

## Participación social y cuidado de la salud reproductiva en comunidades rurales de Junín

### Social participation and reproductive health care in rural communities in Junin

María Leonor Romero Santillana<sup>1</sup>

Universidad Santo Tomás de Aquino  
ma211erosa@hotmail.com

#### RESUMEN

El objetivo fue identificar el tipo de participación social y su relación con el cuidado de la salud reproductiva en la zona andina de Comas. El alcance de este estudio fue correlacional transversal, diseño no experimental, tuvo como muestra 200 pobladores de Comas. Los resultados mostraron que el tipo de participación social predominante, es la modalidad colaborativa (78,5 %), referente al cuidado de la salud sexual la población tiene un conocimiento regular (58,5 %), que los conlleva a tener actitudes negativas (91,6 %), y conductas de riesgo (82,08 %). La participación social, es un proceso por el cual los individuos y las familias toman a cargo su propia salud, su bienestar y el de la comunidad. Gracias a esta participación, los individuos y los grupos sociales aprenden a asumir, sus responsabilidades en salud, entre ellas la salud reproductiva, contribuyendo a un desarrollo global, familiar y de la comunidad en general. A sido demostrado que los servicios de salud no son suficientes para mejorar las situación de salud reproductiva sobre todo en aquellas poblaciones vulnerables o debilitadas por el lugar donde viven o por las condiciones de pobreza en la que se encuentran. En conclusión, en la zona andina de Comas la participación social se limita a la colaboración en los requerimientos del establecimiento de salud, lo cual tiene relación estadísticamente significativa con el cuidado de la salud reproductiva.

**Palabras clave:** Salud pública, participación social, salud sexual y reproductiva.

#### ABSTRACT

This research aimed to identify the kind of social participation and its relationship with the reproductive health care in the Comas Andean region. The scope of this study was correlational, cross-sectional, and non-experimental design; the sample studied was composed of 200 Comas residents. Results showed that the collaborative mode (78,5 %) is the predominant form of social participation; referring to sexual health care the population had more or less knowledge (58,5 %), which leads to negative attitudes (91,6 %) and risky behavior (82,08 %). Social participation is a process by which individuals and families take care of their own health, welfare and community. Thanks to this participation, individuals and social groups learn to assume their responsibilities in health, including reproductive health; thus, actively contributing to the global and family community development. It has been shown that health services are not enough to improve the reproductive health situation, especially of the vulnerable or weakened who live in poverty. Ultimately, the social participation in the Comas Andean region is limited to the cooperation of the health facility's requirements which has statistically significant relationship with reproductive health care.

**Keywords:** Public health, social participation, sexual and reproductive health.

#### Historial del artículo:

Recibido: 29 de agosto de 2015. Aprobado: 15 de octubre de 2015. Disponible en línea: 30 de diciembre de 2015

<sup>1</sup> Doctora en Salud Pública, rectora de la Universidad Santo Tomás de Aquino, Huancayo, Perú.

## INTRODUCCIÓN

La calidad de vida y la salud de las personas están en gran medida influenciadas por sus conductas y comportamientos en la esfera sexual y reproductiva; por lo tanto el desarrollo de la salud sexual y reproductiva constituye un elemento clave para mejorar la calidad de vida de las personas, y para ello se debe tener como poderoso aliado la participación social.

Por tanto, al identificar la perspectiva de participación social de los pobladores de una comunidad, su modalidad de participación y cómo influye o participa en la toma de decisiones en acciones de salud sexual y reproductiva permitirá por fin trabajar en forma conjunta la comunidad y los servicios de salud, para así lograr el desarrollo de la salud sexual y reproductiva de los pobladores que tienen algo en común, ser habitantes de una región andina, motivo por el que se formuló la siguiente interrogante: ¿Cuál es tipo de participación social y su relación con el cuidado de la salud reproductiva en la región andina de Comas?

