

Nydia Villavicencio Ríos



Hablan las mujeres de Ucayali

GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

HABLAN LAS MUJERES DE UCAYALI
Género y salud reproductiva

- 1 -

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
Cuidado de edición e impresión: Amelia Villanueva
Diseño y diagramación: Maco Vargas
Fotografía: MercoMujer - Josefa Nolte
Impresión: Línea & Punto S.A.C.
Depósito Legal N° 1501132002-2322
Mayo 2002

El presente documento presenta los hallazgos de quince autodiagnósticos en salud reproductiva, realizados por 255 mujeres mestizas y 100 shipibas, que habitan en los distritos de Masisea, Callería, Iparía, Campo Verde, Nueva Requena, Irazola (Monte Alegre, Von Humboldt y San Alejandro) y Yarinacocha. Se basa en la sistematización publicada en el texto «Género y Salud Reproductiva: Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali», de Astrid Bant y Angélica Motta.

Se enmarca dentro de la apuesta institucional por el respeto a la pluralidad cultural y la heterogeneidad de formas de vida, considerando que es un reto intentar y establecer vínculos horizontales entre personas de culturas diversas, mirando al otro u otra como nuestro igual.

Incluye la información sobre los logros del trabajo de Manuela Ramos ReproSalud, en la Región Ucayali en los años 1996-2000, y los resultados del seguimiento a las acciones conducidas por las mujeres organizadas que se ha hecho a lo largo del 2001.

Su objetivo es contribuir a que la Dirección Regional de Salud de Ucayali tome decisiones que incorporen las necesidades de las mujeres ucayalinas con respecto a su salud reproductiva, además de reconocerlas como interlocutoras válidas, dueñas de su cuerpo, capaces de tomar decisiones con respecto a éste en el libre ejercicio de sus derechos reproductivos y como ciudadanas plenas, consideraciones que el Ministerio de Salud establece en sus lineamientos de política.

Los resultados de nuestro trabajo han contado con el aporte de profesionales de la sede central: Susana Galdos, Susana Moscoso, Mary Fukumoto, Ella Carrasco, Susana Chávez y Carmen Yon, que le pusieron creatividad, corazón y razón, y la participación activa del equipo regional que lideró el proceso de ejecución de los autodiagnósticos. María Lourdes Mendoza, Sonia Ríos, Marivel Saldaña y Julia Martínez le pusieron calidad, riqueza y compromiso a este laborioso trabajo. Esther Fernández e Hilda Amasifuen, con sus traducciones, nos acompañaron y le dieron mayor calidez a los autodiagnósticos con las mujeres shipibas. Agradecemos también a todas y cada una de las mujeres ucayalinas que vivieron con nosotras los autodiagnósticos y el posterior proceso de capacitación, enseñándonos y teniéndonos paciencia.

Nydia Villavicencio Ríos
*Responsable de la oficina regional
de ReproSalud en Ucayali*



CARACTERÍSTICAS DE LAS COMUNIDADES DE LAS MUJERES PARTICIPANTES

Ucayali tiene una población de 435,000 habitantes (estimación del INEI para 2001), de la cual aproximadamente el 35% es rural y el 65% urbana (INEI 2000). La población indígena (de 4 grupos étnicos: cocamas, cacataibos, ashánincas y shipibos-conibos) conforma un 4.2% de la población total de la región, en algunos distritos llega a ser alrededor del 70% (INEI 1996)

Los autodiagnósticos se realizaron entre 1996 a 1999 con las mujeres de los distritos de Iparía, Masisea, Callería, Nueva Requena, Campo Verde, Irazola y Yarinacocha. Cuatro de los 15 autodiagnósticos se trabajaron con mujeres shipibas.

Comunidades

Más del 70% de la población de los distritos donde se realizaron los autodiagnósticos es rural, con excepción de Calleria y Yumbato que son principalmente urbanos. A excepción de Calleria, donde se encuentra ubicada la capital del departamento, la lista de distritos con 70% o más de hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBÍ).

Mujeres participantes

* Edad

Las edades de las mujeres participantes de los autodiagnósticos van desde los 15 hasta más de 50 años. Las más jóvenes, aquellas que tenían entre 15 y 20 años, representaron el 8% del total de participantes. El 30% tenía entre 21 y 30. Las mujeres de 31 a más de 50 fueron el 62%.

* Grado de instrucción

Mestizas: 1% analfabetas, 48% con algún grado de primaria, 46% con algún grado de secundaria y 5% con algún grado de superior.

Shipibas: 10% analfabetas, 54% con algún grado de primaria, 35% con algún grado de secundaria y 1% con algún grado de educación superior.

* Lengua

Las mujeres mestizas tienen como lengua el castellano. Mientras que en el caso de las shipibas, el 60% son bilingües shipibas y el 40% habla castellano como segunda lengua.

* Número de hijos por mujer

No hay una diferencia importante entre el número de hijos de ambos grupos. El 8.3% lo constituyen las shipibas sin hijos; 28.2% de 1 a dos hijos; 34.7% de 3 a 4; 28.4% de 5 a 6. En el caso de las mestizas, 9% no tiene hijos; el 32% de 1 a 2; 28% de 3 a 4; y 25% de 5 a 6. y

* Uso de métodos anticonceptivos

El 27% de las mujeres participantes usa algún método anticonceptivo mecánico. El método más extendido entre las shipibas es la inyección (35.2%) seguido por el ritmo (22.30%). Las mujeres mestizas utilizan un porcentaje considerable (30.5%).

En el caso de las shipibas, 28% usa la inyección, 14% el ritmo, 2% hierbas, 2% otros métodos y 53% no usa métodos.

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN Y FUENTES DE INFORMACIÓN

*** Los autodiagnósticos: proceso de investigación-acción-participativa**

Son procesos de investigación participativa que permiten generar conocimientos sobre la vida y la salud reproductiva de las mujeres, desde sus propias lógicas de pensamiento. A la vez, son procesos educativos que promueven que las mujeres de las organizaciones de base (OCBs) ejerciten y desarrollen sus capacidades para reflexionar, expresarse y tomar decisiones acerca de los problemas que consideran más importantes.

*** Los autodiagnósticos en ReproSalud tienen varios objetivos:**

1. Promover que las propias mujeres identifiquen y seleccionen problemas de salud reproductiva para definir las intervenciones que ellas van a desarrollar en este ámbito.
2. Acercar a los proveedores de salud a las perspectivas y experiencias de las mujeres, a sus propios modos de pensar y entender su vida y su salud reproductiva.
3. Recoger información que permita realizar sugerencias para mejorar los programas y políticas que se dirijan a mejorar la vida de las mujeres y en particular su salud reproductiva.
4. Identificar temas prioritarios de investigación social y biomédica, que permitan profundizar, ampliar y contrastar los hallazgos de los autodiagnósticos.

Se realizan en cinco sesiones con grupos de 15 a 25 mujeres en las cuales participan sólo las organizaciones contrapartes del Proyecto ReproSalud. Se emplean de modo creativo, un conjunto de técnicas participativas, las mismas que se desarrollan en plenarias y en grupos pequeños de mujeres (5 a 6 participantes).

PRINCIPALES HALLAZGOS DE LOS AUTODIAGNÓSTICOS

1. RELACIONES DE GÉNERO

Las relaciones de género son fundamentales para entender cómo se viven los procesos de salud reproductiva y los problemas relacionados con ésta. Analizar cómo se dan estas relaciones, los roles y responsabilidades de mujeres y varones, nos ayudará a conocer cuál es el impacto de éstas en la vida sexual y la salud de las mujeres, cuáles son aspectos relevantes y cuáles no lo son.

No olvidemos que las relaciones de género se negocian de manera constante poniéndose en juego los intereses de cada parte que pueden ser en algunos casos antagónicos y en otros, coincidentes, dependiendo de los recursos con que se cuenten: educación, ingresos, acceso a información, acceso a toma de decisiones, etc.

* Roles y responsabilidades de varones y mujeres

En las poblaciones mestizas la actividad principal de las mujeres está relacionada con las actividades propias del «ama de casa»; es decir, lavar, cocinar, criar animales menores y atender y criar a sus hijos e hijas, atender a la pareja y participar de las actividades en la chacra, según la estación, para el deshierbe, cosecha, cultivo, etc. Enseñarles a las niñas sus responsabilidades como mujeres corresponde a las madres y a los hijos; varones a los padres. El rol de proveedor de la familia por excelencia corresponde al varón.

En el caso de las mujeres shipibas, los roles y responsabilidades son muy similares, con la diferencia que además de la atención a la chacra el marido caza y pesca. El varón shipibo tiene menores posibilidades de proveer dinero a su familia pues su inserción a la economía y al mercado es mínima. La poca demanda en los mercados locales está cubierta por los varones mestizos.

