# EVALUACIÓN DE MITAD DE MANDATO DEL PROYECTO REPROSALUD

Por:

Bonnie Shepard
Delicia Ferrando

Presentado por:

LTG Associates, Inc.
y
TvT Associates, Inc.

Presentado a:

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
Bajo contrato No. HRN-I-00-99-00002-00, Task Order No. 812

Enero del 2002

**WORKING PAPER**

*Análisis costo-efectividad del programa ReproSalud*, se preparó bajo el auspicio de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) según los términos del Proyecto de Monitoreo, Evaluación y Apoyo de Diseños (MEDS), Contrato No. HRN-I-00-99-00002-00, Task Order No. 812. Las opiniones expresadas aquí son las de los autores y no necesariamente reflejan los puntos de vista de LTG Associates, TvT Associates o la USAID.

Se puede obtener información acerca de esta y de otras publicaciones de MEDS de:

Monitoring, Evaluation and Design Support (MEDS) Project
1101 Vermont Avenue, N.W., Suite 900
Washington, D.C. 20005
Teléfono: (202) 898-0980
Facsímil: (202) 898-7820
jklement@medsproject.com
www.medsproject.com

# SIGLAS Y TÉRMINOS

| | |
|---|---|
| USAID | Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional |
| ETS | Enfermedades de transmision sexual |
| ITR | Infecciones del tracto reproductivo |
| MINSA | Ministerio de Salud |
| MMR | Movimiento Manuela Ramos |
| OCB | Organizaciones comunitarias de base |
| ONG | Organizaciones no gubernamentales |
| PROCETTS | Programa de control de ETS y SIDA |
| PROCOSI | Programa de Coordinación en Salud Integral |
| ReproSalud | Salud Reproductivo |
| SMI | Salud Materno-Infantil |
| SR | Salud Reproductivo |
| VIH/SIDA | Virus de la Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida |

# INDICE DE CONTENIDOS

SIGLAS Y TÉRMINOS

I. INTRODUCCIÓN....1

II. OBJETIVOS, INTERROGANTES QUE DEBEN RESPONDERSE, Y METODOLOGÍA ....3
- A. Objetivos prinicpales de la evaluación de proceso ....3
- B. Interrogantes que deben responderse ....3
- C. Metodología ....4
  - Recolección de datos....4
  - Análisis de datos ....6

III. ANTECEDENTES: MOVIMIENTO MANUELA RAMOS Y LOS ORIGENES DE REPROSALUD....9

IV. OBSERVACIONES SOBRE LA FASE UNO....11
- A. Descripción de la fase uno ....11
- B. Experiencias y opiniones de los principales participantes....12
  - Punto de vista del personal de ReproSalud sobre el éxito de la fase uno ..12
  - Relaciones con el sector salud ....13
  - Relaciones con autoridades locales....16
  - Relaciones con otras ONG....17
- C. Percepción del impacto de los programas de la fase uno....18
  - Percepción general sobre el impacto en las mujeres....18
  - Impacto sobre las actitudes y conductas de los hombres y sobre las hombres y mujeres ....22
  - Impacto sobre los adolescentes....23
  - Impacto sobre el uso de servicios de salud y sobre la calidad de la atención....23
- D. Recomendaciones para replicas futuras del modelo de la fase uno ....30

V. OBSERVACIONES SOBRE LA FASE DOS....33
- A. Antecedentes ....33
- B. Descripción de la fase dos....34
- C. Resultados: Experiencias y opiniones de los participantes principales ....39
- D. Preocupaciones originadas por el modelo de defensoría de la fase dos ....47

VI. AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA Y SOSTENIMIENTO A LARGO PLAZO ....49
- A. Reforzamiento de los cambios a nivel comunitario....51
- B. Estrategias para ampliar la cobertura....52

C. Replica por parte del MINSA y de las ONG .....54
D. Programa de comunicaciones.....57
E. Pensamiento final sobre sostenimiento.....59

VII. DISEÑO DE LA EVALUACIÓN Y RECOMENDACIONES.....61
A. Comentario general sobre innovación y evaluación.....61
B. Comentario sobre la evaluación del ReproSalud .....61
C. Recomendaciones .....63
D. Preguntas de evaluación para la defensoría de la fase dos.....65
E. Evaluación del alcance y replicabilidad por promotoras y el MINSA a nuevas comunidades o distritos.....66
F. Interrogantes de la evaluación relacionadas con el programa de comunicaciones.....67
G. Interrogantes de la evaluación relacionadas con las comunidades actualmente involucradas en el proyecto.....67