Con el deseo de lograr una aproximación a la realidad problemática, es que se planteó como objetivo identificar el tipo de participación social y su relación con el cuidado de la salud reproductiva en la región andina de Comas, estableciéndose como hipótesis: La participación social con modalidad colaborativa, está directamente asociada a una población con conocimiento deficiente, actitud indiferente y conductas reproductivas de riesgo. Proponiendo indicadores que en el futuro ayuden a conocer la realidad de una población en relación a la participación social para lograr así el desarrollo de la salud sexual y reproductiva en las regiones andinas del Perú.

Esta investigación es conveniente porque podrá servir como referencia para posteriores trabajos de investigación. Además al lograr una verdadera participación social en salud sexual y reproductiva en las comunidades se orientará los recursos existentes a la prevención de los problemas de salud disminuyendo así los costos que implica trabajar con un enfoque recuperativo. Por otro lado, asegurar una participación activa de la población en la identificación de problemas, el planteamiento de soluciones y en la aplicación de las estrategias de solución en salud sexual y reproductiva contribuirá a la disminución y control de las elevadas tasas de morbi mortalidad materna perinatal sobre todo en las zonas de extrema pobreza de las zonas andinas.

El éxito de la propuesta impulsará el trabajo comunitario y brindará a los trabajadores de salud herramientas para lograr el involucramiento de la población en los problemas de salud sexual y reproductiva. Después del respectivo análisis de escenarios, se llegó a la conclusión de que esta investigación no presenta

limitaciones si se encuentran dentro del espacio del poder individual, sin embargo se identifican algunas limitaciones en el espacio general y específicamente en lo relacionado a los aspectos de orden administrativo y de revisión de los documentos inherentes lo cual podría retardar mas no impedir la ejecución de la presente investigación.

El problema de investigación surge ante la evidencia de que, ante diferentes estrategias para lograr la participación social en las actividades de salud sexual y reproductiva, la población aún no ejerce un papel preponderante en esta área.

El desarrollo de la salud sexual y reproductiva constituye un elemento clave para mejorar la calidad de vida de las personas, y para alcanzar este desarrollo se debe tener como poderoso aliado la participación de la sociedad en general. El desarrollo en salud sexual y reproductiva al que se aspira comprende la participación de los ciudadanos como un aspecto fundamental en la toma de decisiones.

La sociedad y sus organizaciones deben tomar parte en la formulación, ejecución y evaluación de las estrategias en salud sexual y reproductiva, así como en las tareas de contraloría sobre el desempeño de los proveedores de estos servicios.

En última instancia se busca llegar al momento en que la participación social quede establecida como cultura; es decir, como fundamento de las formas de relación, producción, creación, y reproducción de la sociedad, establecida a todo nivel al ser interiorizada por individuos y actores sociales como una manera "normal" de relacionarse.

El ministerio de salud en concordancia con los lineamientos de política sectorial y los objetivos del milenio propone a través de un documento de promoción de salud sexual y reproductiva (1), que se incentive la participación comunitaria como una estrategia para mejorar la salud sexual y reproductiva de los pueblos.

La reproducción humana, sobre todo en los andes resulta de una compleja trama de relaciones sociales, de modo que la procreación, roles de género y organización familiar, responden a sistemas normativos de control social, que pueden ser favorables o no (2).

Los problemas de salud sexual que aquejan a los pueblos en la Región de las Américas se acentúan en los grupos que por razones históricas, culturales, económicas se encuentran en situación de desventaja. Entre los miembros de los pueblos indígenas en el Hemisferio Occidental las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, son algunas de las expresiones más visibles de las inequidades en

el acceso a la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva.

