

Junio 2001

Salud, Derechos y Realidades de
las Mujeres en el **Perú**

Un Análisis del Proyecto ReproSalud

Anna-Britt Coe

Junio 2001



Salud, Derechos y Realidades de las Mujeres en el Perú

Un Análisis del Proyecto ReproSalud

Anna-Britt Coe

Anna-Britt Coe es una Senior Program Associate del Centro para la Salud y Equidad de Género (Center for Health and Gender Equity—CHANGE). Tiene una Maestría en Sociología Aplicada de American University. Para obtener copias adicionales de este informe sírvase contactar la autora en la siguiente dirección: Malecón Norte 1460-1462, Punta Negra, Lima 23, Perú, o dirigirse a annab@terra.com.pe. Cualquier correspondencia relacionada al contenido del informe deberá ser dirigida a Anna-Britt Coe, Senior Program Associate, annab@terra.com.pe, o a Jodi Jacobson, Directora Ejecutiva, jjacobson@genderhealth.com.

El Centro para la Salud y Equidad de Género

El Centro para la Salud y Equidad de Género (Center for Health and Gender Equity—CHANGE) tiene como objetivo asegurar que las políticas de salud y población de las instituciones internacionales apoyadas por el Gobierno de los Estados Unidos de América promuevan activamente la salud y los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres. CHANGE toma su mandato del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) y otros acuerdos relevantes, los cuales demandan a los gobiernos y a las agencias internacionales cumplir este mismo objetivo. Específicamente busca traducir el lenguaje de estos documentos a cambios operacionales, concretos y medibles en las políticas y programas de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y violencia contra la mujer, además de promover y defender políticas de desarrollo que promuevan los derechos de la mujer y su autonomía.

Contenido

Agradecimientos	4
Contexto y Objetivos del Estudio	5
Las Estrategias Integradas de ReproSalud	10
Mapeo y Desarrollo del Conocimiento de las Mujeres	13
Trabajo con Organizaciones Comunitarias de Mujeres	17
Incremento de la Actividad Económica de las Mujeres	18
Reconcentración en la Zona Andina	19
Medición de los Resultados	20
Empoderamiento Individual	22
Empoderamiento Colectivo	26
Obstáculos y Retos	29
Mejora de los Servicios de Salud Disponibles	33
Fortalecimiento de las Capacidades de las Organizaciones	34
Promoción de Actividades de Generación de Ingresos	36
Desarrollo de un Contexto Favorable	36
Lecciones Aprendidas de ReproSalud	37
Conclusión	45
Anexo: Metodología	47
Referencias	48

Agradecimientos

El proceso de elaboración de un trabajo—desde su concepción hasta su creación—solo puede lograrse con el apoyo y la ayuda de muchas personas. Estoy muy agradecida a mis colegas del Centro para la Salud y Equidad de Género por sus aportes y apoyo durante el proceso de investigación y redacción: Jodi Jacobson, Priya Nanda, Barbara Gray, Suzanna Banwell y Ronda Logan, así como a aquellos colegas que ya no trabajan en CHANGE: Meg Greene y Rebecca Firestone. En especial deseo agradecer a Jodi, quien me guió en la dirección correcta a lo largo del proceso y contribuyó con su propia voz para mejorar el producto final.

También tengo una gran deuda de gratitud con Susana Galdos, Coordinadora Técnica del Proyecto ReproSalud y miembro fundador del Movimiento Manuela Ramos. Fue ella quien facilitó todo el proceso, aprobando mi solicitud para conducir la investigación de campo sobre ReproSalud para mi tesis de Maestría. A lo largo del último año, me ayudó asegurándose que obtuviera acceso a toda la información adicional que necesitaba para este documento y compartió sus impresiones sobre el borrador del mismo. Igualmente, deseo agradecer a todos los miembros del Proyecto ReproSalud del Movimiento Manuela Ramos, quienes me facilitaron su tiempo a pesar de sus atareadas agendas para proporcionarme la información necesaria y para facilitar mis visitas al campo. Ellos han sido mis colegas “lejos de casa” durante los últimos 3 años. También estoy muy agradecida por la bondad y apertura que me mostraron las socias del Club de Madres Virgen de Mercedes en Julcán y el Club de Madres María Parado de Bellido en San Fernando así como a las participantes del proyecto en Collana, Huarimayo, Yarinacocha y Canchabamba.

El proceso de revisión externa resultó ser muy beneficioso, tanto para el documento como para mí misma. Mi agradecimiento va a aquellas personas que revisaron el borrador y me proporcionaron sus valiosos comentarios y sugerencias: Susan Brems, Ph.D., Jefe del Equipo de Salud de USAID/Bolivia; Mike Burkly, MBA/ MPH, Oficina de Salud, Población y Nutrición de USAID/Perú; Debbie Caro, Ph.D., Directora de Culture Practice, LCC; Frescia Carrasco, miembro fundador del Movimiento Manuela Ramos; Barbara Feringa, MPH; Blanca Fernández, Directora del Programa de Desarrollo de la Mujer, del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán; María Rosa Gárate, consultora independiente; Patricia Hammer, Especialista en Movilización Comunitaria de Save the Children; Deborah Rogow, consultora independiente; y Sid Schuler, Ph.D., Director del Proyecto de Investigación “Empoderamiento de la Mujer” de John Snow International.

Quisiera hacer llegar mi agradecimiento a Linda Starke por editar el documento; a Manu Badlani por el diseño, presentación y producción; a Susan Bertie por la traducción al español; y a Mariella Sala por editar el documento en español. Quiero expresar mi gratitud hacia la Fundación de Servicios Generales (General Services Foundation), a la Fundación Summit, a la Fundación Moriah y a la Fundación Interamericana por su generoso apoyo financiero. Por último, gracias a mi familia y amigos, especialmente a Walter, por mostrarme siempre su cariño y amor.

Los puntos de vista expresados en este documento son responsabilidad exclusiva de la autora y no representan necesariamente los de los revisores ni de la Fundación Interamericana.

Contexto y Objetivos del Estudio

Durante las últimas tres décadas, los gobiernos de los países en desarrollo que muestran altas tasas de fecundidad, han dependido fuertemente de los programas de planificación familiar para reducir sus tasas de natalidad. Estos programas dieron énfasis principalmente a la promoción y entrega de métodos anticonceptivos a las mujeres, y operaron básicamente con la ausencia de esfuerzos dirigidos a cambiar los factores socioculturales y económicos que determinaron la alta tasa de fecundidad, tales como las desigualdades de género en el acceso al empleo y a la educación. A lo largo del tiempo, las limitaciones de este enfoque se han vuelto más aparentes. En particular, defensoras de la salud de la mujer han criticado las suposiciones que orientan las políticas convencionales de población y los programas de planificación familiar y han argumentado que se deben crear leyes, políticas y programas destinados a promover una visión más integral de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Después de más de una década de defensa por parte de los movimientos de salud de la mujer, esta visión más amplia fue respaldada por la comunidad internacional durante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994, y reafirmada durante la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer de 1995 (Naciones Unidas 1994, Naciones Unidas 1995). Al firmar estos acuerdos, los gobiernos se comprometieron a crear contextos favorables para el ejercicio de decisiones reproductivas a través de políticas multisectoriales dirigidas a promover la equidad de género, y la reducción de la pobreza entre otros puntos. Acordaron además, asegurar y aumentar el acceso a servicios de salud reproductiva de tal manera que satisfagan las metas del individuo en lugar de las metas demográficas. Esto significa que mujeres y hombres reciban por lo menos información y medios para prevenir embarazos no deseados, para acceder a servicios seguros de parto y aborto, y para reducir el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual. Igualmente significa que se le de una atención rigurosa a la promoción de decisiones informadas, y a la eliminación de toda forma de coacción y parcialidad durante la entrega de servicios de salud.

Estos acuerdos implican cambios muy profundos en las políticas y programas de población y salud, cuyos significados recién comienzan a comprenderse. Con el objeto de reflejar fehacientemente el espíritu de la agenda de los derechos y la salud, es necesario realizar cambios sostenidos que sean mutuamente reforzadores a todo nivel de las políticas y programas desde el nivel más alto de la política nacional, hasta llegar a la comunidad, el hogar, y el individuo. Se requieren cambios que aseguren la integración de las políticas y sus objetivos a través de todos los sectores. La asignación del gasto social y los recursos de salud debe cambiar, así como las metas de los programas de salud y las formas para alcanzarlas. Se necesitan cambios en las interacciones del diario vivir, como por ejemplo en las negociaciones entre la mujer y su esposo y entre el proveedor de los servicios de salud y aquella persona que busca dicho servicio. En cada una de estas áreas se necesitan cambios en la manera cómo se toman las decisiones y cómo se deciden las prioridades para lograr procesos participativos y transparencia política. En resumen, la promoción de la salud, de los derechos y de la equidad debe convertirse en las metas principales de las políticas y programas.

Para asegurar el progreso y la responsabilidad en el cumplimiento de las metas, en muchos países se están realizando esfuerzos persistentes en monitorear dicho avance mediante métodos de análisis profundos.

Como ha sido demostrado por varios estudios, la mayoría de los gobiernos y las agencias donantes internacionales han adoptado el lenguaje de salud y derechos reproductivos y equidad de género, en sus plataformas nacionales y políticas institucionales (Hardee et al., 1999; IWHC, 1999). Pero los cambios más concretos en las políticas y programas operativos no son tan evidentes, con ciertas excepciones notables, debido a la falta de compromiso político, de financiamiento, y de entendimiento sobre cómo convertir la retórica en acción, o por la combinación de estos factores.

Conflictos entre los impulsos y las presiones políticas también juegan un rol importante. Por ejemplo, las valerosas acciones de un ministro de salud pueden ser ineficaces debido a la oposición del Congreso o del Parlamento; o, las políticas de avanzada de un gobierno pueden ser revocadas por sus sucesores. Por ello, una mirada a la

situación de salud y derechos reproductivos en un contexto específico, puede mostrar un dibujo complejo y cambiante—una serie de políticas y programas híbridos que tienen un pie en el pasado y el otro en el futuro.

Debido a esta situación, es poco realista esperar que los gobiernos y las agencias internacionales hayan logrado transformar completa y efectivamente sus políticas y programas en tan pocos años. Sin embargo, es posible y definitivamente necesario examinar y evaluar el nivel verdadero de voluntad política para generar los cambios, y el grado de progreso incremental comprometido por un gobierno o un donante para convertir su retórica en acción.

Hoy en día, la situación del Perú es típica de las señales conflictivas evidentes en muchos contextos. El gobierno ha sido lento en formalizar sus

Caja I. Política del Gobierno Peruano sobre Población y Desarrollo durante los años 90.

A pesar de ser uno de los países firmantes del acuerdo de la ICPD en 1994, entre los años 1995 y 1998, el Gobierno Peruano adoptó e implementó una política que daba énfasis, casi exclusivamente, al logro de metas demográficas a través del incremento del uso de anticonceptivos modernos. Los métodos anticonceptivos eran provistos sin costo alguno por el sector de salud público mientras que otros servicios de salud reproductiva, como la atención prenatal y el parto, aún debían ser pagados.

La esterilización fue legalizada en 1995. El gobierno se apresuró a brindar servicios de esterilización gratuitos en todo el país en un esfuerzo por atender lo que ellos llamaban una enorme y latente demanda por estos servicios. Pero como la esterilización sólo había sido practicada de manera limitada antes de 1995, el Ministerio de Salud no tenía la capacidad para proporcionar servicios de esterilización a gran escala; no tenían ni personal médico debidamente capacitado ni el equipo necesario para aumentar un acceso rápido a servicios de esterilización de alta calidad (Entrevistas confidenciales realizados por la autora, CLADEM, 1999). Equipos médicos eran destacados por turnos de un día a una localidad diferente, para realizar esterilizaciones en pacientes ubicadas en zonas rurales y aisladas. Esta situación comprometió aún más la calidad de los servicios así como la atención de seguimiento.

A fines de 1997, la magnitud de la violación a la decisión libre e informada y la baja calidad de la atención de los servicios de esterilización fueron hechos públicos, provocando la crítica de diversos sectores dentro del ambiente político así como del público en general. Seguidamente se llevó a cabo un debate en el país sobre el Programa Nacional de Planificación Familiar. La Defensoría del Pueblo, la agencia gubernamental encargada de recibir e investigar quejas, recomendó una serie de reformas en enero de 1998 (Defensoría del Pueblo, 1998). Las agencias donantes internacionales, en particular USAID, así como las organizaciones nacionales feministas, jugaron un papel central para hacer presión sobre el Gobierno Peruano para que adopte dichas reformas.

En marzo de 1998, el Ministerio de Salud finalmente aceptó adoptar las reformas en sus servicios de esterilización, que incluían la elaboración de nuevas guías de orientación y un nuevo formato de consentimiento, la conducción de 2 sesiones de orientación por candidata, un período de espera de 72 horas entre la segunda sesión de orientación de la cliente y el procedimiento, un período de hospitalización de 24 horas posterior a la cirugía para clientes con dificultad para acceder a los servicios, y el requerimiento de un proceso de certificación de los establecimientos de salud y de los médicos calificados. Posteriormente, en setiembre de 1998, el Gobierno Peruano reelaboró su Política Nacional de Población para incorporar las revisiones sugeridas por las organizaciones feministas y las agencias donantes.

compromisos dentro de la agenda de salud y derechos. A pesar del hecho que el Perú firmó el Programa de Acción de la CIPD, en 1997 la política nacional de población del país todavía hablaba de metas demográficas explícitas y objetivos de cobertura en anticonceptivos, y las políticas económicas y sociales, así como los programas de salud aún se mantenían inalterados. La política cambió sólo a raíz de la presión pública que se desencadenó debido a las revelaciones, a fines de los años 90, del abuso indiscriminado de la decisión informada por parte de proveedores de servicios de salud estatales durante la entrega de servicios de planificación familiar (Caja 1). Aunque el lenguaje de la política nacional ha sido modificado desde entonces, el alcance real de los cambios que implica dicho lenguaje, todavía no es claro.

Al mismo tiempo, el Perú es hogar del Proyecto ReproSalud, una iniciativa innovadora de salud y derechos reproductivos con énfasis en la promoción de mejoras en la salud reproductiva por medio de un enfoque basado en el empoderamiento individual y comunitario. ReproSalud es financiado por la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos de América (USAID), en términos monetarios, el mayor donante bilateral al programa peruano de planificación familiar. ReproSalud es un ejemplo relativamente poco común de un proyecto a larga escala financiado por una agencia donante internacional que realmente trata de cumplir con el espíritu del Programa de Acción de la CIPD.¹ En parte es único porque es desarrollado por una organización peruana feminista, el Movimiento Manuela Ramos (MMR), que por más de 20 años ha trabajado en la promoción de los derechos de las mujeres pobres y marginadas.² Los cinco programas primordiales del MMR son Derechos Humanos de las Mujeres, incluyendo

violencia contra la mujer y el niño; Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos; Generación de Ingresos; Participación Política y Liderazgo; y Medios y Comunicación (Galdos y Feringa, 1999). Por lo tanto, MMR es un actor nacional clave en la promoción de la salud reproductiva y la equidad de género en el Perú.

ReproSalud fue diseñado antes que se llevara a cabo la CIPD, pero abarca el mandato de la conferencia en por lo menos dos formas. Primero, mientras ReproSalud busca reducir la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos y otros servicios de salud reproductiva, se aparta efectivamente del enfoque utilizado por los programas tradicionales de planificación familiar. ReproSalud no es un programa de entrega de servicios; por el contrario, da énfasis a la capacitación y movilización de las organizaciones comunitarias de base (OCBs) y de las mujeres como individuos para que defiendan ellas mismas la mejora de los servicios de salud disponibles. El proyecto promueve la participación directa de las mujeres en la identificación de sus propias prioridades de salud reproductiva y en el desarrollo de estrategias que satisfagan dichas necesidades.

En segundo lugar, el proyecto alienta a las mujeres a confrontar las barreras socioeconómicas, culturales y de género, que les impiden tomar decisiones y acciones en beneficio de su salud reproductiva, incluyendo una negociación equitativa con sus parejas y dando el mejor uso posible a los servicios de salud reproductiva disponibles. ReproSalud utiliza una variedad de estrategias para confrontar las normas sociales, incluyendo educación popular—basada en las condiciones locales, sobre salud y derechos sexuales y reproductivos para las mujeres y otros

¹ El proyecto fue diseñado por un equipo de profesionales de USAID, incluyendo a Susan Brems, Barbara Feringa y Amanda Glassman. Susan Brems, una antropóloga en salud pública con un doctorado (Ph.D) en teoría de desarrollo, fue Jefa Adjunta de la Oficina de Salud, Población y Nutrición (HPN) de USAID/Perú de 1993 a 1995 y Jefa de la misma de 1995 a 1999. También fue Oficial de Población de USAID/Perú durante todo su período en el Perú. Actualmente es la Jefa del Equipo de Salud de USAID/Bolivia. Barbara Feringa, MPH, fue asesora técnica de USAID/Perú ante el Proyecto ReproSalud desde setiembre de 1995 hasta mayo del 2000. Amanda Glassman ha trabajado como consultora de USAID/Perú y actualmente trabaja por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). En USAID/Perú, la Oficina se llama Salud, Población y Nutrición, mientras que en USAID/Washington, se llama Población, Salud y Nutrición.

² El Movimiento Manuela Ramos compitió y ganó el proyecto ReproSalud junto con el Centro de Educación Popular e Investigación—Alternativa, una organización no gubernamental (ONG) peruana con veinte años de experiencia en desarrollo integral. Posteriormente, Alternativa solicitó que fuera el Movimiento Manuela Ramos quien se haga responsable de la administración y de los aspectos técnicos del proyecto (Galdos y Feringa, 1999).

grupos comunitarios. De ésta y de otras maneras, el proyecto da énfasis principalmente a las necesidades individuales de la mujer para lograr tanto metas de salud pública como demográficas.

Este documento revisa los primeros cinco años del proyecto ReproSalud, basándose en una investigación de campo entre los meses de setiembre y diciembre de 1997, entrevistas de

seguimiento con personal del proyecto entre 1998 y el año 2000, y análisis de las políticas y programas de salud reproductiva del gobierno peruano y de USAID (Ver Anexo A). El documento proporciona una crítica objetiva del proyecto con la esperanza de aprender del uso de sus estrategias innovadoras para la promoción de la salud y los derechos reproductivos. A través del análisis se tratarán las siguientes preguntas:

Caja 2. Apoyo de USAID a los Programas de Salud Reproductiva en el Perú

La Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) es el mayor donante para programas de salud en general en el Perú, habiendo contribuido con US\$ 21 millones al sector salud en 1998—aproximadamente una cuarta parte de toda la ayuda financiera bi- y multilateral del sector (USAID, 1999). A mediados de los años 90, la asistencia en población de USAID al Perú se concentraba en estrategias relacionadas con “la oferta”—aumentar la cobertura a través de servicios tradicionales en establecimientos de salud—complementada con algunos proyectos de mercadeo social y comunicación masiva. Las instituciones implementadoras eran alentadas a dar preferencia a la provisión de métodos de larga duración, como el DIU, sobre cualquier otro método.

Datos de diversos estudios comenzaron a dar una clara idea que estos enfoques no eran tan efectivos como se creía. A pesar de los esfuerzos realizados por fortalecer y mejorar los servicios estatales, éstos estaban operando a menos del 50 por ciento de su capacidad debido a la falta de demanda efectiva. Al mismo tiempo, la demanda de las mujeres por servicios de salud reproductiva, especialmente en zonas rurales y peri-urbanas, no estaba siendo cubierta, en parte porque se estaba haciendo muy poco por derribar las barreras que enfrentan las mujeres para tomar decisiones autónomas.