Sin embargo, creemos importante mencionar que las mujeres y varones shipibos adicionalmente producen artesanía; ellas: telas pintadas, collares y pulseras de semillas o chaquiras de plástico, vasijas pintadas; los varones: arcos, flechas, cortapapeles, etc. La comercialización es responsabilidad plena de las mujeres que la realizan en Fucallpa, Yarinacocha y otras ciudades de Ucayali y fuera de la región. El ingreso monetario por la venta de artesanías es casi el único que perciben, por eso es fundamental para la economía de las familias shipibas. En segundo y tercer lugar de importancia está la venta y producción de maíz y frijol chichlayo.

La movilidad de las artesanas shipibas es considerada -por algunas investigadoras- como una expresión de autonomía. Desde nuestro punto de vista ésta no se traduce -entre otras cosas- en el uso del dinero, ya que es el esposo el que define en qué se gasta. Adicionalmente -según nuestra experiencia-, el varón viaja con ellas, pero no realiza la comercialización pues es una tarea -como dijimos antes- asignada a las mujeres, las cuales, para el efecto, visten el vestuario tradicional, típico.

*** La sexualidad**

Tanto mujeres como varones tienen relaciones sexuales antes de convivir y/o casarse. En las comunidades más alejadas las mujeres shipibas son entregadas en matrimonio antes de la menstruación, a varones adultos.

En ambos grupos de mujeres la iniciación sexual temprana está asociada a embarazo temprano, que es considerado como un problema por las situaciones que se generan alrededor de éste y que afectan su salud y su vida. El embarazo temprano -para las mujeres- está vinculado al abandono de la pareja, abortos en condiciones de riesgo, abandono de los estudios y frustración de un mejor futuro si se decide tener el bebé. Y es que quien asume la responsabilidad total sobre el niño o niña que nace es la adolescente que, en algunos casos, cuenta con la solidaridad de la madre ya que al no contar con recursos económicos para vivir y enfrentar sola la responsabilidad, generalmente se mantiene en el hogar materno.

Las mujeres adultas establecen relaciones más estables, dentro de las cuales tienen un margen de decisión y autonomía mínimos, con respecto a su propia vida, la marcha de la familia como sobre su cuerpo y su sexualidad.

Yo conozco de una familia donde la mujer quiere ir a planificarse, porque ya tiene 5 hijos,... su marido no quiere que se planifique y encima viene, le masea [le pega] y le usa [tiene relaciones con ella]. (Calletería, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

La mínima o poca autonomía en la vida sexual de las mujeres tiene implicancias en su salud reproductiva. Esto se visibiliza cuando no es posible para ellas negociar descanso en la actividad sexual en el puerperio o cuando tienen problemas de descensos o inflamaciones.

*** Relaciones de pareja**

Las relaciones de pareja tal cual se dan, muestran un sistema de poder en el cual -y como lo dijimos antes- la mujer está en una evidente desventaja. Encontramos un aspecto positivo en la disposición que tienen las mujeres para hablar de estos temas, cuando se les ofrecen espacios adecuados.

Las relaciones de pareja están teñidas por la infidelidad de los varones y el maltrato, ambas características hacen explícita su situación de subordinación y desventaja al interior de la pareja y producen mucha infelicidad. Esto ocurre con las mujeres mestizas y con aquellas que viven en las comunidades shipibas.

*** Maltrato**

El maltrato del que son víctimas las mujeres, físico o psicológico, es visto por las mujeres como un problema cotidiano. Ellas, además, son conscientes -como dijimos antes- de que éste afecta su vida y su salud.

Es maltrato cuando nos agrede con palabras o golpes [...] También hay maltrato con palabras, golpes, lapos, patadas, correaos, puñetes en los ojos, en la boca, te jala de tu pelo. Nos bota cuando está borracho, te saca sangre golpeándote, nos jota de la cama. No te deja entrar en la cama, no te deja entrar a la casa, nos hace correr de la casa. También hay maltrato con las palabras, nos insultan, nos putean, nos conchean, nos h millan. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

El maltrato es el mecanismo más visible por medio del cual el varón busca controlar la conducta de la mujer. Las razones más mencionadas que tienen que ver con este hecho son atribuidas a los celos, consumo en exceso de alcohol, supuesta infidelidad de la esposa. También se usa el argumento de que las esposas no cumplen bien su función o con sus quehaceres «propios». La negativa de las mujeres a tener relaciones cuando ellas no lo desean, el que sea «vecindera», que le guste visitar a sus vecinas o su pertenencia a organizaciones propias también son mostradas como «causas» del maltrato; es decir, ellas son las responsables de éste, el esposo lo que hace es cumplir con su obligación de llamarlas al orden cuando ellas tienen conductas inadecuadas. Por estas razones es sumamente difícil intentar tener decisiones propias sobre sí, su salud y su vida en general.

Esta situación es sumamente difícil de enfrentar por las mujeres, que en pocos casos buscan ayuda de las autoridades o vecinos, generalmente se asume como una condición propia de ser mujer, el recibir maltrato en la relación aun a pesar de que consideren que la violencia contra ellas puede llevarlas a la muerte. En los centros poblados urbanos tienen mayor posibilidad de acudir a las autoridades locales o la policía.

Pero su marido cuando quería hacer relación sexual no creía en nada, su esposo. Le maltrataba y tenía relaciones sexuales a la fuerza. Y de ahí, estando así, tenía muchos hijos. Así la mujer se empeoró más. (Callería, Coronel Portillo. Comunidad Shipiba)

Otra situación que configura y mediatiza la reacción de las mujeres frente al maltrato es el hecho de que ellas buscan que el marido cambie, que el maltrato cese, ya que sostienen -en muchos casos- su deseo de mantener la relación y cambiar el aspecto violento de ésta. También la responsabilidad sobre la crianza y la cercanía a sus hijos hacen que ellas se mantengan en una situación así, el riesgo de perderlos por una separación indeseada las hace tolerarlo. En muchos casos asumen que éste puede ser un comportamiento

«natural» de los hombres a los que se les enseña a ser violentos y que por lo tanto ellas deben cumplir su rol y «ser tolerantes».

El maltrato cruzó todos los problemas trabajados en los autodiagnósticos, en todos los casos una dificultad grande para la atención de la salud de las mujeres estuvo vinculada con su dificultad para tomar decisiones autónomas pues les significarían ser víctimas de éste.

Cuando en uno de los autodiagnósticos salió éste como el tema más importante, las mujeres nos pidieron posteriormente, no tratarlo directamente pues podría afectar sus relaciones con sus parejas, quienes podrían acusarlas de delación y por lo tanto traer graves consecuencias para ellas. En éste, como en otros casos, tratamos la violencia como un tema que atraviesa los problemas seleccionados. En todos los casos, además, desarrollamos contenidos sobre género y derechos.

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJO

- * Desarrollar actividades de sensibilización de género para los trabajadores de salud en los programas de salud reproductiva y planificación familiar, a fin de promover cómo se establecen las concepciones sobre relaciones de género en la paternidad y sus efectos en la capacidad y el derecho de las mujeres para tomar decisiones sobre su cuerpo y su salud.
- * Brindar capacitación al personal de salud sobre concepciones de género de modo que ellos se cuestionen los proyectos sobre la concepción masculina y masculinidad, lo que les permitiría una intervención más adecuada.
- * Es importante trabajar con los proveedores de servicios a las mujeres, considerando la necesidad de fortalecer sus habilidades y conocimientos, ya que no solo se deberían manejar cuidadosamente, sino también proporcionarles apoyo para las decisiones que sobre el cuidado de su salud tienen en sus manos, para ser más activas.
- * Orientar intervenciones que se realicen en el ámbito del trabajo, a la promoción de relaciones equitativas entre hombres y mujeres, así como también al fortalecimiento de la autonomía y capacidad de las mujeres para tomar decisiones.
- * Participar activamente en los espacios de participación en los diferentes niveles gubernamentales.
- * Establecer en los servicios de salud un espacio de trabajo para las mujeres.

2. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

En los quince autodiagnósticos realizados en Ucayali, las mujeres consideraron los siguientes problemas en orden de prioridad: descensos vaginales, muchos hijos, violencia. En doce de los quince ocupó el primer lugar en importancia el problema de descensos. En uno, el de «muchos hijos», en otro el aborto y en un tercero, la violencia. El segundo lugar lo ocupó mayoritariamente el problema de muchos hijos. En nuestra región trabajamos por ello, con todas las organizaciones descensos y «muchos hijos». En todos los casos, adicionalmente, trabajamos contenidos referidos a género y derechos reproductivos.