Comas es una región andina, y se encuentra ubicada en la Provincia de Concepción, del departamento de Junín; se encuentra a 3800 m s.n.m., está considerado como una de las zonas que presentan los más altos índices de pobreza (0,061) (3), y se encuentra en el puesto N° 541 del total de distritos en pobreza del país (4)

## MATERIAL Y MÉTODOS

El tipo de investigación es explicativa, correlacional, de corte transversal, de diseño no experimental, debido a que intenta establecer una relación entre el tipo de participación social y su relación con el cuidado de la salud reproductiva, de los pobladores de la región andina de Comas, además, es de corte transversal debido a que las variables se medirán solo en un momento dado, sin pretender evaluar la evolución de las mismas y no experimental por que el investigador no podrá manipular las variables de investigación.

Su universo está constituido por la población de Comas, y por aquellas personas que cumplan con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión: Personas que habiten en el distrito de Comas con edades comprendidas entre 15 a 49 años, y se encuentren en completo uso de sus facultades.

Unidad de análisis: Personas de 15 a 49 años que habitan en el lugar de estudio; seleccionados a través de la fórmula de tamaño muestral para poblaciones finitas con una confiabilidad del 95 % y una precisión absoluta del 5 %, obteniéndose una cifra de 200 personas.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos: Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado de 20 preguntas cerradas, el cuál fue validado mediante un estudio piloto realizado con diez personas mayores de 15 años y menores de 49 años en tres lugares con características similares a los lugares de estudio.

Para la confiabilidad del instrumento, se sometió a evaluación a través de la opinión de nueve expertos.

Los datos obtenidos fueron codificados y se digitaron en una base de datos confeccionada para tal efecto, en el Programa SPSS.

Para determinar la significancia y el nivel de asociación entre las variables se realizó el análisis de Chi Cuadrado o Fisher.

## RESULTADOS

En la tabla 1 se evidencia que en Comas, existe un nivel mínimo de participación, la comunidad se limita a la colaboración (78,50), solo 11 % de los pobladores realiza alguna actividad impulsada por ellos mismos para cuidar la salud individual, familiar o de la comunidad, (autogestión).

Tabla N° 1: Tipo de participación.

	Frecuencia	%
Autogestión	22	11,00
Cogestión	21	10,50
Colaboración	157	78,50
Total	200	100,00

En la tabla 2, encontramos que el 75,5 % de los pobladores de la región andina de Comas presentan en general un conocimiento entre regular y deficiente en salud reproductiva (17 + 58,5 %), aspecto que realmente es de gran preocupación debido a que está demostrado que la educación aumenta el estatus de la población, las mujeres con mayor nivel educativo tienen menos hijos y los tienen más tarde. Además son mejores madres (5).

Tabla N° 2: Distribución de los encuestados según nivel de conocimiento en salud reproductiva.

Conocimiento en salud reproductiva	Frecuencia	%
Deficiente	34	17,00
Regular	117	58,50
Óptimo	49	24,50
Total	200	100,00

La tabla 3, muestra, que si el conocimiento en salud reproductiva es deficiente, 7, menos personas podrán tener un tipo de participación social de Autogestión, teniendo en cuenta que este tipo de participación es la tan anhelada por los gestores y servicios de salud, pues sería la evidencia de que la población asume su responsabilidad en el autocuidado de la salud. Mientras que si el conocimiento es óptimo 10, es mayor la participación del tipo autogestión. Existe relación estadísticamente significativa entre conocimiento en salud reproductiva y tipo de participación social.

Tabla N° 3: Conocimiento en salud reproductiva según tipo de participación social.

Conocimiento en salud reproductiva	Tipo de participación social			Total
	Auto gestión	Co gestión	Colaboración	
Deficiente	7	2	25	34
Regular	5	18	94	117
Óptimo	10	1	38	49
Total	22	21	157	200
Chi-Square Tests	Asymp. Sig.			0,000498288

Tabla N° 4: Distribución de la población según actitud en salud reproductiva.

Actitud en salud reproductiva	Frecuencia	%
Negativa	105	52,50
Indiferente	60	30,00
Positiva	35	17,50
Total	200	100,00

La actitud de la población de Comas respecto a la salud reproductiva es una de las principales variables en esta investigación y encontramos que el 82,5 % de la población tiene una actitud entre negativa e indiferente frente a este tema, aspecto que nos dice de las posibles conductas de riesgo que puede conllevarlos a contraer infecciones o complicaciones que pueden poner en peligro sus vidas.