VIII. RESUMEN DE RECOMENDACIONES.....69

ANEXOS
A. Bibliografia .....73

TABLAS
Table 1: Metas y criterios para realizar las entrevistas en cada departamento .....6
Table 2: Nivel de coordinación de las autoridades de salud .....14
Table 3: Nivel de coordinación de proveedores de servicios de salud con:.....14
Table 4: Promotores pregunta 12 relación con el MINSA.....15
Table 5: ¿Como mejorar la relación con el MINSA?.....16
Table 6: Impacto en las mujeres (a).....20
Table 7: Impacto en las mujeres (b).....21
Table 8: Impacto en los hombres .....22
Table 9: ¿ReproSalud tuvo algún impacto sobre el uso de los servicios? .....25
Table 10: Cambios en los servicios para mejorar la calidad .....26
Table 11: Impacto en la relación del proveedor/cliente.....28
Table 12: Modelo de defensoría.....38
Table 13: ¿Las prioridades coinciden?.....40
Table 14: ¿Trabajarían para el MINSA?.....53
Table 15: Réplica a través de las ONG.....56

CUADROS
Cuadro 1: Prioridades de ReproSalud/OCB y del MINSA.....42

# I. INTRODUCCIÓN

NOTA PARA EL LECTOR: Este primer borrador fue redactado antes de tener acceso a los resultados del estudio cuantitativo de impacto. Se incluyen algunas observaciones de conversaciones sostenidas con Delicia Ferrando, pero deben ser consideradas únicamente tentativas. Por otro lado, este borrador no incluye las observaciones de Delicia Ferrando, una de las investigadoras principales de este estudio. Finalmente, espero recibir las correcciones del personal de ReproSalud a cualquier error que haya sido incluido involuntariamente en este borrador.

ReproSalud es un acuerdo cooperativo entre USAID y el Movimiento Manuela Ramos, la organización feminista peruana, que fuera firmado en agosto de 1995, y cuya implementación se inició en 1996. Ha recibido dos mandatos de cinco años cada uno, y la fecha de término del acuerdo actual es el 30 de setiembre del 2005. La meta principal del proyecto es mejorar la salud reproductiva de mujeres pobres que viven en zonas rurales y urbano marginales del Perú. Se espera lograr un aumento en el uso de todo tipo de intervenciones que protejan la salud reproductiva de las mujeres, desde conductas individuales de protección de la salud (como una mejor higiene para prevenir las ITR[1], y un aumento en el uso de métodos de planificación familiar) hasta un mayor uso de servicios formales de salud. El proyecto también espera tener un impacto positivo sobre los factores socioculturales que afectan la salud de las mujeres, especialmente en los patrones tradicionales de relaciones de género que someten a las mujeres a la violencia y limitan su autonomía, su participación en asuntos de la comunidad, y su capacidad para acceder a servicios de atención de la salud.

Con el objeto de fortalecer a la mujer, el programa ha tenido un importante componente de generación de ingresos a través de micro créditos (bancos comunitarios) y "desarrollo de productos" (producción y venta de artículos artesanales para compradores mayoristas). Como estos componentes ya no reciben apoyo financiero de USAID, no se les ha incluido en esta evaluación. Sin embargo, el análisis de costos hace breves consideraciones acerca de ellos.

La Fase Uno del proyecto incluye tres ciclos de sub donaciones para organizaciones comunitarias de base (las OCB) femeninas ubicadas en comunidades pobres y alejadas. Cada sub donación apoya intervenciones educativas participativas comunitarias sobre un problema específico de salud reproductiva que fuera identificado por la comunidad.

Al momento de esta evaluación de mitad de mandato, el proyecto se encuentra activo en cinco departamentos del Perú: Ancash, Ayacucho, Huancavélica, La Libertad, y Puno[2].

[1] Infecciónes del Tracto Reproductivo.

[2] Los departamentos de Ucayali, San Martín y Lima ya no forman parte del proyecto. Algunos resultados de estos departamentos han sido incluidos en el análisis de costos y en el estudio cuantitativo de impacto. Al momento del estudio, dos oficinas de ReproSalud en Puno, una en zonas Aymara-parlantes y otra en

A la fecha, y dentro de la Fase Uno, 231 OCB han completado dos sub proyectos. Cada sub proyecto involucra también a las diversas OCB "asociadas" de zonas aledañas; por lo tanto, el número total de organizaciones femeninas que han completado el programa alcanza 2,568. Al mes de agosto del 2001, 95,231 mujeres y 46,253 hombres en ocho departamentos del país –un total de 141,484 individuos- se habían visto beneficiados directamente por los sub proyectos educativos comunitarios de la Fase Uno[3]. Familiares cercanos y vecinos de estas personas también se han visto beneficiados indirectamente por el programa.