A mediados de los años 90, un nuevo modelo comenzó a establecerse. En 1993, bajo la dirección de la Oficina de Salud, Población y Nutrición de la misión, liderada por Susan Brems, se inició el apoyo a programas basados en salud y derechos como el eje central de la estrategia de USAID/Perú. La oficina SPN de Perú tomó una serie de pasos concretos que significaban un alejamiento de las prácticas pasadas y ayudaron a construir mayor confianza entre el movimiento feminista. El primer paso fue trabajar de manera abierta y colaborativa con grupos de mujeres para identificar las principales prioridades en salud reproductiva y equidad de género que eventualmente apoyarían el desarrollo del proyecto ReproSalud. (Hasta inicios de los 90, USAID/Perú—de hecho todo USAID—era observado con suspicacia por el movimiento feminista en el Perú debido a su cercana afiliación al gobierno y sus políticas, y debido a su historial de financiamiento de proyectos sin un debido nivel de transparencia.)

Se elaboró una propuesta de proyecto de 100 páginas que daba énfasis a un enfoque integral en salud reproductiva, a las necesidades e intereses de la comunidad y el individuo, al entendimiento de la desigualdad en género y hacia un compromiso por los derechos de la mujer. Se invitó a las ONGs locales a competir directamente por los fondos disponibles para desarrollar el proyecto. Esto en sí ya significaba un alejamiento significativo de acciones pasadas. Después de entrevistas a 70 ONGs locales sobre sus habilidades en servicios de salud reproductiva para sectores marginales, actividades de micro-empresa, promoción y defensoría, y temas de género, la lista fue reducida a cuatro organizaciones, las mismas que fueron invitadas a competir por el proyecto, ya sea de manera conjunta o individual—el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, el Movimiento Manuela Ramos, Alternativa y FOVIDA. Finalmente, el contrato fue otorgado al MMR y a Alternativa en conjunto.

Debido a su alejamiento de enfoques tradicionales, el proyecto, que fue conocido como ReproSalud, enfrentó la resistencia de algunos sectores dentro de USAID. No obstante, el lenguaje de políticas generales de la agencia brindó a Susan Brems y sus colegas el apoyo necesario para desarrollar nuevos enfoques para mejorar la salud reproductiva en el Perú y les proporcionó el medio necesario para encarar la resistencia de otros niveles de la agencia. El proyecto ganó apoyo, siendo planificado inicialmente para un período de 5 años con un presupuesto de US\$ 25 millones. En 1999, ReproSalud recibió de USAID una extensión de cinco años y un presupuesto adicional de US\$ 11 millones.

- ¿Qué estrategias utiliza ReproSalud, y cómo difieren de los enfoques tradicionales?
- ¿Qué ha logrado el proyecto, y qué dificultades ha tenido que enfrentar?
- ¿Cómo podría el proyecto mejorar el cumplimiento de sus objetivos?
- ¿Qué lecciones pueden aprender los gobiernos y las agencias donantes que buscan promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos?

Además, el documento examina el rol de ReproSalud dentro del contexto de cambios en la situación política. Tanto el gobierno peruano como USAID han apoyado por lo menos nominalmente los objetivos de la CIPD. Sin embargo, las inconsistencias políticas han impedido en ciertos momentos cumplir con las metas y el trabajo de ReproSalud. Los cambios en las políticas de salud reproductiva y población del gobierno peruano,

así como las discrepancias entre lo que dice y lo que hace, también han influido en la ya delicada relación entre el gobierno y la sociedad civil en general. El proyecto ReproSalud es uno de los pocos ejemplos del trabajo de colaboración entre una agencia donante internacional grande y una organización no gubernamental nacional feminista (ONG). Al mismo tiempo, la alianza entre el Movimiento Manuela Ramos y USAID, es complicada debido a las contradicciones políticas a diferentes niveles de la agencia. Las directivas y prioridades programáticas que emanan de USAID/ Washington, y las metas y objetivos de la Misión de USAID en el Perú, (ver Caja 2) contrastan enormemente entre ellas y la misión y objetivos de ReproSalud, lo cual tiene implicaciones diversas para el éxito del proyecto. Al examinar esta situación tan compleja y cambiante, el documento ha considerado los retos para la sostenibilidad del proyecto en el Perú, y el uso de estrategias similares en otros lugares.

Las Estrategias Integradas de ReproSalud

Los temas de derechos, salud y equidad fueron centrales en el diseño del Proyecto ReproSalud. Los primeros proponentes del proyecto reconocieron que para ser exitosa cualquier iniciativa en salud reproductiva, debía enfrentar las condiciones socioculturales, económicas y políticas que con tanto vigor refuerzan la desigualdad de género y la subordinación de las mujeres en el Perú (Ver Caja 3). Por lo tanto, se le dedicó mucha atención a la información ya existente sobre el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva, así como a la demanda y al uso de estas mismas. Igualmente, se condujeron investigaciones posteriores para examinar de manera integral las barreras de género, culturales y socioeconómicas que impiden la buena salud reproductiva de las mujeres (USAID/Perú, 1995; Brems, 1996) y determinar cuáles son las necesidades prácticas y estratégicas de poblaciones específicas.³ (Ver Caja 4). Manteniendo en mente, tanto las necesidades identificadas por las encuestas demográficas como los objetivos de USAID, ReproSalud ha dado énfasis a las mujeres pobres y marginadas que viven en zonas rurales y semi-rurales, principalmente en la Cuenca Amazónica y en la Sierra de los Andes. Estas comunidades tienden a estar muy dispersas y es difícil llegar a ellas, representan una diversidad cultural y social, y tienen un acceso severamente limitado a servicios de salud reproductiva. Las estrategias centrales del proyecto fueron desarrolladas para permitir que las mujeres traten estas barreras, dando énfasis a la promoción de la equidad de género, el empoderamiento de la mujer, y la flexibilidad necesaria para responder a las inquietudes locales.

Caja 3. Indicadores de Desigualdad de Género en el Perú

En el Perú, el status de la mujer con respecto al hombre varía de acuerdo a la cultura y a la geografía, pero en general es caracterizada por la subordinación y por el bajo nivel de su salud reproductiva.

- Las mujeres de 15 años o más tienen el doble de probabilidades de no saber leer ni escribir (INEI en Blondet y Montero, 1994).
- Las mujeres tienen mayor probabilidad que los hombres de estar desempleadas y subempleadas, y enfrentan mayores obstáculos para acceder a créditos, especialmente en zonas rurales (Blondet y Montero, 1994).
- La mortalidad materna se mantiene alta, con 265 muertes maternas por cada 100,000 partos; donde uno de los principales factores de fallecimiento es el aborto inseguro.
- Se estima que anualmente se realizan 300,000 abortos, aún cuando el aborto es ilegal excepto en casos en que peligró la vida de la madre, y los servicios de aborto seguro son casi inexistentes (AGI, 1994).
- En 1996, sólo el 40 por ciento de todas las mujeres en edad reproductiva usaba un método anticonceptivo; y sólo una cuarta parte de este porcentaje utilizaba un método moderno (INEI, 1997).
- Sólo el 7 por ciento de las mujeres adolescentes, entre 15 y 19 años, entrevistadas en 1995 reportó usar un método anticonceptivo (INEI, 1997). En 1993, 11% de las adolescentes (incluyendo solteras y casadas) entre 15 y 19 años dieron a luz a nivel nacional mientras que más de una cuarta parte de las jóvenes en ese rango de edad dio a luz en la Cuenca Amazónica (Grupo Impulsor Nacional, 1997).

³ Según Moser (1991), las necesidades de género prácticas son aquellas que resultan de las deficiencias en las condiciones básicas de vida de las mujeres y que están relacionadas a clase, en comparación con necesidades estratégicas de género, que resultan de las causas estructurales y fundamentales de la desigualdad y subordinación de las mujeres, como relaciones con poderes desiguales entre hombres y mujeres.

Caja 4. Factores que Influyen en el Uso de los Servicios de Salud Reproductiva por parte de las Mujeres

Desigualdad de Género

Los hombres, especialmente en zonas rurales, controlan la fecundidad de las mujeres y deciden cuándo deben o no usar métodos anticonceptivos. Por lo general, los esposos se oponen al uso de la anticoncepción por tres motivos: tienen miedo a la infidelidad y desean controlar la sexualidad de la mujer; tienen preocupación sobre su propio comportamiento sexual, especialmente cuando les colocan limitaciones a las relaciones sexuales; y creen que necesitan tener muchos hijos.

Las mujeres peruanas, especialmente en áreas rurales, ven a sus parejas masculinas como figuras de autoridad y quienes toman las decisiones dentro de la relación y la familia. Las mujeres creen que son incapaces de tomar sus propias decisiones o que es más conveniente aceptar las decisiones del marido para satisfacerlos. La identidad de la mujer está definida por su relación con el marido y la familia, y en general la mujer carece de autonomía. Esto se ve incrementado por su dependencia económica en la pareja, quien usualmente es el proveedor del hogar.

Relaciones de Clase entre Proveedores y Clientes

El trato de los proveedores de servicios hacia las mujeres generalmente es muy pobre. Las mujeres se quejan que los proveedores de servicios las regañan y que son arrogantes y condescendientes. Usualmente, los proveedores de servicios no entienden ni aprecian los valores y las percepciones culturales locales, y no conocen las lenguas autóctonas, lo cual dificulta la comunicación con las clientes. Las mujeres también perciben en los proveedores de servicios una actitud superior y resistencia a interactuar con las clientes a un mismo nivel.

Calidad de la Atención

Los servicios disponibles generalmente significan largas esperas, tiempo insuficiente con los proveedores de servicios, falta de continuidad de la atención, y capacidad técnica limitada.

Desinformación

Los servicios de salud no proporcionan información suficiente o adecuada a las clientes sobre la forma de uso de los métodos anticonceptivos, sus efectos secundarios o colaterales, sus contraindicaciones, y sus potenciales riesgos. Por lo general, la información que se brinda es sesgada para convencer a la cliente a aceptar un método en particular. Aquellas mujeres que han recibido información incorrecta generalmente tienen malas experiencias con los anticonceptivos, lo que puede generar temores y malentendidos entre otras mujeres.

Fuentes: Brems, 1996; Mannarelli, 1997; Consorcio Mujer, 1998; y Gárate et al., 1998.

Desde un aspecto, ReproSalud es similar a la mayoría de iniciativas de salud reproductiva a larga escala: su meta primordial es mejorar la salud reproductiva de las mujeres aumentando el uso de los servicios y las intervenciones de salud disponibles (USAID/Perú, 1995). De hecho, siendo un proyecto financiado por USAID/Perú, ReproSalud necesita demostrar el "impacto a larga escala" que generalmente obtienen los programas de planificación familiar convencionales, en parte alcanzando resultados demográficos y cuantitativos específicos; como por ejemplo, un aumento en la protección años/pareja y en la tasa de prevalencia anticonceptiva, resultados que están directamente relacionados con la entrega de servicios.

Sin embargo, lo que lo hace definitivamente diferente es la forma cómo el proyecto busca

lograr estas metas. Esto se evidencia en los resultados intermedios que ReproSalud busca alcanzar:

- relaciones más equitativas entre las mujeres, sus parejas y sus familias;
- mayor capacidad y voluntad de las mujeres, como consumidoras informadas y empoderadas, de utilizar los servicios de salud reproductiva del sector formal; y
- mayor capacidad de las organizaciones comunitarias para promover y defender efectivamente los cambios necesarios en el sistema de salud para satisfacer las necesidades de las mujeres, y asegurar que los programas de salud estatales cumplan con sus compromisos hacia los individuos y la comunidad.

Caja 5. Las Estrategias de Movilización y Educación Comunitaria de ReproSalud

Selección de las OCBs Contrapartes

Todas las organizaciones comunitarias de base de mujeres dentro de un distrito en particular son invitadas a competir en un concurso. (Las OCBs invitadas incluyen a los Comités del Vaso de Leche, los Clubes de Madres, comedores populares y organizaciones dedicadas a la generación de ingresos, aunque la mayoría de las organizaciones que trabajan con ReproSalud tienden a ser de los primeros dos grupos.) Cada OCB llena un formulario donde debe describir su historia, las actividades que ha realizado, y presenta una propuesta para una actividad en salud reproductiva. ReproSalud selecciona como finalistas a las cinco mejores OCBs. Estas finalistas deben preparar y presentar una obra de teatro, llamada socio-drama, que trate sobre un problema de género en su comunidad. Las obras se presentan en un local público, y las autoridades locales así como el resto de OCBs son invitadas a asistir. ReproSalud elige el mejor socio-drama y la OCB ganadora participa directamente en el proyecto mientras que las otras cuatro finalistas se convierten en beneficiarias de las actividades del proyecto. En resumen, ReproSalud selecciona a la OCB con el mayor nivel organizativo como contraparte.

Identificación de los Problemas de Salud Reproductiva

Una vez ReproSalud ha seleccionado a la OCB de mujeres, conduce un autodiagnóstico con alrededor de 20 miembros que representan las variables demográficas del grupo: edad, estado civil, y número de hijos. El autodiagnóstico implica el desarrollo de cuatro o cinco sesiones durante las cuales las participantes atraviesan un proceso de reflexión y concientización sobre los problemas de salud reproductiva que afectan a las mujeres de su comunidad. El proceso utiliza métodos cualitativos y participativos para facilitar la exploración de las percepciones, actitudes y experiencias de las participantes sobre sus propios cuerpos, su salud sexual y reproductiva, las normas y desigualdades comunitarias sobre género, y los servicios disponibles (Movimiento Manuela Ramos, 1997a). Finalmente, las participantes asignan prioridad a sus problemas de salud reproductiva y seleccionan por medio del voto el más importante.

Diseño del Subproyecto de Salud Reproductiva (Intervención)

ReproSalud sostiene una nueva ronda de sesiones con los mismos miembros de la OCB para diseñar un subproyecto que trate aquel problema que fuera seleccionado como el más importante. Los subproyectos de salud reproductiva generalmente tienen una duración de 6 a 10 meses, con presupuestos que oscilan entre los US\$ 2,500 y US\$ 6,500. La OCB debe contribuir con el 10 por ciento del presupuesto, mientras que ReproSalud aporta al subproyecto los fondos restantes. Una vez que ReproSalud ha aprobado el subproyecto, la OCB establece un núcleo responsable conformado por miembros de su propia organización. ReproSalud capacita al núcleo responsable en asuntos sobre gerencia, administración y contabilidad. El núcleo es responsable de reunirse con autoridades públicas y proveedores de servicios de salud locales para informarles sobre el proyecto, hacerles tomar conciencia sobre las preocupaciones de las mujeres locales con respecto a la salud reproductiva, obtener apoyo hacia sus esfuerzos, y compartir los logros de las intervenciones. ReproSalud también proporciona asesoría técnica a las OCBs para implementar su subproyecto a través de la capacitación y la supervisión.

Implementación del Subproyecto

Algunos miembros de las OCBs son elegidos para recibir capacitación especializada en salud reproductiva para convertirse en promotores comunitarios. La capacitación en salud reproductiva busca concientizar a las participantes y transmitirles información sobre el problema en salud reproductiva elegido así como sobre anatomía, fisiología y roles y relaciones de género. Una vez finalizada la capacitación, ReproSalud selecciona a un número de promotoras comunitarias para que trabajen juntas en la réplica de la capacitación a diversos grupos locales. Estos grupos incluyen, entre otros, a los miembros restantes de la OCB principal, a las OCBs asociadas (las cuatro OCBs finalistas), a los esposos, y a los adolescentes de ambos sexos. ReproSalud le otorga un pequeño salario a las promotoras comunitarias por su trabajo.

Evaluación del Subproyecto y Subproyectos Posteriores

Cuando una OCB concluye todas las actividades del subproyecto, debe conducir una evaluación en conjunto con personal de ReproSalud. Los subproyectos posteriores continúan realizando actividades de educación popular, generalmente tratan un segundo o tercer problema, para que las participantes sepan manejar por lo menos tres temas principales sobre salud reproductiva. Algunas OCBs agregan actividades que complementan los servicios del Ministerio de Salud, como la provisión de orientación y consejería así como referencias, identificación de mujeres con embarazos de alto riesgo, y provisión de información sobre los signos de alarma durante el embarazo (Galdos y Feringa, 1998).

La educación y movilización comunitaria para mejorar la salud reproductiva - utilizando metodologías participativas- son la base del Proyecto ReproSalud. (Ver Caja 5). A través del MMR, ReproSalud convoca solicitudes de organizaciones comunitarias de mujeres en ocho departamentos (áreas administrativas)⁴ para participar en el proyecto. En este punto se selecciona una organización comunitaria de base (OCB) como contraparte en cada zona del proyecto para liderar el esfuerzo de alcanzar a la población local. Al finalizar el primer período de cinco años del proyecto, en diciembre del año 2000, ReproSalud había trabajado con 240 OCBs contrapartes a lo largo de la Sierra Andina y la Cuenca Amazónica, las que a su vez habían trabajado con más de 2,300 OCBs vecinas. Habiendo logrado la participación de alrededor de 90,000 mujeres y 50,000 hombres en su programa educativo y de capacitación, ReproSalud cumplió las metas de cobertura inicialmente programadas en 1996. (Ver Tabla 1).

Facilitadores de ReproSalud han guiado a cada una de las OCBs de mujeres en la identificación de prioridades de salud reproductiva a nivel local y en el desarrollo de actividades educativas y de prevención dentro de sus comunidades. Algunos miembros de cada OCB han recibido capacitación por parte de los facilitadores de ReproSalud para convertirse en promotores comunitarios, quienes a su vez han capacitado a otras mujeres. (Ver Tabla 2). El proyecto alienta a las mujeres a utilizar intervenciones de salud que se basan en prácticas de atención personal, dando énfasis a la importancia de una nutrición adecuada, higiene apropiada, y relaciones sexuales consensuales. También alienta a las mujeres a utilizar con mayor frecuencia los servicios de salud estatales, cuando sea apropiado, incluyendo por ejemplo la atención prenatal y de parto, Papanicolao y anticoncepción (Yon, 2001). La estrategia educativa y de movilización de ReproSalud, se ve complementada por los esfuerzos de promoción y

Tabla 1: Número Total de OCBs Participando en ReproSalud, por Departamento, 1996-2000

Departamento	Total OCBs	Distritos de ReproSalud	Número de Distritos por Departamento
Ancash	31	12	165
Ayacucho	35	14	109
Huancavelica	36	14	93
La Libertad	33	11	80
Lima	9	6	171
Puno	67	18	106
San Martín	15	9	77
Ucayali	15	7	12
Total	241	91	813

Fuente: Proyecto ReproSalud, Movimiento Manuela Ramos, Diciembre 2000

defensoría contruidos desde las bases de la comunidad y hacia arriba, con un énfasis inicial en la recolección de información sobre los conocimientos, prioridades y preocupaciones de las mujeres. Luego, el proyecto trabaja con las OCBs para desarrollar sus capacidades de hacer demandas sobre las instalaciones de salud locales, para así poder promover y defender los cambios que sean necesarios en dichos servicios.

Mapeo y Desarrollo del Conocimiento de las Mujeres

ReproSalud utiliza una metodología participativa cualitativa conocida como "autodiagnóstico" que permite a las mujeres convertirse en protagonistas durante la identificación y establecimiento de las prioridades de sus problemas en salud reproductiva. Esta técnica reúne a un pequeño

Tabla 2: Número Total de Promotoras(es) Comunitarias(os) y Beneficiarias(os) de ReproSalud, 1996-2000

Categoría	Promotoras(es) Comunitarias(os)	Beneficiarias(os)
Mujeres	3,113	73,905
Hombres	1,698	36,875
Adolescentes mujeres	625	15,625
Adolescentes varones	395	9,880
Total	4811	136,285

Fuente: Proyecto ReproSalud, Movimiento Manuela Ramos, Diciembre 2000.