Tabla N° 6: Distribución de la población de estudio según conducta en salud reproductiva.

Conducta en Salud Reproductiva	Frecuencia	%
Adecuada	94	47
Inadecuada	106	53
Total	200	100

social y la conducta que asumen los pobladores de la región andina de Comas, donde se puede observar que si existe mayor proporción de personas que trabajan en los problemas de salud con el tipo de participación de autogestión, su conducta en salud reproductiva es adecuada (15,96 %), mientras que si la proporción de personas en este tipo de participación

Tabla N° 5: Actitud en salud reproductiva según tipo de participación social.

Actitud salud reproductiva	Tipo de participación social						Total	
	Autogestión		Cogestión		Colaboración			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Negativa	13	12,38	13	12,38	79	75,24	105	100
Positiva	8	22,86	4	11,43	23	65,71	35	100
Indiferente	1	1,67	4	6,67	55	91,66	60	100
Total	22	11,00	21	10,50	157	78,50	200	100

Pearson Chi-Square: Asymp. Sig. . (2-sided) 0,006

Tabla N° 7: Conducta en salud reproductiva según tipo de participación social.

Conducta salud reproductiva	Tipo de participación social						Total	
	Autogestión		Cogestión		Colaboración			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Inadecuada	7	6,60	12	11,32	87	82,08	106	100
Adecuada	15	15,96	9	9,57	70	74,50	94	100
Total	22	11,00	21	10,50	157	78,50	200	100

Pearson Chi-Square: Asymp. Sig. . (2-sided) 0,104 NS

En la tabla 5 se puede evidenciar la relación estadísticamente significativa entre el tipo de participación social y la actitud en salud reproductiva ( $X^2 = 0,006$ ), y se observa además que si la población participa en mayor proporción como autogestión, entonces su actitud en salud reproductiva será positiva (22,86 %).

La tabla 6 permite observar que el 53 % de la población encuestada tiene conductas inadecuadas en salud reproductiva, situación que se debe resaltar pues nos habla de una población en riesgo elevado, debido a que tienen mayor probabilidad de enfermar o morir por aspectos relacionados a Infecciones de transmisión sexual y SIDA, embarazos no deseados etc.

La tabla 7 muestra la relación entre la participación

social es menor (6,60 %) su conducta en salud sexual y reproductiva es inadecuada.

## DISCUSIÓN

En Comas, cuya jurisdicción incluye poblaciones de extrema pobreza como por ejemplo Andamarca, prevalece la participación social de tipo colaborativa (78,5 %). (tabla 1). En las comunidades estudiadas existe un nivel mínimo de participación, la comunidad se limita a la cooperación y a la utilización de los servicios de salud. Esto probablemente debido a la inexistencia de mecanismos creados por la comunidad para una participación activa de la población.

El grado de organización en las comunidades y la

percepción de la salud sexual y reproductiva como importante para el desarrollo de la comunidad son requisito indiscutible para este tipo de participación. Solo estando presentes estas condiciones, podría la comunidad propiciar mecanismos que conlleven al involucramiento más dinámico de la población en temas prioritarios, como la salud de las gestantes y de toda la población al evitar enfermar y morir por abortos e infecciones de transmisión sexual y SIDA.

Una posible explicación podría ser que la condición de pobreza de los pobladores es tal que su principal preocupación no está dirigida precisamente a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población, si no a satisfacer sus necesidades básicas (6).

En cuanto al conocimiento se podría decir que a través de una mayor atención política y el involucramiento de las autoridades y los principales actores sociales en temas de población y salud sexual y reproductiva, podrían generarse condiciones para un avance más rápido en la reducción de la expansión del SIDA, de la pobreza, la mortalidad materna e infantil, las disparidades e inequidades de género (7, 8, 9).

