se va al Centro de Salud para que se cure.

“ Acá la señora Carmen (segundo caso), está muy delicada y tiene vergüenza de contar, toma los remedios de la curiosa y no se sana. Su mamá le dice para que vaya al Centro de Salud, ella tiene miedo no quiere ir, pero siente más dolor y va al Hospital de Huari donde se sana. (Acopalca, Huari)



Dibujo de rutas seguidas por las mujeres para enfrentar el agua blanca.

Si bien las mujeres reconocen que los servicios de salud son un recurso importante para curarse de los descensos, señalan que no acuden a éstos en primera instancia debido a diversas razones. Una de ellas es que sienten desconfianza respecto a la capacidad técnica de los proveedores de salud para resolver su problema, que se basa en algunas experiencias cercanas. Ello se une a la falta de recursos económicos para adquirir las medicinas. Comparan el dinero invertido en el servicio de salud y lo que invierten en los tratamientos caseros; mientras no sienten los efectos de la mejoría del tratamiento médico, consideran que el gasto adicional no se justifica, pues éste, en el marco de una

economía muy escasa, representa un monto significativo al que se suma el tiempo que requieren para movilizarse y las actividades que deben dejar de hacer en su casa o chacra.

“A veces los doctores no calculan, en vano vamos. Terminamos la plata por gusto. Si lo mismo nos dice el doctor, seguimos con nuestra hierba. A algunas nos hacen sentir alivio, a otras no. (Quishuar, Pira)

“Acá no saben con qué enfermedad estás, lo que es para otra enfermedad te ponen. (Piscos Bajo, Yanama)

También desconfían de los servicios de salud porque no les entregan los resultados del Papanicolaou.

“Nos dicen: 'vengan, tienen que hacerse Papanicolaou para que sepan si tienen cáncer interna o no'. Para eso no hablan, después no nos avisan, yo me hice una vez y hasta ahora no sé el resultado, no me avisaron. (Chalhua, Yanama)

Otra razón por la que no acuden es que se sienten maltratadas debido a que les gritan y regañan por haber sido "dejadas" y no haber acudido a tiempo. Este trato se lo dan tanto a las mujeres como a sus esposos.

“Sí, así se molestan cuando no lo llevamos rápido, cuando le agarra nomás, sino nos dicen 'dejada, rápido no has traído, has estado calladita', diciendo nos molestan. (Santa Cruz de Tzactza, Santa Cruz)

“Un doctor le gritó así a una señora en Caraz: '¿por qué no te has cuidado? ¿por qué lo has tenido escondido?, a tu esposo le hubieras avisado'. Le dijo a su esposo: '¿por qué no le has traído para curarla? ¿tú quieres que se muera?, tú eres el que

'va morir, porque ella te va contagiar'. (Piscos Bajo, Yanama)

Un motivo adicional para no asistir a los servicios es la falta de confianza que tienen en la discreción de los prestadores de salud respecto a su enfermedad.

“Mujer cuando soy así, también dice no va avisar a nadie; pero el doctor dice avisa a otros de nuestra enfermedad. (Santa Cruz de Tzactza, Santa Cruz) ”

Cuando se trata de prestadores hombres, a la desconfianza se suma la vergüenza de que éstos les vean sus genitales, los que usualmente tampoco son vistos por su esposo. Algunas mencionan que sus esposos se oponen a que ellas asistan a los servicios de salud por esta razón.

“A veces tendrá vergüenza porque el varón nos puede estar viendo, y porque no estamos acostumbradas. (Humanhuauco, San Luis) ”

RECOMENDACIONES PARA EL MINSA

- Que la Dirección Regional de Ancash establezca como una de sus prioridades sanitarias el problema de infecciones del tracto reproductivo (agua blanca) en la atención de la problemática de salud reproductiva. Éste ha sido un problema manifestado como muy frecuente en más de la mitad de los autodiagnósticos y su prevalencia ha sido corroborada por el estudio realizado por Manuela Ramos-ReproSalud en convenio con la Universidad de Washington¹. Las mujeres lo padecen y lo sobrellevan a lo largo de su vida sólo atenuando sus malestares.

¹ García, Cárcamo y Holmes: Las Infecciones del Tracto Reproductivo en Mujeres de Zonas Rurales del Perú: el enemigo silencioso. Movimiento Manuela Ramos/Universidad de Washington/ USAID. 2003. Documento inédito.

- Retomar los conocimientos que tienen las mujeres acerca del origen y características de los descensos que se producen por contagio sexual, para realizar acciones educativas y de consejería. Para ello, incorporar estrategias educativas a través de las promotoras comunitarias, porque las mujeres tienen como principal fuente de información a los agentes locales.
- Recuperar conocimientos de las mujeres sobre el uso de plantas inocuas y con reconocidas propiedades antiinflamatorias, tomarlas en cuenta en las consultas y en las actividades educativas, recomendándolas en forma combinada con los medicamentos que resulten necesarios.
- Revisar los mensajes que se dan a las mujeres respecto a la asociación entre los descensos, el cáncer y la muerte, ya que esto les genera mucha angustia y no siempre las impulsa a acudir a los servicios.
- Incluir en el petitorio de medicamentos de los establecimientos de primer nivel, las medicinas para el tratamiento de las infecciones del tracto reproductivo y las enfermedades de transmisión sexual, considerando costos de acuerdo a la situación económica de las poblaciones rurales. Actualmente los medicamentos para hacer el tratamiento completo son inaccesibles para las mujeres pobres.
- Incluir en las actividades de capacitación para el personal de salud, los temas relacionados al diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones del tracto reproductivo, abordando estos temas desde una perspectiva intercultural, que facilite que los prestadores entiendan las necesidades y temores de las mujeres.
- Garantizar la devolución y explicación de los resultados de los exámenes de secreción vaginal, Papanicolaou y otros que se practiquen. Mejorar y agilizar el proceso

para el análisis de muestras y entrega de resultados de los exámenes de Papanicolaou. Esto permitirá superar la insatisfacción de las demandas de las mujeres, relacionadas con la demora prolongada para la entrega de resultados, o la pérdida de los mismos.

- Incluir en las atenciones integrales que realizan los centros y puestos de salud, la atención del problema de las infecciones del tracto reproductivo y enfermedades de transmisión sexual, teniendo en cuenta su incidencia y las limitaciones para que las mujeres consulten sobre este problema de salud debido a las barreras de vergüenza, temores y muchas veces, la oposición del esposo.
- Fomentar que los varones acudan a los servicios de salud acompañando a las mujeres en casos de infecciones del tracto reproductivo y enfermedades de transmisión sexual, con la finalidad de involucrar a los esposos en su prevención y tratamiento así como en las actividades educativas.

3.2. MUCHOS HIJOS

Descripción

Las mujeres describen el problema de “muchos hijos” asociándolo a la pobreza y a la sobrecarga de trabajo en el hogar. Consideran que un número grande de hijos origina mayores gastos y sufrimientos que resultan difíciles de afrontar y además perjudican directamente la salud y vida de las mujeres.

“Acá las mujeres sufrimos mucho cuando tenemos muchos hijos, yo antes lloraba y lloraba. Cuando no tenía que darles de comer y vestirlos, decía: ‘aquí nomás pagaré todos mis pecados’. Estás puro débil, quedas enfermiza porque pierdes mucha sangre en tus hijos. (Mallquibamba, San Luis)

Según los autodiagnósticos realizados, la cantidad de hijos deseados por las mujeres está alrededor de dos a tres hijos, aunque algunas mayores dicen desear hasta cuatro hijos.

“Con dos o tres hijos nomás se pasa bien, con más te falta para todo y estás triste. (Paltash, Marcará)

Causas

a. Por temor a los efectos de los métodos anticonceptivos en su salud

Una de las razones más fuertes por las que las mujeres no hacen uso de métodos anticonceptivos es su temor a los efectos que pueden producir los métodos anticonceptivos en la salud de la mujer. A continuación mencionamos los efectos negativos para la salud de la mujer asociados a los diferentes métodos anticonceptivos:

Píldoras: se asocia con dolor de cabeza, vómitos, adelgazamiento, mareos, manchas en la cara, posibilidad de contraer el agua blanca.

Ampollas: se asocia con las hemorragias, dolor de cintura, gordura, dolor de cabeza, tumores, manchas en la cara, hinchazón de manos y piernas, esterilidad, posibilidad de contraer cáncer.

T de cobre: se asocia con la posibilidad de contraer agua blanca y cáncer debido a que la T de cobre se oxida, enrojecimiento de la cara, inflamación y dolor de la pelvis (o bajo vientre).

Ligadura de trompas: se asocia al agua blanca, dolor y ardor en los genitales, posibilidad de adquirir cáncer al ovario y morir.

b. Por falta de información

Las mujeres mencionan que una de las razones por las que no usan métodos anticonceptivos, es que no tienen suficiente información sobre lo que pasa en su cuerpo cuando usan los métodos anticonceptivos. Esta causa está íntimamente asociada a los temores descritos líneas arriba. Del mismo modo, mencionan que carecen de la información necesaria para poder cuidarse con el ritmo.

