

Mujeres y salud reproductiva en Perú: propuestas de educación y criterios de evaluación¹

Introducción

Inmaculada Calzado del Llano
José A. Corraliza Rodríguez

LA realización de investigaciones sociales en países en vías de desarrollo plantean un conjunto de retos para los esquemas habituales de trabajo en otros contextos nacionales. La carencia de fuentes de información sistemáticas, contrastadas y fiables, así como la dificultad para manejar indicadores empíricos fundamentados en modelos teóricos elaborados en contextos muy diferentes son dos de las posibles fuentes de sesgos de este tipo de investigaciones (Bulmer y Warwick, 1993). Estos efectos se amplifican cuando se trata de analizar una población marginal, como son las mujeres dentro de una sociedad dependiente como es la evaluada.

En este trabajo se trata de dar noticia de una experiencia de investigación participativa que ha sido llevada a cabo por personas pertenecientes a la mis-

ma realidad local y que ha tenido como foco de atención el análisis y la mejora de la salud reproductiva de las mujeres de la

comunidad de Cuzco en Perú. Además, con este trabajo se sugieren algunas reflexiones sobre este tipo de programas de investigación-acción desde una perspectiva psicosocial.

Situación de las mujeres frente a la salud

Entender y evaluar la situación de la salud de las mujeres andinas, requiere recoger indicadores objetivos que describan en su contexto natural su propia situación. Además de ello, desde un punto de vista psicosocial, hay que analizar como es entendido el concepto de salud femenina por ellas mismas, por su familia y por su entorno social; es decir, como es percibida, interiorizada y vivida. Para ello, debe tenerse en cuenta los referentes ideológicos y los rasgos básicos de la *forma* de vida de la mujer andina.

La salud de la mujer no puede separarse del rol social que desempeña y de su condición económica, ideológica y política. Si esto es necesario para cual-

¹ Este trabajo se basa en un informe previo realizado durante una estancia de la primera autora, financiada por el programa Erasmus, en el Departamento de Psicología Social de la London School of Economics and Political Science (L.S.E). Los autores agradecen al profesor Patrick Humphreys, a Marcello Ramella y al Departamento de Psicología Social de la L.S.E la información facilitada para el desarrollo de este trabajo, así como su apoyo y generosa dedicación en todo momento.

quier grupo social, es mucho más oportuno para el caso que nos ocupa, en el cual, dicho rol y condición se encuentra marcado por una situación absoluta de subordinación y de dependencia social y familiar, en el contexto de una sociedad, a su vez, subordinada y dependiente.

Los diferentes roles y estatus ocupados por los hombres y las mujeres están claramente asignados y diferenciados socialmente. La condición de subordinación dentro del sistema patriarcal en el que viven la gran mayoría de las mujeres de las zonas rurales y urbano-marginales del Perú, no se traduce sólo en actitudes individuales, sino en un sistema de relación y socialización.

La salud de la mujer se encuentra continuamente amenazada física, emocional y, por supuesto, psíquicamente. El riesgo para la mujer deriva de una situación de explotación que tiene lugar en el marco de las actividades que giran en torno a la casa y la vida doméstica. En este sentido, destaca la obligación de hacer frente a aquellos cometidos que tienen como objeto el cuidado, mantenimiento y desarrollo de la salud familiar. Este importante desempeño social, sin embargo, contrasta con una experiencia personal caracterizada por su propia desvalorización social y personal (Meza y otros, 1990).

La violencia doméstica, callejera, laboral y social; unida a una sociedad desarrollada desde un sistema autoritario y patriarcal, ha generado en las mujeres sentimientos de desvalorización de sí mismas, de baja autoestima y descuido personal, repercutiendo directamente en su propio nivel de salud, así como en su cuidado e intereses personales. La mujer, en este contexto social, centrada principalmente en el cuidado y desarrollo de la salud familiar, descuida el desarrollo de su propio bienestar.

Esta situación es agravada y mantenida por la

propia organización y desarrollo de los Servicios Públicos de Salud peruanos, que contemplan a la mujer desde una visión exclusivamente reproductiva, descuidando todo el resto de factores implicados en la salud de la mujer en sí misma. Cualquier programa de mejora de la salud, debe asentarse sobre el criterio de que la mujer sea agente y sujeto activo de su propia salud y no sólo un «recurso» para el mantenimiento y mejora de la de su familia.