El 75,5 % de los pobladores de la región andina de Comas, presentan en general un conocimiento entre regular y deficiente en salud sexual y reproductiva, (tabla 2), aspecto que realmente es de gran preocupación debido a que está demostrada la relación entre educación y salud.

La probabilidad de que la población de las zonas rurales o que se encuentren en pobreza extrema contraiga alguna infección de transmisión sexual o SIDA es mucho mayor que en el resto de poblaciones por falta de conocimientos sobre la forma en que estas infecciones se contraen y la forma de evitarlos.

Según ENDES 2014, El riesgo de contraer VIH por falta de conocimientos involucra a las que no tienen educación (29,8 %) y las que pertenecen al quintil inferior de riqueza (14,2 %). Según área de residencia, este porcentaje fue mayor en el área rural (11 %), en comparación a la urbana (0,9 %).

Se encontró que existe una asociación estadística altamente significativa ( $\chi^2=0,0004$ ), (tabla 3) entre el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y el tipo ó modalidad en que participa la población para la identificación, gestión y evaluación de las estrategias aplicadas para solucionar los problemas de salud reproductiva, aspecto que acepta la hipótesis planteada. Y que además se ve refrendada por diversos estudios quienes refieren que buenos niveles de conocimiento y capacidad de autodeterminación son elementos claves, para reducir los riesgos de contagio de VIH-SIDA en la población.

Otros estudios (10) mencionan haber encontrado diferencias de conocimiento y comportamiento según género, edad, etnia y educación, aspecto que podría justificar el bajo nivel de conocimientos de esta población ya que el estudio se realizó en poblaciones andinas rurales y de extrema pobreza, quienes tienen una idiosincrasia, cultura, y hábitos diferentes.

Referente a la actitud se puede decir que, aunque tradicionalmente los servicios de atención de la salud reproductiva se ofrecían solo a las mujeres de edad fértil, los estudios sobre desarrollo han demostrado que la formación de actitudes se inicia en los primeros años de la vida de una persona, mucho antes de llegar a la edad escolar, los niños ya tienen conocimiento sobre las relaciones sexuales entre hombres y mujeres, y tienen su propia actitud con respecto al comportamiento y al modo de vida. En la presente investigación se encontró que el 82,5 % de la población tiene una actitud entre negativa e indiferente frente a este tema (tabla 4), mientras que solo el 17,5 % de la población encuestada tiene una actitud positiva; aspecto que se ve respaldado por algunos estudios que muestran que, en su mayoría, los jóvenes de 20 años han tenido varias parejas sexuales sin ninguna protección para prevenir las infecciones de transmisión sexual o el embarazo (11). Otras investigaciones refieren que la percepción de riesgo fue encontrada en correlación con un mayor nivel de educación.

Al confrontar estas cifras con el tipo de participación Social se puede observar que entre ambas variables de estudio, existe asociación estadísticamente significativa, ( $\chi^2 = 0,006$ ), (tabla 5), estadístico que acepta la hipótesis planteada y nos demuestra que si la actitud es indiferente solo el 1,67 % intenta hacer algo para mejorar la salud reproductiva, lo que se define como tipo ó modalidad de autogestión, mientras que si la actitud es positiva, el 22,86 % intenta realizar alguna gestión para mejorar esta situación.

En cuanto a la conducta, el comportamiento reproductivo es un tema muy actual, en el que un componente central es el proceso de toma de decisiones en las relaciones sexuales, lo que está muy interrelacionado con la adopción de anticonceptivos y la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y del VIH. Entender este punto de vista ha sido reconocido, desde la Conferencia de El Cairo, como imprescindible para mejorar, así como para disminuir el riesgo o el daño en la salud reproductiva, tanto de hombres como de mujeres (12).