DESCENSOS

Como mencionamos, este problema fue seleccionado como el más importante en 12 de las 15 localidades en que intervino el proyecto ReproSalud en el departamento de Ucayali. «En un estudio sobre prevalencia de infecciones vaginales que realizó Manuela Ramos-ReproSalud, en convenio con la Universidad de Washington³, se encontró en este departamento una prevalencia del 55% la cual se distribuye de la siguiente manera entre las diversas enfermedades:

RPR (*)	Cervicitis	Tricomona	Vag. Bact.	Gonorrea	Cándida
4.2%	18%	8%	22%	-	2.8%

(*) RPR: Prueba Rápida para el diagnóstico de sífilis
Fuente: García, Patricia, 1998. En revista «Retamas y Orquídeas». Movimiento Manuela Ramos ReproSalud, N°7, julio 1998, p.5.

* Definición de descensos

La definición más común mencionada por las mujeres habla de un flujo que baja por la vagina, que puede ser de diferente color -dependiendo del avance de la enfermedad - y con un olor característico- Piensan que si no es tratado a tiempo puede convertirse en cáncer y en ese caso, lo más posible es que la mujer muera.

*Puede ser de color blanco, amarillo o verde. Muchas veces no tiene olor. Es más espeso, cuando ya está infectado y tiene un color amarillo o verdoso y con olor fétido y nauseabundo.
(Yarinacocha, coronel Portillo. Centro poblado urbano)*

Hay descensos que tiene sangre también, el descenso que tiene sangre ya es cáncer. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

* **¿A quiénes afecta?** _____

En la opinión de las mujeres, los descensos afectan a todas las mujeres, niñas, jóvenes, adultas, con vida sexual activa o no.

El descenso, es una enfermedad que ataca a las mujeres ya sea niña, adolescente, joven, adulta o anciana. (Yarinacocha, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

* **Causas** _____

Están referidas principalmente a irritaciones internas que generan heridas, inflamaciones o infecciones, las cuales serían asociadas a: las relaciones sexuales durante la menstruación, luego de parto o por muchos embarazos y partos mal atendidos; también a abortos en malas condiciones. Adicionalmente, mencionan que existen alimentos que pueden exponerlas a los descensos, mucho esfuerzo físico, el calor excesivo, el uso de prendas íntimas de otra persona que puede contagiarlas. También refieren que el esposo las contagia cuando tiene otra mujer.

Cuadro resumen de causas de descensos reconocidas por las mujeres

Heridas, inflamaciones e irritaciones internas

Los cuales se asocian a las siguientes circunstancias:

- * Fuerza excesiva durante el proceso del parto
- * Partos sucesivos
- * Uso de la T de cobre
- * Mantener relaciones sexuales estando delicado el cuello del útero
- * Retención de la placenta
- * Abortos realizados en condiciones de riesgo
- * Embarazo
- * Exponerse al calor o trabajo intenso
- * Consumo de alimentos irritantes
- * Prolapso
- * Muchas relaciones sexuales
- * Falta de cuidado luego del puerperio o desmando

Microbios/Contagio/ Falta de higiene

Este eje explicativo asocia al descenso con la presencia de parásitos y microbios que son transmitidos por contagio del esposo infiel, el cual tendría relaciones con mujeres enfermas. En estas circunstancias, el desarrollo de la enfermedad se ve favorecido, además, por la falta de higiene luego de las relaciones sexuales.

Frío

Se explica que habría un resfrío de los órganos femeninos, generalmente asociado a situaciones de trabajo intenso en las que la mujer tiene que lavar en los ríos o cochas o tiene contacto con la lluvia.

Consumo de alimentos blancos

Se trata de alimentos como el arroz y la yuca, los cuales se identifican como causa de la enfermedad por una asociación de la consistencia y color de los mismos con el flujo vaginal.

Comparando las diferentes visiones que sobre las causas de los descensos tiene el modelo biomédico occidental y la perspectiva de las mujeres, es posible ubicar las coincidencias y diferencias para realizar procesos educativos de acuerdo con ellas:

Causas de los descensos

Modelo Biomédico	Punto de vista de las mujeres
<p>* Presencia de microbios y gérmenes Por transmisión sexual Por lavados internos</p>	<p>* Presencia de microbios Por transmisión sexual Falta de higiene (ausencia de lavados internos) Por contagio de madre a hija (por leche materna) Por contagio de una mujer a otra (por entrar en contacto con una zona superficial)</p>
<p>* Alteración del PH Por cambios hormonales (producto del embarazo, por ejemplo) Por entrada de sustancias alcalinas (a través de lavados internos, por ejemplo)</p>	<p>Heridas/Penetración de los órganos internos</p>

Cuadro comparativo tomado de Bant y Motta. 2001.ReproSalud-Movimiento Manuela Ramos p. 139

*** Consecuencias de los descensos**

Las mujeres manifiestan en los autodiagnósticos, como dijimos antes, que los descensos, finalmente pueden terminar con su vida.

Se destruye totalmente el útero y expulsan un liquido amarillento con malos olores, invade las trompas y termina la vida de la mujer. (Callería, Coronel Portillo, Centro poblado urbano).

Tienen malestar constante, picazón, ardor al orinar, escaldaduras, que no les permiten llevar una vida normal con su propia familia pues tienen desgano e infelicidad. Esta se agrava cuando adicionalmente el esposo insiste en tener relaciones sexuales con ella y ella se niega porque le producen dolor.

Se enfermó de descensos, motivo por el cual no puede tener relaciones con su viejo, y empiezan las peleas, llegando a separarse. (Yarinacocha, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Este bajo o mínimo deseo sexual, muchas veces es mal interpretado por el esposo, quien la acusa de infidelidad o la deja por otra pareja.

*** Asociación de los descensos con cáncer**

Creemos que este es un aspecto bastante importante de tomar en cuenta ya que las infecciones o inflamaciones vaginales tienen tratamientos rápidos y efectivos desde la biomedicina. Para las mujeres tener descensos es estar en el camino, en la senda que lleva a la muerte de no ser controladas y curadas a tiempo.

Si no se cura a tiempo nos puede dar una infección y se produce el descenso verde, luego el cáncer uterino. (Yarinacocha, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

En la investigación realizada por Manuela Ramos, en convenio con la Universidad de Washington, que mencionamos antes, la prevalencia de PAP positivo en Ucayali es de 9%, la más alta de los otros 8 departamentos donde se realizó dicho estudio, esta prevalencia es aun mayor en las mujeres shipibas que llegaron a un 11.4%

En este estudio, algunos autores consideran como condiciones favorables para el desarrollo de la enfermedad la multiparidad (definida como 6 hijos o más), el inicio precoz de las relaciones sexuales, la promiscuidad sexual de la mujer y/o su pareja, pobre acceso a los servicios de salud y extrema pobreza. Estas condiciones se dan en gran medida en el caso de las mujeres de Ucayali con quienes trabajamos.

*** Rutas y tratamientos**

Preguntamos a las mujeres por las instancias y recursos a los que acuden y utilizan en búsqueda de ayuda para solucionar el problema, como podemos ver en el gráfico, ellas en primera instancia acuden a buscar ayuda a una amiga, vecina o familiar (femenina) a quien le cuentan lo que sienten y de quien esperan ayuda, consejos. Generalmente, la amiga, familiar o vecina va con ellas donde un vegetalista, el que les prescribe un tratamiento. Si esto no es suficiente y ella no ha mejorado, al contrario, siente que el malestar aumenta, busca ayuda en el establecimiento de salud. La dificultad mayor expresada por las mujeres en el gráfico siguiente es que puedan no tener el dinero para el tratamiento.

En otros casos manifestaron que comunican en primera instancia a su esposo el problema de descensos y con él van al establecimiento de salud (en menor escala). Una tercera ruta planteada es que van directamente al establecimiento de salud, generalmente en los lugares periurbanos.

Ruta elaborada por grupo de mujeres en Masisea



Tanto los autodiagnósticos como un estudio complementario encargado a Norma Fuller (1998) dan cuenta de que el tratamiento con vegetales se hace básicamente a través de lavados internos o baños de asiento, se usa, para ello, el líquido que segregan las cortezas de mango, ubos, casho, copaiba, renaquilla, capirona, chuchuhuas, uña de gato. También se usa malva (debe estar «serenada», puesta al sereno, por las noches) manzanilla, suelda con suelda, llantén, hierba luisa, verbena, etc. También el zumo, especialmente las cortezas, (ejem. chuchuhuasi) se toma maceradas con aguardiente y miel de abeja en tratamientos que pueden ser de 10 a 15 días como promedio y en dosis prescritas para cada caso por el vegetalista; en general, un tratamiento de este tipo va acompañado de la prescripción de dietar en relaciones sexuales (no tenerlas) y también con respecto a algunas comidas (no ingerir) como el pescado con muchas espinas (como la piraña), también el cerdo que se considera especialmente tóxico. Existe también la práctica de introducir a la vagina hisopos o bolas de algodón empapadas en sangre de grado, por ejemplo, para curar posibles heridas o como desinflamantes.