Durante la Fase Dos, la meta de ReproSalud es involucrar a 50 OCB con una red más amplia de OCB asociadas en una subvención que combine actividades de defensa sobre temas de salud con actividades educativas continuas sobre temas de salud reproductiva, dando mayor énfasis a la abogacía. El objetivo es crear 111 Comités de Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, cuyos miembros sean Presidentas de las OCB- y redes de promotores de ReproSalud en 67 distritos que deberán negociar sus acuerdos con 80 Centros de Salud[4]. Durante la recolección de datos, las actividades de la Fase Dos recientemente se habían iniciado[5], por ello los resultados de la evaluación se refieren principalmente a factores de facilitación y barreras, y a las percepciones de los encuestados sobre los planes actuales.

La evaluación de mitad de mandato tiene tres componentes: el proceso de evaluación, el análisis de los resultados del estudio cuantitativo de impacto, y el análisis de costos. Delicia Ferrando es la autora del estudio cuantitativo de impacto. Arlette Beltrán, de la Universidad del Pacífico, elaboró el análisis de costos. Bonnie Shepard redactará y entregará en febrero del 2002 el documento final, que incluirá recomendaciones basadas en los resultados de los tres componentes de la evaluación. Este informe describe los resultados y recomendaciones de la evaluación de proceso.

zonas Quechua-parlantes, se habían consolidado en una sola. Este proceso causó demoras en la implementación de la Fase Uno en este departamento.

[3] Informe bimestral del Plan Operativo, ReproSalud, Octubre 2001.

[4] Establecimientos de segundo nivel que actúan como centros de referencia para un distrito, y que cuentan con instalaciónes básicas de cirugía, obstetricia y hospitalarias. Las postas médicas son los establecimientos de primer nivel.

[5] Los primeros sub proyectos llegaron a la Oficina Principal en diciembre.

# II. OBJETIVOS, INTERROGANTES QUE DEBEN RESPONDERSE, Y METODOLOGÍA

## A. OBJETIVOS PRINCIPALES DE LA EVALUACIÓN DE PROCESO

1. Determinar cuáles fueron las experiencias de los principales participantes durante la implementación de la Fase Uno de ReproSalud en cinco departamentos del país, y hacer recomendaciones para mejorar el modelo de réplica.

2. Determinar cuáles fueron las experiencias de los principales participantes durante los esfuerzos iniciales de defensa de ReproSalud durante la Fase Dos, y hacer las recomendaciones necesarias para mejorar los sub proyectos actuales, los cuales integran los componentes de defensa y educación en salud reproductiva.

3. Identificar las oportunidades potenciales para realizar ReproSalud en cinco departamentos del país.

4. Proporcionar datos cualitativos sobre las percepciones del impacto entre los principales participantes con el objeto de complementar la información cuantitativa obtenida en el estudio de mitad de mandato[6].

## B. INTERROGANTES QUE DEBEN RESPONDERSE

1. ¿Cómo perciben las autoridades locales y los proveedores de servicios de salud el programa ReproSalud?

2. ¿Cuál es el nivel de receptividad de las personas responsables de adoptar decisiones de los seis departamentos y de los proveedores de salud que han interactuado con las OCB , hacia las metas de defensoría de ReproSalud?

3. ¿Cuáles son las lecciones aprendidas a propósito de la implementación de la Fase Uno del proyecto? ¿Cómo debería ajustarse el modelo para los propósitos de réplica?

4. De acuerdo con los principales participantes, ¿Cuáles son las barreras y los factores de facilitación hacia la estrategia actual de la Fase Dos de Salud Reproductiva/Defensoría? ¿El proyecto está aplicando todas las estrategias necesarias para vencer estas barreras? ¿El proyecto está aprovechando de manera ventajosa los factores coadyuvantes?

[6] Esta meta fue agregada después de la aprobación del plan de evaluación, cuando quedó claro que no habría otras fuentes de información cualitativa sobre el impacto hasta después del año 2002.

5. ¿Los principales participantes de la estrategia de la Fase Dos han recomendado ajustes en la estrategia de ReproSalud?

6. ¿Qué factores afectarían las posibilidades de aumentar y/o replicar este modelo (Fases Uno y Dos) en el Perú? ¿En otros países?