Entender el comportamiento y el punto de vista sobre salud sexual y reproductiva de una población es importante debido a que se relaciona con el papel dominante, que ejercen los varones en las decisiones relacionadas con la reproducción y fuera de ellas, dada la prevaleciente asimetría de género que existe

en muchas sociedades, y de lo que aún no se tiene medida en las zonas rurales y andinas del país.

En un intento de conocer el comportamiento de las poblaciones andinas respecto a la salud sexual y reproductiva es que se obtuvo como resultado que el 47 % de la población tienen conductas inadecuadas, estos resultados son coherentes con lo mencionado en otras investigaciones (13).

Al relacionar la conducta con el tipo de participación social, se encuentra que solo el 6,6 % de las personas que tienen una conducta inadecuada se preocupan por los problemas de salud reproductiva y se deciden por hacer algún tipo de gestión individual (autogestión) mientras que esta cifra es mayor en aquellos que tienen conducta adecuada 15,96 % (tabla 7).

Por lo tanto la conducta debe estar dirigida hacia la obtención de conocimientos para prevenir las ITS, asumiendo en la vida comportamientos sexuales saludables, placenteros y protegidos, puesto que se sabe que la sexualidad va más allá de lo físico, (relaciones sexuales) y se traduce en las diferentes conductas que tienen las personas para expresarse y relacionarse con su entorno social, constituye además, una fuente importante de bienestar y placer tanto físico como mental, y es uno de los ejes fundamentales sobre los que se construyen las desigualdades e inequidades.

El total de resultados tienen una gran utilidad pues permitieron alcanzar cada uno de los objetivos formulados en la investigación además de permitir dilucidar una serie de aspectos que hasta la fecha no se conocían y que servirán para fundamentar los lineamientos y políticas de salud pública.

En conclusión, el tipo de Participación social en salud sexual y reproductiva que predomina en la región andina de Comas es colaborativa. Los pobladores de esta región, tienen conocimiento deficiente respecto a salud sexual y reproductiva, lo que les lleva a tener actitudes negativas y conductas de riesgo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud del Perú. Documento técnico. Modelo de abordaje de promoción de la salud en el Perú: acciones a desarrollar en el eje temático de salud sexual y reproductiva. Lima: MINSA / DGPS; 2009.
2. Yañez J. Promoción de la salud sexual y reproductiva del VIH – Sida y de las ITS en los pueblos Indígenas de las Américas. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
3. Dirección Regional de Salud – Junín. Análisis de la situación de salud de la región Junín. Lima: DIRESA – Junín / Oficina de Epidemiología; 2007.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mapa de pobreza provincial y distrital. Lima: INEI; 2013.
5. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: [citado el 20 de agosto de 2015]. La educación y la salud están íntimamente unidas [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: [http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth\\_20100920/es/](http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/)
6. ONUSIDA. Ethical considerations in biomedical HIV prevention trials. Ginebra: OMS / ONUSIDA; 2000.
7. Organización Panamericana de la Salud. Marco referencial y estratégico de la cooperación técnica en salud y desarrollo local. Ginebra: OMS / Unidad de Entornos Saludables; 2005.
8. Gildardo A. Participación ciudadana en el RETC. Una experiencia para hacer efectivo el derecho a la información: ONU; 2001.
9. Miller K, Miller R, Askew I, et al. Clinic-based family planning and reproductive health services in Africa: Findings from situation analysis studies. New York: Population Council; 1998.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar. Lima: INEI / ENDES; 2014
11. Chacon-Quesada T, Corrales-González D, Garbanzo-Núñez D, Gutiérrez-Yglesias J, Hernández-Sandí A, et al. ITS y Sida en adolescentes: descripción, prevención y marco legal. Med. leg. Costa Rica. 2009; 26(2): 79-98.
12. Oakley P. Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. Examen de los aspectos esenciales. Ginebra: OMS; 1990.
13. Rodríguez A, Álvarez L. Percepciones y comportamientos de riesgo en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. Rev Cubana Salud Pública. 2006; 32(1).