Un lugar común es el tema de la higiene. La asociación que existe entre descensos y falta de higiene es muy grande, muchas veces, por esta razón, las mujeres pueden excederse y hacerse daño para estar lo «suficientemente limpias». La suciedad de nuestros órganos internos tiene que ver directamente con la forma cómo nos socializan con respecto a nuestro cuerpo y genitalidad. Las madres -principalmente- para que sus niñas no se

toquen los genitales les advierten que éstos son sucios, la Iglesia también hace alusiones serias con respecto a esto. El mismo MINSA -hace ya muchos años- recomendaba el uso de bombillas para lavados internos.

Se hace lavados profundos y te secas bonito y te introduces lo que tienes que ponerte, puede ser el piñón, la sangre de grado, la resina de copaiba, que son remedios muy buenos para esa enfermedad. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

RECOMENDACIONES PARA EL MINSA

- * Retomar los conocimientos que tienen las mujeres acerca del origen y características de los descensos en las acciones educativas y de consejería e introducir nuevos conocimientos que faciliten su comprensión. Por ejemplo, incorporar el concepto de infección y retomar el conocimiento de las mujeres sobre la presencia de agentes infecciosos específicos. Esto podría ayudar a que las mujeres vayan familiarizándose de manera más concreta con las explicaciones biomédicas sobre el origen de los descensos.
- * Diseñar e implementar estrategias educativas donde se impartan y refuercen conocimientos sobre los flujos normales que ocurren dentro del ciclo menstrual y la desvinculación de éstos respecto a procesos patológicos. Esto facilitaría que las mujeres reconozcan ciertas características sobre el flujo normal y anormal.
- * Abordar durante la consulta y en las actividades educativas, los efectos adversos de los lavados vaginales internos, incidiendo en la normalidad de la presencia de una flora vaginal y proponiendo el cambio de los lavados internos por los lavados externos, usando las mismas plantas (la mayoría de las cuales tienen propiedades antiinflamatorias), en caso de que éstas no tuvieran contraindicaciones.
- * Diseñar campañas de sensibilización dirigidas explícitamente a incentivar la responsabilidad masculina y promover la doble protección; es decir, la protección del embarazo y a la vez de las ETS, mediante el uso consistente del condón.
- * Mejorar la capacidad resolutive de los servicios para atender los problemas de los descensos. Ello implica: a) capacitación del personal en el diagnóstico y tratamiento; b) equipamiento de medicamentos básicos que atiendan este tipo de problemas en los establecimientos del primer nivel de atención y, c) sistemas efectivos de referencia desde los establecimientos periféricos para el diagnóstico de laboratorio.
- * Ofertar servicios de ETS y enfermedades de los órganos sexuales, que cuenten con personal, espacios de consejería y atención en lugares y horarios adecuados y aceptables tanto en el caso de las mujeres como de los varones.

3. MUCHOS HIJOS Y ANTICONCEPCIÓN

PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

Las mujeres ucayalinas, mestizas y shipibas iniciaron su vida reproductiva -tuvieron su primer hijo- sin planificación. Esta situación -en muchas de ellas- se mantuvo a lo largo de toda su vida. La encuesta de Línea de Base de nuestro proyecto de 1997, menciona que el 50.8% de mujeres encuestadas no deseó tener su último hijo nacido vivo. Del mismo lado, la encuesta ENDES del 96 en Ucayali da a un 64% de mujeres que manifestaron su deseo de no tener más hijos en el futuro.

* *¿Cómo configuran las mujeres sus preferencias reproductivas?* _____



Ya tenía muchos hijos. Ella estaba preocupada, paraba triste tanto pensar. Dolía la cabeza porque no tenía qué comer. No tenía ropa para sus hijos y también no alcanzaba el mosquitero. Y también su esposo era viejito. No alcanzaba el mosquitero por sus hijos, dormía junto con ellos. Su pie del padre aparecía fuera del mosquitero. (Calleria, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)



Los significados asociados a los hijos, positivos y negativos, marcan sus preferencias reproductivas. También la posibilidad de acceder a métodos de planificación familiar así como la negociación que lleve a cabo al interior de su familia, con su pareja, para planificar el número de hijos que ésta quisiera tener.

Significados asociados al número de hijos:

Aspectos positivos	Aspectos negativos
--------------------	--------------------

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> * Apoyo y fuerza de trabajo. * Colaboración defensa y cuidado a lo largo de la vida. * Signo de buena salud de la mujer. * Fuente de felicidad para la mujer y fortalecimiento de la familia. | <ul style="list-style-type: none"> * Escasez de recursos económicos. * Sobrecarga de trabajo para la madre. * Preocupación constante para la madre. * Afecciones a la salud de la madre. |
|--|--|

Cuadro tomado de: Bant y Motta «Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali», 2001. ReptoSalud-Movimiento Manuela Ramos, p.129

*** Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos**

El acceso a información al parecer sucede principalmente a través de los servicios de salud, se reconoce por ello como un aspecto positivo, que el establecimiento pueda brindar este servicio.

Las mujeres, sin embargo, manifiestan un conocimiento inadecuado o desconocimiento de cómo actúan éstos en su cuerpo.

Las pastillas o las ampollas que está producida allí, crece donde forma la criatura, ésta se carga de aire y cuando crece se va haciendo gorda y la barriga se va hinchando. Crece la barriga y cuando ya dejas de tomar la pastilla o dejas de ponerte la ampolla, tienes que tomar un vegetal que te haga salir el aire.

(Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Cuando tomamos estas píldoras, el cuello uterino se seca y no se puede quedar embarazada. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Realmente no sabemos cómo actúan en nuestro cuerpo [los métodos anticonceptivos]. Pero sabemos que cuando lo usamos nos protege de un embarazo. (Yarinacocha, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Reconocen también las mujeres que muchas de ellas tuvieron un mayor número de hijos, porque no tuvieron la información ni las posibilidades de acceso actuales.

Ahora las mujeres conocen cómo evitar el embarazo. Por eso las mujeres no tienen muchos hijos. Porque ahora ya tenemos quién nos apoya. (Callería, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Mencionan también que el acceso ahora es mucho más posible y que ellas pueden encontrar su propio método; es decir, aquel que las proteja y cuyos efectos secundarios no les afecten. Sin embargo, mantienen la preocupación sobre la forma cómo actúan éstos dentro del organismo de la mujer, excepción hecha con el condón que para ellas claramente no permite el paso de los espermatozoides o «semillas» del varón, y que no afecta a su cuerpo en nada.

*** Efectos secundarios de los métodos anticonceptivos**

Se señalan algunos efectos colaterales nocivos de los métodos anticonceptivos modernos que habrían sido causa de interrupción en su uso.



A veces les choca la pastilla, le da náuseas, le saca ampollas les choca, mejor dicho a nuestro cuerpo y eso de miedo a veces no quieren cuidarse. (Irazola, Padre Abad. Centro poblado rural)

Pero también afirman que aun tomando en consideración estos efectos, frente a la posibilidad de un embarazo no deseado, algunas mantienen el uso del método.

*** Sobre el uso de métodos anticonceptivos vegetales**

Para el caso de mujeres mestizas no contamos con información precisa sobre el uso de métodos anticonceptivos vegetales; sin embargo, su uso se reporta en los autodiagnósticos. Se señalan los lavados internos con vegetales luego de las relaciones sexuales y de manera más extendida la toma de sustancias específicas.