“Queremos aprender cómo cuidarnos con la menstruación. Si nosotras sabemos a nuestras hijas enseñaremos. (Canchabamba, San Luis).”

“Tenemos miedo de cuidarnos porque dicen que los métodos te malogran tu cuerpo. (Paltash, Marcará).

“La T de cobre se mueve, al menos cuando tu esposo te agarra a la fuerza con brutalidad más se mueve, y puedes quedar embarazada. (Acopalca, Huari).

“A veces nosotras, sabiendo no queremos planificar pensando que te va a dar cáncer, decimos: ‘no voy a poder andar con los animales en la chacra’. Si me pongo el método y me muero quién va a ver a mis hijos. (Chuyo, San Marcos)

Por otro lado, las mujeres de mayor edad señalan que cuando iniciaron su vida reproductiva no había acceso ni conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

c. Por oposición del esposo

Otra causa frecuente es la oposición del esposo, quien rechaza el intento de cuidarse para controlar el número de hijos, debido a que piensan que el hecho de que las mujeres usen los métodos, les abre la posibilidad de relacionarse sexualmente con otros varones sin temor a embarazarse.

“Los esposos te dicen: ‘si te curas me vas a dejar, vas andar con uno y con otro, te cuidas para estar con otro hombre’. (Chuyo, San Marcos).

d. Por mandatos culturales, religiosos, o del destino

Algunas mujeres manifiestan que el número de hijos que tienen, escapa de su decisión y control. Algunas aluden a mandatos de género (por ser mujeres, esa es su función), otras, a mandatos religiosos (depende de la voluntad de Dios) o del destino (de la suerte). Varias de ellas consideran que por estas razones, “deben conformarse con su destino”.

“ Nos casamos para tener hijos. (Mallquibamba, San Luis) ”

“ Es de suerte. Si tu suerte es tener más hijos, los tienes nomás. (Huancha, San Marcos). ”

“ Dios te manda los hijos, sólo pides que sean sanos. (Marcará, Carhuaz). ”

e. Por los beneficios asociados a los hijos

Se manejan algunas ideas positivas relacionadas a tener muchos hijos por la ayuda que pueden prestar con su trabajo en la chacra. Además, los hijos se consideran una compañía, un consuelo y apoyo para las mujeres. Algunas de estas posibles ayudas que pueden brindar los hijos están asociadas a su sexo; así, por ejemplo, consideran beneficioso tener varios hijos hombres para que apoyen en la chacra y prefieren tener varias hijas mujeres para que las acompañen y les ayuden con las tareas domésticas. Algunas dicen también que tener hijos da respeto a la mujer en su comunidad.

“ Cuando tienes hijos ya te corresponde tener respeto. (Acopalca, Huari). ”

“ Varios hijos es bueno tener, tus hijos te hacen reír cuando estás triste, te ayudan cuando son grandes. (Huaripampa Bajo, San Marcos) ”

Consecuencias

Las consecuencias de tener muchos hijos que mencionan las mujeres, son diversas. Dentro de éstas están las dificultades para criarlos y cubrir, como mínimo, algunas de sus necesidades básicas como alimentación, vestido, salud y educación.

Mencionan también consecuencias para la salud de la mujer como: caída de la "madre" (prolapso), agua blanca, infección al

seno y ovario, sobreparto, así como una alta probabilidad de sufrir complicaciones en sus partos.

“Cuando tienen muchos hijos a veces no pueden dar a luz, nos complicamos. (Chullush, San Marcos)

“De tantos hijos nos da caída de la madre, de la fuerza que haces, a veces también pierdes bastante sangre. (Ullmay, Marcará)

Otra consecuencia importante es la sobrecarga de trabajo para la mujer, quien tiene que hacer enormes esfuerzos para encargarse de sus hijos, y a su vez, realizar las labores de la chacra que le corresponden y otras actividades económicas que le ayudan a completar sus ingresos. Esto también tiene implicancias en la salud de la mujer, que de ese modo envejece más rápido.

“Te envejeces de tanto trabajo que tienes: cuidas a tus hijos y a tu esposo, tienes que lavar, cocinar, hacer todas las tareas en la casa. (Ullmay, Marcará)

Otras consecuencias son las constantes tensiones con el esposo y el abandono del mismo. Los esposos reniegan debido a las dificultades económicas para mantener a los hijos, a que las mujeres no tienen tiempo para realizar las tareas domésticas (de acuerdo a las expectativas de género) y ocuparse de su cuidado personal, y, también, debido a las peleas entre hermanos y discusiones con la madre. Las mujeres sienten todo el peso de la responsabilidad de manejar estos conflictos, pues el esposo interviene muy poco en ellos. Los esposos “se aburren” de esta situación, la que puede terminar con la separación de las parejas.

“Cuando tenemos muchos hijos hasta el hombre te abandona, se aburre y te deja sola. (Paltash, Marcará)

“Pero si tienes muchos hijos no tienes ni tiempo, puro sucia andas. Por eso el hombre ya reniega.
(Chuyo, San Marcos)

Rutas seguidas por las mujeres para la solución del problema de muchos hijos

Las mujeres explican que hacen el siguiente recorrido para solucionar este problema:

- **Acuden al esposo:** recurren a él en primer lugar para intentar resolver el problema de tener muchos hijos. Sin embargo, muchas mencionan que el esposo no ofrece el apoyo ni la solución esperada por las mujeres.
- **Acuden a amigas y familiares:** en muchos de los casos son los que aconsejan a la mujer para que visite a la partera o curiosa.
- **Acuden a la partera o curiosa:** recurren a ellas por sus conocimientos en el uso de hierbas y métodos naturales para prevenir el embarazo o “corregir” la menstruación retrasada. Las participantes expresan que muchas mujeres no han logrado los resultados esperados con estos métodos naturales.
- **Acuden al establecimiento de salud:** luego de haber agotado la ruta ya descrita, las mujeres recurren al establecimiento de salud. El uso de métodos modernos y los propios servicios son, sin embargo, algo que les causa desconfianza. Esto último está relacionado con las experiencias de ellas mismas o de mujeres cercanas que han sido “resondradas” en los servicios por tener muchos hijos y también a las situaciones que han vivido durante las campañas de planificación familiar, especialmente las campañas de anticoncepción quirúrgica voluntaria. Las experiencias relacionadas con estas últimas, corresponden principalmente a 1997 y 1998; sin embargo, se siguieron mencionando hasta el año 2000, aun cuan-

do las campañas ya habían cesado, debido al impacto que éstas tuvieron en su relación con los servicios de salud. A ello se suma la falta de privacidad que las mujeres encuentran en los servicios, y la poca información accesible (entendible), que las mujeres mencionan haber recibido de los servicios, respecto al funcionamiento de los métodos en sus cuerpos y los posibles efectos negativos de éstos en su salud.



Dibujo de rutas seguidas por las mujeres para enfrentar el problema de muchos hijos.

RECOMENDACIONES PARA EL MINSA

- Es preciso que los proveedores de salud reconozcan la importancia que tienen los temores de las mujeres respecto a la gravedad de los posibles efectos de los métodos modernos en su salud, evitando minimizarlos y/o no informárdoles acerca de ellos. Es importante partir del conocimiento que tienen las mujeres respecto a los métodos

anticonceptivos e incidir en los mecanismos de acción de los mismos, ya que es en torno a ellos que se dan las mayores preocupaciones e interrogantes de las mujeres.

- Considerar –para el abordaje de estos temas– el uso de guías y materiales de capacitación para mujeres y varones, validados por el Proyecto ReproSalud con mujeres y hombres de zonas rurales y periurbanas del departamento de Ancash. Estos materiales educativos abordan los problemas de salud reproductiva y su prevención de una manera sencilla, participativa y reflexiva, recuperando los términos y dialogando con los puntos de vista y temores expresados por las mujeres.
- Asegurar la libre elección de los métodos anticonceptivos: a) brindando información sobre todos los métodos, que incluyen los de abstinencia periódica como legítimos y los denominados “modernos”, b) evitando “resondrar” o llamar la atención de las mujeres, buscando más bien entender sus razones y aclarar sus dudas y, c) garantizando el acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos en los servicios de salud del MINSA, previendo para ello un abastecimiento adecuado de todos los métodos de planificación familiar.
- Respetar y comprender el derecho a la privacidad de las mujeres, sus sentimientos de vergüenza y temor frente al personal masculino. Se recomienda: a) acondicionar los ambientes de consejería y planificación familiar para que brinden privacidad, b) facilitar el ingreso de la pareja, amiga o familiar si la usuaria lo desea y, c) procurar, en la medida de lo posible, que se cuente con personal de sexo femenino para realizar los procedimientos ginecológicos.
- Incorporar a los varones en las actividades educativas, brindándoles conocimientos, promoviendo su responsabilidad en la planificación familiar y sensibilizándolos acerca del respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

3.3. SUFRIMIENTO EN EL PARTO

Las mujeres consideran el parto y las complicaciones que se presentan, como un proceso natural. Sin embargo, reconocen que en determinados momentos se podrían presentar riesgos para su salud, e incluso para su vida, manifestando que cuando dan a luz está presente el riesgo de morir.