Es necesario tener en cuenta también, la propia situación social de las mujeres andinas. Hay que señalar, que la carencia de educación y estudios es alarmante. Esta carencia actúa como un factor determinante que dificulta el propio desarrollo y la implicación personal en y para la mejora de su propio bienestar y salud.

El nivel de educación está estrechamente ligado a las condiciones socio-económicas y a la discriminación de la mujer. Los datos epidemiológicos apuntan que en Cuzco, el 51.7% de todas las mujeres del distrito mayores de 15 años son analfabetas, y este número se eleva a 70.4% si sólo se tiene en cuenta la población femenina residente en las zonas rurales (Meza y otros, 1990).

Los programas de mejora de la salud chocan con las creencias previas que las mujeres tienen sobre el concepto de salud y de enfermedad. Las carencias educativas, el maltrato recibido frecuentemente en su relación con los Servicios Sociales de Salud, y la adquisición de la cultura derivada del contacto social y de la tradición; hace que el conocimiento sobre salud y sobre los métodos necesarios para su mejora, se base exclusivamente en la experiencia misma, tanto personal como compartida, y no llegue nunca a ser complementada con información científica eficiente.

Así, se explica que las mujeres no se cuestionen

sus propios conocimientos y creencias sobre los niveles de salud y de bienestar. Además, da lugar a que en este colectivo se detecte una actitud reacia y desconfiada ante el cambio de los mismos por métodos «desconocidos», «innovadores» y, para ellas, de procedencia «extraña».

Mujeres y salud reproductiva

La deficiente relación de las mujeres con su salud y la dominación asentada en marcadas diferencias de clase social, etnia y género, repercute inexorablemente y de una forma focalizada en la propia salud reproductiva.

Centrándonos en el análisis de tres momentos diferentes en el desarrollo de la capacidad reproductiva de las mujeres como tales (aparición de la menstruación, embarazos tempranos y desempeño de la maternidad) cabe señalar, tal y como lo hacen Meza y otros autores (1990), los siguientes elementos que caracterizan la experiencia personal de las mujeres en relación con la reproducción:

— La primera etapa está relacionada con la aparición de la menstruación. La menstruación significa un cambio radical en la vida de las mujeres, que orientan el desempeño de su rol, desde ese momento y principalmente, hacia la posibilidad de poder ser madres. Este momento está asociado a la aparición de muchos riesgos (embarazos no deseados por falta de información o inexperiencia, abortos, entre otros). Estos riesgos van acompañados, en muchos casos, por un fuerte control de la vida y las relaciones sociales de la mujer adolescente. Ella se hace responsable del control y ella debe hacer lo posible por evitar el embarazo, ya que el varón es tomado en la gran

mayoría de los casos como «incontrolable». Así, en las primeras experiencias de vida y relación social adolescente, la mujer debe comportarse subordinadamente, y, en caso de consecuencias, se producen sentimientos de humillación, culpa o evitación.

— El embarazo temprano. La falta de información y educación sexual, provoca un gran número de embarazos no deseados con las graves consecuencias que ello genera. Perú presenta la segunda tasa más alta de mortalidad materna dentro de América Latina y es el aborto clandestino, realizado en la gran mayoría de los casos en pésimas y peligrosas condiciones, el que aparece como primera causa. Padilla Trejo (1993) señala, por otra parte, que el 16% de los niños nacidos en Perú proceden de madres que tienen 19 años o menos. De hecho, los datos recogidos durante 1991, muestran que el 11% de las mujeres peruanas con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años ya han tenido su primer hijo, o bien, se encuentran en su primer embarazo. Es importante destacar, por otro lado, las diferencias que se encuentran de nuevo entre las zonas urbanas y las zonas rurales, urbano-marginales donde los porcentajes que aparecen son del 8% y del 25%, respectivamente.

Así mismo, otros datos apuntan al deseo de muchas mujeres de no tener más hijos, provocado principalmente por la grave crisis económica que sufre el país. Sin embargo, este deseo no va acompañado de un conocimiento y práctica de métodos anticonceptivos fiables y adecuados, aun llevando una vida sexual activa. Por otra parte, no hay que olvidar que para las mujeres de estas zonas, especialmente de las de menor nivel de desarrollo económico, la elección de ser madre provoca un cambio en la

orientación de la vida que se orienta desde ese momento exclusivamente en función de la familia.