Con el limón se hacen lavados después de tener relaciones .. El chuchuhuasi se toma faltando 8 días para la regla y no hay peligro de embarazo... El piri piri se hace hervir y se toma en ayunas, es como una papa. (Varias mujeres, Calleria, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Con albahaca también se cura para no embarazarse. La raíz hay que tomar, se hace juane y se asa a fuego lento, luego se seca el jugo y se le echa tres gotitas de agua florida. Hay que dar tres mañanas después del primer día de la primera regla. (Yarinacocha, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Según Hern (1994), citada por Bant y Motta (2001), el método tradicional más importante de las shipibas consiste en dos preparados vegetales con efectos opuestos, pero complementarios. La primera hierba, o piri piri, cuyo nombre nativo es totimahuaste, es una hierba larga (*Carex* spp), que crece en tierra húmeda a lo largo de los lagos; su preparación consiste en aplastar la raíz en una copa de algodón y exprimir el jugo en una taza de agua caliente. Esta decocción se toma durante el primer día de la menstruación solamente durante dos menstruaciones seguidas. Se dice que después del tratamiento la mujer nunca más concibe otra vez. No tendría consecuencias. (Op.cit, p.170)

*** La interrupción del embarazo y la regulación de la fertilidad**

Las mujeres mestizas y shipibas recurren al aborto cuando no encuentran otra salida para regular su fertilidad. Este tiene varias maneras de realizarse, en algunos casos las mujeres se introducen palillos o palos de yuca afilados, para provocar movimientos en el útero que produzcan un aborto. En otros, beben sustancias preparadas por comadronas que deben producir un efecto similar. Algunas mujeres mencionan el uso de pastillas que se usan para los vacunos y que provocan contracciones en ellos y en ellas un aborto.

Algunas también manifiestan haber tenido la experiencia de ser atendidas por personal de salud. Sin embargo, es importante mencionar que no todos los intentos de las mujeres por abortar, se concretizan, en muchos casos es probable que tengan aquel hijo(ja).

Alrededor de la mujer que se somete a prácticas abortivas, están problemas como embarazos precoces, pobreza, abandono de la pareja, dificultades de acceso a métodos de planificación familiar, la oposición del esposo a que ellas planifiquen su reproducción. El riesgo que un aborto en malas condiciones significa para las mujeres va desde problemas de infertilidad hasta la pérdida de su vida, y las mujeres lo entienden así.

La mujer también aborta cuando no tiene los recursos suficientes para atenderse, o a veces cuando los hijos no son deseados. Hay casos cuando el hombre abandona a sus hijos, uno se aborta por los problemas. (Nueva Requena, Coronel Portillo. Centro Poblado urbano)

Aquí debemos informarle que existe en nuestra comunidad mujeres que extraen a un feto que recién crece del vientre. A veces cuando están embarazadas toman remedio y el feto muere del vientre de la madre. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

Se asocia claramente con perjuicios para la salud de la mujer.

Con varios abortos que tuve ahora ya siento un dolor insoportable. Me duele mucho mi vejiga. A veces no veo mi regla. Siento dolor y siento como una inflamación. Para pasar dolores tengo que tomar alguna pastilla o remedios para que me calme el dolor. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad shipiba)

RECOMENDACIONES AL MINSU

El MINSU debe garantizar el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva, especialmente a los métodos anticonceptivos, a través de una política de salud reproductiva que promueva la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre su vida sexual y reproductiva. En este sentido, el MINSU debe:

- * Capacitar agentes locales en el uso y distribución de métodos anticonceptivos, a modo de facilitar su acceso.
- * Capacitar a las mujeres y agentes comunitarios en la identificación de servicios de salud reproductiva por internet y de otros canales de acceso a los servicios de salud.
- * Garantizar la existencia de la información sobre los métodos anticonceptivos a las mujeres una elección informada, además de garantizar la disponibilidad de los servicios de salud reproductiva en el momento y los lugares requeridos, no haciendo perder una oportunidad importante de acceso a los servicios de salud reproductiva.
- * Garantizar la existencia de la información sobre los servicios de salud reproductiva en los lugares donde se encuentran las mujeres, a través de canales de acceso a los servicios de salud reproductiva, y facilitar el acceso a los servicios de salud reproductiva a través de canales de acceso a los servicios de salud reproductiva.

4. LAS MUJERES Y SU RELACIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD

Tuvimos una especial atención en recoger lo que las mujeres opinan sobre los servicios de salud de sus comunidades. En general, ellas reconocen en los establecimientos de salud, conocimiento y especialización para tratar las enfermedades, pero también perciben de parte del personal de éstos, una mirada despectiva a los que se encargan de la salud en sus comunidades o localidades, específicamente a las parteras y vegetalistas.

Encontramos a la vez, que existe un desencuentro respecto a diferentes expectativas sobre los niveles de resolución de los servicios salud, ya que las mujeres asumen que deben ir al establecimiento cuando se presenta una emergencia, mientras el sector salud, en sus servicios de periferie, les ofrece una resolución de problemas del primer nivel de atención.

La planificación familiar es uno de los lugares de encuentro entre las mujeres y el sector salud, por las posibilidades de acceso que brinda. Sin embargo, ellas expresan una necesidad de mayor información sobre los mecanismos de acción de los métodos para explicarse y entender la razón de los efectos en sus cuerpos.

A continuación, presentamos los principales hallazgos de los autodiagnósticos sobre los aspectos que dificultan el acceso a los servicios de salud: las nociones de privacidad y vergüenza, competencia técnica y equipamiento, accesibilidad (económica y geográfica) e interacción con los proveedores.

*** Nociones de privacidad y vergüenza**

Los testimonios dados por las mujeres muestran sentimientos de temor y vergüenza cuando son examinadas ginecológicamente por el personal de salud, estos sentimientos son mayores si son varones quienes realizan dicho examen.

Ellas tienen miedo y vergüenza de abrir su pierna. El sanitario les quiere traer a la posta, pero no quieren venir porque mucho le abren su pierna y esos aparatos. Nos hacen abrir la pierna, a las otras señoras su pierna y a ellas no les gusta. (Iparía, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

Muestran también su preferencia a una atención por personal femenino.

Mayormente las mujeres de acá tenemos más confianza con la mujer ¿no? que con el varón. O sea, cuando se trata así de salud de la mujer, no pasamos con el doctor: «quiero con la señorita» (decimos).

Más confianza te da la obstetriz. (Dos mujeres, A. Iparía, Coronel Portillo. Centro poblado rural)

*** Aspectos técnicos y equipamiento**

Como dijimos antes, mientras el sector salud plantea una intervención de primer nivel de resolución en los establecimientos de periferie, las mujeres acuden para atenderse cuando se presenta una situación de emergencia, que mayormente no se resuelve en este nivel. Ellas, aun cuando reconocen lo específico y valioso del conocimiento biomédico, constatan que sus necesidades o problemas de salud no son resueltos por el sistema, pues además no siempre tienen la implementación necesaria, ni los equipos ni las medicinas. Esta es una constatación de las mujeres mestizas como de las shipibas.

Queremos que haya mejores remedios, que no sean los básicos nomás. Que haya mejores doctores, que curen todo tipo de enfermedades y no tener que estar yendo a Pucallpa. (Masisea, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

En el mismo sentido, muchas veces el sector salud prioriza su intervención a partir de lineamientos y políticas que no necesariamente recogen las necesidades de su población, en este caso, las de las mujeres.

Aquí hay posta, pero solamente atienden casos urgentes como: malaria, cólera, dengue, los problemas que tenemos las mujeres no son urgentes, no nos toman en cuenta. (Campo Verde, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

*** Interacción con los proveedores**

Encontramos puntos de vista distintos, respecto a este tema, algunos dan cuenta de una comunidad que está satisfecha de la relación del establecimiento con sus usuarias y otro habla de su desencanto o insatisfacción. Mencionan que por ejemplo su situación de pobreza las hace menos elegibles por el personal de salud, y que es por esta causa que reciben un trato poco respetuoso y a veces ofensivo.

Hay un doctor malagracia, si tienes plata te voy a curar, sino que se vaya a su casa, nos dice. (Masisea, Coronel Portillo. Centro Poblado urbano)

El doctor que viene de Masisea es bien bueno. Nos trata bien a las mujeres. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad Shipiba)

El sanitario se había burlado de sus genitales de una señora, había hablado que tiene tremenda vulva, de la parte genital que tenemos la mujer. (Masisea, Coronel Portillo. Comunidad Shipiba)

En el año 2000 trabajamos con las mujeres la posibilidad de que negociaran un Plan de Actividades con el establecimiento de salud de referencia, dentro del cual podían ellas plantear los cambios que pensaban debía hacer el establecimiento, y cuyo cumplimiento tendría un impacto en la mayor asistencia de las mujeres a los establecimientos. En esa ocasión, como en los autodiagnósticos, los cambios que piden las mujeres están relacionados a buen trato, respetuoso, atención por orden de llegada, explicación de los exámenes, escucharlas sobre el problema de salud que tienen, tener espacios privados para los exámenes, entre otros aspectos.

Un aspecto específico que demandaron las mujeres shipibas en un listado de propuestas para un servicio de salud de calidad⁴, recoge también lo planteado por ellas en los autodiagnósticos y que está relacionado con el respeto y manejo de su idioma como elementos importantes para una comunicación real y fluida con salud.