« Cuando llega los nueve meses, ya estás asustada y triste, 'de repente me voy a morir y voy a dejar a mis hijos chiquitos', dices. (Lipta, Shilla) »

Causas de complicaciones

Mencionan como posibles causas las siguientes:

a. Edad de la mujer

Las mujeres consideran que el parto es de mayor riesgo cuando la mujer es muy joven o muy mayor; en el primer caso, por la falta de experiencia, y en el segundo, porque su cuerpo presenta cierta estrechez para el parto.

« No podemos dar a luz, de más edad mucho se cierra nuestra cintura y no podemos dar a luz rápido. (Huancarhuaz, Huaylas) »

b. Por no alimentarse y trajinar mucho durante el embarazo

Las mujeres relacionan la mala alimentación con la debilidad, lo que les dificultaría el trabajo de parto. También consideran que el tipo de trabajo que hacen, tanto en el hogar como en el campo, puede ocasionarles complicaciones en el parto debido al cambio de posición del bebé o a golpes que pueda sufrir. En ambos casos, no pueden tomar las precauciones del caso, debido a que son factores fuera de su control.

« En el embarazo no comemos lo que necesitamos, por eso estamos débiles después del parto. No nos cuidamos, igual trabajamos, terminando el trabajo recién descansamos. (Lipta, Carhuaz) »

c. Por maltrato del esposo

Tanto por sus efectos físicos como psicológicos, consideran que el maltrato del esposo es una causa del parto difícil. Las emociones fuertes (cólera, susto, pena) y los golpes, serían causas de abortos y de problemas en la posición del bebé (golpes).

“ Cuando estamos embarazadas y nos pegan se ladea el bebé. (Machcas Alto, San Marcos) ”

“ Tu esposo te molesta, ‘trabaja’, te dice, ‘como si fueras la única que te embarazas te quejas y te sientas, cómo veo a otras mujeres que están ágiles’. (Huamparán, Huari) ”

“ Sufrimos también cuando el bebé se antoja de algo y nosotros no comemos. (Huaripampa Bajo, San Marcos) ”

d. Por falta de control en el embarazo

Otra causa que señalan las mujeres, es la ausencia de controles durante su embarazo, algunas se refieren a los controles que les hacen en los servicios de salud oficiales y otras, aluden a los que realizan las parteras y curiosas. Estas últimas acomodan al bebé si no está en una posición adecuada para el parto mediante la “sobada” (que consiste en sobarles el vientre con grasa de animales para acomodar al bebé).

Un grupo de mujeres reconoce la importancia del control prenatal y refieren la importancia de acudir al establecimiento de salud para ello.

“ Debemos ir a controlarnos todo el embarazo. No sufres mucho si te controlas. Conocemos bien, nos controlamos bien el embarazo para que nuestro hijo salga bien. Cuando vamos nos miden la presión, la talla, nos orientan, la obstetriz, nos dice lo que debemos hacer. Otras obstetricias son buenas, nos tratan bien y uno regresa con confianza. (Marcará, Carhuaz) ”

Las que no acuden al control prenatal que les practican en los servicios de salud, señalan que no lo hacen debido a la incomodidad de ser examinadas (tacto vaginal), por temor a los exámenes auxiliares (examen de sangre), y las vacunas.

« Cuando el bebé está cruzado, de poto, no podemos dar a luz. A veces se sale el brazo del bebé primero, por eso debemos hacernos arreglar con la curiosa. A veces, se viene tu sangre antes que el bebé, una semana antes, por eso sufrimos. (Paltash, Marcará) »

e. Por no acceder al servicio de salud

De acuerdo a lo expresado por las participantes, muchos partos son atendidos por la curiosa, partera y/o familiar, casi siempre en posición de cuclillas, sobre unas mantas o pellejos en el suelo. Las razones por las que no acuden al servicio de salud son: que éstos no toman en cuenta sus costumbres y prácticas culturales respecto a la atención del parto (posición vertical, ambiente cálido y con poca luz, ingesta de mates calientes antes y después del parto, presencia y apoyo del esposo durante el parto), temor y vergüenza de exponer sus órganos sexuales, falta de recursos económicos, dificultades geográficas en el acceso y falta de buen trato.

Es cuando se da el caso de complicaciones que no pueden solucionar, que acuden al centro de salud u hospital. No obstante, muchas veces no pueden acceder a estos servicios, o lo hacen cuando ya están muy graves y fallecen en el camino. Ello se debe a la distancia geográfica, la ausencia de un sistema de derivación efectivo de los servicios de salud de primer nivel en las zonas más alejadas, la falta de movilidad y de recursos económicos para realizar el traslado, así como también, en algunos casos, a la oposición del esposo, la suegra o la madre, debido al temor de que muera fuera de la casa.

« Sufrimos mucho, acá no tenemos partera y como está lejos el centro de salud, a veces no podemos ir y nos morimos. (Huarimayo, Chavín) »

f. Por influencia de los elementos de la naturaleza

La demora en el parto y posibles complicaciones se asocian a la exposición excesiva al calor, luz, frío y aire cuando están embarazadas o en el momento de dar a luz. En general, se considera que es importante mantener el cuerpo caliente durante el parto, ya que es lo que les ayudaría a mantener el equilibrio de la temperatura en su cuerpo.

“ *Tienes que entrar en calor, si estás fría no puedes dar a luz. A mí me dijo mi suegra: "tienes que abrigarte para que no se enfrie tu cintura, sino, vas a sufrir en la hora del parto". (Mallquibamba, San Luis)* ”

g. Por mandato religioso

Algunas mujeres piensan que sufren en el parto porque es parte de su destino como tales.

“ *Así es nuestro destino, Dios nos manda para sufrir en el parto. (Paltash, Marcará)* ”

Consecuencias

Señalan como consecuencias de las complicaciones del parto: la retención de placenta (asociada principalmente a la exposición de sus órganos sexuales al frío), las hemorragias, el quedar débiles, el malestar general, la muerte del bebé y la muerte de la madre.

“ *Cuando nos pasa el frío no sale la placenta, deben de frotarnos la barriga y cintura para calentarnos, depende de la placenta, a veces mueren con eso". (Mallquibamba, San Luis)* ”

“ *Quedas débil, sin fuerza, estás puro flaca, duele tu cintura, la barriga, todo el cuerpo te duele. De algunos el bebé no puede salir y se muere adentro, con el parto nosotras también nos morimos, la mamá y el hijo se mueren. (Paltash, Marcará)* ”

Agentes que participan en la atención del parto

Las mujeres explican que participan las siguientes personas, dependiendo de las complicaciones que enfrenten.

- **La mamá, esposo y/o familiares:** son las personas de mayor confianza a las que acude usualmente la gestante para que la apoyen en el parto. El esposo está mencionado como un recurso de apoyo durante el parto, interviene agarrando con fuerza la cintura de su esposa cuando ella se encuentra de cuclillas y, en algunos casos, se encuentra fuera, junto a los demás familiares, para pedir ayuda o alcanzar lo que se necesite durante el parto.
- **Las vecinas y/o amigas:** brindan consejos a la gestante para la preparación de tratamientos caseros. Apoyan en comunicar a la partera, curiosa y/o promotor(a) para que vaya en ayuda de la gestante cuando así lo necesite.
- **Las parteras, curiosas y/o promotor(a):** para las mujeres de la comunidad, son ellas las que manejan un mayor conocimiento sobre la atención del parto. Las curiosas diagnostican y recomiendan remedios para aliviar malestares. Las parteras hacen maniobras para acomodar al bebé y atender el parto, utilizando aceites y ungüentos para hacer frotaciones calientes, también usan hierbas, tales como: chincho, orégano, muña, hierbabuena, perejil, almidón de yuca, alcohol y anisado, para tener más fuerza durante la salida del bebé. Los promotores, según su experiencia, también atienden los partos en la comunidad. Como lo señala Hammer (2002), la relación entre la mujer, la partera y las otras personas que la atienden, se basa en lazos de confianza y respeto, y muchas veces, de cariño. No es sólo que la mujer está cuidada y atendida dentro del entorno familiar, sino que la partera que la atiende suele tener vínculos de amistad e incluso de comadrazgo con ella.
- **Los establecimiento de salud:** algunas de las mujeres, sobre todo las más jóvenes, expresaron haber acudido en

primera instancia a los servicios de salud para dar a luz. Sin embargo, por las razones mencionadas líneas arriba, es cuando no logran resolver las complicaciones en el parto luego de haber acudido a las diversas personas mencionadas, que las mujeres suelen ser llevadas por sus familiares al establecimiento de salud, donde esperan encontrar la solución a su problema.

Cabe mencionar, sin embargo, que varias mujeres refieren haber acudido a los servicios por obligación, para cumplir con las exigencias de los establecimientos de salud, tanto en el caso de la atención del parto como del control prenatal. Refieren que si dejan de asistir a los servicios en estas circunstancias, les cobran por la emisión de la partida de nacimiento. En tanto no les cobran si son atendidas en los servicios, esto es asumido por las mujeres como una multa, una sanción económica, por no haber acudido a ellos durante el embarazo y parto.