⁴ También son conocidos como regiones, y por lo tanto, este documento refiere al personal regional, nivel regional, etc.

grupo de mujeres y crea un ambiente que les permite reflexionar sobre el estado de su salud reproductiva, los efectos que tienen las desigualdades de género sobre las mujeres, y las experiencias que han tenido con los servicios de salud públicos. Adicionalmente, la metodología le permite a ReproSalud recolectar información detallada sobre los conocimientos y las experiencias más básicas que tienen las mujeres sobre sus cuerpos. Entre 1996 y el año 2000, ReproSalud realizó aproximadamente 240 autodiagnósticos entre más de 5,000 mujeres.

A través de la recolección de datos, utilizando la misma técnica con cada OCB contraparte o en cada área del proyecto, ReproSalud ha obtenido información de diferentes perspectivas regionales, indígenas y socioculturales. Utilizando dichos datos, el proyecto reconstruye la propia lógica de las mujeres en cuanto a la salud reproductiva, esto para comprender como piensan ellas sobre su salud de acuerdo a su concepción del cuerpo humano y procesos reproductivos definidos por su perspectiva sociocultural (Yon, 2001).

Los datos recolectados durante este proceso han revelado las creencias de las mujeres sobre cómo funciona su cuerpo, y cómo ellas experimentan sus enfermedades reproductivas. El proceso también ha ayudado a revelar cómo estas creencias influyen en las inquietudes, temores y mitos de las mujeres, lo que a su vez afecta sus decisiones (Feringa, inédito; Yon, 2001). Estos sistemas de creencias afectan las decisiones que toman las mujeres y la efectividad de sus cuidados hacia sí mismas; un ejemplo es la manera cómo se cuidan de embarazos no deseados. Debido a la creencia que la sangre menstrual no eliminada puede dañarlas, las mujeres andinas rurales tienen menos voluntad de usar un método anticonceptivo como la Depo Provera, porque podría causarles amenorrea (Yon, 2001). Las mujeres rurales andinas generalmente presentan una fuerte preferencia por el método del ritmo, debido a la falta de efectos colaterales que usualmente son asociados a los métodos modernos. Al mismo

tiempo, la falta de información exacta sobre los periodos de fecundidad debilita la efectividad de uso de dicho método.

A través de los procesos participativos de ReproSalud, las OCBs de mujeres casi siempre han decidido mejorar sus conocimientos y comprensión de la salud reproductiva. Como resultado, ReproSalud ha utilizado la información obtenida a través de los autodiagnósticos para desarrollar intervenciones educativas dirigidas hacia el aumento de la comprensión y conocimiento de las mujeres sobre sus derechos y sus cuerpos, incluyendo información correcta sobre procesos reproductivos, anticoncepción, infecciones y embarazo. La capacitación utiliza la lógica de las propias mujeres sobre sus sistemas de salud reproductiva con el objetivo de ayudarlas a comprender los temas en sus propias palabras, y al mismo tiempo les ofrece explicaciones completas sobre los temas a tratar. Por ejemplo, para tratar el embarazo no deseado, los educadores proporcionan información sobre una amplia gama de métodos anticonceptivos, incluyendo el uso correcto y los potenciales efectos colaterales y riesgos.

Sin embargo, a diferencia de muchos programas convencionales, ReproSalud va más allá de aumentar los conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos y planificación familiar. Se presta la misma atención a otros temas prioritarios mencionados por las mujeres, como las infecciones al tracto reproductivo y a la violencia contra la mujer. El documento original del proyecto de USAID para ReproSalud establecía tres inquietudes primordiales sobre la salud reproductiva de las mujeres en el Perú: necesidad insatisfecha de planificación familiar, complicaciones durante el embarazo y parto, e infecciones del tracto reproductivo (USAID/Perú, 1995). Sin embargo, en la práctica, los temas prioritarios a ser tratados en cualquiera de las áreas del proyecto son determinados por las OCBs de mujeres.

Tabla 3: Problemas Prioritarios en Salud Reproductiva Identificados por las OCBs en ReproSalud, 1996–99

Problemas Elegidos como de Mayor Importancia *	Número de OCBs	
Infecciones del Tracto Reproductivo	<i>Regla blanca, descensos</i> (Infecciones vaginales)	97
	<i>Inflamación del ovario</i> (Inflamación uterina o del ovario)	10
	<i>Inflamación vaginal</i>	3
	<i>Cáncer al útero</i> (Cáncer uterino)	5
Problemas Relacionados a la Regulación de la Fecundidad	<i>Muchos hijos</i> (Embarazos no deseados)	79
	<i>Embarazo en adolescentes</i>	3
	<i>Aborto</i> (Espontáneo e inducido)	2
Problemas Relacionados con el Embarazo, Parto y Postparto	<i>Sufrimiento durante el parto</i> (Complicaciones del parto)	33
	<i>Placenta retenida</i>	3
	<i>Complicaciones durante el período postparto</i>	2
	<i>Muerte de la madre</i>	1
	<i>Sufrimiento durante el embarazo</i> (Complicaciones del embarazo)	1
Otros Problemas	<i>Caída del útero</i> (Prolapso uterino)	4
	<i>Edad crítica</i> (Menopausia)	5
	<i>Abandono</i> (de la pareja)	1
	<i>Violencia doméstica</i>	4

Fuente: Proyecto ReproSalud, Movimiento Manuela Ramos, Enero 2000

* *Las palabras utilizadas por las participantes están en itálica.*

Mientras que algunas OCBs han seleccionado las mismas prioridades que aquellas identificadas por USAID, otras determinaron un diferente orden de prioridades. (Ver Tabla 3). Por ejemplo, las infecciones del tracto reproductivo son citadas con mayor frecuencia que cualquier otro problema. Casi todas las comunidades han identificado la violencia doméstica como un problema familiar muy serio. Cuatro OCBs de mujeres decidieron enfocar sobre este problema exclusivamente. Otras OCBs lo tratan junto con otros temas de salud reproductiva.⁵

Al mismo tiempo, la currícula de capacitación de ReproSalud en todas las áreas del proyecto da énfasis a la educación y discusión de roles y equidad de género, derechos sexuales y

reproductivos, y violencia contra la mujer (MMR, 1997b y 1997c). Durante la capacitación, ReproSalud utiliza técnicas participativas y de educación popular para enfatizar tanto el proceso como el contenido. Estas técnicas tienen el propósito de involucrar a las participantes en la concientización como parte del proceso de aprendizaje, y alentar a las mujeres a valorar su propia salud para que así tengan mayores probabilidades de utilizar los servicios disponibles. La capacitación se imparte en las lenguas autóctonas para que la información sea más accesible.

Las intervenciones educativas de ReproSalud son significativas dentro del contexto peruano, donde las mayoría de las mujeres demuestran niveles muy

⁵ Ver, por ejemplo, Carrasco 1997.

Caja 6. Modificando el Comportamiento de los Hombres

Las entrevistas realizadas con algunos hombres que participaron de la capacitación ofrecida por ReproSalud indican que se están dando cambios en las actitudes y conductas.

Antes, yo tomaba bastante y golpeaba a mi esposa. Luego, me sentía mal y me preguntaba por qué lo hice. Ahora tomo menos y no le pego. Y converso con mi hija mayor, que tiene 9 años, y la animo a que estudie.

—Promotor, 30 años
Canchabamba

Muchos hombres aun dicen que las mujeres son para pegarles. Pero son cada vez menos debido a las charlas de ReproSalud.

—Promotor, 28 años
Canchabamba

Fui a la capacitación para aprender. Aprendí que los hombres no deben pegar a las mujeres, y no tomar ni herirlas. Antes, yo tomaba y golpeaba a mi esposa. Cuando le pegaba, luego me sentía mal. Por supuesto, a ella no le gustaba y me pedía que no lo haga. Hemos estado juntos 28 años, tenemos 11 hijos. Ahora no tomo y no le pego. Hemos cambiado completamente. Al comienzo, tuve que pensarlo. Tuve que conversar con los otros hombres de la capacitación.

—Agente Municipal, 55 años
Huaripampa

Al comienzo, las clases eran extrañas, no tenían sentido. Cuando entendí que tener muchos hijos significaba que no tendríamos dinero suficiente para ellos, empecé a entender. Aprendí sobre cómo tener pocos hijos. Mi esposa y yo hemos conversado sobre esto, nuestro bebe tiene cinco meses. No sabemos todavía cual de los métodos, vamos a ver que dice el doctor luego de la visita. Tenemos seis hijos y no queremos más. Ahora también vivimos mejor.

—Promotor, 44 años
Canchabamba

Converso más que antes con mi esposa, en mejores condiciones, para no maltratarnos en salud, haciendo familiares y como se puede cuidar. Si ella no quiere, no le puedo exigir, hay veces las mujeres también no quieren. Antes era diferente.

—Teniente Gobernador y participante en la capacitación.
52 años, Chuyo

Fuente: Rogow y Diez, 1999.

bajos de conciencia y conocimiento sobre temas de salud y derechos reproductivos.⁶ Es más, debido a que las mujeres peruanas más pobres y marginadas tienen acceso limitado a información de buena calidad, ellas dependen de medios autóctonos y tradicionales para resolver sus problemas de salud. Por lo tanto, necesitan urgentemente información de salud reproductiva que sea correcta, completa y comprensible. ReproSalud es el único programa a larga escala que responde a las necesidades de las mujeres de recibir información sobre salud reproductiva a

través de intervenciones a base de la comunidad con perspectiva de género.

En la mayoría de las zonas del proyecto, ReproSalud ha ofrecido también capacitación en salud reproductiva para hombres y adolescentes de ambos sexos. Al igual que en su trabajo con mujeres, ReproSalud capacita a promotores comunitarios varones y adolescentes, quienes a su vez replican la capacitación con otros pobladores de la comunidad. Inicialmente, la suposición fue que los hombres se beneficiarían indirectamente

⁶ Por ejemplo, la Encuesta Demográfica y de Salud de 1996 (ENDES 96) muestra que mientras la mayoría de las mujeres encuestadas conocían por lo menos un método anticonceptivo, 45 por ciento de las usuarias de un método anticonceptivo discontinuó su uso dentro de los primeros 12 meses de uso—22 por ciento debido a falla del método o efectos colaterales, y 20 por ciento por otros motivos. Solo un 4.5 por ciento discontinuó el uso debido a que deseaban salir embarazadas. Sólo 56 por ciento de las mujeres que utilizan el método del ritmo y de abstinencia periódica pudo identificar correctamente cuál es el punto más fecundo durante el ciclo menstrual. Sólo 25 por ciento de las mujeres unidas con por lo menos un hijo piensa que la lactancia reduce el riesgo de salir embarazada (INEI, 1997).

de las intervenciones dirigidas a las mujeres; por ello, no fueron explícitamente incluidos en los programas. Sin embargo, cada vez con mayor frecuencia, las OCBs de mujeres solicitaron que los hombres y los adolescentes varones fueran incluidos en los programas educativos. Estos programas están dirigidos a aumentar el conocimiento y conciencia sobre los temas prioritarios y motivarlos a cambiar sus conductas, especialmente en dichos temas -como la violencia contra la mujer y embarazo adolescente- donde juegan un rol directo (Feringa, inédito). (Ver Caja 6). En muchas de las zonas, se incluyeron a los hombres en las actividades del proyecto para evitar que se opongan a la participación de sus esposas.

Trabajo con Organizaciones Comunitarias de Mujeres

El trabajo de ReproSalud con OCBs evoluciona a través de varias etapas. En primer lugar, se identifica a las OCBs contrapartes a través de un proceso de selección de cinco pasos que pretende asegurar que las organizaciones tengan legitimidad en sus comunidades, que demuestren un alto nivel de compromiso hacia los temas de género y salud reproductiva, y que tengan suficiente potencial de liderazgo desde el inicio para asumir un rol extenso dentro de sus comunidades. Luego, mujeres de las OCBs son capacitadas por ReproSalud para asumir los cargos de liderazgo requeridos como por ejemplo, las coordinadoras del subproyecto y las promotoras de salud reproductiva.

Las intervenciones educativas y de movilización de ReproSalud establecen los cimientos para el trabajo de promoción y defensoría en las comunidades que participan en el proyecto. Por ejemplo, las líderes de las OCBs se reúnen con los proveedores de los servicios locales de salud para informarles sobre el subproyecto y les explican sus inquietudes en salud reproductiva. A partir del año 2001, ReproSalud ha comenzado a dar énfasis exclusivamente a los esfuerzos de promoción y

defensoría a nivel comunitario. Como parte de ello, el proyecto pretende organizar a sus promotoras(es) de salud reproductiva en redes a nivel distrital. A través de estas redes, las(os) promotoras(es) podrán obtener información actualizada sobre las inquietudes en salud reproductiva de las mujeres, y a su vez éstas podrán utilizar información así como la fuerza de la red, para negociar cambios en los servicios locales de salud. La intención es que las(os) promotoras(es) capacitadas por ReproSalud sean oficialmente reconocidas por los establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA) en cada distrito.

En Tarapoto (San Martín), las promotoras comunitarias de seis subproyectos de ReproSalud en cinco distritos fueron capacitadas por el Ministerio de Salud para proporcionar orientación en planificación familiar a mujeres de sus comunidades. Las promotoras trabajan con mujeres que desean evitar embarazos pero que viven a distancias muy alejadas de los servicios de salud. Ellas proporcionan orientación individual sobre métodos disponibles y refieren a las mujeres a los servicios de salud más cercanos para obtener el método. En algunos casos, las promotoras acompañan a las mujeres a los centros de salud. Hacia inicios del año 2000, las promotoras de esta comunidad habían proporcionado orientación y referido a 107 mujeres a los servicios de planificación familiar (MMR 2000e).

ReproSalud también planea formar comités de defensoría de los derechos reproductivos a nivel distrital con las mujeres líderes de las OCBs, y trabajar para reforzar las habilidades organizativas, de liderazgo y de defensoría de los miembros de los comités. De allí, cada comité desarrollará su propia agenda para mejorar la calidad de los servicios locales de salud reproductiva, negociará esta agenda con el personal de salud, obteniendo así su compromiso, y monitorearán los avances para lograr obtener dichas metas.

Incremento de la Actividad Económica de las Mujeres

El componente de generación de ingresos del proyecto, busca fortalecer la capacidad de las mujeres para superar las barreras económicas, para mejorar su salud y ganar acceso a los servicios (MMR, 2000d). Se asume que las mujeres tenderán a utilizar los servicios de salud si tienen el acceso, así como el control del dinero necesario para pagar por el transporte y el servicio recibido. Además, las actividades de generación de ingresos pretenden empoderar a las mujeres, promover la sostenibilidad de los resultados del proyecto, y aumentar la autoestima y la capacidad de toma de decisiones entre las participantes. ReproSalud ha iniciado dos modelos de generación de ingresos—los bancos comunales y los servicios de desarrollo empresarial—dependiendo de las características particulares de cada comunidad.

Los bancos comunales—piloteados por primera vez por ReproSalud en octubre de 1997—funcionan como instituciones de crédito dirigidas por las mismas mujeres. En el modelo de ReproSalud, cada banco incluye aproximadamente 20 mujeres, incluyendo a miembros de las OCBs asociadas así como a las no asociadas.⁷ Para mediados del año 2000, se habían establecido bancos en 270 comunidades a lo largo de cuatro departamentos. Estos bancos proporcionan a las mujeres créditos con capital de ReproSalud. (Ver Tabla 4). Los préstamos varían entre US\$ 70 y US\$ 110 en moneda local, y se aprueban con un ciclo de pago de cuatro meses. Las mujeres deben pagar un interés de 4% mensual y los pagos vencen mensual o bimensualmente.⁸ Además de proporcionar préstamos, los bancos comunales tienen como objetivo incrementar el acceso de las mujeres a su propia reserva de capital, y crear mayor autonomía en la toma de decisiones. Esta iniciativa fue planeada para ser operativamente sostenible—lo

cual significa que las mujeres tendrán las habilidades para continuar la administración de sus bancos sin el apoyo de ReproSalud—a fines del año 2000 y serán financieramente sostenibles para mediados del año 2001.

Los servicios de desarrollo empresarial, componente que también fuera introducido en octubre de 1997, comprenden esfuerzos para fortalecer la producción de bienes para mercados definidos. Este enfoque reconoce que aunque un gran número de mujeres de bajos recursos ya se encuentra involucrado en actividades productivas, generalmente no tienen un mercado importante para sus productos ni tienen metas definidas para desarrollar sus esfuerzos empresariales. Por ello, ReproSalud unió la capacidad productiva de las mujeres en selectas comunidades de la Sierra Andina y la Cuenca Amazónica con la demanda de estos productos en el mercado norteamericano.

A continuación, el proyecto formó “grupos de producción”, algunos de los cuales confeccionan productos tejidos mientras que otros fabrican productos papeleros hechos a mano. A partir del año 2000, por los menos 31 grupos con un total de 500 participantes habían sido formados. Cada grupo recibió capacitación (y en algunos casos materia prima) para producir bienes comerciales. ReproSalud paga individualmente a cada mujer por cada producto. A la fecha, ReproSalud tiene

Tabla 4: Logros del Programa Bancos Comunales de ReproSalud, 1997- Julio 2000

- Establecimiento de 270 bancos comunales
- 5,500 prestamistas activas
- 8,000 mujeres atendidas
- Créditos por un total de US\$ 1.74 millones
- Ahorros por un total de US\$ 245,000
- Una tasa de recuperación de 94.9 por ciento

Fuente: Proyecto ReproSalud, Movimiento Manuela Ramos, Julio 2000

⁷ Algunos bancos comunales han sido establecidos en comunidades donde el componente educativo de ReproSalud no se está llevando a cabo.

⁸ Esta es una tasa de interés típica para un banco comunal, especialmente debido al estrato de las mujeres que participan en ReproSalud, a la ausencia de otras instituciones financieras en su comunidad, y al alto costo de llegar a dichas comunidades.

120 productos en el mercado, muchos de los cuales han sido producidos para cubrir órdenes de compra de compañías norteamericanas de juguetes y regalos socialmente concientes. Durante el año 2000, MMR ganó una subvención de la Oficina de Crecimiento Económico de USAID/Washington, que permitirá que el componente de servicios de desarrollo empresarial se independice del Proyecto ReproSalud y extienda sus actividades.

Reconcentración en la Zona Andina

A mediados del año 2000, MMR y USAID decidieron retirarse de la Cuenca Amazónica y concentrar los esfuerzos de ReproSalud en la zona Andina. El proyecto se retiró de San Martín y Ucayali luego de obtener el compromiso del Ministerio de Salud en ambos departamentos de contratar a los promotores comunitarios de ReproSalud como promotores comunitarios voluntarios de sus programas. Al cabo de cinco años, aproximadamente 5,000 mujeres en edad reproductiva del departamento de San Martín

habían participado en las actividades educativas y de capacitación de ReproSalud, y tanto USAID como el MMR concluyeron que los objetivos originalmente trazados habían sido cumplidos. Mas aún, el departamento de San Martín tiene mejores indicadores sociodemográficos y de salud que los departamentos ubicados en la zona Andina, donde ReproSalud también estaba trabajando, por lo que se decidió que dicho departamento ya no tenía la misma prioridad. Por el contrario, en el departamento de Ucayali, los retos geográficos convertían el trabajo de ReproSalud con comunidades rurales en actividades muy costosas que demandaban mucha inversión de tiempo. Debido a que estas comunidades fueron muy dispersas y nómades, el proyecto no logró alcanzar a muchas mujeres -sólo a un tercio del número programado- a pesar de la fuerte inversión de recursos. En resumen, USAID y el MMR concluyeron que era más sensato canalizar el resto de los recursos del proyecto en zonas ubicadas en los Andes peruanos.