Que el personal de salud llegue a nuestra comunidad, que hablen en nuestro idioma para poder participar y entender mejor. Con respeto a nuestra cultura. (Taschitea - Centro Poblado urbano)

*** Accesibilidad económica y geográfica**

Otra dificultad que enfrentan las mujeres en su relación con los establecimientos de salud es el de la accesibilidad económica. En muchos casos señalan que no tienen dinero para la consulta y tampoco para las medicinas.

Se van a la posta y les cobran S/. 4.00 la consulta y nosotros todavía tenemos dinero, pero hay otras gentes más pobres que nosotras y no les alcanza, es por eso que no se acercan a la posta, inclusive les dan mal trato. (Calleería, Coronel Portillo. Centro poblado urbano)

También es una dificultad particularmente crítica para el caso de comunidades nativas, el acceso geográfico: la distancia y los problemas de transporte.

No había plata para llevar, ni motor, se rebuscaba para llevar a la señora... así lo llevaron al hospital y en el hospital le dijeron que su útero estaba pudriendo y de ahí la mujer se quedó sin nada de adentro, ahora no puede tener hijos. (Calleería, Coronel Portillo. Comunidad Shipiba)

Este factor es particularmente problemático en el caso de eventos de salud reproductiva como el parto, durante y luego del cual se pueden presentar situaciones de riesgo imprevisibles.

RECOMENDACIONES AL MINSA

El MINSA debe garantizar a las mujeres que no tienen acceso a servicios de salud, especialmente a las mujeres de zonas rurales y zonas de alta pobreza, el acceso a servicios de salud que les permitan mejorar su calidad de vida.

El MINSA debe garantizar el acceso a los servicios de salud que las mujeres necesitan, especialmente a las mujeres que viven en zonas de alta pobreza. El MINSA debe garantizar el acceso a los servicios de salud que las mujeres necesitan, especialmente a las mujeres que viven en zonas de alta pobreza.

* Mejorar la capacidad reactiva de la red de servicios del MINSA de atención al que el MINSA debe garantizar el acceso a los servicios de salud que las mujeres necesitan, especialmente a las mujeres que viven en zonas de alta pobreza.

* Promover un trato horizontal y respetuoso con la comunidad, particularmente con las mujeres de las poblaciones rurales e indígenas. Evitar cualquier tipo de discriminación (por ejemplo, edad) que pueda afectar el acceso al personal de salud, como el personal y sus servicios interpretados como un obstáculo para el acceso por las mujeres de la comunidad, estas acciones deben ser prioritarias.

* Mención especial respecto al tema de acceso a los servicios de salud, sobre todo con aquellas que sólo hablan su lengua materna. El MINSA debe encontrar la forma de garantizar el acceso de las mujeres que hablan su lengua materna.

* Incorporación de prácticas acordes con las necesidades de salud y bienestar de las mujeres. El MINSA no se debe limitar a servicios de salud, se trata de un servicio integral en el ámbito de la salud, que incluye la atención de la salud física, mental y emocional de las mujeres. El MINSA debe garantizar el acceso a los servicios de salud que las mujeres necesitan, especialmente a las mujeres que viven en zonas de alta pobreza.

* El MINSA debe garantizar el acceso a los servicios de salud que las mujeres necesitan, especialmente a las mujeres que viven en zonas de alta pobreza.

los servicios.

* En la consejería en planificación familiar incorporar temas relativos al ciclo menstrual y la presencia de hormonas, que son elementos fundamentales para la comprensión adecuada de los métodos modernos, incluyendo el de abstinencia.

LOS APORTES DE REPROSALUD EN UCAYALI

El proyecto Salud Reproductiva en la Comunidad (ReproSalud), surge como una respuesta a la necesidad de acortar las grandes brechas en la situación de salud de las mujeres urbanas y aquellas que habitan en las zonas periurbanas y rurales, por el convencimiento de que la equidad en las condiciones de salud es fundamental para contribuir a un desarrollo humano sostenible.

Busca constituirse en un puente para acortar las distancias que existen entre la alta incidencia de problemas relacionados con la salud reproductiva que presentan las mujeres de las zonas rurales y periurbanas y la subutilización de los servicios de salud en estas mismas áreas.

La metodología de intervención del proyecto se inicia con los autodiagnósticos. Los que propiciaron un acercamiento al saber de las mujeres y fueron el primer paso de la estrategia educativa de ReproSalud. A partir de los hallazgos de esta investigación cualitativa es que se diseñó la estrategia de intervención con un importante acento en una educación reflexiva y democrática, con las siguientes características:

FORTALECER LA CAPACIDAD DE DECISIÓN DE LAS MUJERES

Un reto del proyecto ha sido desarrollar un proceso educativo que ponga énfasis en los conocimientos en las propias mujeres, en sus prácticas y en sus concepciones. La actitud de los equipos técnicos fue conocer y entender la perspectiva de las mujeres, para a partir de ella plantear y transmitir otros conocimientos, que integrados a los propios, permitan una mejor comprensión del cuerpo y una mirada integral de la salud reproductiva. Esto ha facilitado en las mujeres la incorporación de prácticas saludables en su vida sexual y reproductiva.

Acciones dirigidas a fortalecer la autoestima y la capacidad de tomar decisiones:

* Se han realizado quince autodiagnósticos con 352 mujeres, que les ha permitido iniciar la reflexión acerca de su propia vida, salud, enfermedad, el funcionamiento de su cuerpo, y las relaciones tanto al interior de la familia como en la comunidad y con los servicios de salud. En este marco, las mujeres asumieron el reto de dialogar, seleccionar el problema de salud reproductiva más importante, analizar sus causas y consecuencias y plantear alternativas de solución.

* Se facilitó que las mujeres elaboraran, condujeran y evaluaran proyectos locales con la población, dirigidos a incidir en las causas de los problemas identificados. Esto ha significado que las mujeres sientan no sólo que se reconoce su capacidad de enseñar a otras, sino también de construir y crear nuevos conceptos incorporando su saber y el de otras mujeres de la comunidad.

* Para ello, desarrollaron habilidades técnicas y administrativas para manejar dichos proyectos. Se trabajaron 23 subproyectos educativos por intermedio de los cuales llegaron a 8,180 personas de 174 organizaciones de 7 distritos, 1,751 varones y 5,190 mujeres.

* Se capacitaron 169 promotoras comunitarias y 65 promotores comunitarios.

* Se crearon 11 redes de promotoras comunitarias y 11 Comités de defensoras (en los siete distritos de intervención) para la promoción y defensa de sus derechos e intereses y el desarrollo de habilidades para establecer coordinaciones y negociaciones con los servicios de salud.

EDUCAR EN UN MARCO DE EQUIDAD Y DE RECONOCIMIENTO DEL SABER DE LAS MUJERES

El proceso educativo parte de un análisis sobre los roles que tienen varones y mujeres, reflexionando sobre las posibilidades de crítica, aprendizaje y mejora. Tanto para varones como para mujeres, se termina con la frase: «Si quiero y me enseñan, pueco hacer cualquier cosa».

Seguidamente, se retoma el análisis de los autodiagnósticos y se trabaja sobre el cuerpo, los órganos reproductivos y su funcionamiento. Se toman en cuenta sus interpretaciones sobre los procesos reproductivos para profundizar en el análisis de la fisiología y a la vez proporcionarle nuevos elementos que le permitan entender el funcionamiento de su cuerpo. Un ejemplo: algunas de ellas interpretan que la sangre de la menstruación es mala y que por eso el cuerpo la elimina, otras señalan que la sangre es buena porque ayuda a formar y alimentar al hijo o hija.

En la capacitación se analiza con ellas lo que ocurre durante el ciclo menstrual y tratando de entender ambas lógicas. Es decir, la sangre menstrual es buena, es útil porque prepara al útero para recibir al óvulo fecundado y para el crecimiento del feto. Las mujeres enriquecen este conocimiento al hacer la comparación con las aves que preparan su nido. Ellas dicen: «asi nuestro organismo se va preparando y con la sangre forma un nido». Luego de la ovulación, cuando ha habido fecundación, ese «nido» ya no es útil y por eso el cuerpo lo elimina, esta es la sangre que ya no se usa y a la que ellas denominan o señalan como mala.

Este proceso de ampliar sus conocimientos, incorporando la información que ellas ya tienen, facilita un proceso de afirmación de su autoestima. Hecho que las habilita para ejercer sus derechos y tomar decisiones con autonomía acerca de sus preferencias reproductivas. En la medida en que las mujeres pueden explicarse los cambios que hay en su organismo pueden entender mejor el efecto que los métodos anticonceptivos tienen y manejar mejor el uso del método de abstinencia periódica. Cuando las mujeres aprenden que su cuerpo produce sustancias químicas: hormonas, entienden mucho mejor lo que

sucede con su cuerpo cuando usan un método hormonal. De esa forma, ellas están preparadas para enfrentar rumores e informaciones parciales o distorsionadas.