“Por obligación vamos a la posta a dar a luz, sino, no nos dan nuestro certificado. (Quishuar, Pira)

“Se molestan, no nos darían su tarjeta papel, cuando vas a controlarte todavía te dan, ese papel sirve para los hijos, para sacar su partida de nacimiento, para eso sirve. Te hace pagar todavía, 10 ó 20 soles, así todavía te hacen pagar sino, no te dan su partida. (Huancarhuaz, Huaylas) ”

RECOMENDACIONES PARA EL MINSA

- Asegurar la capacidad resolutiva de los servicios de salud para atender emergencias obstétricas y mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia en las zonas rurales, considerando que podría presentarse una complicación en cualquier parto. Todos los establecimientos de salud deben contar con medios de comunicación, como una radio, por ejemplo, para comunicar oportunamente las emergencias

obstétricas a los establecimientos de mayor capacidad resolutiva. Asimismo, es fundamental asegurar que al menos los establecimientos de salud de mayor capacidad resolutiva de las zonas rurales cuenten con los recursos que se requieren para las emergencias, tales como los bancos de sangre u otros insumos homólogos. El que los establecimientos de salud puedan ofrecer servicios eficaces, es un elemento central para que las mujeres tengan confianza en ellos y los vean como reales alternativas.

- Ampliar los horarios de atención de los establecimientos de primer nivel, asegurando la atención de emergencia por las noches.
- Promover la adecuación cultural de los servicios maternos, incorporando prácticas saludables e inocuas de las mujeres en la atención del parto. Esto se basa en la premisa de reconocer la maternidad como un hecho cultural y no sólo biológico. Por ello es necesario adecuar los servicios maternos a las necesidades, costumbres y prácticas culturales de las mujeres, brindando un trato cálido, humano y familiar. Maneras concretas de lograrlo son la instalación de salas de parto tradicional y las casas de espera. Las salas de parto tradicionales o culturalmente adecuadas, deben tomar en cuenta la incorporación de las siguientes prácticas: permitir que la parturienta adopte la posición que considere más cómoda (de cuclillas, de rodillas); no oponerse a que tome mantes calientes para mantener el calor que ella considera requiere su cuerpo; y permitir la presencia del esposo, la partera u otros familiares de confianza, entre otras prácticas que se evalúan como inocuas o favorables para su salud física y emocional. Es importante mencionar que estas prácticas han sido analizadas detalladamente en el estudio realizado por el Ministerio de Salud-Proyecto 2000 (1999). Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) las recomienda como parte del

conjunto de mejores prácticas basadas en evidencia para una atención perinatal adecuada.

- Promover el cambio de actitud y comportamiento del personal de salud en el proceso de adecuación cultural de los servicios de salud para que realmente sean espacios cómodos y confiables para las mujeres durante el embarazo, el parto y posparto. Para ello es necesario que el personal de salud conozca y comprenda la lógica de las mujeres que da sustento a sus prácticas culturales. Ello implica en primer lugar un proceso de sensibilización que desarrolle capacidad de escucha y apertura a otras formas de pensamiento.
- Informar a las mujeres de manera clara, sencilla y en su propio idioma de los procedimientos por los que van a pasar durante los controles prenatales y la atención del parto. De este modo, las mujeres pueden estar al tanto del tipo de complicaciones que tienen o pueden sufrir durante el embarazo, el avance o retraso del proceso de su parto y las razones por las que son referidas a un establecimiento de mayor nivel.
- Involucrar en las capacitaciones sobre señales de peligro en el embarazo, parto y posparto a las mujeres, sus esposos u otro familiar cercano, y a las autoridades comunales a fin de lograr una participación informada y decidida en caso de requerir evacuación a un establecimiento de salud.
- Fortalecer la participación de los agentes comunitarios en el sistema de vigilancia comunal, valorando e incentivando su rol en la captación y referencia de gestantes y puérperas. Es fundamental promover que ejerzan su derecho ciudadano a una real participación en el diseño y evaluación de los programas de salud, lo que contribuirá a un mejor conocimiento y entendimiento de la población, pues constituyen una suerte de puente entre las comunidades y los establecimientos de salud.

4. RELACIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD

Como hemos podido observar en la descripción de las rutas que siguen las mujeres para enfrentar los tres problemas de salud reproductiva que más les preocupan, ellas no suelen ir a los servicios de salud reproductiva en primera instancia. En la mayoría de los casos se acercan a los establecimientos cuando ya han agotado las prácticas curativas locales y su problema de salud se ha agravado o tienen demasiadas molestias.

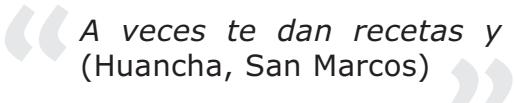
Es importante resaltar también que reconocen que los servicios de salud pueden brindar diagnósticos y soluciones que no van a encontrar en el sistema tradicional de salud. Las mujeres manifiestan acudir a los establecimientos de salud principalmente en los siguientes casos: diagnóstico y tratamiento de las infecciones del tracto reproductivo, para detectar si tienen cáncer, cuando tienen complicaciones en el embarazo y parto, y cuando deciden usar algún método anticonceptivo “moderno”.

¿Qué desalienta a las mujeres a asistir a los establecimientos de salud?

Haciendo un recuento de los aspectos ya mencionados y tomando en cuenta otros que asocian de manera general a los servicios, podemos identificar que los siguientes son los principales factores que desalientan a las mujeres a acudir a los establecimientos de salud:

♦ Desconfianza en la eficacia del sistema oficial de salud

En varios testimonios se evidencia desconfianza y temor en cuanto a la eficacia del sistema oficial de salud y a algunas prácticas y/o procedimientos de la medicina moderna. Mencionan que los establecimientos de salud no siempre solucionan sus problemas de salud y que incluso, en algunos casos, les causan daño.

A veces te dan recetas y no nos sanamos.
(Huancha, San Marcos)

“ Una señora había ido al centro de salud y le habían dado pastillas, casi se ha vuelto loca, le ha bajado su presión y tenía mucho frío, con anisado, con vino nomás, le ha pasado. (Huarimayo, Chavín) ”

“ Para lo que sea es ampolleta, porque nos plantan ampolleta tenemos miedo, yo por eso no voy. (Santa Cruz, Pira) ”

Esta desconfianza en la eficacia de los servicios se ve alimentada por la escasa implementación de estos, la ausencia del personal, la demora en la entrega de resultados, la falta de medicinas y otros materiales necesarios para la atención.

“ Nos gusta cuando están los doctores y las enfermeras para que nos atiendan, a veces vamos y no hay nadie y lloramos de cólera cuando estamos graves. (Marcará, Marcará) ”

“ No hay medicinas, por eso es como nada, cuando vamos no hay remedio y nuestros enfermos no se curan. (Paltash, Marcará) ”

“ 'Vengan, tienen que hacerse papanicolaou, para que sepan si tienen cáncer interno o no', para eso nos hablan y después no nos avisan, yo me hice una vez y hasta ahora no sé el resultado, no me avisan. (Chalhua, Yanama) ”

♦ Accesibilidad económica

La carencia de recursos económicos para la consulta, medicina y exámenes es uno de los factores que expresan de manera más frecuente las mujeres cuando explican su inasistencia a los establecimientos de salud.

“ A veces nos dicen la consulta no pagas y nos mienten porque nos cobran, nos dicen a qué vienes ”

*si no tienes plata, mejor quédate en tu casa.
(Huamparán, Huari)*

Aunque queremos no nos atienden también sin plata, seguro si llegas muriendo y si no tienes plata, no te atienden. (Huancha, San Marcos)

♦ Accesibilidad geográfica

La lejanía de los servicios respecto a algunas comunidades rurales, fundamentalmente en el Callejón de Conchucos, dificulta significativamente el acceso de las mujeres a éstos.

Sufrimos mucho acá, no tenemos partera, y como está lejos el centro de salud, a veces no podemos ir. (Huarimayo, Chavín)

♦ Trato

Las mujeres se quejan consistentemente en relación al trato que reciben. Varias de ellas señalan sentirse maltratadas debido a gritos, frases ofensivas y la poca importancia que han sentido que los proveedores le han dado a sus necesidades y temores; asimismo, perciben que son maltratadas cuando demoran mucho en atenderlas y no les dan explicaciones sobre los procedimientos que les practican.

No vamos al centro de salud a dar a luz porque los doctores dice te molestan, cuando te duele también te dicen aguanta, para eso has aceptado al hombre. (Canchabamba, San Luis)

Yo fui al centro de salud y no me atendieron bien, me hicieron acostar en la camilla, me dejaron horas, creo que se olvidaron de mí, yo sentí frío, me levanté y me vine y nunca más volví a controlarme. (Huamparán, Huari)

En el centro de salud sólo te miran, te tocan y te escuchan con su aparato y nada te dicen, no nos explican". (Huarimayo, Chavín)

“ A veces uno se siente mal y te dicen: ‘psicológicamente nomás te duele’, así dicen, amargo todavía. (Taricá, Taricá) ”

♦ Idioma

La falta de conocimiento del idioma quechua por parte del personal de salud no permite que exista una comunicación fluida con las mujeres. Además, las mujeres mencionan casos en que son discriminadas o recriminadas por no saber castellano y/o ser analfabetas.