Medición de los Resultados

ReproSalud se ha desarrollado con el objetivo de encontrar nuevos caminos para mejorar la salud reproductiva de las mujeres y al mismo tiempo responder a los temas centrales de género y derechos que limitan la autonomía de la mujer. Cinco años después de iniciado el proyecto, ya es posible evaluar que tan bien están funcionando estos enfoques (ver Tabla 5) y qué se necesita hacer para fortalecer los esfuerzos integrados para promover los derechos, la salud y la equidad, y así lograr que el trabajo sea aún más efectivo.

Los esfuerzos por evaluar los resultados del proyecto ReproSalud revelan algunas debilidades inherentes al proceso inicial de planificación del proyecto. Desgraciadamente, el primer diseño del proyecto elaborado por USAID no tomó en cuenta la necesidad de realizar una encuesta de línea de base, y por ello no se recolectó información de manera sistemática en las primeras comunidades antes de iniciar las intervenciones. Por ello, no existe forma alguna de asegurar una medición confiable dentro y entre las comunidades para conocer hasta qué punto las intervenciones del proyecto fueron efectivas en responder a los temas centrales.

Desde 1997, se han realizado varios intentos para asegurar una evaluación más sistemática del progreso e impacto de ReproSalud. Entre 1997 y 1998 -dos años después de iniciado el proyecto- se realizó una encuesta de línea de base sobre las intervenciones realizadas en 75 comunidades del proyecto. Treinta de esas 75 comunidades fueron comparadas con 30 comunidades no involucradas en el proyecto y que presentaban características similares para formar grupos experimentales y de control, respectivamente. Actualmente se está realizando la encuesta nuevamente con las mismas comunidades, y los datos serán comparados con la línea de base para ofrecer resultados a medio término sobre el impacto del proyecto. A fines del año 2000, y con el propósito de realizar una evaluación, se llevó a cabo una extensa investigación cualitativa en tres comunidades.⁹ Los trabajadores de campo vivieron en cada comunidad durante dos meses para obtener información detallada sobre los cambios de comportamiento (MMR, 2000c). Aún se están procesando los datos de esta investigación.

Por ello, los indicadores tempranos de los resultados del proyecto citados en este documento se han obtenido de estudios de casos conducidos por ReproSalud a inicios de 1999 en los departamentos de Huancavelica, Puno y Ancash, y de una investigación de campo realizada por la autora durante 1997 en los departamentos de Ucayali y La Libertad. Los resultados se basan en pequeñas muestras de comunidades y de participantes, y no pueden ser considerados como una muestra representativa de los participantes de ReproSalud.¹⁰ No obstante, sí proporcionan cierta información sobre cambios preliminares en conductas individuales y normas comunitarias. Igualmente, las evaluaciones de los subproyectos demuestran resultados sobre el proceso, así como las pruebas previas y posteriores que se

⁹ El estudio se realizó en los departamentos de Huancavelica, Puno y La Libertad. Estas incluyeron tanto entrevistas cualitativas detalladas con participantes e informantes claves como observación de campo de la comunidad, las OCBs y las interacciones entre hombres y mujeres así como adultos y niños.

¹⁰ Por ejemplo, Rogow y Díez condujeron aproximadamente 100 entrevistas en cinco comunidades en Ancash y la autora condujo 14 entrevistas en dos comunidades, una en La Libertad y una en Ucayali.

Tabla 5: Marco Estratégico del Proyecto ReproSalud

		Meta	Ejemplo de Indicador
Objetivo Estratégico	Aumentar el uso de intervenciones en salud reproductiva por parte de las mujeres		<ul style="list-style-type: none"> Las mujeres recibieron atención prenatal de un trabajador de la salud durante su último embarazo
Resultado Intermedio 1	Relaciones de género más equitativas entre las mujeres y sus parejas y familias	<ul style="list-style-type: none"> Las mujeres fortalecen sus habilidades para lograr cambios en sus relaciones de género Incremento de actitudes positivas entre los hombres y sus relaciones con las mujeres y su familia Las mujeres y los hombres incrementan su conocimiento sobre temas de género 	<ul style="list-style-type: none"> Las mujeres deciden cómo gastar el dinero que ganan Las mujeres deciden con sus parejas cuándo mantener relaciones sexuales Las mujeres hablan con sus parejas regularmente sobre ETS/planificación familiar Los hombres están convencidos que no se le debe pegar a las mujeres bajo ninguna circunstancia
Resultado Intermedio 2	Mayor capacidad y motivación entre mujeres rurales y urbano-marginales de buscar atención en salud reproductiva del sector formal	<ul style="list-style-type: none"> Las mujeres mejoran su capacidad como usuarias finales de servicios formales de salud Las mujeres tienen un mayor valor positivo dentro de sus hogares y comunidad Las mujeres tienen mayor acceso a fuentes de generación de ingresos, préstamos, y mercados. Las OCBs de mujeres elevan su capacidad para organizar servicios comunitarios de salud reproductiva Las mujeres tienen una mayor participación en la identificación de actividades de acuerdo a sus prioridades Las mujeres incrementan sus conocimientos sobre sus necesidades de salud reproductiva 	<ul style="list-style-type: none"> Las mujeres consideran que los servicios provistos en los establecimientos locales son buenos o muy buenos Las mujeres buscan atención para síntomas de infección vaginal Las mujeres que utilizan el método del ritmo conocen cuáles y cuándo son los días fértiles de su ciclo menstrual Las mujeres saben que el uso del condón previene VIH y ETS
Resultado Intermedio 3	Participación efectiva de los miembros de la OCB de mujeres en el diseño de políticas y reforma de los programas de salud reproductiva, incluyendo responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> Los miembros de las OCBs de mujeres participan de manera efectiva en el proceso de formulación de propuestas y cambios, y en el monitoreo de los programas de salud reproductiva Las autoridades son sensibilizadas y están dispuestas a realizar cambios que incorporen los derechos sexuales y reproductivos de acuerdo a la perspectiva femenina Las mujeres de las OCBs elevan su capacidad de representar, defender y negociar los intereses y derechos sexuales y de salud reproductiva de la mujer 	<ul style="list-style-type: none"> Los miembros de las OCBs de mujeres aumentan su capacidad para representar, defender y negociar los intereses y derechos sexuales y de salud reproductiva de la mujer

Fuente: Movimiento Manuela Ramos, 2000b.

Los estudios indicaron que las participantes habían adoptado actitudes más positivas hacia su salud reproductiva y hacia intervenciones, como por ejemplo, en planificación familiar, y estaban mejor preparadas para reconocer ciertas conductas como beneficiosas o dañinas.

aplicaron al inicio y al final de la capacitación en salud reproductiva miden los cambios a nivel de conocimiento de los participantes.

El éxito eventual de ReproSalud se basa, en parte, en la consigna de si las intervenciones del proyecto llevan a aumentar el uso de los servicios de salud reproductiva por parte de la mujeres. La información de los estudios de casos en Ancash y Puno indican dicho incremento. Los resultados también indican que existen cambios en las normas comunitarias hacia conductas más positivas en la búsqueda de servicios de salud. Los resultados implican que se están presentando cambios en los puntos de vista sobre salud entre las propias mujeres, su conocimiento sobre sus derechos y probablemente también sobre algunas de sus conductas. Otro estudio realizado por ReproSalud a inicios del año 2000 comparó el volumen de clientes en los establecimientos de salud, antes y después de la implementación de los subproyectos de las OCBs en 30 comunidades ubicadas en ocho regiones (MMR 2000f). Los resultados de este estudio mostraron que los establecimientos de salud estaban recibiendo más clientes en los servicios de salud reproductiva que antes de iniciar ReproSalud.

Sin embargo, es difícil calcular otros indicadores de éxito, por lo menos en este punto del proyecto. Por ejemplo, es difícil dilucidar de la información previamente obtenida si los establecimientos locales de salud han respondido a las iniciativas de promoción y defensoría dirigidas a mejorar el rango de servicios que ofrecen, o a la calidad de atención de estos servicios. Debido a que ReproSalud no entrega servicios y no tiene control directo sobre los mismos, no es fácil juzgar los efectos del proyecto sobre las medidas cuantitativas requeridas por USAID, incluyendo por ejemplo, si existe un aumento directo sobre la protección años/pareja o sobre las tasas de prevalencia anticonceptiva en alguna comunidad en particular.

Empoderamiento Individual

Los hallazgos más importantes de las capacitaciones además de los estudios y evaluaciones cualitativas iniciales han demostrado que ReproSalud ha tenido un impacto positivo sobre los conocimientos y las conductas relacionadas con la salud reproductiva. Por ejemplo, las pruebas previas y posteriores que se aplicaron al inicio y al final de la capacitación en salud reproductiva a cada participante del proyecto entre 1996 y junio de 2000, muestran que los conocimientos sobre temas claves de salud reproductiva aumentaron tanto entre las mujeres como entre los hombres (Chávez, 2000; MMR, 2000a).

En los estudios cualitativos, los participantes así como los informantes claves de la comunidad reportaron que los hombres y las mujeres habían adquirido nuevos conocimientos sobre sus sistemas de salud reproductiva así como de su funcionamiento, sobre problemas prevalentes de salud reproductiva y sobre métodos anticonceptivos y su uso (Coe, 1999; Rogow y Diez, 1999; Salazar, 1999). Todas las citas son de Coe, 1999.

Ahoramecuidomejor,sémás.Noconocíamos nuestroscuerpos,quesonasí-externamentee internamente-nosabiamoscómo cuidarlos.Todoesto ymucho más,ahorasécómo es el cuerpo.

Los estudios también indicaron que las participantes habían adoptado actitudes más positivas hacia su salud reproductiva y hacia intervenciones, como por ejemplo, en planificación familiar, y estaban mejor preparadas para reconocer ciertas conductas como beneficiosas o dañinas (Coe, 1999; Rogow y Diez, 1999; Salazar, 1999).

Hecambiado por dentro, porejemplo, misalud, sime enfermo, ya no usaré hierbas. Claro que las voy a tomar algunas veces para eliminar el problema, pero

no como antes cuando lavaba mi vagina con duchas herbales o me introducía píldoras, esas cosas ya no las volveré a hacer. Es mejor ir al Centro de Salud, para que me hagan pruebas y un Papanicolaou.

Pero hemos aprendido que si alguna mujer se hace un aborto, no debemos juzgarla. Es importante aconsejarla, enseñarle, para que abra sus ojos.

Debemos darle un buen trato, compartir con ella, para que ella confíe en nosotros, y así podamos ayudarla, llegar a ella.

Las participantes reportaron haber superado sus sentimientos de temor y vergüenza sobre temas de salud sexual y reproductiva, en parte debido a que lo conversaron con otras personas, en muchos de los casos, por primera vez (Coe, 1999).

Hemos aprendido del proyecto que ya no debemos tener miedo, ya no somos cobardes.

Ya no sentimos vergüenza, ninguna de nosotras, no sólo yo.

Finalmente, las participantes sugirieron que estaban cambiando su forma de hablar con otras personas sobre temas de salud reproductiva, citando conversaciones con otras mujeres así como con sus parejas y otros miembros de la familia (Coe, 1999; Rogow y Diez, 1999; Salazar, 1999).

No sólo en la familia, pero también en la comunidad, con mujeres de otras OCBs, con todo el mundo. Ahora interactuamos bien, hablamos entre nosotras, sobre cualquier cosa. Algunas veces, cuando tenemos dudas, hablamos entre nosotras y llegamos a conclusiones sobre la realidad, y eso me gusta, estoy contenta.

Pero ahora tenemos una mejor capacidad para conversar con nuestros esposos, hijas, sobre cómo se infecta uno.

Yo, con mis hijos, mi hijo, yo le digo todo lo que aprendo, que los hombres son idénticos a las mujeres,

que sólo los diferencia el sexo... El sabe por qué los hombres no pueden tener hijos, pero que si pueden hacerlos, y él desea protegerse contra el embarazo, existen algunos métodos que él puede usar.

Los estudios cualitativos y los informes de actividades del proyecto indican que podrían haber otros cambios. Las participantes de las sesiones de capacitación dijeron que habían adoptado por lo menos algunas nuevas prácticas preventivas, como dar mayor atención a su higiene personal o incrementar el uso de condones para prevenir una infección. En la comunidad de Huito (La Mar, Ayacucho), los hombres que participaron en la capacitación se comprometieron a proteger a sus parejas contra las enfermedades de transmisión sexual utilizando condones (MMR 2000e). Otros cambios mencionados fueron el aumento en el uso de la anticoncepción y el desarrollo de actitudes más positivas hacia el uso de servicios de salud formales (Rogow y Diez, 1999; Salazar, 1999).

Hasta que un día (el personal regional) nos dijo que las mujeres tienen el derecho a decidir y nos enseñaron varios métodos anticonceptivos que las mujeres pueden escoger. Así que escogí uno, y lo estoy usando y mi esposo no sabe, es mi decisión. El no sabe, pero con el tiempo, ya se dará cuenta.

Las participantes con mayores conocimientos y una mejor conciencia sobre su salud tenían más posibilidades de usar los servicios (Rogow y Diez, 1999). En una comunidad de Huancavelica—el departamento del país con la mayor tasa de mortalidad materna—se lograron evitar cuatro potenciales muertes maternas cuando cuatro mujeres presentando emergencias obstétricas fueron referidas al Centro de Salud de la zona por promotoras comunitarias de ReproSalud (MMR, 2000e). Las cuatro mujeres fueron trasladadas al hospital departamental en camillas que la OCB obtuvo a través de ReproSalud.

En otro caso que se presentó en Conduriri (Puno), las promotoras comunitarias de un subproyecto que viene implementando el Club de Madres

Durante las actividades del proyecto, las mujeres hacen reflexiones y comparten sus experiencias además de expresarse delante de las demás, en la mayoría de los casos por primera vez en sus vidas.

Eulogia Musaja trajeron a 14 mujeres embarazadas para recibir atención prenatal. Seis de estas mujeres jamás habían visitado una posta médica. Eventualmente, dos de las mujeres dieron a luz en la posta médica en lugar de hacerlo en sus hogares. Adicionalmente, dos promotoras de salud de ReproSalud lograron convencer a otra mujer que presentaba complicaciones con alto riesgo obstétrico a visitar el hospital para dar a luz, a pesar de la desaprobación de la familia. La mujer, cuyo bebe estaba atravesado, finalmente dio a luz por cesárea. El personal del hospital informó que era muy probable que la mujer hubiese muerto de no haber sido convencida de dar a luz en el hospital (MMR 2000e).

Durante las actividades del proyecto, las mujeres hacen reflexiones y comparten sus experiencias además de expresarse delante de las demás, en la mayoría de los casos por primera vez en sus vidas. Los estudios cualitativos indican que las mujeres han desarrollado una mayor auto-estima y un mayor sentido de identidad personal, se sienten más seguras de sí mismas, y han comenzado a tomar iniciativas y a verse a sí mismas como personas con derechos (Coe, 1999; Rogow y Díez, 1999).

Me siento más segura de mi misma, ya no me siento tan insegura... He cambiado porque ahora tengo más confianza en mi misma, más auto-estima para valorarme a mi misma. Me siento feliz, así es como me siento. He cambiado porque ahora me conozco mejor y me valoro más.

Siento que ya no estoy intimidada. Antes, estaba preocupada en mi hogar porque hacía lo que mi esposo me decía.

Las mujeres también reportaron que habían adquirido mayor conocimiento y conciencia sobre sus derechos en general y en términos de acceso a la educación, participación comunitaria y política, así como en la toma de decisiones, incluyendo aspectos sobre su salud reproductiva (Coe, 1999; Salazar, 1999).

Claro que hemos cambiado... hemos decidido que las mujeres también tienen derechos con los que nos podemos defender, hemos aprendido esto... porque ahora hemos aprendido que tenemos el derecho a hacer reclamos.

Pero ahora con las capacitaciones que estamos recibiendo, también conocemos nuestros derechos como mujeres. Las mujeres se están protegiendo contra el embarazo... aún cuando no le dicen a sus esposos que están usando la anticoncepción

Ahora conocemos nuestros derechos, los derechos de las mujeres, a no ser abusadas por nuestros maridos.

Y las mujeres también están aprendiendo que, por ejemplo, cuando los hombres desean tener sexo, las mujeres siempre han estado disponibles para sus esposos. Pero ahora, con los cursos de capacitación que estamos recibiendo, nos hemos dado cuenta (que no tenemos que estar disponibles).

El enfoque participativo del proyecto busca lograr que las mujeres adquieran nuevas habilidades, asuman nuevos roles, y fortalezcan sus potenciales de liderazgo. La investigación cualitativa ha demostrado que las participantes han desarrollado la capacidad para identificar y establecer prioridades entre sus problemas, y para diseñar soluciones que traten dichos problemas, así como habilidades para manejar e implementar los subproyectos de salud reproductiva. Específicamente, las promotoras comunitarias desarrollaron técnicas de educación para adultos y especialización en temas de salud reproductiva y equidad de género.

Ya no estás más en la casa. En su lugar te sientes como una maestra, que revisa sus libros, sus apuntes, su agenda, identificas qué es lo que vas a hacer el día de hoy, qué vas a hacer mañana, qué temas vas a tratar hoy. Es como si fueras una persona muy importante para la educación.

Los miembros del núcleo responsable del subproyecto han aprendido a preparar

presupuestos, a administrar los recursos financieros y materiales, a coordinar actividades del proyecto, a escribir informes financieros y de avance, a trabajar con autoridades locales, y a viajar a la capital regional (Coe, 1999; Rogow y Diez, 1999).

Anoche visité al personal regional para solicitarles su ayuda en la elaboración de informes. La verdad es que nunca había preparado un informe porque no sabía cómo hacerlo.

Mujer: Pero estoy aprendiendo a hacerlo, como dicen, a manejar el dinero, a asegurarme que haya un refrigerio listo durante las sesiones de capacitación, a pagarle a las promotoras.

Entrevistadora: ¿Y habías hecho esto antes?

Mujer: No, no, no sabía hacerlo, como podría decirle, no sabía manejar dinero.

Entrevistadora: ¿Y cómo se siente haciéndolo ahora?

Mujer: Me siento bien porque estoy aprendiendo cosas que no sabía.

Estas habilidades y actividades son muy importantes para las participantes de ReproSalud porque para la mayoría de estas mujeres es algo totalmente nuevo.

La investigación cualitativa también indicó que las mujeres habían aumentado la frecuencia y la profundidad de sus participación comunitaria a través de ReproSalud. Las mujeres indicaron haber experimentado una mayor movilidad e interacción con otras mujeres de su comunidad (Coe, 1999; Rogow y Diez, 1999; Salazar, 1999).

Sí, he cambiado en el sentido que ya no me quedo en la casa todo el tiempo.

He cambiado mucho, antes no tenía amigas porque nunca salía de la casa.

He cambiado porque participo, y aliento a otras miembros a participar.

El proyecto también brindó, por primera vez a muchas mujeres, la oportunidad de interactuar directamente con instituciones y sectores formales, como los bancos. La mayoría de las comunidades pobres y marginadas del Perú no cuentan con instituciones formales cercanas—aparte de algunos servicios públicos básicos como una comisaría, una escuela y un centro de salud. Donde sí existen dichas instituciones formales, la conexión entre las mujeres y dichas instituciones generalmente son a través de sus esposos. Los miembros del núcleo responsable y las promotoras comunitarias, quienes reciben un salario de ReproSalud, informaron que habían incrementado el acceso y el control sobre los recursos financieros (Rogow y Diez, 1999).

Aunque no se ha realizado estudio alguno sobre los esfuerzos de ReproSalud en la generación de ingresos, los informes de los proyectos indican que se han presentado varios cambios entre las participantes. Las mujeres involucradas en los bancos comunales han desarrollado habilidades para manejar préstamos, tales como hacer pagos puntuales y el cumplimiento de compromisos, mientras que las mujeres involucradas en los grupos productivos están aprendiendo la importancia de trabajar sobre una base consistente para poder cumplir las órdenes de compra. Además, estas intervenciones han proporcionado a las mujeres un espacio continuo donde pueden compartir entre ellas y les permite desarrollar un sentido de solidaridad y apoyo. Finalmente, algunas mujeres han ganado el respeto de sus parejas porque ahora producen su propio ingreso familiar.