Por un acuerdo específico, la Dirección Regional de Salud de Ucayali estableció una norma de reconocimiento a las promotoras comunitarias que capacitamos, como agentes comunitarios de salud.

Ellas, por su parte, en acuerdo con las presidentas constituyeron dos instancias de organización: una Red de Promotoras y un Comité de Defensoras por cada establecimiento de salud en el cual se atienden. Se constituyeron así once redes y once comités que, de manera conjunta, negociaron con dichos establecimientos un plan de trabajo que incorporara efectivamente el aporte de las promotoras en un trabajo conjunto con el establecimiento y la vigilancia de los derechos sexuales y reproductivos de las presidentas/defensoras, como garantía para el ejercicio de éstos y para la vigilancia de los acuerdos tomados en el Plan.

En 2001 estamos llevando a cabo un Plan de Seguimiento y Reforzamiento a las actividades conjuntas de los Comités de Defensoras y Red de Promotoras con los establecimientos de salud de la región.

INCORPORAR Y COMPROMETER A LOS VARONES

Para enfrentar juntos los problemas de los descendos y para hacer realidad sus preferencias reproductivas, las mujeres incorporaron a los varones a las actividades educativas. En este esfuerzo capacitamos a 65 promotores comunitarios, los que a su vez llegaron a 1,751 varones.

El trabajo con varones tiene los siguientes objetivos:

- * Propiciar en ellos la reflexión y sensibilizarlos acerca de las diferencias que la socialización establece entre hombres y mujeres.
- * Que conozcan anatomía y fisiología reproductiva, para comprometerlos a prácticas saludables y a una mayor responsabilidad en las decisiones reproductivas.

Otro tema trabajado con los varones ha sido el de violencia doméstica, tanto psicológica como física y sus consecuencias en la vida de la pareja y los hijos.

GENERAR CAPACIDADES COMUNITARIAS PARA EDUCAR

La estrategia educativa del proyecto se basa en la formación de promotoras y promotores comunitarios, que son elegidos por la comunidad y seleccionadas(os) después de un proceso de capacitación y de reconocimiento de las habilidades para trabajar con grupos, compartir conocimientos y estimular la participación.

Hasta octubre de 2000 se formaron 169 promotoras comunitarias y 57 promotores comunitarios, quienes asumieron la función de educadores trabajando con grupos de 25 a 30 personas.

Esta experiencia ha permitido que las promotoras y promotores se conviertan en protagonistas de un proceso de democratización de conocimientos.

CONSTRUIR CIUDADANÍA Y FORTALECER LA ORGANIZACIÓN DE BASE

Esta estrategia sienta las bases para que las y los participantes puedan ejercer sus derechos contando con la información necesaria para la defensa de su salud, afirmando su identidad y valorando su saber.

Como la estrategia de intervención se desarrolla con las organizaciones comunitarias de base, se logra impacto en la formación de ciudadanía, por cuanto se desarrollan capacidades para demandar individual y colectivamente el respeto a los derechos, la defensa de una atención de calidad.

La relación de las mujeres con los establecimientos de salud se fortalece cuando ellas les informan periódicamente sobre las conclusiones de los autodiagnósticos y las acciones de los subproyectos que se desarrollan en la comunidad. Estos contactos, tienen como finalidad establecer relaciones de confianza y respeto mutuo con el personal de los servicios de salud y han posibilitado la programación de Planes Conjuntos, con compromisos mutuos.

Una mujer informada y capacitada es capaz de luchar por la ampliación de espacios para participar, tomar decisiones en el ámbito local y consolidar las acciones de defensa de sus derechos a través de sus organizaciones.

El Movimiento Manuela Ramos apoyó este proceso y suscribió un Convenio con la Dirección Regional de Ucayali. Esto nos permitió sensibilizar a los proveedores de salud en temas de género, la violencia como problema de salud pública y la calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres.

INCORPORANDO AL MINISTERIO DE SALUD Y OTRAS INSTITUCIONES REGIONALES.

Adicionalmente, nos acercamos a las instituciones regionales que tuvieran objetivos similares a los nuestros para hacer una intervención conjunta que nos posibilitara mayor impacto y una mejor defensa de los derechos e intereses de las mujeres.

Constituimos para ello un Comité de Coordinación Regional donde participaron las dirigentas de la Organización de Mujeres Indígenas de la Amazonía Peruana, de la Asociación de Mujeres Campesinas del Ucayali y representantes de la Dirección Regional de Salud de Ucayali, del Comité de Damas del Gobierno Regional, de la Red de Promoción de la Mujer, y del Centro de Investigación y Promoción Amazónica.

De manera conjunta, del 96 al 2000 organizamos campañas por el 8 de Marzo Día Internacional de la Mujer, 28 de Mayo Día de Acción Mundial por la Salud de la Mujer y 25 de Noviembre Día de la No Violencia contra la Mujer. Con ejes específicos que reivindican los derechos de las mujeres, buscamos llegar al ciudadano(a) común pero también y principalmente, llegar a las autoridades.

Constituimos, a partir de este Comité, una Mesa de Trabajo sobre Violencia Familiar que recogió la problemática específica y propuso cambios a las instancias encargadas de operativizar los mandatos de la Ley de Violencia Familiar.

Participaron de esta iniciativa la Dirección Regional de Salud de Ucayali, la Dirección Regional de Educación, el Vicariato Apostólico de Pucallpa, la Policía Nacional, el Poder Judicial, la Universidad Nacional de Ucayali (Facultad de Ciencias de la Salud), el Centro de Investigación y Promoción Amazónica, la Red de Promoción de la Mujer, entre otras instituciones.

LOGROS DEL PROYECTO

RESULTADOS EDUCATIVOS

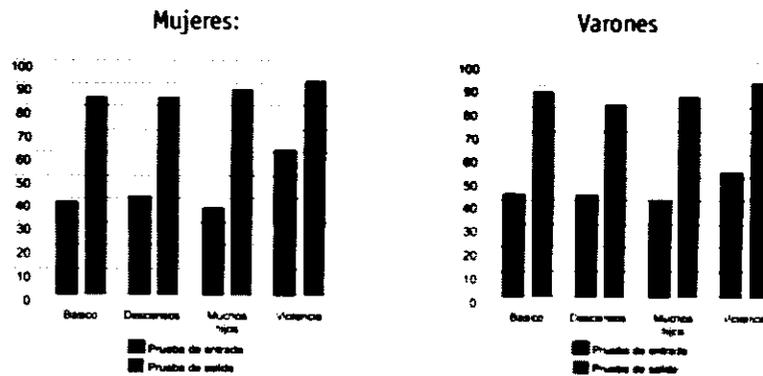
Los resultados educativos logrados en los talleres de capacitación tanto de mujeres como de varones son significativos. En los cuadros siguientes podemos observar el nivel de conocimientos alcanzados en las pruebas de entrada y de salida en los diferentes módulos de capacitación. En Ucayali trabajamos con 15 organizaciones contrapartes, pero éstas, a su vez, llegaron a 160 organizaciones, 25 de las cuales pertenecen a la etnia shipibo-conibo. Tuvimos así un total de 8,138 beneficiarias(os). Los resultados corresponden a este universo.

El módulo básico tiene como contenidos: roles de hombres y mujeres (relaciones de género) derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, conociendo el cuerpo de la mujer y del hombre (anatomía y fisiología), cuidado de los órganos sexuales y reproductivos. El nivel de aprendizaje llegó en promedio al 89.5 lo que supuso un incremento de conocimientos del 98.9%. El nivel alcanzado siempre estuvo por encima del 80%, que era el mínimo esperado.

Desarrollamos con mujeres y los varones, en concordancia con los problemas seleccionados, los módulos de descendos y muchos hijos, principalmente. Estos módulos contienen información sobre causas, síntomas, consecuencias y formas de prevención. Los logros educativos en estos dos módulos sobrepasan el 89% y el incremento logrado de la comparación entre las pruebas de salida y entrada en promedio es del 86.0 en descendos y 112.5% en muchos hijos.

Se formó a mujeres en la elaboración, conducción y evaluación de proyectos locales, con la ejecución de 23 de éstos en los 7 distritos del ámbito de trabajo de ReproSalud, se ha logrado habilitar a las mujeres en gestión autónoma de proyectos que incidan en la disminución de las causas de los problemas de salud identificados.