De todo lo expuesto, queda claro que, en la mayor parte de los casos, la maternidad expresa las condiciones de subordinación en que vive la mujer peruana y que, en efecto, la elección de la maternidad no pueda ser fruto de una decisión tomada libre y responsablemente.

A la vez, junto con esta panorámica, el uso de métodos anticonceptivos se encuentra obstaculizado, tanto por la escasa información sobre los mismos, como por la reducida información referida a la estructura anatómica básica de la propia persona. De esta forma, la vida sexual temprana genera en la mujer un gran sentimiento de miedo y desconfianza. A ello se suma, frecuentemente, la falta de diálogo, comprensión, y colaboración por parte de la pareja, que muchas veces se niega a utilizarlos y/o compartirlos.

Investigación participativa sobre la salud de las mujeres de los sectores populares de Cuzco

Dentro de este marco de estudio, fue diseñado y desarrollado un programa de investigación participativa centrado en la prevención y promoción de la salud reproductora de las mujeres en Perú: la investigación sobre la salud de las mujeres de Cuzco.

Aunque desarrollado y evaluado en pequeña escala, el trabajo de investigación y evaluación realizado en 1990 por el *Equipo de Salud del Centro Amauta de Estudios y Promoción de la Mujer* sobre la salud de las mujeres andinas de los sectores urbano-marginales y rurales de Cuzco, aparece como

una sugerente experiencia de acercamiento participativo a las comunidades peruanas.

*** Bases fundamentales**

Las bases del acercamiento adoptado son, por un lado, comprensión de la realidad y, por otro, la promoción (y creación, en su caso) de un conocimiento social con la propia población, trabajando con, en vez de para, ellos. *Comprensión* de la realidad, *mejora* de las condiciones de vida y *participación* son, pues, los tres vértices que describen el triángulo del marco de trabajo de este proyecto.

Las cuestiones planteadas por el proyecto realizado en Cuzco fueron la consecuencia de un proceso de análisis, reflexión y selección hecha por los miembros de la comunidad y el equipo de investigación.

Para facilitar el acceso a la población, se contacta con las organizaciones de mujeres y las asociaciones locales de madres, organizaciones éstas que habían surgido como recurso de supervivencia ante la grave crisis económica del país y con el objetivo de crear nuevos espacios personales y políticos para la mujer. Estas experiencias asociativas permiten a las mujeres convertirse en sujetos activos de la propia investigación. (Meza y otros, 1990).

La metodología utilizada, basada en los principios de la investigación participativa, se apoya en la idea de que la participación facilita la motivación y, a su vez, conlleva la generación de información expresada en el propio lenguaje, la exploración de nuevas cuestiones y la solidaridad como elemento clave para el desarrollo de una acción efectiva y sostenible.

El objetivo primordial de la investigación participativa es realizar una investigación colectiva de la realidad concreta, como fase ineludible y simultánea

nea de la acción transformadora. No es suficiente describir e interpretar la realidad; es necesario entenderla para poder cambiarla (Meza y otros, 1990).

Participar y acometer cambios en este ámbito de la realidad social, requiere acumular y resumir los conocimientos sociales que dicho proceso de cambio requiere. Para ello, es necesaria la reflexión y la acción continua, la conexión entre la teoría y la práctica en su propio contexto social sin descuidar ninguna de las dos.

Para todos (equipo de investigación, población estudiada), es imprescindible la implicación activa, tanto en la elección de los problemas, como en la elección del método con el cual se va a investigar, como en la forma de recogida y tratamiento de la información. Esto implica ir en contra de la forma tradicional de mantener al investigador «imparcial» y «fuera» del objeto de estudio, así como evaluar y recoger experiencias cualitativas, creando teorías sociales adecuadas para cada caso concreto, y no la mera aplicación de «leyes» que frecuentemente no son compatibles con la realidad en la cual se trabaja.

Como resultado de todo este proceso, surgieron una serie de temas que fueron abordados en el desarrollo del programa. Entre ellos, destacan los siguientes: el aborto, la contracepción, la fisiología humana, las enfermedades de los órganos reproductivos, el embarazo, la menstruación, las relaciones sexuales, sexo y género, las políticas demográficas y mujer y violencia.