Estas habilidades y experiencias, tan esenciales, pretenden promocionar el empoderamiento individual y alentar a las mujeres a exigir una mejor atención médica, negociar con los proveedores de servicios y las autoridades públicas, y transformar las relaciones con sus parejas. La evidencia—aunque aún temprana—sugiere que este enfoque ha funcionado por lo

El proyecto también brindó, por primera vez a muchas mujeres, la oportunidad de interactuar directamente con instituciones y sectores formales, como los bancos.

Ha habido un incremento en la capacidad organizativa y la solidaridad interna de las OCBs, y sus miembros conocen ahora cuáles son sus derechos colectivos.

menos hasta cierto punto. Por ejemplo, según las participantes y los proveedores, las participantes de ReproSalud son ahora menos tímidas al solicitar servicios de salud y presentan una mayor tendencia a hacer preguntas y tener una comunicación más fluida con los proveedores de salud (Rogow y Diez, 1999). Es más, las participantes reportaron una mejor comunicación con sus parejas íntimas y con otros miembros de la familia.

En un comienzo, mi esposo no quería que use nada para prevenir el embarazo. Ahora, ya no, es un poco más pasivo, y está contento con lo que estoy aprendiendo. Le explico... que los bebés no deben venir al mundo para sufrir, ya tenemos mucho de eso.

Las mujeres indicaron que su papel en la toma de decisiones ha aumentado dentro de la familia, y sus hogares son menos conflictivos (Coe, 1999; Rogow y Diez, 1999; Salazar, 1999).

Siento que ahora tengo más capacidad para hablar, me siento más mujer que antes. Porque antes... me sentía como la hija de un hombre, no como la mujer, como la hija, porque me daba órdenes, me trataba como una hija, me llamaban madre pero sólo en nombre. Sin embargo ahora, por fin me he dado cuenta... a partir de mi experiencia me siento más mujer, más como una madre, con mayor autoridad en mi hogar.

Antes, le tenía miedo (a él), pero ahora ya no le tengo miedo.

Finalmente, las participantes reportaron que había disminuido el abuso del alcohol, la violencia doméstica, y las relaciones sexuales por exigencia (Coe, 1999; Rogow y Diez, 1999; Salazar, 1999).

Bueno, ha cambiado porque cuando los esposos llegan (a casa) borrachos siempre quieren tener sexo, aún estando borrachos. En cambio ahora, en mi caso, en mi experiencia... he hablado con él, y ya no me fuerza, ya no me fuerza a hacer nada, 'cuando quieras'; eso es lo que me dice.

Empoderamiento Colectivo

Las intervenciones de ReproSalud han sido estructuradas para permitir que los miembros de las OCBs trabajen entre ellas de manera efectiva, distribuyan el poder equitativamente entre todos los miembros, y adopten esfuerzos colectivos para lograr el cambio social. Por ejemplo, debido a que sólo un grupo selecto de miembros de las OCBs participa directamente en las actividades principales de ReproSalud, las OCBs dirigen sus subproyectos de salud reproductiva hacia sus otros miembros, con el objetivo de asegurar que los beneficios alcancen a todos. El resultado ha sido el incremento en la capacidad organizativa y la solidaridad interna de las OCBs, y sus miembros conocen ahora cuáles son sus derechos colectivos (Coe, 1999; Rogow y Diez, 1999). Las actividades del proyecto también tienen por objetivo promover una sana competencia y colaboración entre los diferentes grupos de mujeres. Tal como se ha indicado anteriormente, las OCBs de mujeres en cada zona del proyecto compiten entre ellas para participar en ReproSalud, luego la OCB ganadora extiende las actividades de su subproyecto hacia el resto de las OCBs en beneficio de todas.

Además de fortalecer OCBs pequeñas y generalmente dispersas, ReproSalud ha logrado fortalecer la capacidad del Movimiento Manuela Ramos. Por ejemplo, la organización norteamericana Management Sciences for Health (MSH) ha apoyado al MMR en el desarrollo de una estructura descentralizada y en la simplificación de los procedimientos de ReproSalud. Esto permitió que los equipos regionales de ReproSalud tengan un mayor control sobre la toma de decisiones y al mismo tiempo ayudó al MMR a cumplir con los requisitos de USAID. MSH también colaboró con el personal de MMR para mejorar sus destrezas gerenciales. Y la credibilidad institucional de MMR ha aumentado debido a ReproSalud, mayormente por la gran aceptación del proyecto entre las OCBs y sus comunidades a lo largo y ancho del país. El hecho que ReproSalud sea un proyecto grande, debidamente presupuestado y

financiado por USAID ha ayudado a MMR ganar un espacio político y una legitimidad dentro del gobierno, lo que a su vez avanza los derechos y la salud reproductiva de la mujer.

Han utilizado esta legitimidad para promover y defender una mejora en los programas de salud reproductiva del Estado a nivel regional y nacional. La información recolectada a través de los autodiagnósticos—como la percepción de las mujeres con respecto a la calidad de la atención recibida en centros de salud estatales—ha permitido dar forma a las estrategias de promoción y defensoría de ReproSalud. MMR comparte esta información con profesionales de la salud y con autoridades del sector público, a diferentes niveles, para incrementar su comprensión sobre cómo ven las mujeres rurales e indígenas su propia salud y cómo perciben los servicios que se ofrecen. Adicionalmente, brinda recomendaciones concretas sobre cómo las estrategias de información, educación y comunicación, así como otras intervenciones de salud reproductiva, deben realizarse para responder de manera adecuada a las necesidades de las mujeres (Feringa, inédito; Yon, 2000).

Por ejemplo, los equipos regionales de MMR/ ReproSalud han trabajado para levantar la conciencia y el apoyo hacia las prioridades en salud reproductiva entre las autoridades regionales de salud. Utilizan las propuestas y los problemas identificados por las mujeres miembros de las OCBs e invitan a las líderes comunitarias a reunirse con autoridades a nivel regional para compartir sus puntos de vista. MMR, a través de ReproSalud, ha firmado acuerdos formales con el Ministerio de Salud (MINSA) a nivel regional, bajo los cuales realiza talleres para trabajadores de salud sobre temas de calidad de la atención, equidad de género, y violencia contra la mujer. Recientemente, en las regiones de la Cuenca Amazónica, donde ReproSalud había venido trabajando y zona de la cual se retiró, MMR se reunió con autoridades regionales de salud para compartir con ellos la metodología y los materiales

del proyecto. En Ucayali, a solicitud del Director Regional de Salud, MMR brindó un taller de dos días sobre metodología y materiales para todos los trabajadores de salud que laboran en las comunidades donde estuvo involucrado ReproSalud. A nivel nacional, las actividades de promoción y defensoría de MMR están dirigidas principalmente hacia el gobierno central, en particular a los miembros del congreso y representantes de los ministerios y sus programas.

Las actividades preliminares de promoción y defensoría han tenido efecto sobre la relación de ReproSalud con el Ministerio de Salud, particularmente a nivel comunitario. Las autoridades de salud y su personal tienden a reconocer lo que ReproSalud está haciendo, conocen a las participantes locales y están informadas sobre las inquietudes y metas en salud reproductiva de las mujeres (entrevistas confidenciales conducidas por la autora; informes internos del proyecto; Rogow y Diez, 1999). Cuando los núcleos responsables de los subproyectos se reúnen con las autoridades locales y el personal de salud para conversar sobre el proyecto, discuten sus inquietudes sobre salud reproductiva y hacen recomendaciones para lograr ciertos cambios en los servicios, como la mejora en la calidad y el trato del proveedor de servicios hacia el cliente (entrevistas confidenciales conducidas por la autora).

En los distritos de Collao y Chucuito (Puno), las mujeres líderes de los subproyectos han formado Mesas Redondas de Trabajo con proveedores de servicios de salud y autoridades locales, aumentando su acceso e influencia sobre los representantes del MINSA en sus zonas. Esto ha logrado resultados tangibles como, por ejemplo, en la comunidad de Conduriri, la Posta Médica, en cooperación con el núcleo responsable del subproyecto del Club de Madres Eulogia Musaja, refaccionó y renovó la sala de partos de acuerdo a las preferencias de las mujeres lugareñas. Pasos similares fueron tomados por el hospital de Juli (MMR 2000e).

Los estudios cualitativos sobre ReproSalud llevados a cabo en tres diferentes departamentos del país encontraron que los miembros de las OCBs eran reconocidos como líderes importantes de la comunidad, y en algunos casos habían inclusive pasado a formar parte del gobierno local (Coe, 1999; Rogow y Diez, 1999; Salazar, 1999). Igualmente, dos estudios encontraron que el personal de los servicios públicos de salud

demostraba una disposición y apertura para aprender de las mujeres de las OCBs y negociar con ellas (Rogow y Diez, 1999; Salazar, 1999). Rogow y Diez (1999) encontraron que algunos pobladores de las comunidades donde trabaja ReproSalud percibían mejoras reales en la calidad de atención y trato del proveedor en los establecimientos locales de salud, aunque otros sentían que éstos seguían iguales.

Obstáculos y Retos

A parte de los resultados positivos, ReproSalud también ha tenido que enfrentar ciertos obstáculos y retos durante el proceso de implementación. Uno de los principales problemas ha sido la tensión entre el desarrollo de intensas intervenciones cualitativas que den respuesta a las metas comunitarias, así como la expansión de estos enfoques a gran escala mientras que al mismo tiempo se debería probar su efectividad y mostrar “resultados”. Esta es probablemente una de las diferencias más significativas que existen entre los proyectos integrados y los enfoques convencionales de los últimos 30 años, que han tenido tanto apoyo, primordialmente debido a la facilidad con que se puede medir su “éxito”, sin importar su limitada definición. En el modelo antiguo, la entrega o uso de un método anticonceptivo fue fácil de medir—y por lo tanto podía ser considerado un éxito.

Por el contrario, ReproSalud utiliza una metodología que involucra a las mujeres, busca explorar sus metas y percepciones, y trabaja para movilizarlas con el objetivo de mejorar su salud reproductiva. La interacción comunitaria creada a través de las intervenciones de ReproSalud es central para el impacto del proyecto sobre las beneficiarias y su éxito general. Al estar basado en las percepciones y condiciones sociales de las mujeres, ReproSalud debe llegar a la identificación de una variedad de metas, y en teoría, a una amplia gama de intervenciones que reflejan la diversidad existente entre las diferentes zonas del proyecto. Del mismo modo, los equipos regionales desarrollan una variedad de relaciones de trabajo y enfoques de implementación basados en las circunstancias particulares de su región. Estas y otras metodologías similares, buscan liberar el poder de las personas como individuos y como colectividad para cambiar sus propias circunstancias, y al lograrlo crear una modificación permanente y sostenible tanto en las condiciones que determinan su estado de salud como en los enfoques utilizados para asegurar que los problemas de salud sean tratados.

Esfuerzos como éste, por su naturaleza, requieren de mucho tiempo y recursos humanos; no existe una solución rápida para un cambio social significativo. Igualmente, la evaluación del éxito según los criterios cuantitativos utilizados en programas de planificación familiar no es la más indicada. Para ReproSalud, el enfoque integral y el énfasis en comunidades geográfica y culturalmente diversas, ubicadas en zonas rurales aisladas del Perú, subrayan la complejidad del esfuerzo en sí, y los retos que se presentan para evaluar el éxito utilizando cualquier tipo de medida estándar.

Sin embargo, como se indicó previamente, ReproSalud necesita demostrar un impacto a gran escala de acuerdo a los criterios utilizados por USAID, quien da gran énfasis a programas costo-efectivos que lleguen al mayor número de personas en el menor costo y tiempo posible. Esto presenta un problema para un programa de larga duración, con enfoque participativo en base a la comunidad como ReproSalud. La situación se ve exacerbada por la presión que tiene el proyecto de ser exitoso a pesar de los retos, y tal vez en no admitir que dichos retos existen.

Los administradores e implementadores de ReproSalud operan bajo expectativas creadas por aquellas personas que desean que ReproSalud sea un éxito—y al lograrlo demuestren que los nuevos enfoques sí funcionan—así como por aquellas personas que preferirían que el proyecto fracasara. Aquellas personas

Hay una tensión entre el desarrollo de intensas intervenciones cualitativas que den respuesta a las metas comunitarias mientras que al mismo tiempo se debería probar su efectividad y mostrar “resultados”.

A pesar de que la estandarización definitivamente ha facilitado el proceso de implementación, existe el riesgo que esta interfiera con los procesos participativos que forman la base del enfoque de ReproSalud.

que apoyan a ReproSalud tienen grandes expectativas sobre el proyecto, debido a que se trata de un proyecto de salud reproductiva innovador que representa el enfoque de la CIPD. Al mismo tiempo, algunas personas dentro de USAID todavía se oponen, aunque privadamente, a ReproSalud, en parte porque no se trata realmente de un “proyecto de población” que ofrece métodos anticonceptivos y por lo tanto no puede ser medido de acuerdo a los criterios de evaluación convencionales (Entrevistas confidenciales conducidas por la autora). Algunas personas también se oponen al uso de “fondos para población” para “actividades no relacionadas con población”, tales como generación de ingresos, indicando que los conceptos centrales de lo que constituye “actividades de población” realmente no han cambiando entre ciertos sectores.¹¹ Finalmente, algunas personas se mantienen escépticas al hecho que una ONG feminista local implemente un proyecto a larga escala pues dudan de su capacidad. Estas expectativas, tanto de éxito como de fracaso, obstaculizan la búsqueda de apoyo cuando ReproSalud lo necesita.

En respuesta a estas múltiples demandas, el proyecto desarrolló el programa educativo y de capacitación en salud reproductiva como una estrategia uniforme para todas las áreas de acción. Se estandarizaron las intervenciones a lo largo de los ocho distintos departamentos del Perú con el objetivo de expandir la cobertura y lograr metas numéricas, mientras que al mismo tiempo se reducían los costos y se simplificaba la administración. A pesar de que esto definitivamente ha facilitado el proceso de implementación, existe el riesgo que la estandarización interfiera con los procesos participativos que forman la base del enfoque de ReproSalud. Por ejemplo, y tal como se mencionara anteriormente, cuando las metodologías participativas están bien diseñadas, los grupos o comunidades generalmente adoptan

diferentes estrategias dependiendo de sus circunstancias locales. Sin embargo, en ReproSalud, todas las OCBs contrapartes han decidido recibir el programa de educación y capacitación para luego replicarlo dentro de sus comunidades.

Otro obstáculo—que fuera indicado previamente—ha sido el hecho que los mecanismos de evaluación y monitoreo no hayan sido iniciados sino hasta dos años después del inicio del proyecto. Como ReproSalud no determinó las principales estrategias del proyecto sino hasta después de haber conducido la primera ronda de autodiagnósticos con 14 OCBs contrapartes, no quedó claro desde el inicio qué era lo que se iba a evaluar. Cuando el equipo de evaluación y monitoreo fue establecido a fines de 1997, el énfasis fue puesto en la realización rápida de una encuesta cuantitativa de línea de base, puesto que ReproSalud ya había iniciado sus intervenciones en muchas comunidades. Hasta inicios de 1999, la estrategia de evaluación se concentraba exclusivamente en el desarrollo de una encuesta cuantitativa sólida como línea de base, sin adoptar estrategias paralelas de investigación cualitativa que son más adecuadas para captar los resultados de metodologías e intervenciones participativas, como los autodiagnósticos. En 1999, ReproSalud comenzó a realizar investigaciones cualitativas para evaluación. Sin embargo, se encontraron muchas dificultades en la medición de los resultados, pues los encuestados daban con mucha frecuencia respuestas normativas. Recientemente, el hecho de enviar trabajadores de campo a las comunidades por aproximadamente dos meses para observar los cambios y para recolectar datos ha ayudado a mejorar la medición (MMR, 2000c).

ReproSalud también tuvo que enfrentar una serie de obstáculos que generalmente se le presentan a proyectos de salud reproductiva a larga escala, tales como asegurar cobertura, mejorar la calidad

¹¹ La política de USAID permite el uso de fondos destinados al tema de población para proyectos innovadores no relacionados con la planificación familiar que tengan como objetivo el empoderamiento de la mujer.

de las intervenciones, y asegurar que los nuevos conocimientos se conviertan en cambios conductuales. Aunque el proyecto invierte intensivamente en el fortalecimiento de la capacidad individual, un pequeño número de beneficiarios del proyecto se encuentran realmente involucrados en la gama total de intervenciones participativas, capacitación para desarrollar destrezas, y administración del subproyecto. Por ejemplo, en una comunidad dada, hasta 20 miembros de la OCB participan en el autodiagnóstico y en el diseño del subproyecto, 3 miembros de la OCB administran y manejan el subproyecto, y 10 miembros conducen las actividades educativas como promotoras comunitarias. La mayoría de los beneficiarios del proyecto—entre 400 y 800 pobladores de la comunidad, dependiendo del número de OCBs asociadas—reciben sólo la réplica de la capacitación en salud reproductiva brindada por las promotoras comunitarias.

Igualmente, los miembros del núcleo responsable y las promotoras comunitarias reciben un salario de ReproSalud, mientras que el resto no lo hace. Originalmente, las OCBs iban a seleccionar nuevos miembros del núcleo responsable y nuevas promotoras comunitarias para los subproyectos siguientes; sin embargo, debido a la fuerte inversión durante la primera fase, ReproSalud encontró que era más efectivo, desde una perspectiva costo-beneficio, reforzar a aquellas personas ya capacitadas que capacitar a nuevas personas.

Un obstáculo relacionado con lo anterior es asegurar la calidad de las intervenciones, específicamente las capacitaciones educativas y las metodologías participativas. ReproSalud utiliza un modelo en cascada para su programa de capacitación, donde un grupo recibe la capacitación y luego éste replica lo aprendido al siguiente grupo, quienes a su vez repiten la capacitación para otros grupos. La información que es transmitida siguiendo este modelo puede diluirse o distorsionarse a medida que pasa de un

nivel a otro, lo cual reduce su calidad. Las promotoras comunitarias necesitan reforzar sus conocimientos y destrezas recientemente adquiridas, por ejemplo, a través de actividades como cursos de refrescamiento e interacción regular con personal regional. Cuando se establecieron las estrategias educativas, luego de la primera ronda de autodiagnósticos con las mujeres de las OCBs, no se incorporaron explícitamente las actividades de reforzamiento en capacitación para promotoras comunitarias.

No obstante ello, el proyecto ha tomado las medidas necesarias para garantizar la calidad de la capacitación. Por ejemplo, los miembros de los equipos regionales de ReproSalud asisten y brindan recursos adicionales para las primeras réplicas en capacitación dictadas por las OCBs. Al mismo tiempo, y debido a que los mismos miembros de los equipos regionales acaban de adquirir nuevas habilidades y destrezas en salud reproductiva y equidad de género a través de ReproSalud, MMR les proporciona constante y continuo reforzamiento de sus habilidades. Por ejemplo, MMR ofrece actividades de aprendizaje a distancia, conduce visitas de supervisión, y realiza un taller nacional cada año.

ReproSalud también debe asegurar que los procesos de las metodologías participativas y educación popular sean implementados correctamente. Una falla común dentro de los proyectos es reducir las metodologías participativas a ejercicios simples y básicos que permiten que las personas se involucren en el desarrollo de una intervención en lugar de considerarlas procesos integrales e involucradores que estimulan acciones democráticas entre sus participantes. Del mismo modo, la educación popular es definida frecuentemente de manera superficial, tal como el uso de materiales didácticos simples para hacer que la información sea más accesible en lugar de generar conocimientos locales y levantar conciencias, lo cual fue originalmente propuesto por los fundadores de la técnica, entre ellos Paolo Freire.