“ El doctor no nos hace caso porque no hablamos castellano y se reniega. Porque no conocemos la letra en el centro de salud no nos atienden, no nos hacen caso. (Huarimayo, Chavín) ”

“ En Vicos nos tratan mal y no entienden quechua y por eso te reniegan. (Ullmay, Marcará) ”

♦ Privacidad y confidencialidad

Varias mujeres refieren que no acuden a los establecimientos de salud debido a que sienten vergüenza de exponer su cuerpo frente al personal de salud masculino y más aun si no existen las condiciones para que sean atendidas con privacidad. Otras mujeres desconfían que la información que registran en el servicio respecto al uso de métodos anticonceptivos u otros aspectos de su salud sexual y reproductiva, no sea revelada a sus vecinos u otras personas de su comunidad.

“ Yo una vez fui al centro de salud y le vi que le estaban examinando a una señora, estaba la puerta abierta y se veía todo, pensé que me iban a hacer lo mismo y salí corriendo. (Chuyo, San Marcos) ”

“ En el hospital saben con qué te cuidas y las vecinas se enteran porque está anotado en la tarjeta y todos saben con qué te cuidas. (Acopalca, Huari) ”

Actitud de la pareja

Otro aspecto que limita el acceso de las mujeres a los servicios de salud es la actitud de sus esposos, algunos de los cuales se oponen a que ellas acudan a éstos, especialmente cuando se trata de servicios de planificación familiar y atención del parto. Esta negativa responde a diferentes factores, tales como celos frente a los proveedores varones, la escasa importancia que le dan a estos aspectos de la salud de sus parejas, así como la falta de recursos económicos.

Yo quería cuidarme con T de cobre, pero mi esposo no quiere, 'cada vez que te revisen, te van a estar mirando los doctores' me dice y se molesta. (Huarimayo, Chavín)

¿Qué alienta a las mujeres a asistir a los establecimientos de salud?

Las mujeres también son claras en manifestar sus experiencias positivas respecto a los servicios de salud, las cuales están relacionadas con situaciones contrarias a las anteriormente descritas: experiencias en las que recibieron un trato cariñoso, no las hicieron esperar demasiado, les dieron explicaciones claras sobre los procedimientos y medicamentos, recibieron un tratamiento eficiente, encontraron confidencialidad por parte del proveedor o atención gratuita.

A mí me atendieron bien en Marcará, allí abrazadito nomás te hacen entrar y rápido te atienden. Las señoritas están que te divisan y te orientan. Allí te agarran la mano y te llevan. (Ullmay, Marcará)

La señorita a mí me ha atendido gratis cuando he estado mal, yo sí le agradezco al centro de salud. Nos tratan bien, regresamos agradecidas. Si le

cuentas algo al doctor, se queda en él nomás, no le cuenta a nadie, compra esta medicina nos dicen y nos sanamos". (Machcas Alto, Huantar)



RECOMENDACIONES PARA EL MINSA

- Aprovechar los diferentes momentos de interacción con las usuarias para realizar una investigación cotidiana sobre las opiniones de las mujeres respecto a la atención de los servicios de salud reproductiva, y cómo les gustaría ser atendidas. De ese modo, las acciones o estrategias a utilizar en el mejoramiento de la calidad de atención de los servicios de salud responderán a las necesidades propias de cada comunidad.
- Tomar en cuenta los factores que desalientan a las mujeres con respecto a los servicios de salud y socializarlos con todo el personal de salud, realizando talleres de calidad que favorezcan el cambio de actitudes y mejore la calidad de atención.
- Promover que las acciones educativas que el personal de salud realiza en la comunidad, ofrezcan información y conocimientos que partan de los valores y concepciones de las mujeres sobre su salud y el funcionamiento de su cuerpo, a fin de lograr resultados más exitosos.
- Propiciar eventos que permitan al personal de salud reflexionar sobre temas de interculturalidad y adecuación cultural de los servicios de salud, en un intento de superar las barreras que limitan el acceso de las mujeres y varones en la atención de sus problemas de salud reproductiva.
- Que en los procesos de elección y conformación de los comités de salud, comités directivos del CLAS y otras instancias, se considere a representantes de la Red de Promotoras y Comité de Defensoras, así como a otras

mujeres de la comunidad, para garantizar la representatividad y liderazgo de las mujeres con una perspectiva de equidad de género.

- Que los servicios de salud en todos los niveles desarrollen actividades informativas periódicas, sobre los costos y procedimientos de atención en los diferentes servicios que ofrecen a la comunidad, para que las mujeres puedan prever los recursos que necesitarán en momentos que requieran una atención de salud.
- Fortalecer el sistema de referencia y contra referencia en los hospitales, de tal manera que sirva de soporte al trabajo de motivación, captación y derivación que realizan los centros y puestos de salud, así como a la labor que realizan los agentes comunitarios.
- Continuar implementando formas de reconocimiento de los agentes comunitarios. Dentro de éstas se encuentran la atención gratuita de ellos y sus familias, así como la provisión de medicinas en caso de que las requieran. También es fundamental expresarles un reconocimiento del valor de su trabajo, tanto en el trato cotidiano como en fecha conmemorativa en las que se hacen ceremonias públicas (día del agente comunitario, el día de su cumpleaños, aniversario del establecimiento de Salud y/o del distrito). Esto último también ya se viene realizando por iniciativa de algunos establecimientos de salud.
- Buscar mecanismos para evitar la rotación permanente del personal de salud o establecer formas efectivas de realizar una adecuada transferencia. De lo contrario, esto debilita los niveles de confianza e identificación con la población.
- Diseñar estrategias que faciliten que el personal de salud destinado a trabajar en las comunidades rurales pueda dedicar el tiempo que requiere para realizar su trabajo extramural.

III. LOS APORTES DE REPROSALUD EN ANCASH

ReproSalud es un proyecto innovador que promueve la salud reproductiva entre las mujeres de menores ingresos de las zonas más alejadas del país, empoderándolas y fortaleciendo sus habilidades individuales y comunales para defender y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, establecer una relación más equitativa con sus parejas y los proveedores de salud, y para que se desempeñen como usuarias informadas con capacidad para plantear sus demandas.

ReproSalud busca que las mismas mujeres definan sus necesidades prioritarias en salud reproductiva y asuman la conducción de proyectos comunitarios para enfrentar los problemas que tengan prioridad en este ámbito. Asimismo, es a través de estos proyectos que se refuerza la estructura organizativa mediante la cual se realizan las otras actividades. ReproSalud ha implementado una metodología educativa reflexiva, participativa y democrática, basada en el acercamiento y entendimiento del saber previo de las mujeres.

1. ¿Cómo se realiza el trabajo de ReproSalud?

Los proyectos comunitarios se desarrollan fundamentalmente en ámbitos locales, ubicados en distritos que se seleccionan considerando los criterios de necesidad (pobreza y ruralidad), viabilidad (accesibilidad: no más lejos de 8 horas desde la sede regional y existencia de organizaciones de base de mujeres) y cobertura (número de habitantes). Estos distritos son seleccionados mediante un Diagnóstico Situacional.

En los distritos seleccionados se convoca a las organizaciones de base de mujeres (OCBs) para que concursen y se conviertan en contrapartes de ReproSalud. Las organizaciones en cuestión pueden ser clubes de madres, comités de vaso de leche, comedores u otras agrupaciones características de las comunidades rurales y asentamientos periurbanos del Perú. Las OCBs realizan dramatizaciones sobre sus problemas de salud reproductiva, siendo

éste el principal mecanismo para evaluar la cohesión de la organización. Entre 1996 y 2004 se han seleccionado 56 organizaciones comunitarias de base de mujeres.

Con las OCB ganadoras de los concursos, se desarrollan autodiagnósticos en salud reproductiva. Con los resultados de los autodiagnósticos, las mujeres diseñan proyectos comunitarios a través de los cuales la OCB enfrentará el problema de salud reproductiva que ha elegido como el más importante. Durante el diseño de estos proyectos se analizan las causas de los problemas de salud reproductiva priorizados por las mujeres, se plantean soluciones y planifican acciones que se desarrollarán en un periodo determinado. La implementación de los mismos se realiza con la asistencia técnica y financiera del Movimiento Manuela Ramos.