Actividades

Con contenidos referidos a los temas anteriormente mencionados, y, de acuerdo con los principios de participación e implicación, se desarrollaron tres tipos de actividades: *investigación*, *educación* y *acción*.

Las técnicas utilizadas se centraron principalmente en dos objetivos, descritos con las palabras claves *FACILITAR* («facilitar la generación y recogida de información») y *PENSAR Y PLANEAR* («motivar para la génesis e implicación en nuevas alternativas y acciones de forma conjunta»).

Entre los recursos y técnicas utilizados destacan los siguientes:

- juegos introductorios o bailes como comienzo de las sesiones, que tienen como finalidad romper los esquemas rutinarios de relación establecidos entre los componentes del grupo, frecuentemente desarrolladas en diferentes niveles, así como elemento de relajación.
- diseños de conjunto (reuniones de grupo), intentando realizar tareas en grupos pequeños que facilitaran la confianza entre sus miembros y por tanto la respuesta.
- seminarios participativos en los que se presta atención a los diferentes niveles de participación de los integrantes del grupo, desarrollando simultáneamente entrevistas personalizadas que permitan crear el clima de seguridad necesario para la propia implicación en el proceso.
- uso de ayudas visuales como pósters o dibujos.
- uso de elementos naturales, como la utilización de frutas o comida para representar los órganos reproductivos, especialmente en comunidades de alto nivel de analfabetismo.
- uso de la emisora local para conseguir una difusión más amplia de las experiencias que están teniendo lugar.

El proceso de puesta en marcha y mantenimiento de actividades de este tipo fue evaluado y sistematizado continuamente a lo largo de todo su desa-

rrrollo con el fin de incluir todas las modificaciones y correcciones que fueran oportunas. A lo largo del mismo, se intentó romper con el rol tradicional del investigador, creando grupos libres e independientes que supieran desarrollarse y continuar la labor iniciada por sí mismos.

El equipo de investigación del proyecto estuvo formado por profesionales de la salud, principalmente mujeres. Sin embargo, la incorporación de hombres dentro del equipo y el enfoque participativo adoptado permitió conseguir un ambiente favorable para que las mujeres posteriormente hablaran de temas tabú en frente de personas del otro sexo, facilitando a la vez, el diálogo en su propio hogar con su pareja.

Aunque el equipo que intervino en este programa sigue activo, el ritmo de trabajo ha disminuido desde 1992 por la falta de fondos para mantener la experiencia.

Sugerencias y conclusiones

Las investigaciones realizadas en Perú, así como en otros países en vías de desarrollo ponen de manifiesto la necesidad de utilizar metodologías diferentes de las tradicionales y orientadas a la captación de las dimensiones relevantes de los problemas propios de cada comunidad bajo estudio.

La posibilidad de realizar o no una investigación, y la elección de las técnicas más adecuadas que se van a utilizar en el transcurso de la misma, se encontrarán siempre fuertemente marcadas por la estructura local o nacional de la zona, y por el amplio conjunto de variables culturales y situacionales que de ella se derivan (ausencia de organización previa a la investigación que informe del estado previo de la situación, ausencia de información sobre las

características y componentes de la comunidad, diversidad lingüística, rechazo y ausencia de cooperación por parte de la comunidad bajo estudio, etc.).

Será necesario, por tanto, evaluar dentro del propio contexto social donde la investigación se desarrolle, entender y compartir las propias dinámicas locales, y aplicar las técnicas y los métodos de estudio necesarios para que la investigación se adapte a los problemas existentes dentro de cada comunidad y no aplicar modelos y teorías sociales aisladas e independientes de la realidad objeto de estudio.

Hay que resaltar junto a la importancia de promocionar la propia salud de la mujer en sí misma, y no sólo como mero agente de la salud familiar, su cuidado y atención personalizados, la necesaria orientación que debe adoptarse hacia la concepción de salud. Muchos de los problemas existentes en la salud de las mujeres de las zonas evaluadas de Perú, comunes al conjunto de los países en vías de desarrollo, son debidos a causas que pueden ser prevenidas, lo que apunta a la necesidad primaria de una medicina orientada hacia la prevención y promoción de la salud y no centrada exclusivamente en la prestación de servicios sanitarios de tipo curativo. Es necesario partir de un nuevo concepto de salud, por el cual, la salud no implica la mera ausencia de enfermedad, sino un nivel óptimo de bienestar.