Una falla común dentro de los proyectos es reducir las metodologías participativas a ejercicios simples y básicos que permiten que las personas se involucren en el desarrollo de una intervención en lugar de considerarlas procesos integrales e involucradores que estimulan acciones democráticas entre sus participantes.

Las personas que atraviesan una transición en sus valores y normas no logran integrar de inmediato los nuevos conceptos a sus antiguas convicciones. En su lugar, es probable que mantengan sistemas de creencias paralelos – su sistema tradicional y el nuevo.

ReproSalud ha dado un mayor uso a los enfoques participativos que aquel prestado generalmente por los programas sociales y de salud a larga escala; sin embargo, ha encontrado ciertos problemas para implementar por completo estos métodos. Un ejemplo sería que el proyecto se ha expandido constantemente para incluir más OCBs en nuevas zonas, mientras que continúa trabajando con las OCBs y sus comunidades inicialmente seleccionadas. Esto puede limitar la trascendencia de las metodologías participativas y de la educación popular, así como sus resultados, debido a que el personal central y regional deben brindar mayor supervisión y apoyo a más y más subproyectos. Tanto el personal regional como las participantes del proyecto están acostumbrados a programas verticales, con poco espacio para que las participantes jueguen un rol activo, por lo que algunos miembros del personal ocasionalmente recaen en enfoques no-participativos. Consciente de estos problemas, MMR ha venido reforzando las capacidades de su personal regional para desarrollar técnicas participativas que fortalezcan la implementación de las intervenciones del proyecto. A inicios de 1999, el investigador principal de ReproSalud trabajó junto con los investigadores que habían sido designados a los equipos regionales para sistematizar el método de autodiagnóstico en los ocho departamentos del proyecto. Igualmente, MMR tuvo mucho cuidado de reemplazar a los miembros de los equipos regionales que no pudieron adoptar en la práctica los enfoques participativos.

Finalmente, al igual que en todos los proyectos de salud reproductiva, y en particular aquellos que brindan información, educación y comunicación, ReproSalud ha tenido que trabajar para crear un puente entre los nuevos conocimientos que han sido adquiridos por las participantes y los verdaderos cambios en las normas y conductas. Dentro de los hallazgos positivos presentados anteriormente, es importante tener en consideración que los resultados educativos son medidos inmediatamente después de finalizada la capacitación de las participantes, y por lo tanto

reflejan cambios en conocimiento pero no necesariamente comportamientos. Además, los estudios cualitativos han enfrentado dificultades para discernir entre las respuestas normativas y los verdaderos cambios de conducta. Entonces, no queda claro hasta qué punto las participantes pueden mantener, adoptar y convertir ideas nuevas en nuevos comportamientos sostenibles. En general, las personas que atraviesan una transición en sus valores y normas no logran integrar de inmediato los nuevos conceptos a sus antiguas convicciones. En su lugar, es probable que mantengan sistemas de creencias paralelos – su sistema tradicional y el nuevo. Estas ideas duales, y algunas veces conflictivas, persisten lado a lado por muchos motivos, entre ellos, debido a hábitos enquistados en los individuos, o a que el poder para lograr un cambio verdadero depende básicamente de otra persona. Por ejemplo, las participantes podrán haberse dado cuenta y creerán que tienen derecho a negarse a mantener relaciones sexuales por exigencia, pero ello no significa que siempre rechazarán las exigencias de sus parejas (Coe, 1999).

Mientras que el impacto sobre un cambio en conducta a largo plazo será evidente sólo cuando los resultados de las evaluaciones sistemáticas sean disponibles, ReproSalud ha intentado manejar estos obstáculos durante el desarrollo de sus intervenciones. En contraste con la mayoría de las estrategias de información, educación y comunicación utilizadas por programas de salud reproductiva, ReproSalud no espera que sus participantes olviden y dejen su propia visión del mundo a cambio de adoptar aquella ofrecida por el proyecto. En cambio, el proyecto utiliza los sistemas de creencias en salud reproductiva de las propias mujeres como cimiento, y de ahí construye un puente entre la nueva información adquirida y los conocimientos previos de las mujeres. Este enfoque integral ayuda a facilitar el entendimiento de las mujeres y el uso de los nuevos conocimientos. ReproSalud interconecta los nuevos conocimientos con cambios de conducta a través de la concientización y movilización

comunitaria. A través de ReproSalud, las mujeres también aprenden el lenguaje utilizado por el sistema de salud, para que cuando, y si deciden utilizar los servicios formales de salud, tengan herramientas nuevas para negociar con los proveedores de los servicios de salud. Esto complementa los esfuerzos de promoción y defensoría que ReproSalud realiza para mejorar la comprensión de los proveedores de salud sobre los sistemas de creencias y lógicas propias de las mujeres.

Para lograr un cambio tan fundamental, las intervenciones de ReproSalud deben brindar a las participantes amplias oportunidades de practicar la nueva información, utilizarla en experiencias personales concretas, y conectar las nuevas creencias y conductas con mecanismos de apoyo a largo plazo. Para la mayoría de las beneficiarias del proyecto, la puesta en práctica de los nuevos conocimientos depende de la calidad de las técnicas participativas y de la educación popular. Igualmente, el grado de cambio que se debe esperar entre las participantes depende en gran parte del tiempo que el proyecto haya invertido trabajando en un lugar en particular y la profundidad del compromiso de las participantes al proyecto (Coe, 1999; Rogow y Diez, 1999). Además, las condiciones socioeconómicas de las comunidades, que varían según la región, también afectan su capacidad de responder a las intervenciones del proyecto, afectando de paso el impacto del mismo.

Mejora de los Servicios de Salud Disponibles

Otro obstáculo que se ha presentado ha sido que ReproSalud busca satisfacer las metas de salud reproductiva de las mujeres sin brindar servicios directamente. El objetivo es ayudar a las participantes a convertirse en clientes mejor informadas que se sientan con derecho a recibir un servicio de salud reproductiva de calidad, y que sean capaces de exigir esta calidad en los servicios. ReproSalud también busca mejorar la

calidad de los servicios de salud disponibles obteniendo el apoyo de los proveedores para responder mejor a las metas de las clientes, y para respetar sus derechos. Aunque estos esfuerzos son decisivos, su impacto sobre la provisión de servicios es sólo indirecto.

Además, el proyecto no inició su componente formal de promoción y defensoría hasta 1998, y sus actividades iniciales relacionadas con este componente fueron débiles debido a dos razones. En primer lugar, ReproSalud no tenía un plan formal de defensa y abogacía, con objetivos y estrategias concretas. En segundo lugar, el proyecto no tenía suficiente personal con las destrezas de promoción y defensoría necesarias, ni la experiencia para desarrollar eficazmente dicha estrategia. El proyecto necesitaba establecer relaciones con autoridades estatales y de salud pública a nivel comunitario y regional para poder preparar las bases fundamentales de este esfuerzo de promoción y defensoría. Del mismo modo, las OCBs de mujeres debían tener la capacidad para exigir efectivamente mejoras por parte de los proveedores de los servicios de salud estatales, con el apoyo y seguimiento de los directivos de ReproSalud, que recién ha empezado a solidificar estas estrategias.

Los resultados de los esfuerzos de promoción y defensoría de ReproSalud dependen, en parte, de la voluntad política del Gobierno del Perú de responder a las inquietudes y deseos de las mujeres, y de mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud públicos. Aparentemente, el proyecto ha recibido una respuesta más positiva a sus propuestas y demandas entre las autoridades gubernamentales que trabajan a nivel comunitario y regional, que a nivel central.¹² A nivel central, las organizaciones civiles—que tienden a ser pequeñas y presentan mayor flexibilidad para probar enfoques innovadores y responder a las crecientes necesidades de la comunidad—encuentran muy difícil trabajar con los ministerios del Estado debido a su naturaleza

Los resultados de los esfuerzos de promoción y defensoría de ReproSalud dependen, en parte, de la voluntad política del Gobierno del Perú de responder a las inquietudes y deseos de las mujeres, y de mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud públicos.

¹² A nivel central refiere a las instancias públicas y ONGs ubicados en Lima.

jerárquica y burocrática. Por otro lado, los ministerios estatales están acostumbrados a colaborar con instituciones externas que les brindan asistencia financiera y técnica, y no con aquellas que hacen exigencias para lograr cambios en políticas y programas públicos. En consecuencia, MMR ha tenido que trazar una línea muy fina entre lograr el apoyo y la colaboración del Ministerio de Salud, y del otro lado promover y defender cambios en los programas de salud reproductiva del MINSA. La resistencia del Ministerio a aceptar el marco de la salud reproductiva desde la perspectiva del usuario hace que este trabajo de equilibrio sea aún más tirante.

De hecho, la relación entre el personal de ReproSalud y el MINSA ha sido tenue desde los inicios del proyecto en 1995. Aún cuando MMR había desarrollado una buena relación con los directores de los programas del MINSA antes del inicio de ReproSalud, un cierto nivel de suspicacia y celos hacia el proyecto surgió entre las autoridades de salud pública y los proveedores de servicio, particularmente a nivel regional. Gran parte del personal de MINSA no comprendía el propósito del proyecto, qué es lo que buscaba alcanzar, y el motivo por el cual una ONG feminista había sido elegida para implementarlo en lugar del MINSA. Además, se oponían a la idea que los fondos fueran manejados por las OCBs en lugar del Ministerio de Salud. La disparidad de enfoques, evidente entre el MINSA y ReproSalud, ayudó a incrementar la división entre ambas instituciones. Por ejemplo, las promotoras comunitarias de ReproSalud reciben un salario, aún cuando esto puede no resultar sostenible con el transcurso del tiempo, mientras que las promotoras del MINSA son voluntarias. Aún cuando las relaciones formales entre el personal del proyecto y los representantes del MINSA han mejorado, el Ministerio de Salud aparentemente se abstiene de reconocer públicamente el impacto de ReproSalud sobre las mujeres porque el proyecto está siendo implementado por una ONG (encuestas confidenciales conducidas por la autora).

La promoción agresiva por parte del Gobierno de sus servicios de esterilización durante los años 1995-1998 polarizó aún más la relación entre ReproSalud y el MINSA. Las campañas gubernamentales hicieron que las mujeres se distanciaran de los servicios de salud locales y consecuentemente redujeron el impacto que ReproSalud había logrado sobre estas mujeres para que utilizaran los servicios disponibles. Cuando una mujer tenía una experiencia negativa con el programa de planificación familiar del MINSA, el hecho se expandía rápidamente a través de las comunidades y regiones, reforzando los temores y dudas de las mujeres sobre los servicios de salud estatales. Igualmente, muchas de las promotoras comunitarias de ReproSalud no refirieron a ninguna mujer a los servicios de salud estatales durante esta época. Antes de 1998, ReproSalud auspició eventos para que las mujeres presentaran sus quejas y problemas ante las autoridades locales, mientras que MMR se reunía con las autoridades en Lima. Cuando en 1998 los problemas con los servicios de esterilización se hicieron públicos, MMR se unió a otras organizaciones feministas para criticar abiertamente las estrategias del MINSA, y defender los derechos de las mujeres a servicios de planificación familiar con calidad basados en la decisión libre e informada. El Ministerio respondió a la defensiva, haciendo aún más tirantes las relaciones entre las instituciones. No obstante lo anterior, el proyecto continuó defendiendo y legitimizando, a diferentes niveles, la salud y los derechos reproductivos de las mujeres.

Fortalecimiento de las Capacidades de las Organizaciones

Otro de los obstáculos que encontró ReproSalud durante la implementación del proyecto fue la limitada capacidad de las organizaciones de mujeres. A nivel comunitario, el proyecto encontró que la mayoría de las OCBs tenían muy pocas o ningún tipo de habilidades gerenciales o administrativas. Esta debilidad se debía en parte a los conflictos internos de violencia transmitidos por el grupo subversivo Sendero Luminoso y por el

Ejército Peruano durante los años 80 y la primera parte de los años 90, donde ambas partes apuntaban hacia las organizaciones de la sociedad civil. Las OCBs de mujeres también se encuentran debilitadas debido a su relación con organizaciones externas y partidos políticos que generalmente utilizan estrategias de asistencialismo y promueven la dependencia. Mientras que muchas de las OCBs fueron el resultado de las iniciativas y metas de las propias mujeres, otras se formaron simplemente para recibir los beneficios de entidades externas. Los miembros de estas OCBs generalmente reciben comida o algún otro tipo de producto a cambio de votar por un candidato o de asistir a un programa social, lo que sólo permite su participación pasiva. Dada la extensa experiencia de ser utilizadas por partidos y programas externos, la autonomía política de las mujeres de las OCBs así como su sistema democrático interno son algunas veces poco sólidos. Por lo anteriormente enunciado, ReproSalud se vio en la necesidad de incrementar su apoyo y asistencia técnica a los miembros de las OCBs para que pudieran manejar y administrar los subproyectos.

El fortalecimiento de la capacidad institucional del MMR en sí ya era un reto. Las agencias donantes internacionales por lo general no buscan ONGs feministas locales para implementar proyectos de desarrollo a gran escala. Adicionalmente, los donantes estadounidenses y los multilaterales sólo financian costos que estén relacionados directamente con el proyecto y no aquéllos que tengan que ver con el fortalecimiento institucional.¹³ Debido a la falta de recursos e inversiones para fortalecer la capacidad técnica e institucional, las ONGs feministas generalmente no tienen la capacidad para trabajar a gran escala.

Inicialmente, el proyecto ReproSalud significó un gran esfuerzo institucional para el Movimiento Manuela Ramos. El proyecto requería que el MMR fortaleciera su capacidad institucional rápidamente, particularmente sus destrezas

gerenciales y técnicas, lo cual demandó un mayor trabajo de que se había anticipado originalmente. Tal como se menciona en párrafos anteriores, la asistencia técnica recibida de la organización norteamericana Management Sciences for Health fue crucial para ayudar al MMR a cumplir con la creciente cantidad de exigencias. Adicionalmente, MMR y USAID tuvieron que aprender a trabajar en conjunto. Por un lado, USAID está acostumbrada y prefiere apoyar organizaciones que brindan e implementan servicios y proyectos financiados por donantes, en lugar de trabajar con organizaciones feministas que se dedican mayormente a la promoción y defensoría para lograr los cambios en conductas fundamentales así como en el desarrollo de políticas. Por otro lado, MMR enfrentaba exigencias administrativas nuevas y complejas ocasionadas por la estructura burocrática y los estrictos reglamentos de USAID, los cuales son tan amplios que MMR tuvo que crear nuevos sistemas internos para cumplir con las demandas del donante.

La relación entre USAID y MMR se complicó aún más cuando a mediados de la implementación del proyecto ReproSalud, el gobierno estadounidense implantó una restricción comúnmente conocida como la “global gag rule” al apoyo externo. Este reglamento requiere que todas las ONGs extranjeras que reciben financiamiento de USAID deben acordar que no ofrecerán servicios, consejería, información o harán referencias por aborto (sin importar la fuente de financiamiento para estas actividades). En el año 2000, MMR aceptó cumplir con esta regla de supresión para así poder preservar el financiamiento de ReproSalud. Sin embargo, el MMR continúa oponiéndose a este reglamento por varias razones. En primer lugar, la nueva restricción significaba un cambio unilateral del acuerdo cooperativo por parte de USAID a mediados de la implementación del proyecto sin haber realizado la consulta o haber conseguido el consenso previo de MMR. En segundo lugar, MMR cuestiona la validez de una política que trata de determinar la misión, agenda

El proyecto requería que el MMR fortaleciera su capacidad institucional rápidamente, particularmente sus destrezas gerenciales y técnicas, lo cual demandó un mayor trabajo de que se había anticipado originalmente.

¹³ Sin embargo, algunos donantes bilaterales, entre ellos los holandeses, los canadienses y los países escandinavos, han proporcionado su apoyo activamente a las ONGs feministas y las han ayudado a fortalecer su capacidad institucional.

y posición política de las ONGs que reciben cualquier tipo de financiamiento de USAID. En tercer lugar, el MMR argumenta que las restricciones impuestas por el reglamento inhiben el debate abierto y la libertad de expresión, creando un obstáculo para el intercambio de información y opiniones sobre el aborto, lo cual es un ingrediente necesario para lograr una legislación y una política responsable sobre el tema.

Promoción de Actividades de Generación de Ingresos

Otro reto que tuvo que enfrentar ReproSalud fue la integración dentro del proyecto general de estrategias a gran escala de generación de ingresos, especialmente debido a la limitada disponibilidad de recursos en las áreas del proyecto. El reto es decididamente arduo porque, en contraste con los programas de generación de ingresos, que dan énfasis a poblaciones urbanas con habilidades productivas relativamente mayores así como mayor acceso a mercados y servicios, ReproSalud está dirigida hacia poblaciones rurales y peri-urbanas marginales con niveles educativos muy limitados o inexistentes. A raíz de esta situación, muchas de las mujeres que participan en los bancos comunales de ReproSalud no tienen ni las oportunidades ni las destrezas para utilizar los préstamos que se les otorgan. Esta iniciativa también se ve limitada pues no incluye servicios complementarios especializados para ayudar a las mujeres a vender y distribuir sus productos. Por otro lado, es extremadamente costoso para ReproSalud transferir fondos a y desde los bancos comunales, pues muchas de las zonas del proyecto no cuentan con instituciones financieras.

Por su parte, la iniciativa para el desarrollo empresarial trabaja separadamente de los bancos comunales, y está centrado en asegurar mercados externos para los bienes producidos por las

participantes de ReproSalud. Esta iniciativa involucra procesos extensos para desarrollar las habilidades de las mujeres en elaborar productos hechos a mano de calidad, y organizar el tiempo para cumplir con las órdenes de compra. La iniciativa enfrenta altos costos que están asociados a la compra de materia prima y su respectivo embarque de parte o la totalidad de la misma a las mujeres productoras.

Desarrollo de un Contexto Favorable

Probablemente el principal y más significativo obstáculo que enfrenta ReproSalud es el hecho que sigue siendo tan sólo un “proyecto” dentro de una más extensa red de políticas y programas que no integran de manera consistente ni dan énfasis a los mismos objetivos. ReproSalud es único en el sentido que busca promover transformaciones en la salud reproductiva, derechos, equidad de género, tratando problemas fundamentales como la violencia, la pobreza y la falta de información sobre salud reproductiva. Aunque el proyecto representa una contribución decisiva, su potencial se ve disminuido debido a la ausencia de esfuerzos similares por parte del Gobierno Peruano o de la comunidad donante para enfrentar estos asuntos de una manera más amplia. A la fecha, los compromisos del gobierno de crear un contexto favorable para la salud y los derechos reproductivos—ya sea dentro del Ministerio de Salud o fuera de él—no han sido evidentes, excepto en el papel. Mientras que ReproSalud puede contribuir a la transformación de los servicios de salud en el Perú, su éxito inevitablemente se verá restringido si no existen compromisos sinceros y duraderos por parte del Gobierno Peruano y de las agencias donantes internacionales—y de los gobiernos que las auspician—para promover este importante cambio. Si las acciones recientes del Ministerio de Salud del Perú o del Congreso Estadounidense son alguna indicación, entonces dicho compromiso no existe.

Lecciones Aprendidas de ReproSalud

Como está claramente demostrado por el experimento de ReproSalud, a pesar del apoyo internacional al Programa de Acción de la CIPD, la conversión de compromisos a cambios reales presenta retos muy profundos e importantes. Dada la enormidad de la tarea, esto no debería ser sorprendente. Sin embargo, se podría hacer mucho más por propulsar la agenda de la CIPD con mayor rapidez. Como esfuerzo insignia, la experiencia del proyecto ReproSalud revela las áreas en las cuales los gobiernos, las agencias donantes, y la sociedad civil deben dar mayor énfasis para asegurar cambios sostenibles.