Proceso para realizar los proyectos comunitarios en salud reproductiva

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

Empoderando y fortaleciendo la capacidad de tomar decisiones de las mujeres

El proceso de empoderamiento de las mujeres se ha fortalecido con el desarrollo de las siguientes actividades:

1. Hasta el año 2004 se han realizado 56 autodiagnósticos con la participación activa de más de 1,500 mujeres, las cuales han reflexionado acerca de su vida como mujeres, sus relaciones de género, su cuerpo y su salud. Luego de este proceso de autorreflexión que recupera sus saberes y modos de pensar, seleccionaron el problema de salud reproductiva más importante, analizaron sus causas y consecuencias, así como las rutas y recursos con los que cuentan para enfrentarlos.
2. Las mujeres han asumido el reto de elaborar, conducir y evaluar proyectos locales con su comunidad y poblaciones vecinas, planteados con el propósito de dar solución a los problemas de salud reproductiva que eligieron como más importantes. A través de estos procesos, las mujeres desarrollaron y fortalecieron habilidades técnicas y administrativas para dirigir, planificar y gestionar proyectos en favor de sus propias necesidades; sintieron que sus habilidades, recién descubiertas por ellas mismas, tenían reconocimiento de los demás; descubrieron su capacidad de aprender nuevos conocimientos y de enseñar a otras personas. Estos proyectos comunitarios han beneficiado en la sierra del departamento de Ancash a 35,786 mujeres y 18,002 hombres hasta diciembre de 2003.
3. Se han formado más de mil promotoras comunitarias. Se trata de mujeres seleccionadas por su comunidad que se han capacitado en temas de salud sexual y reproductiva. Desempeñan un rol fundamental en la relación de las mujeres con los establecimientos de salud y son reconocidas tanto por su comunidad como por los proveedores de salud.

Educando en un marco de equidad y de reconocimiento del saber de las mujeres

El proyecto considera importante desarrollar procesos educativos partiendo de los conocimientos previos de las mujeres, de sus prácticas y concepciones. A la vez, brinda nuevos conocimientos que mejoren o modifiquen los saberes que ya poseen, a fin de que puedan conocer mejor su cuerpo y tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva. El conocimiento que resulta del diálogo entre los conocimientos de las mujeres y los conocimientos biomédicos, así como la incorporación de nuevos conocimientos, es lo que se ha denominado en el proyecto: conocimiento integrado.



Incorporando y comprometiendo a los varones

Las mujeres solicitaron a ReproSalud trabajar con sus compañeros por razones prácticas y estratégicas. Para algunas, involucrarlos les permitía enfrentar la oposición inicial de éstos a que las mujeres se comprometieran con ReproSalud. Otras, evaluaron como necesario cambiar las actitudes y comportamientos de los varones para mejorar su salud reproductiva, en la medida que los identificaron como una de las causas de sus problemas de salud reproductiva. Las mujeres vislumbraron que los cambios en su salud reproductiva y la posibilidad de que éstos sean sostenibles y duraderos, no podía darse sin lograr cambios en los varones. Las mujeres se dieron cuenta de lo importante que era para ellas compartir sus conocimientos con sus parejas e hijos, que las apoyen en el cuidado de su salud reproductiva y que les permitieran demostrar el valor que ellas tienen como personas.

Es así que se formaron más de 500 promotores comunitarios varones, comprometidos a trabajar con otros hombres en sus comunidades y las poblaciones vecinas.

Fortaleciendo sus organizaciones comunitarias de base y propiciando la participación comunitaria.

A lo largo de las diferentes actividades del proyecto, las organizaciones comunitarias de base de mujeres desarrollan capacidades para identificar y analizar sus problemas, conducir proyectos comunitarios y demandar el respeto de los derechos de las mujeres.

Hasta diciembre de 2003 se han conformado 17 Redes de Promotoras Comunitarias y 17 Comités de Defensoras para la promoción y defensa de los derechos e intereses de las mujeres relacionados con su salud reproductiva. Las Redes de Promotoras han involucrado a 365 promotoras y los Comités de Defensoras han reunido a 240 presidentas de organizaciones de mujeres de 203 comunidades y 14 distritos. La formación de nuevas redes y comités se encuentra en proceso en 14 distritos más.

Promotoras y defensoras han desarrollado habilidades para establecer coordinaciones y negociaciones con los servicios de salud. A la vez que demandan el respeto de sus derechos, buscan establecer una relación de confianza y respeto mutuo entre la población y el personal de salud que haga posible la elaboración de planes conjuntos.

Las Redes de Promotoras y los Comités de Defensoras han realizado negociaciones con los establecimientos de salud de su distrito para hacer llegar las demandas de las mujeres y establecer acuerdos que hagan posible su solución.

Coordinando con otras instancias comprometidas con la salud reproductiva y la equidad de género.

En 1997 la Oficina Regional de Ancash del Movimiento Manuela Ramos impulsó un Comité de Coordinación Regional con el objetivo de coordinar acciones para mejorar la salud reproductiva y promover

la equidad de género, así como concertar propuestas de las instituciones y de las organizaciones de base participantes, para la definición de políticas regionales a favor de la salud de la mujer.

En 1999, en el marco de las actividades de este comité, se promovió la organización de la mesa de Prevención de la Violencia Familiar con la participación de: la Policía Nacional del Perú, Cooperación Popular, el Instituto de Montaña, la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, la Dirección Regional de Salud, la Dirección Regional de Educación, la DEMUNA de Huaraz, la Red de Regidoras Mujeres del Callejón de Huaylas y el Concejo Nacional de la Micro y Pequeña Empresa (CONAMIPE). Esta mesa se encuentra operando hasta la fecha.

Siguiendo con esta experiencia de concertación, en el año 2000 Manuela Ramos se integró a la Mesa de Concertación Multisectorial de Salud, que fue impulsada por la Dirección Regional de Salud, con el objetivo de promover la concertación interinstitucional y el fortalecimiento multisectorial para optimizar recursos y acciones en la prevención de la morbimortalidad materno-perinatal, infantil, del adolescente y de la población en general. Esta mesa estuvo conformada por cuatro comisiones, que trabajaron en torno a cuatro temas: salud integral (salud de la mujer, del niño, del adolescente y del adulto mayor); medio ambiente y enfermedades transmisibles; alimentación y nutrición; y prevención de la violencia familiar.

Durante el proceso de descentralización se desactivó la Mesa y se constituyó el Consejo Regional de Salud, instancia de concertación, coordinación y articulación.

2. Cambios logrados por el Proyecto ReproSalud

2.1. Logros educativos al término de los Talleres de Capacitación

Las mujeres y varones beneficiarios del proyecto se capacitaron en los contenidos que corresponden a cuatro módulos educativos. Los temas que se abordaron en cada uno de ellos se listan a continuación:

Módulo Básico: diferencias biológicas y sociales entre hombres y mujeres, roles de varones y mujeres, derechos sexuales y reproductivos, anatomía y fisiología del aparato reproductivo femenino y masculino, cuidado de los órganos sexuales y reproductivos.

Módulo “Embarazo y parto saludable”: momento adecuado para tener un embarazo, embarazo y parto normal y sus cuidados, señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio, organización del parto, rutas de evacuación en casos de complicaciones, participación del esposo durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, participación comunitaria en la prevención de muertes maternas; uso de los servicios de salud y derechos de las usuarias.

Módulo “Enfermedades de los órganos sexuales”: reconocimiento de los órganos sexuales sanos; causas, signos, síntomas y medidas de prevención de las enfermedades de los órganos sexuales de la mujer y el hombre; cáncer del útero y próstata; uso del condón; procesos de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de los órganos sexuales en los servicios de salud; uso de los servicios de salud y derechos de las usuarias.

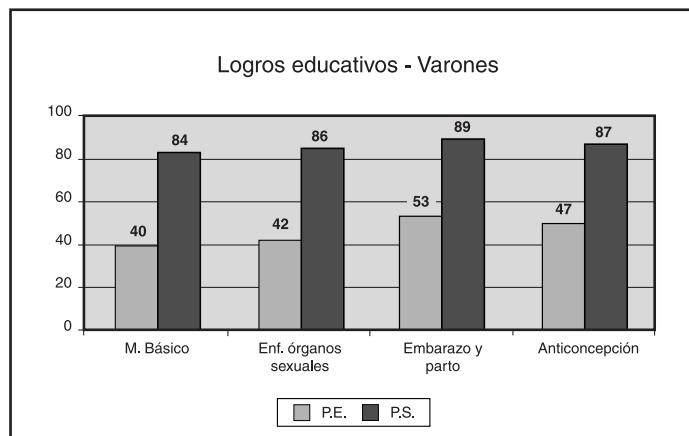
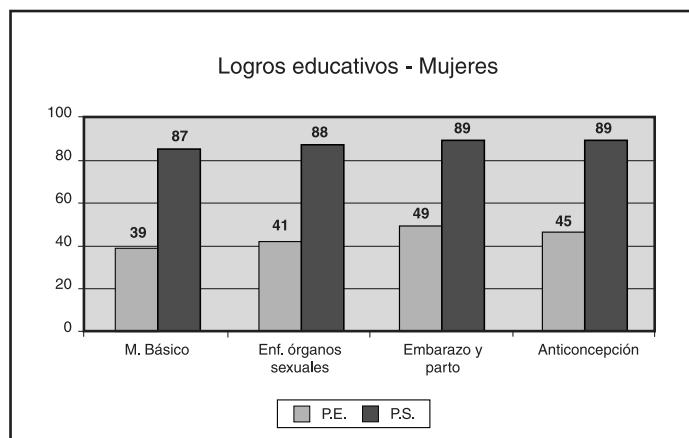
Módulo “Cómo cuidarnos para tener los hijos que queramos”: toma de decisiones y responsabilidad de la pareja respecto a cuándo y cuántos hijos tener; derechos de las mujeres para tomar decisiones; métodos de anticoncepción, uso y mecanismo de acción; elección de métodos anticonceptivos y uso de los servicios de salud; responsabilidad masculina en el uso de los métodos anticonceptivos; uso de los servicios de salud y derechos de las usuarias.