# C. METODOLOGÍA

Las dos principales fuentes de información para la evaluación de proceso fueron una recolección primaria de datos por parte de B. Shepard y D. Ferrando, con el apoyo de dos asistentes de investigación, y la revisión de documentos del proyecto.

**Recolección de datos**

El equipo de evaluación condujo entrevistas semi estructuradas con encuestados en dos a tres distritos de cinco departamentos del país, y con otros informantes asociados estrechamente con el proyecto. También analizó documentos relacionados con el proyecto, incluyendo información de monitoreo y evaluaciones anteriores. Las oficinas locales de ReproSalud ayudaron a hacer las citas con las autoridades de salud y con las OCB locales. Los viajes a los diferentes departamentos duraron tres a cuatro días, con el primer día dedicado a entrevistas con personal de ReproSalud y autoridades de salud, y los siguientes días dedicados a visitar los distintos distritos, algunos de los cuales se encontraban a cuatro o cinco horas de viaje de la ciudad capital. En cada distrito se entrevistaron promotoras y miembros de las OCB, tanto de las sub beneficiarias[7] "ganadoras" como de las asociadas.

Los Coordinadores apoyaron a los evaluadores a elegir los distritos de acuerdo a los siguientes tres criterios:

1) Desempeño promedio de sub proyectos, de acuerdo con las evaluaciones de estos.

2) Combinación de comunidades rurales y urbanas: un total aproximado de seis comunidades urbanas y 14 rurales.

3) Facilidad de acceso, debido a las limitaciones de tiempo de evaluación[8].

Se elaboró una guía diferente de entrevista semi estructurada para cada tipo de entrevistado, como sigue[9]:

[7] En el modelo de ReproSalud, las OCBs en cada distrito compiten por ganar el privilegio de administrar el sub proyecto. Luego, la "ganadora" convoca las reuniónes del proyecto y organiza la capacitación y todos los eventos programados. Sin embargo, todas las OCBs que entran al concurso luego participan en el proyecto, y sus asociadas son capacitadas como promotoras.

[8] Este criterio significó que las condiciónes de las comunidades rurales más lejanas fueron sub representadas en esta evaluación.

a) Coordinadoras, y promotoras regionales de ReproSalud. Las principales informantes sobre variaciones en la implementación por departamento, sobre lecciones aprendidas, sobre la mejor manera de implementar este tipo de proyecto, y sobre elementos clave dentro del contexto del proyecto que podrían afectar los resultados. En dos de los departamentos, las promotoras fueron entrevistadas en una reunión de grupo, y en los otros tres, dos promotoras fueron entrevistadas individualmente. Las entrevistas con las coordinadoras tuvieron una duración de 3 a 4 horas.

b) Otros directores del programa de Salud Reproductiva (SR): Se entrevistaron coordinadores de otros proyectos importantes de salud reproductiva que operan en el mismo departamento, aproximadamente dos por cada uno. No todos los entrevistados tenían una relación cercana de trabajo con ReproSalud.

c) Autoridades del sector salud. Aquellas personas que tienen el poder de tomar decisiones a nivel departamental (DISA), tuvieran o no interacciones con el proyecto debido al alto nivel de rotación durante el año 2001, y Directores de los Centros de Salud u Hospitales a nivel de distrito.

d) Proveedores de servicios de salud. Principalmente directores de postas médicas rurales o urbano marginales, que interactuaron con promotoras de ReproSalud y con las OCB.

e) Autoridades locales y comunales. Principalmente alcaldes de zonas urbanas, "gobernadores" de vecindarios ubicados en comunidades urbano marginales, y autoridades comunitarias en zonas rurales.

f) Promotores de ReproSalud de ambos sexos: tanto de las OCB beneficiarias como de las asociadas.

g) Miembros de las OCB: tanto de las OCB beneficiarias como de las asociadas.

h) Personas relacionadas con la implementación e historia del proyecto. Personal de la Oficina Principal, personal actual y anterior de USAID/Lima, y consultores.

[9] Debido al retraso de un mes en el inicio de la evaluación, el equipo no pudo realizar una prueba de campo de las guías de entrevista antes de visitar los primeros dos departamentos (Ancash y Ayacucho). Se originaron importantes temas durante estas visitas (por ejemplo, el tema de las metas del MINSA para partos institucionales) por lo que éstos fueron incorporados a las guías de entrevista para los tres departamentos restantes. Las guías de entrevista anexadas a este informe son las versiones finales de los cuestionarios.