▼ Fortalecer y expandir intervenciones participativas

Mientras que la participación comunitaria ha sido incorporada nominalmente en muchos programas de salud reproductiva, no existe una comprensión común sobre qué significa realmente la “participación”. La mayoría de los gobiernos y agencias donantes continúan considerando a la participación comunitaria como un medio para convencer a los pobladores de la comunidad a aceptar una intervención, usualmente diseñada por expertos que no tienen vínculo alguno con dicha comunidad.

En contraste, las intervenciones participativas, entendidas por los movimientos sociales, pretenden generar conocimientos y conciencia entre los participantes sobre sus propias inquietudes, y ayudarlos a tomar los pasos necesarios para resolver sus problemas a través de un proceso reiterativo. Se pueden utilizar varios medios para ayudar a los individuos y a los grupos a definir los temas prioritarios e identificar las soluciones posibles, incluyendo ejercicios prácticos por medio de los cuales la gente asimila la nueva información o prueban nuevas destrezas y roles que pueden aplicarse a su vida diaria. El objetivo es fomentar y fortalecer la habilidad de los individuos y de las comunidades a tomar decisiones y realizar acciones para su propio bien, y a empoderar a los participantes a actuar de manera colectiva para lograr el cambio social. En resumen, una metodología participativa bien diseñada debería despertar un sentido de derechos entre los participantes y aumentar la sostenibilidad de cualquier proyecto.

Dentro de las restricciones impuestas por sus propios recursos y los requerimientos administrativos, ReproSalud utiliza las metodologías participativas al máximo posible. En lugar de utilizar los servicios de profesionales externos, las prioridades son identificadas por los mismos pobladores de la comunidad, y las mujeres participan durante el diseño de las estrategias para responder a dichos temas. La intención es que las participantes estén mejor capacitadas para defender sus derechos reproductivos y para exigir sus derechos como ciudadanas. Estas metodologías también permiten a ReproSalud obtener información detallada sobre las comunidades – las experiencias, inquietudes, deseos y percepciones de las mujeres.

La experiencia de ReproSalud demuestra que no sólo es necesario desarrollar técnicas participativas integrales, correctas y efectivas desde el inicio, sino que la calidad y profundidad de las técnicas y procesos deben ser mejorados y enriquecidos constantemente para lograr un verdadero cambio de conductas. Esta es una misión que demanda una fuerte e intensiva inversión de tiempo y que requiere una clara comprensión del contexto socioeconómico, cultural, geográfico e institucional, incluyendo el impacto de los programas verticales y no-participativos previos y de las relaciones jerárquicas establecidas. Como

La mayoría de los gobiernos y agencias donantes continúan considerando a la participación comunitaria como un medio para convencer a los pobladores de la comunidad a aceptar una intervención, usualmente diseñada por expertos que no tienen vínculo alguno con dicha comunidad.

La experiencia de ReproSalud destaca un reto importante, y es que las agencias donantes requieren procedimientos racionales y resultados cuantitativos.

resultado, las metodologías participativas generalmente tienen, desde su inicio, un alto costo de implementación, mayor que cualquier otra intervención diseñada externamente, especialmente en áreas de difícil acceso geográfico, recursos humanos limitados y poblaciones dispersas. Sin embargo, por el hecho de promover el cambio social fundamental, estas técnicas logran resultados más permanentes y sostenibles.

La experiencia de ReproSalud destaca un reto importante, y es que las agencias donantes requieren procedimientos racionalizados y resultados cuantitativos. ReproSalud se esforzó por encontrar una forma de expandir la base de beneficiarios a un menor costo sin perder la riqueza de los elementos innovadores. En este sentido, aunque no es un programa de entrega de servicios, ReproSalud enfrenta retos similares a los de los programas de planificación familiar a gran escala que buscan incorporar un enfoque más integral desde la perspectiva del usuario.

Para manejar estos retos de implementación, los proyectos que adoptan metodologías participativas deberían considerar un inicio a una menor escala. O podrían considerar realizar primero un modelo piloto sólo en una región, y extenderlo a otras regiones sólo después de haberlo evaluado y enriquecido, con el objeto de asegurar la calidad del proyecto.

▼ **Invertir y extender el alcance de educación**

Tal como demuestra la experiencia de ReproSalud, las técnicas de educación popular pueden ser medios efectivos para realizar programas de comunicación a nivel comunitario sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Estas técnicas pueden introducir y elaborar temas complicados entre personas con poca educación formal, y por lo tanto ayudar a cubrir las necesidades locales de información. En el caso de ReproSalud, las sesiones de capacitación toman en cuenta los sistemas de creencias de las mujeres lugareñas con el objetivo de empoderarlas a tomar los pasos necesarios para mejorar su salud reproductiva,

para luego promover cambios en las normas comunitarias. Además, la información y las habilidades transmitidas a través de la capacitación de ReproSalud proporcionan a las mujeres pobres y marginadas herramientas que ellas pueden utilizar cuando y si deciden usar servicios formales de salud.

Para lograr que la educación popular obtenga un efecto duradero, ésta debe combinar procesos formales de aprendizaje – capacitación en información y habilidades nuevas – con procesos informales de aprendizaje, ejercicios diseñados para convertir la información nueva en algo de la vida real. Sin estos ejercicios de refuerzo, la información recientemente adquirida se mantiene abstracta y las participantes generalmente encuentran que es más fácil depender de la información que ya conocen y que saben cómo utilizar. El cambio de costumbres y creencias es un proceso muy largo y lento; sin embargo, aunque el programa de capacitación de ReproSalud contribuye en algo, es muy probable que sea insuficiente por sí solo. Por lo tanto, los indicadores de logro deben ser establecidos de manera realista para poder establecer el verdadero impacto de un programa como ReproSalud.

Otro elemento clave es poseer, en las comunidades seleccionadas, infraestructura y personal cercano a las actividades de educación popular. Por ejemplo, ReproSalud tiene oficinas en cada departamento donde trabaja, lo cual permite que el personal del proyecto asista a las capacitaciones realizadas por las promotoras comunitarias, desarrolle seguimiento, y brinde reforzamiento. Al mismo tiempo, ReproSalud depende fundamentalmente del modelo de capacitación en cascada, donde los capacitadores entrenan a otros capacitadores y ellos a su vez capacitan a otras personas para lograr llegar al mayor número de mujeres en el mayor número de lugares posibles. Sin embargo, muchos profesionales de la salud cuestionan la efectividad de este modelo de capacitación, a pesar que continúa siendo utilizado en toda América Latina y

otros lugares. Por lo tanto, se puede argüir que es necesario realizar evaluaciones del modelo cascada, tanto de ReproSalud como de otros proyectos, y los resultados deben ser difundidos para lograr que la capacitación sea lo más efectiva posible. De manera alterna, es necesario desarrollar otros modelos para realizar capacitación a gran escala, tanto para trabajadores de salud como para pobladores de la comunidad.

▼ Trabajar con organizaciones de base y fortalecer sus capacidades

Las metodologías participativas y la educación popular implican realizar un trabajo con grupos de beneficiarios en lugar de trabajar con individuos uno por uno. Estas técnicas pueden ser usadas con organizaciones preexistentes o como una manera de organizar a los participantes en nuevos grupos sociales. En el Perú, las organizaciones comunitarias de base de las mujeres se encuentran a lo largo y ancho del país y MMR ha sido muy eficaz en localizar dichos grupos sin la necesidad de llevar a cabo la primera etapa de organizar a las mujeres.

Las OCBs de mujeres son un ingrediente esencial de ReproSalud, pues brindan un ambiente grupal de apoyo dentro del cual las mujeres pueden realizar acciones para lograr un cambio individual y social. Del mismo modo, las OCBs de mujeres representan a las mujeres locales y son un canal legítimo por medio del cual el proyecto puede promover el empoderamiento colectivo de las mujeres para ser interlocutoras con las autoridades y para enfrentar las desigualdades de género. Sin embargo, debieron recibir un significativo apoyo de ReproSalud en términos de desarrollo institucional. Los proyectos de salud reproductiva que adoptan estrategias de participación comunitaria deben conocer la situación de las organizaciones sociales de las mujeres preexistentes, así como cuáles son sus necesidades de desarrollo institucional. Inclusive, deben examinar detalladamente las estructuras organizativas comunitarias antes de implementar

cualquier proyecto, para asegurarse así que las intervenciones del proyecto promuevan el empoderamiento de las mujeres en lugar de reforzar su subordinación.

▼ Desarrollar servicios de salud desde la perspectiva de los(as) usuarios(as)

Al igual que en muchos otros lugares, los servicios de salud en el Perú generalmente son provistos sin prestar atención a las implicancias de las desigualdades de género muy enraizadas sobre la salud de las mujeres y sobre el acceso a los servicios. Los trabajadores de salud presentan una falta de conocimiento sobre las realidades y experiencias de las mujeres lugareñas, y con bastante frecuencia no les prestan los servicios más apropiados. Aunque se están realizando esfuerzos al más alto nivel del sistema de salud para resolver las deficiencias en información y orientación, tomará algún tiempo para que estos cambios logren filtrarse hacia los niveles de entrega de servicios. Adicionalmente, estos esfuerzos no han sido diseñados necesariamente para mejorar las actitudes y conductas de los proveedores de servicios hacia los clientes, o las condiciones del sistema de salud dentro de las cuales operan estos proveedores. En general, los proveedores de salud mismos carecen de poder dentro del sistema.

Existen muchos cambios que podrían llevarse a cabo a pesar de la falta de recursos, como en el caso del Perú, los cuales podrían ayudar a los programas y servicios a brindar una mejor respuesta a las inquietudes de las mujeres, y que no requieren modificar por completo programas y sistemas. Muchas de las mejoras a los servicios de salud reproductiva son identificadas por la comunidad misma en el establecimiento local de servicios, y subsecuentemente son canalizadas hacia niveles superiores. En el caso de ReproSalud, la mejora de los servicios locales ha involucrado, en primer lugar, la concientización y una elevación de los conocimientos entre los pobladores de la comunidad sobre sus inquietudes y derechos en salud reproductiva. Luego, cuando

Los proyectos de salud reproductiva que adoptan estrategias de participación comunitaria deben examinar las estructuras organizativas antes de su implementación, para asegurarse así que sus intervenciones promuevan el empoderamiento de las mujeres en lugar de reforzar su subordinación.

Aquellas agencias donantes internacionales que realmente están interesadas en promover la democracia y los derechos de las mujeres, deben respetar la autonomía de las organizaciones feministas.

las participantes de ReproSalud hacen uso de los servicios locales, se encuentran mejor informadas y están más capacitadas para exigir un mejor trato.

Las participantes han comenzado a considerar responsables a las autoridades de salud locales y regionales así como a otras autoridades públicas, para asegurar que cumplan las prioridades identificadas por las mismas mujeres así como los requerimientos programáticos estatales y las leyes. Como resultado, el personal de salud y las autoridades gubernamentales están reconociendo que ya no pueden brindar un trato negligente o deficiente. Esto marca la primera vez que instituciones públicas peruanas a nivel comunitario y regional han sido consideradas responsables ya sea por la población en general o por las organizaciones civiles.

▼ Apoyar la capacidad de las ONGs de mujeres para implementar programas de donantes

Al igual que en otros países, las ONGs en el Perú han ganado su legitimidad para defender las inquietudes e intereses de la sociedad civil. Han desarrollado proyectos en comunidades aisladas a lo largo del país donde los programas gubernamentales son inexistentes o no tienen respaldo de la comunidad. También juegan un rol muy importante en el monitoreo de programas estatales. Las ONGs feministas en particular trabajan para obligar al gobierno a implementar los programas oficiales de salud reproductiva, y promover y defender las mejoras que promuevan los intereses y derechos de las mujeres.

Tal como sugiere la experiencia de ReproSalud, existen muchos beneficios en la delegación de proyectos de salud reproductiva a gran escala a ONGs como MMR, que vienen trabajando a favor de los derechos de las mujeres. Para lograr el éxito, estos esfuerzos deben incluir estrategias que ayuden a fortalecer la capacidad institucional, con un énfasis especial en destrezas gerenciales y técnicas a largo plazo. Las agencias donantes deben estar preparadas para invertir en estos

costos indirectos. Definitivamente, a no ser que las habilidades técnicas sean transferidas directamente a personal interno de la institución, se puede desarrollar una dependencia que limitaría la sostenibilidad de la experiencia y de los modelos de intervención. Al mismo tiempo, dicha asistencia debe llevarse a cabo de manera tal que promueva una cooperación entre la agencia donante y la ONG, en lugar de reforzar la típica relación jerárquica de donante-receptor.

De manera similar, aquellas agencias donantes internacionales que realmente están interesadas en promover la democracia y los derechos de las mujeres, deben respetar la autonomía de las organizaciones feministas. En este caso, el respeto de USAID por los notables esfuerzos realizados por MMR para promover y defender los derechos de la mujer y su participación política han sido cruciales para el éxito de ReproSalud. Al apoyar la autonomía de una ONG mientras que al mismo tiempo se fortalecen sus capacidades institucionales, las agencias donantes están contribuyendo a los esfuerzos de sostenibilidad de la ONG luego que finaliza el proyecto y el financiamiento termina. Este es un punto crítico en la promoción del proceso general de democratización en el país. En contraste, las políticas de los gobiernos donantes que infringen la autonomía de la ONG, entre ellas, la *global gag rule*, recientemente impuesta por el gobierno estadounidense, crean un contexto obstaculizador más que facilitador, lo que definitivamente menoscaba la fortaleza, la autonomía y la sostenibilidad de las ONGs locales.

▼ Promover el apoyo entre aliados de la sociedad civil

El apoyo del movimiento feminista más amplio e internacional parece ser un factor importante para mejorar los resultados y promover la sostenibilidad de proyectos a gran escala financiados por donantes y llevados a cabo por ONGs feministas nacionales. Este apoyo permite prevenir el aislamiento político, y permite el intercambio de capacidades técnicas y el desarrollo de un sentido

de propiedad colectiva entre las ONGs. El éxito de una ONG feminista demuestra, ante las agencias donantes internacionales y los gobiernos, el potencial general de las ONGs, y ayuda a educarlos sobre el trabajo que viene realizando la sociedad civil. Del mismo modo, este tipo de relación con al menos una ONG permite a la comunidad más amplia de ONGs feministas comprender mejor el contexto donante/gobierno en el cual trabajan. La implementación de ReproSalud se beneficiaría si tuviera un mayor apoyo por parte de la comunidad de ONGs feministas. Igualmente existiría un mayor beneficio si MMR aumentara sus esfuerzos por compartir la información sobre el proyecto y obtuviera retroalimentación de organizaciones colegiadas a nivel nacional y regional en el Perú.

▼ Transformar las políticas y los programas gubernamentales

Los modelos de los programas gubernamentales de salud reproductiva financiados por agencias donantes, continúan dando énfasis a las metas cuantitativas. Generalmente son diseñados por expertos ubicados en la ciudad capital o fuera del país, quienes no utilizan las experiencias locales y no están informados sobre las inquietudes de género y derechos y quienes continúan dando mayor énfasis a la entrega de servicios en lugar de enfocar las inquietudes y metas de las clientes. Los programas gubernamentales de salud reproductiva usualmente presentan estrategias muy débiles para los componentes de alcance comunitario, entrega de información apropiada y promoción de los derechos de la cliente.

Una de las principales implicancias de ReproSalud ante los programas gubernamentales es que valida una perspectiva multicultural sobre salud reproductiva, y la importancia de escuchar y responder a las articulaciones de las mujeres sobre los problemas que enfrentan. Al hacerlo, MMR ha desarrollado recursos tangibles—que incluyen metodologías y materiales—que el gobierno y otras ONGs podrían utilizar. Tal como se menciona párrafos arriba, el programa de salud del

departamento de Ucayali en el Perú ha adoptado las medidas necesarias para incorporar estos enfoques.

Los recursos creados por ReproSalud incluyen:

- Información de las perspectivas de las mujeres sobre sus principales problemas de salud reproductiva;
- Información de las perspectivas de las mujeres sobre los servicios públicos de salud en el Perú;
- Herramientas para la participación comunitaria en la evaluación de sus necesidades y el desarrollo de soluciones desde la perspectiva de género;
- Un modelo de educación y concientización comunitaria sobre los derechos y la salud reproductiva; y
- Recursos humanos capacitados en varias regiones y comunidades del país.

Estos recursos están a disposición de otras ONGs, y los pueden utilizar en sus esfuerzos por convencer a las autoridades de salud que deben escuchar y dar una mejor respuesta a las necesidades de las mujeres. Por ejemplo, dados los problemas que existen en los servicios públicos de planificación familiar en el Perú con respecto a la decisión libre e informada, las defensoras de la salud de la mujer podrían negociar con el Ministerio de Salud la incorporación a sus programas de ciertos elementos del programa educativo en salud y derechos reproductivos de ReproSalud. Es claro que se necesitan esfuerzos que aseguren que las autoridades peruanas adopten los componentes más notorios del proyecto, particularmente aquellos que garantizan una decisión reproductiva libre y promueven una participación ciudadana desde el nivel más bajo y hacia arriba.

La experiencia del proyecto en diversas regiones del país brinda un panorama más amplio sobre las oportunidades y retos que implican la implementación de estas estrategias en contextos

Es claro que se necesitan esfuerzos que aseguren que las autoridades peruanas adopten los componentes más notorios del proyecto, particularmente aquellos que garantizan una decisión reproductiva libre y promueven una participación ciudadana desde el nivel más bajo y hacia arriba.

distintos. Se debe destacar que los programas de salud reproductiva que trabajan en zonas rurales deben contar con un personal experimentado en desarrollo rural y salud. La experiencia también demuestra lo importante que es contar con una saludable oposición entre la sociedad civil y las instituciones estatales, pues ello resultará en una constante evolución hacia sistemas de salud mejores y más sensibles.

Al final, cualquier programa de salud reproductiva sólo puede cumplir ciertos requerimientos para hacer progresar una agenda que depende inherentemente a enfoques multisectoriales—para mejorar la salud y los derechos—económicos, sociales y culturales. En los últimos años, el Gobierno Peruano ha tenido un enfoque muy ambiguo hacia esta agenda. Mientras que varias leyes y políticas fueron aprobadas para sancionar la discriminación contra la mujer, promover la equidad de género, y proteger decisiones individuales contra intervenciones estatales, el gobierno del Presidente Fujimori tomó muy pocos pasos concretos para asegurar que dichas leyes y políticas fueran implementadas o en tal manera que beneficiaran a la población.

En su lugar, los programas públicos, incluyendo el de salud, fueron desarrollados e implementados como si fueran caridad, en lugar de cumplir con los derechos sociales y económicos de las personas. Mucha gente elogió al régimen Fujimori por construir escuelas y postas médicas en zonas donde éstas no existían. Sin embargo, una escuela o posta médica tiene poco significado si la niña o mujer no puede cubrir el costo para trasladarse a ella, o no puede darse el lujo de dejar sus quehaceres diarios para asistir a ellas, o si el padre o esposo se rehusa a dejarla ir. Al mismo tiempo, el gobierno de Fujimori malgastó los escasos recursos públicos instalando y manteniendo una dictadura construida sobre la base de corrupción, fraude electoral, menoscabo de la oposición social y política, y la destrucción de la prensa libre. Aún cuando el gobierno, más que ningún otro en la historia del país, promovió a

las mujeres como líderes políticas, estas mujeres gobernaron y legislaron con el mismo autoritarismo y despotismo.