Los y las jóvenes participaron de talleres educativos, cuyos contenidos se encuentran en un módulo destinado específicamente a jóvenes, el cual incluye los siguientes contenidos: identidad y autoestima, conocimiento del cuerpo del varón y la mujer, preventión del embarazo de adolescentes, enfermedades de los órganos sexuales y violencia familiar, derechos sexuales y reproductivos.

En los talleres de capacitación a mujeres y varones de 203 comunidades, se aplicaron pruebas de entrada y salida por módulo

educativo. En todos los casos, tanto en lo que respecta a mujeres como a varones, el puntaje obtenido en la prueba de salida representa un incremento superior al 80% respecto a la prueba de entrada, siendo éste mayor al 100% en el módulo básico y en el de enfermedades de los órganos sexuales.

Cabe señalar que todos los módulos culminan con compromisos voluntariamente asumidos por las o los participantes, los que incluyen conversar con otras personas sobre lo aprendido, prácticas de autocuidado, y acudir a los servicios de salud en caso de ser necesario.



2.2. Cambios en prácticas y conocimientos²

Comparando los resultados de la línea de base realizada en 1997-1998 y la evaluación intermedia realizada en 2000-2001, se observan cambios estadísticamente significativos respecto a los resultados que se propuso alcanzar el proyecto, tanto en el ámbito de la salud reproductiva como de las relaciones de género. A continuación, revisaremos algunos de los indicadores que registran mayores incrementos.

2.2.1. Incremento en el uso y demanda en los servicios de salud

- Las mujeres que tuvieron cuatro controles prenatales con personal de salud durante el embarazo del último nacido vivo (menor de 36 meses), según la Encuesta de Línea de Base, llegaban a más de la mitad (57%) y después de la intervención del Proyecto ReproSalud la proporción aumentó a 75%, esa diferencia significa que hubo un incremento de 30%.
- Las mujeres unidas, casadas o convivientes, que usan algún método anticonceptivo pasaron de 56% a 72%, el incremento fue de 29% entre la Línea de Base y la Evaluación Intermedia. Hubo incremento tanto en el área urbana como en la rural, pero en la última fue mayor (17% y 38%, respectivamente).
- La necesidad insatisfecha de planificación familiar de las mujeres en unión conyugal, incluidas las usuarias del ritmo que no conocen cuáles son los días fértiles, disminuyó de 55% a 39%, esto es un cambio significativo de 30%. En este caso, la mayor disminución ocurrió en el área urbana (42% de decremento) que en el área rural (26%). Esa diferencia se debería básicamente a las usuarias del ritmo del área rural que no saben cuáles son los días fértiles de su ciclo.

² Este acápite se basa en el informe: "Una revisión de los resultados del Proyecto ReproSalud por departamentos en dos momentos", elaborado por Flor Suárez, por encargo de ReproSalud, Movimiento Manuela Ramos, 2002. En este informe se realiza un análisis comparativo de los resultados de una encuesta aplicada en dos momentos (antes del inicio de la intervención y luego de un mínimo de dos años de iniciada la misma) a 504 mujeres y 360 hombres beneficiarios del proyecto ReproSalud en Ancash.

- El porcentaje de mujeres que buscó atención de un profesional o técnico de la salud para enfrentar el problema de los descensos vaginales, incluido el promotor o promotora, pasó de 47% a 69%; es decir, experimentó un incremento de 49%. En el área rural el cambio fue mayor (incremento de 82%).
- Diversos procesos generados o incentivados por ReproSalud explicarían este incremento en la demanda y uso de servicios de salud: el incremento de los conocimientos de las mujeres debido a los talleres educativos; la organización de las mujeres para demandar el respeto de sus derechos como usuarias y para la planificación conjunta de acciones con los servicios de salud para la atención de sus problemas de salud reproductiva priorizados en los autodiagnósticos; la adecuación cultural en los servicios de atención de parto debido a las demandas de las mujeres y otros procesos de mejora de la calidad de atención de los servicios.

Indicadores de uso y demanda de los servicios de salud

Indicadores	LB	EI	Dif.	z	Significancia
% de mujeres con cuatro o más controles prenatales que se atendieron con personal de salud (último nacido vivo en los tres años anteriores a la entrevista).	57.3	74.6	17.3	-2.80	Sig (0.05)
% de mujeres unidas que usan algún método anticonceptivo	55.5	71.8	16.3	-4.54	Sig (0.05)
% de mujeres unidas con necesidad insatisfecha de planificación familiar (incluye a usuarias de ritmo que no conocen su período fértil)	55.3	38.6	-16.7	4.48	Sig (0.05)
% de mujeres que buscó la atención de un profesional de la salud para aliviar los malestares asociados a los descensos vaginales	46.5	69.2	22.7	-3.74	Sig (0.05)

2.2.2. Incremento en conocimientos de salud sexual y reproductiva

- El porcentaje de mujeres unidas que conoce signos de alarma en el embarazo y en el posparto aumentó en 31 puntos porcentuales (de 17% a 48%), que equivale a un incremento de más del 100%.
- El porcentaje de mujeres que sabe por qué provienen los descensos vaginales aumentó significativamente en 26 puntos porcentuales (de 4% a 30%). El incremento fue significativo tanto en el área urbana como rural. Aumentó en el área urbana de 3.4% a 25.3% y en la rural, de 5.4% a 31.7%.
- El porcentaje de mujeres que sabe cómo funciona un método moderno aumentó considerablemente, siendo este incremento de 54 puntos porcentuales, que equivale a más del 100% de incremento.
- El porcentaje de mujeres que ha escuchado sobre el Papanicolaou o el examen de mamas se incrementó en 51% (aumentó de 60% a 90%). El incremento fue mayor entre las residentes en el área rural (78% en comparación a 17% del área urbana).
- El conocimiento de las mujeres sobre el uso del condón para evitar las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA aumentó de 36% a 71%, que equivale al 98.9% de incremento. En este indicador también es mayor el incremento en las residentes en el área rural, que empezó en la Línea de Base con un valor mucho más bajo (18.3%) que el del área urbana (49.7%); mientras que en esta última el incremento fue de 71%, en el área rural el incremento fue mayor que el 100% (de 18.3% a 64.0%).

Indicadores de conocimientos en salud sexual y reproductiva

Indicadores	LB	EI	Dif.	z	Significancia
% de mujeres que sabe cómo funciona al menos un método moderno.	8.7	63.1	54.4	-18.00	Sig (0.05)
% de mujeres unidas que conocen signos de alarma en el embarazo y posparto que indican presencia de riesgos.	17.3	47.9	30.6	-8.73	Sig (0.05)
% de mujeres que conoce cómo se contagia los descensos vaginales.	4.2	29.7	25.5	-7.87	Sig (0.05)
% porcentaje de mujeres que ha escuchado sobre papanicolaou o el examen de mamas.	59.7	90.3	30.6	-11.22	Sig (0.05)
% de mujeres que sabe del uso de condón para evitar contraer SIDA/ETS.	35.6	70.8	35.2	-9.69	Sig (0.05)

2.2.3. Empoderamiento de las mujeres y mayor equidad en las relaciones de género

Roles de género

- Respecto al trabajo en el hogar, o trabajo doméstico, el porcentaje de mujeres que lo valoran como de igual importancia que el que realiza su pareja en el mundo laboral, aumentó de 22% a 38%, que equivale a un incremento significativo de 75%. Según área de residencia, el incremento es significativo en el área urbana y en la rural, pero es mayor en la primera (96% vs. 44%).
- El porcentaje de hombres que cree que ambos en la pareja, mamá y papá, deben cuidar a los niños cuando se enferman varió significativamente de 58% a 78%, que equivale a un incremento de 36%. Si se hace la diferencia por tipo de área

de residencia, es en el área rural donde el cambio fue mayor (de 43% a 81%).

- Ha habido un notable cambio en el porcentaje de mujeres que comparte una o más tareas de la casa con su pareja, este aumentó en 100% al pasar de 22% a 44%.

Violencia contra la mujer

- El porcentaje de hombres que considera que no se le puede golpear en ningún caso a las mujeres experimentó un cambio significativo, pasó de 44% a 58%, se incrementó en 30%. Aunque tanto en el área urbana como en la rural el cambio fue significativo, éste es mayor en el área rural.
- El porcentaje de mujeres que acudiría a pedir ayuda a la policía o autoridades si su marido la golpease tuvo un incremento mucho mayor al 100%, al pasar de 10% a 34%. Este resultado se condice con su conocimiento sobre este aspecto, el porcentaje que sabe dónde buscar ayuda si son golpeadas por su pareja, varió de 47% a 70% que equivale a un incremento significativo de 48%. Cabe resaltar que el mayor incremento corresponde a las mujeres residentes en el área rural (68%).