Resultados Educativos por Temas



LOGROS EN LOS INDICADORES DEL MARCO DE RESULTADOS PRE Y POST INTERVENCIÓN DEL PROYECTO EN LA REGIÓN UCAYALI: INTERVENCIONES EN SALUD REPRODUCTIVA. CAPACIDAD PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD Y RELACIONES DE GÉNERO

Comparando los resultados entre la línea de base a los inicios del proyecto (1996) en las comunidades que íbamos a intervenir y la evaluación final (2000), es posible ver cambios estadísticamente significativos por efecto del proyecto. Los indicadores responden al marco de resultados del proyecto, el primero analiza el objetivo estratégico y el segundo y tercero los objetivos específicos que se trazó el proyecto (Ver Cuadro).

Los cinco indicadores del objetivo estratégico muestran cambios significativos. El mayor cambio se observa en la atención del control pre-natal que tiene un 29%, también es importante el cambio en lo que se refiere a la atención del último parto por personal de salud, que pasó de 29% a 46%.

En lo que se refiere a la capacidad de acceso de las mujeres a los servicios, los cambios más importantes se dan en el mayor conocimiento que tienen las mujeres sobre cómo funciona un método moderno de 8% a 55% al finalizar la intervención.

En cuanto a las relaciones de género, es relevante la mención de las mujeres sobre construir una relación más equitativa entre las hijas y los hijos. En los casos de violencia familiar, también hay una mayor decisión para buscar ayuda de autoridades o policía, pasando del 15% al 45% de mujeres encuestadas.

INDICADORES DEL MARCO DE RESULTADOS PRE Y POST INTERVENCIÓN REGIÓN UCAYALI

Indicador	OCB ganadoras de Ucayali		
	Línea de Base	Evaluación final	Diferencia
1. Mejoramiento de prácticas de intervenciones en Salud Reproductiva			
% de mujeres que tuvieron control pre-natal en el último embarazo con personal de salud	59%	88%	29%
% de mujeres que atendieron su último parto con personal de salud	29%	46%	17%
% de mujeres unidas que usan algún método anticonceptivo	61%	77%	16%
% de mujeres unidas con necesidad insatisfecha de planificación familiar (incluye a usuarias de ritmo que no conocen su período fértil)	33%	23%	-10%
% de mujeres con necesidad insatisfecha	19%	11%	-8%
2. Mejora de prácticas de acceso a los servicios de salud			
% de mujeres que creen que los servicios que brinda el establecimiento de salud más cercano son buenos (o muy buenos)	58%	75%	17%
% de mujeres unidas que irían a un establecimiento de salud en presencia de malestares que indican riesgo	36%	65%	29%
% de mujeres que aconsejarían a alguien con regla blanca a acudir a un establecimiento de salud	69%	83%	14%
% de mujeres que cuidaron su salud para sentirse bien	64%	78%	14%
% de mujeres que realizó algún gasto en su salud en los últimos 12 meses	40%	47%	7%
% de mujeres que saben cómo funciona al menos un método moderno	8%	55%	47%
% de mujeres unidas que conocen algún malestar del embarazo y algún malestar del post parto que indican situación de riesgo	18%	41%	23%
% de mujeres que conocen cómo se contagia la regla blanca	13%	26%	13%

3. Mujeres tienen relaciones de género más equitativas con sus parejas y sus familias

% de mujeres que decide en qué gasta el dinero que gana ella	23%	35%	12%
% de mujeres que no tienen relaciones sexuales obligada o convencida	63%	76%	13%
% de mujeres que han hablado con su pareja muy a menudo sobre ETS en los últimos 12 meses	11%	19%	8%
% de mujeres que acudirían a pedir ayuda a la policía o autoridades si su marido la golpease	15%	45%	30%
% de mujeres que han hablado muy a menudo con sus hijos sobre relaciones de pareja y planificación familiar en los últimos 12 meses	16%	28%	12%
% de mujeres que creen que las hijas y los hijos deben estudiar hasta el mismo nivel	64%	98%	34%

ANEXO

ORGANIZACIONES CONTRAPARTES DONDE SE HAN REALIZADO AUTODIAGNÓSTICOS, PROCEDENCIA, PROBLEMA SELECCIONADO Y NÚMERO DE PARTICIPANTES

ORGANIZACIÓN COMUNITARIA DE BASE	Comunidad	Área	Distrito	Provincia	Problema seleccionado	N° de participantes
«Mestizas» Club de Madres María Parado de Bellido	A.H. San Fernando	P	Callería	Coronel Portillo	Aborto	30
Club de Madres La Amistad	A.H. Nuevo Bolognesi	P	Callería	Coronel Portillo	Descensos	23
Club de Damas Juana de Matsufuji	Caserío el Pimental	R	Campoverde	Coronel Portillo	Descensos	22
Club de Madres Unión Campo Verde	Unión Campo Verde	U	Campoverde	Coronel Portillo	Descensos	21
Club de Madres Túpac Amaru	Capital del distrito	U	Yarinacocha	Coronel Portillo	Descensos	21
Club de Madres Virgen de Fátima	Caserío Galilea	R	Iparía	Coronel Portillo	Maltrato, Descensos	22

ORGANIZACIÓN COMUNITARIA DE BASE	Comunidad	Área	Distrito	Provincia	Problema seleccionado	N° de participantes
Club de Madres Sagrado Corazón de Jesús	Capital del distrito	U	Masisea	Coronel Portillo	Descensos	35
Club de Madres Zulmira Ríos	Centro Poblado Villa Nueva Requena	U	Nueva Requena	Coronel Portillo	Descensos	19
Club de Madres Sarita Colonia	San Alejandro	U	Irazola	Padre Abad	Descensos	20
Club de Madres Micaela Bastidas	Von Humboldt	R	Irazola	Padre Abad	Muchos hijos	22
Vaso de Leche Monte Alegre	CMP. Monte Alegre	R	Irazola	Padre Abad	Descensos	22
«Shipibas» Club de Madres Panshin Pena	C.N.Nuevo Saposa	R	Calleria	Calleria	Descensos	39
Club de Madres Shetan Same	Capital del distrito	U	Yarinacocha	Yarinacocha	Descensos	13
Club de Madres Ernestina Romaina	Com. Nativa Puerto Belén	R	Iparia	Iparia	Descensos Sufrimiento en el parto	19
Club de Madres Ranin Bena	Comunidad Nativa Vista Alegre de Pachitea	R	Masisea	Masisea	Descensos	24

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson Jeanine,
1998 Promoción de la Equidad de Género en la Amazonía: La relevancia de las políticas. Documento de trabajo-REPEM.
- Bant y Motta,
2001 Movimiento Manuela Ramos-ReproSalud: Género y Salud Reproductiva. Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali.
- Eléspuru N. Teresa de Jesús, Gutierrez A. Elizabeth, Llapapasca S. Liliana y Malqui L. Yolanda.
1998 Maltrato Psicológico en la Mujer y su Estado de Salud. Caso: División Médico Legal. Pucallpa.
- García Patricia y Homes King
1998 Prevalencia del flujo vaginal en algunas comunidades del Perú. Estudio realizado por encargo de MMR en convenio con la Universidad de Washington
- García Patricia
1998 Las mujeres tenían razón. En Retamas y Orquídeas Nro 7, Julio.
Proyecto ReproSalud-Movimiento Manuela Ramos
- Hern,Warren M.
1994b Conocimiento y uso de los anticonceptivos herbales en una comunidad shipiba. Amazonía Peruana N°24, pp.161.184.Lima: CAAAP.
- Movimiento Manuela Ramos -ReproSalud
2000 Informes Técnicos 1996-2000
Base de Datos
Línea de Base y Evaluación Región Ucayali

NOTAS A PIE DE PÁGINA

- 1 Empleamos la medición que realiza el INEI, que se basa en los siguientes indicadores: hogares en viviendas con características físicas inadecuadas, hogares en viviendas con hacinamiento, hogares en vivienda sin servicios higiénicos, hogares con niños que no asisten a la escuela y hogares con alta dependencia económica.
- 2 Las recomendaciones que hacemos al MINSA en los diferentes temas, fueron trabajadas por el equipo de la sede central, el equipo regional y por Astrid Bant y Angélica Motta.
- 3 El estudio se realizó con 495 mujeres de las organizaciones comunitarias de base, con las que trabajó ReproSalud en la selva, las que aceptaron voluntariamente participar en el tamizaje, independientemente de la presencia de síntomas.
- 4 Elaborado en la jornada de Reflexión «Por servicios de salud de calidad: dejemos de ser pacientes». Organizado por el comité de Coordinación Regional para el Desarrollo Integral de la Mujer. Reprosalud-Ucayali, el día 27 de mayo de 1997. Conmemorando el día de Acción Internacional por la Salud de la Mujer 28 de mayo.