El próximo gobierno, que será instalado el 28 de julio del 2001, deberá poner en práctica la retórica tan mencionada durante los años fujimoristas, que las mujeres son las dueñas de su destino. Por ejemplo, deberá asegurar salarios equitativos entre mujeres y hombres, mejorar el acceso de las mujeres a la educación, y aumentar la participación política y el liderazgo de la mujer dentro de valores democráticos, justicia y tolerancia. Igualmente, el nuevo gobierno necesitará promover normas culturales y sociales basadas en equidad y respeto, proteger los derechos de la mujer, y promover su sentido de valor para permitirles decidir y actuar en su propio bien. Finalmente, los entrantes poderes Legislativo y Ejecutivo deberán gobernar con transparencia, ser responsables frente a las organizaciones civiles, y demostrar una genuina voluntad política así como asignar los recursos adecuados y necesarios para poner en práctica las políticas y programas que se deban realizar. En resumen, el plan de acción del gobierno deberá ser revertido para así lograr un verdadero compromiso hacia enfoques multisectoriales que pongan en práctica y cumplan con la agenda de derechos y salud. Aunque esto parezca una tarea formidable, el Gobierno Peruano encontrará un gran apoyo de parte de la sociedad civil—y también de muchas agencias donantes internacionales—si decide aceptar el reto.

▼ Transformar las políticas y programas internacionales de los Estados Unidos

Cuando el gobierno de los Estados Unidos firmó los acuerdos de la CIPD en 1994, aceptó el compromiso de reimpulsar sus programas internacionales de población y reducción de la fecundidad. Pero a pesar de dichos acuerdos, el Congreso Estadounidense—quienes frecuentemente utilizan el lenguaje de los derechos para justificar sus acciones—ha tomado los pasos necesarios para debilitar paulatinamente los derechos reproductivos de la mujer

restringiendo continuamente la asistencia bilateral canalizada a través de USAID. Esto ha creado un escenario donde es virtualmente imposible criticar de manera objetiva las políticas internacionales de los Estados Unidos sin arriesgarse a que dichas críticas sean utilizadas como herramientas políticas por la derecha conservadora. Por lo tanto, existe un estancamiento entre las tendencias históricamente demográficas de las políticas internacionales de los Estados Unidos, las nuevas directivas estipuladas por la CIPD y otros acuerdos internacionales, y la agenda abiertamente en contra de los derechos reproductivos de ciertas facciones dentro del Gobierno Estadounidense. Por un lado, los programas internacionales de planificación familiar de los EE.UU. están dirigidos casi exclusivamente a la entrega de anticonceptivos para medir su éxito. Por otro lado, la extrema derecha del Congreso Norteamericano busca limitar por completo el acceso de las mujeres a los servicios. Lo cual las deja en el medio, presentando una terrible necesidad de recibir servicios de alta calidad que reconozcan y validen sus múltiples necesidades de salud reproductiva, y que les ofrezcan servicios que respondan a dichas necesidades *bajo sus propios términos*.

Aún en este entorno, el proyecto ReproSalud representa uno de los pocos pasos concretos hacia este fin y por ello le ofrece a USAID muchas lecciones para el desarrollo de programas. En primer lugar, el proyecto se aparta del típico modelo de USAID, el mismo que depende casi exclusivamente de la distribución de anticonceptivos a través de programas en establecimientos de salud. USAID debe probar nuevas estrategias y enfoques para poder tomar en cuenta y responder de manera adecuada a las metas y deseos de salud reproductiva de las mujeres así como sus necesidades de información y servicios. Es muy probable que se requiera financiar varios enfoques y estrategias hasta lograr descubrir cuál de ellas, o cuál combinación, es la más efectiva y económica.

ReproSalud también logra demostrar que los proyectos que adoptan enfoques innovadores deben recibir mayor tiempo de realización que aquéllos que utilizan modelos que ya han sido probados y desarrollados en diferentes contextos. El modelo y la implementación del proyecto pueden servir para ampliar la visión de aquellas personas que, dentro de la agencia, continúan oponiéndose a este enfoque. Por ejemplo, como ReproSalud se basa en metas y perspectivas locales y comunitarias, el proyecto parece ofrecer un modelo más efectivo para brindar educación sobre salud y derechos reproductivos entre poblaciones rurales y marginadas que muchas otras estrategias de información, educación y comunicación. Finalmente, existe una urgente necesidad de formular y probar nuevos indicadores que sirvan para evaluar intervenciones que buscan dar una respuesta a las metas individuales de salud reproductiva (en lugar de metas demográficas) así como promover y proteger los derechos reproductivos.

En segundo lugar, ReproSalud brinda un modelo que adopta la agenda de salud y derechos reproductivos de la CIPD a gran escala, mientras muestra las complejidades que están involucradas en la implementación, de manera exitosa, del Programa de Acción en el campo. Al financiar un proyecto como ReproSalud, USAID está ayudando a generar apoyo hacia los compromisos de la CIPD entre otras agencias donantes y gobiernos nacionales. En países pobres, los gobiernos enfrentan muchos obstáculos para implementar la agenda de salud y derechos reproductivos, entre otros recursos financieros limitados, falta de apoyo político, o falta de habilidades y destrezas. USAID podría jugar un rol muy importante si decidiera encabezar nuevas iniciativas y desarrollara relaciones cercanas con ONGs feministas para establecer un ejemplo sobre lo que los gobiernos y las agencias donantes pueden y deberían estar haciendo.

Existe un estancamiento entre las tendencias históricamente demográficas de las políticas internacionales de los Estados Unidos, las nuevas directivas estipuladas por la CIPD y otros acuerdos internacionales, y la agenda abiertamente en contra de los derechos reproductivos de ciertas facciones dentro del Gobierno Estadounidense.

Estos objetivos no pueden ser cumplidos a cabalidad a no ser que el Gobierno de los Estados Unidos, incluyendo el Congreso, sean obligados a implementar el Programa de Acción de la CIPD. Es muy probable que para lograrlo sea necesario establecer una coalición de organizaciones dedicadas a este programa, que a su vez

promuevan un grupo de votantes estadounidenses comprometidos a defender los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Si ejemplos como ReproSalud obtuvieran una mayor difusión, éstos podrían asegurar el apoyo al Programa de Acción de la CIPD en los Estados Unidos.

Conclusión

El presente documento ha examinado la experiencia del proyecto ReproSalud en el Perú en vista de los esfuerzos de agencias donantes y gobiernos por implementar una agenda de salud y derechos que apareció a raíz de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en 1994. El proyecto ReproSalud—una iniciativa conjunta de USAID y la organización peruana feminista Movimiento Manuela Ramos—es un reflejo de la agenda de CIPD y se aparta en muchas maneras de los programas de planificación familiar convencionales. Su objetivo es empoderar a las mujeres para que enfrenten las barreras de género, socioculturales y económicas que traban su salud reproductiva, y para que exijan servicios de salud más sensibles a sus metas e inquietudes individuales. A través del uso de técnicas participativas, el proyecto brinda un espacio para que las mujeres puedan determinar qué problemas necesitan ser resueltos y qué estrategias deben ser seguidas en sus propias comunidades. En lugar de entregar servicios, el proyecto da énfasis a la movilización de las mujeres, brindándoles información sobre derechos y salud reproductiva, y elevando sus capacidades organizativas y de liderazgo. En las comunidades donde se lleva a cabo el proyecto, existen evidencias que ReproSalud está logrando ayudar a las mujeres a mejorar su salud reproductiva y a abogar y actuar en favor de ellas mismas.

El proyecto ha tenido que enfrentar varios impedimentos, algunos muy comunes dentro de programas de salud reproductiva a gran escala, especialmente aquéllos que trabajan con mujeres rurales y marginadas. Ciertos obstáculos aparecieron debido al intento del proyecto de poner en práctica un enfoque que presta atención a las metas individuales y de la comunidad utilizando enfoques cualitativos para obtener un cambio demográfico sobre los indicadores de salud reproductiva. Ello se ve exacerbado por las contradicciones presentes en las políticas estadounidenses que aparentan promover enfoques en salud sostenibles, integrales y centrados en la cliente y al mismo tiempo mantienen firmemente, en sus programas de población, enfoques tradicionalmente demográficos, dando prioridad a la entrega y uso de anticonceptivos.

Diversos frenos continúan deteniendo a las agencias donantes y a los gobiernos—en el Perú y en el resto del mundo—a implementar dentro de sus políticas y programas, una agenda de derechos y salud. Uno de los problemas es la falta de compromiso político hacia este nuevo enfoque. Existen, dentro de muchas instituciones, una competencia de fuerzas, donde unas desean mantener el *status quo* mientras que las otras realmente desean transformar los programas. Algunas creen que el desarrollo de programas que buscan extender la salud reproductiva y la equidad de género privan de la atención y los recursos a los servicios tan necesitados de entrega de anticonceptivos (Staudt, 1998) sin reparar que un enfoque integral basado en los derechos de las personas, si es llevado a cabo correctamente, puede mejorar la aceptabilidad y sostenibilidad de esos programas de planificación familiar.

Otro obstáculo es la limitada capacidad y conocimiento sobre los derechos y la salud reproductiva entre los administradores de programas y los proveedores de servicios de salud. Muchos profesionales dentro del campo de la población y la planificación familiar simplemente no cuentan con el conocimiento o el apoyo necesario para incorporar dentro de sus programas una perspectiva basada en derechos y salud. Igualmente, la tarea de modificar el perfil programático y las estrategias de implementación dentro de

Existen, dentro de muchas instituciones, una competencia de fuerzas, donde unas desean mantener el status quo mientras que las otras realmente desean transformar los programas.


grandes estructuras burocráticas, sean agencias internacionales o gobiernos nacionales, es enorme. Se necesita una acción política sostenida, tanto a nivel gubernamental como internacional, para asegurar que los compromisos de la CIPD se conviertan en políticas y programas efectivos (Staudt, 1998).

Nuevamente, el trabajo de ReproSalud recalca con energía la necesidad, entre agencias donantes y gobiernos, de aclarar y expandir las estrategias utilizadas para cumplir con los objetivos demográficos y de salud pública. Mientras los enfoques multisectoriales tienen un apoyo retórico, las estrategias verdaderamente multisectoriales son difíciles de identificar. Es difícil encontrar más de una decena de ejemplos donde los donantes clave, dentro de un entorno en particular, estén coordinando sus esfuerzos. Por ello es evidente notar las múltiples agendas y señales que existen en las relaciones y objetivos entre gobiernos y agencias donantes, y entre las mismas agencias donantes. Aparentemente, ReproSalud ya ha experimentado muchos resultados positivos

relacionados con el proyecto, pero mientras trabaje aisladamente sin otros cambios en políticas y programas socioeconómicos y de salud más amplios, realizados por agencias donantes y gubernamentales, el logro de resultados sostenibles a largo plazo será exiguo.

Dados los actuales impedimentos en la implementación efectiva de una agenda de derechos y salud, la misma existencia de proyectos como ReproSalud representa un avance muy importante. No obstante, es crucial que la comunidad internacional aprenda de las lecciones adquiridas durante el desarrollo de proyectos como éste, sin esperar que sean la única solución para un entorno en particular: se necesitan cambios a todo nivel para mejorar la salud reproductiva de la mujer y su habilidad para ejercer dichos derechos. Aún cuando queda mucho por hacer, las lecciones aprendidas de la experiencia de ReproSalud son invaluableles pues ayudan a los programas de salud reproductiva así como a sus agencias donantes a cumplir la promesa de CIPD.

Anexo: Metodología



Se llevó a cabo una investigación de campo del Proyecto ReproSalud en el Perú, a nivel central, regional y comunitario, entre los meses de setiembre a diciembre de 1997 (Coe, 1999). Se condujeron entrevistas a profundidad con 14 miembros de dos OCBs de mujeres: el Club de Madres Virgen de Mercedes en Julcán (departamento de La Libertad), una comunidad rural ubicada en la sierra andina norteña, y el Club de Madres María Parado de Bellido del Asentamiento Humano San Fernando (departamento de Ucayali), una comunidad urbano-marginal ubicada en las afueras de la ciudad de Pucallpa, en la selva central. Se realizó observación participatoria sobre actividades del proyecto con mujeres de otras OCBs en ambas comunidades. Igualmente, se aplicaron entrevistas semiestructuradas a nueve miembros del personal de las oficinas regionales y central, y observación participatoria sobre la administración del proyecto. Por último, se analizaron documentos relacionados con el proyecto.

La autora, con sede en el Perú, ha continuado haciendo un seguimiento sobre los progresos y modificaciones del proyecto manteniendo relaciones cercanas con los directivos y el personal del proyecto, sosteniendo entrevistas de seguimiento con miembros del personal y consultores seleccionados, y analizando documentos actualizados. Finalmente, se analizaron documentos sobre la política global de población de USAID y el programa de salud y población de USAID/Perú.

El análisis descrito en este documento también utilizó datos recogidos a través de una investigación preliminar conducida entre abril y julio de 1998 sobre la política de población y los programas de salud reproductiva en el Perú en el período post-CIPD, que incluyó 13 entrevistas semiestructuradas sostenidas con actores claves representantes de las agencias donantes, instituciones gubernamentales y ONGs feministas, así como la revisión bibliográfica de documentos oficiales relevantes del programa y otros artículos publicados. Las agencias donantes incluyeron a USAID, UNFPA y DFID; las instituciones gubernamentales incluyeron al Ministerio de Salud (Programa de Planificación Familiar, Programa de Salud Materna y Perinatal), Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano, Ministerio de Educación, y la Comisión del Congreso sobre la Mujer; las ONGs incluyeron al Centro para Estudios Sociales y Publicaciones, al Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, y al Movimiento Manuela Ramos. La autora ha continuado observando, desde entonces, el desarrollo de la política de población y los programas de salud reproductiva, a través de conversaciones con informantes claves y la lectura de artículos de la prensa así como bibliografía relevante.

Referencias

- Alan Guttmacher Institute (AGI). 1994.**
Clandestine Abortion: A Latin American Reality.
- Blondet, Cecilia y Carmen Montero. 1994.**
La Situación de La Mujer en el Perú 1980-1994. Instituto de Estudios Peruanos.
- Brems, Dr. Susan. 1996.**
"ReproSalud: A Bottom-up Approach to Reproductive Health and Women's Empowerment." Office of Health, Population and Nutrition, USAID/Peru.
- Carrasco Reyes, Ella. 1997.**
Nadie sabe lo que pasa en mi casa, yo no más conozco mi pena. Proyecto ReproSalud, Movimiento Manuela Ramos.
- Chávez, Susana. 2000.**
"Logros educativos de las mujeres: Camino hacia el empoderamiento". *Retamas y Orquídeas*, Año 2, No. 7. Boletín de ReproSalud. Proyecto ReproSalud, Movimiento Manuela Ramos
- Coe, Anna-Britt. 1999.**
Women's Empowerment through Community Based Reproductive Health Programs: A Case Study in Peru. Tesis de Maestría, American University, Washington, DC.
- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM). 1999.**
Nada Personal: Reporte de Derechos Humanos sobre la Aplicación de la Anticoncepción Quirúrgica en el Perú.
- Consortio Mujer. 1998.**
La calidad de atención en la salud reproductiva: Una mirada desde la ciudadanía femenina. Resultados de la investigación "Calidad de Atención en Salud Reproductiva en Puestos y Centros de Salud Pública de Cuzco, Lima, Piura, y Tarapoto".
- Defensoría del Pueblo. 1998.**
Anticoncepción quirúrgica voluntaria I: Casos investigados por la Defensoría del Pueblo.
- Feringa, Barbara. Inédito.**
"Two Years in the Field: ReproSalud as Seen Through Women's Eyes." Office of Health, Population and Nutrition, USAID/Peru.
- Galdos, Susana, and Barbara Feringa. 1999.**
"Creating Partnerships at the Grassroots Level: The ReproSalud Project in Peru," in *Confounding the Critics: Five Years On*, HERA, Report from the conference held in Cocoyoc, Morelos, Mexico, November 15-18, 1998.
- Gárate, María Rosa, Ximena Salazar, Eduardo Cobián, Hilda Gonzales, Agustín Espinosa, y Kathryn Tolbert. 1998.**
Hombres como Socios en Salud. Lima: Population Council.
- Grupo Impulsor Nacional: Mujeres para la Igualdad Real. 1997.**
Del Compromiso a la Acción, Después de Beijing, Que ha Hecho el Estado Peruano. Pp. 83-104.
- Hardee, Karen, Kokila Agarwal, Nancy Luke, Ellen Wilson, Margaret Pendzich, Marguerite Farrell, and Harry Cross. 1999.**
"Reproductive Health Policies and Programs in Eight Countries: Progress Since Cairo." *International Family Planning Perspectives*, Vol. 25, Supplement.
- Instituto Nacional de Estadística e Informativa (INEI). 1997.**
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996. Lima, Perú.
- International Women's Health Coalition (IWCH). 1999.**
Confounding the Critics: Five Years On, HERA, Report from the conference held in Cocoyoc, Morelos, Mexico, November 15-18, 1998.
- Mannarelli, María Emma. 1997.**
Diagnóstico de Salud Reproductiva en el Perú. Proyecto: "Seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo—El Cairo 1994". Movimiento Manuela Ramos y Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.
- Moser, Caroline. 1991.**
"Gender Programming in the Third World: Meeting Practical and Strategic Gender Needs." *Changing Perceptions: Writing on Gender and Development*, ed. Tina Wallace with Candida March, pp. 158-71. Oxford: Oxford University Press.
- Movimiento Manuela Ramos. 1997a.**
Guía del Autodiagnóstico. Unidad de Trabajo de Salud Reproductiva (UTRS), Proyecto ReproSalud.
- _____. 1997b.
El Enfoque de Género. Conceptos Fundamentales. Programa de Capacitación Permanente, Proyecto ReproSalud.
- _____. 1997c.
Salud sexual y reproductiva. Módulo 1: Sexualidad, Género y Sexualidad: Una perspectiva necesaria. Programa de Capacitación Permanente, Proyecto ReproSalud.
- _____. 1998.
Guía de Capacitación para Promotoras Comunitarias. Unidad de Trabajo de Salud Reproductiva (UTRS), Proyecto ReproSalud.
- _____. 2000a.
"Cuadro de resultados educativos por temas hasta el mes de junio del 2000". Proyecto ReproSalud.
- _____. 2000b.
"Marco de resultados e indicadores a base de entrevistas con 75 OCBs principales entre 1997 y 1998". Proyecto ReproSalud.
- _____. 2000c.
"Informe bimestral mayo-junio del 2000. Salud Reproductiva". Proyecto ReproSalud.
- _____. 2000d.
"Bancos Comunales". Proyecto ReproSalud.
- _____. 2000e.
"Desde las Regiones". *Retamas y Orquídeas*, Año 2, No. 7. Boletín del Proyecto ReproSalud.
- _____. 2000f.
Utilización de Servicios de Salud. Informe de resultados. Unidad de Monitoreo y Evaluación, Proyecto ReproSalud.
- Rogow, Debbie, y Alejandro Diez. 1999.**
"ReproSalud: Evaluación de impacto del proyecto en la región Chavín. Un estudio de caso". Proyecto ReproSalud, Movimiento Manuela Ramos.
- Salazar, Ximena. 1999.**
"Impacto del Proyecto ReproSalud. Informe del Estudio de Caso Región Puno-Quechua". Proyecto ReproSalud, Movimiento Manuela Ramos.
- Staudt, Kathleen. 1998.**
Analyzing Substantive Policies with a Gender Lens. Kumarian Press.
- USAID. 1999.**
Congressional Presentation Fiscal Year 2000: Peru. USAID Website, April 4, 2000.
- USAID/Peru. 1995.**
Project Paper: Reproductive Health in the Community "ReproSalud". A bottom-up approach to promoting reproductive health and women's empowerment. Office of Health, Population and Nutrition, USAID/Peru.
- United Nations. 1994.**
Programme of Action. International Conference on Population and Development. Cairo, Egypt.
- _____. 1995.
Platform for Action. Fourth World Conference on Women. Beijing, China.
- Yon, Carmen. 2001.**
Hablan las Mujeres Andinas: Preferencias reproductivas y anticoncepción. Proyecto ReproSalud, Movimiento Manuela Ramos.