Decisiones en salud sexual y reproductiva

- El porcentaje de mujeres que no tiene relaciones sexuales obligadas (Indic. 12.1) aumentó de 54% a 63%, un incremento de 16%, significativo tanto estadísticamente como por la resonancia en el respeto y valoración hacia y de la mujer. Según tipo de residencia, es significativo el cambio en las mujeres del área rural (27% de incremento).
- El porcentaje de mujeres que decide conjuntamente con su pareja sobre relaciones sexuales, número de hijos y uso de métodos anticonceptivos, pasó de 17% a 33%; es decir, hubo un incremento significativo de 90%. Haciendo una distinción por área de residencia, donde hubo un mayor incremento es en las residentes del área rural (algo más de 100%: de 14.9% a 31.4%).

Indicadores de empoderamiento de las mujeres y equidad de género

Indicadores	LB	EI	Dif.	z	Signifi-cancia
% de mujeres que cree que el trabajo del hogar es igual de importante que el trabajo de su esposo.	21.6	37.8	16.2	-3.84	Sig (0.05)
% de mujeres unidas que hace una o más tareas en su casa conjuntamente con los hombres.	21.9	44.1	22.2	-6.31	Sig (0.05)
% de varones unidos que cree que ambos (papá y mamá) deben cuidar a los niños cuando éstos se enferman.	57.5	77.9	20.4	-4.29	Sig (0.05)
% de varones que cree que a la mujer no se le puede golpear en ningún caso.	44.1	57.5	13.4	-3.59	Sig (0.05)
% de mujeres que acudiría a pedir ayuda a la policía-autoridades si su marido la golpease.	10.3	34.2	23.9	-6.70	Sig (0.05)
% de mujeres que sabe que debe acudir a pedir ayuda a las autoridades en caso de ser golpeada.	47.4	70.0	22.6	-7.29	Sig (0.05)
% de mujeres que decide con su pareja sobre relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y número de hijos.	17.2	32.7	15.5	-4.71	Sig (0.05)
% de mujeres que decide con su pareja sobre relaciones sexuales.	31.2	48.7	17.5	-4.74	Sig (0.05)

2.2.4. Resultados en Promoción y Defensa y el trabajo conjunto con los servicios de salud

ReproSalud ha desarrollado una estrategia de intervención que ha promovido el empoderamiento de las mujeres, constituyéndose en activas defensoras de sus derechos sexuales y reproductivos, vigilantes de la calidad de atención de los servicios de salud y co-ejecutoras de planes de acción conjuntos. Las Redes de Promotoras y los Comités de Defensoras, conjuntamente con los establecimientos de salud de Ancash (centros de referencia), han elaborado y ejecutado 22 planes conjuntos hasta el año 2003. Estos planes tienen una duración de seis meses y comprenden acciones a nivel distrital. Algunos de los logros más importantes promovidos a través de los planes conjuntos y un trabajo estrechamente coordinado con la Dirección Regional de Salud de Ancash, son los siguientes:

- Mejora de la calidad de atención en los establecimientos de salud con los que se realizaron planes conjuntos (CLAS Chavín, San Marcos, San Luis, Marcará, Santa Cruz, Yuracoto, Monterrey, Centros de Salud Yanama, Pira, Shilla, Micro red San Nicolás, Hospital de Huari - CLAS Huaritambo). Esta mejora se aprecia fundamentalmente en el trato y la mayor confianza que sienten las mujeres para ir a los servicios de salud. El 77% de las beneficiarias encuestadas, luego de la realización de los proyectos comunitarios en el marco de los cuales se realizan los planes, así lo expresan. De otra parte, 58% de ellas manifiestan que ahora se encuentran en mayor capacidad para resolver sus problemas de salud reproductiva.
- Carnetización de 365 agentes comunitarias capacitadas por ReproSalud en 11 establecimientos de salud a solicitud de las promotoras. Esto es importante porque implica un reconocimiento formal por parte del Ministerio de Salud que se compromete a darles las facilidades necesarias para realizar su labor y a compensar su trabajo brindándoles atención gratuita y medicamentos básicos a precio de costo.

- Adecuación cultural de las salas de parto en siete de los 11 establecimientos de salud con los que se firmaron planes conjuntos.
- Construcción y mejora de la infraestructura de casas de espera para las mujeres que están gestando y viven lejos de los establecimientos de salud, así como la construcción de una sala de hospitalización (Yanama). Esto fue resultado de las gestiones conjuntas de las directivas del Comité de Defensoras y Red de Promotoras, y los responsables de los servicios de salud ante los municipios (Chavín, Yanama, San Luis y Marcará).
- Firma de 23 convenios entre la Liga de Lucha contra el cáncer-filial Huaraz, los establecimientos de salud y las organizaciones de mujeres para posibilitar la toma de muestras de Papanicolaou a bajo costo y la entrega oportuna de resultados.
- Abastecimiento de medicamentos para el tratamiento de las infecciones del tracto reproductivo en seis de los 11 centros de referencia. Esto se logró gracias a la gestión de promotoras y defensoras que presentaron un petitorio a los establecimientos de salud de referencia.
- Elaboración y ejecución de 40 planes de acción conjunta (en el marco de los planes conjuntos distritales) por los proveedores de Puestos de Salud, con la participación de promotoras comunitarias, defensoras, comités de salud y autoridades comunales, involucrados en el sistema de vigilancia comunal (SIVICO).
- Elaboración, validación y aplicación de la ficha de referencia y contra referencia para población iletrada.

2.2.5. Reconocimiento y participación en instancias públicas y de la sociedad civil

Debido al desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de promotoras y defensoras en el proceso de negociación con el MINSA y el ejercicio de la vigilancia ciudadana, estas mujeres han

desarrollado un claro liderazgo en sus comunidades y distritos. Son reconocidas tanto por otras mujeres y hombres de su comunidad, como por las autoridades de las instituciones públicas y privadas con las que se relacionan, como los establecimientos de salud del MINSA y los municipios.

Como resultado de ello, 26 promotoras y defensoras formadas en el marco del Proyecto ReproSalud han logrado ser elegidas para ejercer cargos públicos a los que las mujeres de su comunidad nunca o muy excepcionalmente habían accedido antes: Agente Municipal, Teniente Gobernadora, Regidoras de los municipios, Presidenta del Comité Local de Administración de Salud (CLAS), Jefa de Registro Civil y Secretaria de una Mesa de Concertación.

De igual modo, las Redes de Promotoras y Comités de Defensoras están siendo reconocidas como organizaciones representativas de sus comunidades con derecho y capacidad para participar en instancias de consulta y coordinación distritales. Así, las representantes de los Comités de Defensoras y la Red de Promotoras fueron invitadas a participar en cinco mesas de concertación de sus distritos, donde las mujeres, con el apoyo del personal de salud, han hecho llegar sus demandas para que sean consideradas en los presupuestos participativos de los municipios (Chavín, Yanama, San Luis, Huantar y Olleros).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, Jeanine
2001 Tendiendo Puentes: Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud. Movimiento Manuela Ramos-ReproSalud. Lima.
- FONCODES
2000 Mapa de la pobreza 2000. Principales indicadores que definen el nivel de vida. Lima.
- García, Patricia; Cárcamo, César y Holmes, King
2003 Las Infecciones del Tracto Reproductivo en Mujeres de Zonas Rurales del Perú: el enemigo silencioso. Movimiento Manuela Ramos/Universidad de Washington/USAID. Documento inédito.
- Hammer, Patricia J.
2002 Documento de sistematización de autodiagnósticos y otros estudios cualitativos realizados en el departamento de Ancash, Manuela Ramos-ReproSalud, Lima.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
2000 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2000. INEI. Lima.
2003 Perú: estimaciones y proyecciones de población 1950-2050.
- Ministerio de Salud-Proyecto 2000
1999 Salvarse con bien: El Parto de la Vida en los Andes y Amazonía del Perú. Ministerio de Salud, Programa de Salud Materno Perinatal, Proyecto 2000 y USAID. Lima.
- Movimiento Manuela Ramos-ReproSalud
2003 Informe de actividades 2000-2003.
Base de Datos de Proyectos Comunitarios y Beneficiarias de los mismos.
Evaluación de los primeros Proyectos Comunitarios Integrados (Educación y Promoción y Defensa)
- Suárez, Flor
2002 Una revisión de los resultados del proyecto ReproSalud por departamentos en dos momentos. Informe realizado por encargo del Movimiento Manuela Ramos-ReproSalud. Documento inédito.
- Yon, Carmen
2000 Hablan las mujeres andinas: Preferencias reproductivas y anti-concepción. Movimiento Manuela Ramos-ReproSalud. Lima.



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