Con la investigación realizada en Cuzco en 1990 por el Equipo de Salud del Centro Amauta de Estudios y Promoción de la Mujer se abre un precedente y se proponen las bases para las investigaciones realizadas en Perú centradas en la mejora, prevención y promoción de la salud reproductiva. Precedente retomado y continuado por el nacimiento y desarrollo del programa RHICARE (Reproductive Health Improvement through Community Action and Resource Enhancement), impuesto como el proyecto

activo independiente más importante llevado a cabo en Perú centrado en la salud reproductiva.

La estructura actual de coordinación del programa RHICARE ofrece una coherente, fluida y sincronizada actuación a nivel local, nacional, como internacional, ya que el proyecto no se centra exclusivamente en desarrollar un modelo estratégico para

Perú. Es así su finalidad, como la nuestra desde este artículo, el evitar que este nuevo planteamiento propuesto por estos trabajos tanto en metodología de investigación, así como en el concepto de salud propuesto, no quede como un hecho aislado y adscrito a las comunidades evaluadas, sino como el punto de partida de posteriores aplicaciones y evaluaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- BERKELEY, D., HUMPHREYS, P. y QUEK, F. (1992). Dynamic process modelling for organisational systems supported by SASOS. En H.G. Sol (ed.), *Dynamic modelling or organisational systems*. Delft: TU.
- BULMER, M. (1993). General introduction to Social Research in Developing Countries. En M. Bulmer y D. Warwick (Eds.), *Social Research in Developing Countries*. London: University of London Press Limited.
- BULMER, M. y WARNICK, D. (1993). Research strategy. En M. Bulmer y D. Warwick (Eds.), *Social Research in Developing Countries*. London: Univer. of London Press.
- MEZA, N., PREVOST, T., REILLY, F. y SEGOVIA, R. (1990). *Aprendiendo Juntas Defendamos Nuestra Salud: una investigación participativa sobre la salud de las mujeres de los sectores populares de Cusco*. Cusco: Centro Amauta de Estudios y Promoción de la Mujer.
- PADILLA-TREJO, A. (1993). *Demografía y salud del Perú hacia 1991*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- PEIL, M. (1993). Situational variables. En M. Bulmer y D. Warwick (Eds.), *Social Research in Developing Countries*. London: University of London Press Limited.
- RAMELLA, M. (1995). *Analysis and Evaluation of a Survey Questionnaire Administered to the Population of the Community of Carmen Alto, in the Highlands Province of Huamanga, Perú*. Unpublished MSc Thesis, LSE.

Resumen

En este trabajo se analiza una experiencia de investigación participativa realizada en el Cuzco (Perú), y centrada en la salud reproductiva. La salud reproductiva constituye un ámbito clave en los países en desarrollo. Este programa tiene como objetivo central la prevención y promoción de la salud reproductiva en un colectivo de mujeres, por medio de actividades y técnicas dirigidas a aumentar la comprensión de la propia realidad, la participación activa de la mujer en la comunidad y la implicación de la mujer en la mejora de sus propias condiciones de vida. Especial importancia tiene el apoyo social, el uso de las redes sociales y de la información cara a cara en el desarrollo de este programa preventivo.

Igualmente, constituye una novedosa experiencia de generar resultados de investigación estableciendo una activa implicación del equipo de investigación en la comunidad, y de la comunidad con el equipo de investigación.

Palabras claves: participación, salud reproductiva, educación para la salud, investigación participativa, investigación-acción, evaluación de programas.

Abstract

In the present paper, a model of a participative research carried out in Cuzco (Perú) is reported. This research focuses on reproductive health patterns. Reproductive health has been considered one of the major issues in all developing countries, and the main objective of this program is to enhance reproductive health in women; activities to increase comprehension of one's social life, the active participation of women in the community and the involvement of women in improving the quality of life. To become more effective, program is accompanied by social support, use of existing networks and face to face dissemination of information.

Moreover, emphasis is placed on the relationship between the research team and the community, which could serve as model for research in developing countries.

Key words: Participation, reproductive health, health education, participative research, action-research, program evaluation.

Inmaculada Calzado del Llano
Jose Antonio Corraliza Rodríguez
Dpto. Psicología Social y Metodología
Facultad de Psicología
Universidad Autónoma de Madrid
Ciudad Universitaria de Cantoblanco
28049 MADRID