**Tabla 1: Metas y criterios para realizar las entrevistas en cada departamento**

| Tipo de Informantes | Nivel | Criterio | Meta por # de entrevistas en cada departamento (Totales) | Número de entrevistas logradas |
|---|---|---|---|---|
| Coordinadora de ReproSalud y Promotoras Regionales | Departamental | Personal actual | 3+ (15+) | 11 individuales<br>2 grupales |
| Autoridades de salud | Departamental & Distrital | Encargados de SR y/o SMI a nivel departamental, o Director de Centro de Salud | 3+ (15+) | 24 |
| Personal de otros programas de de SR | Departamental | Encargados de las ONG o programas SR o SMI. Idealmente, el programa funciona en algunos de los mismos distritos de ReproSalud | 1-2 (5-10) | 10 |
| Proveedores de Servicios de Salud | Distrital | Personal o promotores reportaron que tuvieron alguna relación con el proyecto. De preferencia obstétricos o directores de postas médicas | 3 (15) | 16 |
| Autoridades locales y comunitarias | Comunitario | Con jurisdicción en la comunidad de OCB | 4 (20) | 20 |
| Promotores de ReproSalud | Comunitario | Con puestos clave dentro de la OCB beneficiaria, y promotores de comunidades asociadas. | 8 (40) | 44 total<br>32 mujeres<br>12 hombres |
| Miembros de la OCB | Comunitario | Miembros de las OCB beneficiarias y asociadas | 8 (40) | 39 + 3 entrevis grupales [10] |
| Otro personal de ReproSalud, participantes, y evaluadores | Oficina Principal, USAID e internacional | Aquellos con experiencia previa e historial en el proyecto. | 6 ReproSalud<br>3-4 USAID | 4 ReproSalud<br>3 USAID |
| TOTAL | | | | 171 individuales<br>5 grupales |

## Análisis de datos

Análisis de las Entrevistas

Todas las entrevistas fueron transcritas en computadora utilizando tablas de procesador de texto de acuerdo con las notas de campo. Todas las entrevistas, a excepción de aquellas con personal de ReproSalud y USAID –un total de 153- fueron luego

[10] Por motivos logísticos –principalmente falta de tiempo- todos los miembros de las OCBs en Ayacucho fueron entrevistados en grupo y no individualmente.

transferidas a una base de datos donde las preguntas (con sus respuestas correspondientes) fueron codificadas. Luego, las entrevistas fueron analizadas siguiendo estos códigos para producir un informe.

Durante la semana del 10 de diciembre del 2001 se realizaron entrevistas de seguimiento con algunas personas que trabajan en ReproSalud así como con ciertos consultores para discutir posibles recomendaciones como resultado de la evaluación procesal.

Análisis de los documentos relacionados con el proyecto

El proyecto ReproSalud es inmenso, complejo, y ha producido información muy valiosa, aunque mucha de ella sea sub utilizada. El proyecto tiene un sistema de monitoreo extenso y sobresaliente, así como una base de datos –desarrollada con la asistencia técnica de Management Sciences for Health– relacionada con cada sub proyecto, que puede ser analizada en diferentes niveles: OCB, distrital, y departamental. La duración y plazos para esta evaluación sólo permitieron que el equipo le diera un vistazo a los siguientes documentos esenciales: el documento del proyecto, los informes anuales para USAID, las estructuras conceptuales y los resultados de las Fases Uno y Dos, y los informes de evaluaciones previas así como los reportes de consultores diversos. Los informes anuales contienen información esencial obtenida del sistema de monitoreo.

La información de monitoreo también incluye evaluaciones de sub proyectos que proporcionan detalles adicionales sobre cada sub proyecto. El equipo sólo pudo recabar ejemplos aislados de estas evaluaciones, lo que representa una importante fuente de información sobre lecciones aprendidas durante la implementación de la Fase Uno. Las evaluaciones previas incluyen el reporte Pop-Tech que originó el actual sistema de evaluación de impacto, y otros tres informes: *Two Years Off the Ground* ("Dos Años desde el Despegue") por Barbara Feringa; *Health, Rights and Realities: An Analysis of the ReproSalud Project in Peru* ("Salud, Derechos y Realidades: Un Análisis del Proyecto ReproSalud en el Perú") por Anna-Britt Coe, y *La Comunicación en el Proceso Participativo de ReproSalud*, por Alfonso Gamucio Dagrón (2001).

# III. ANTECEDENTES: MOVIMIENTO MANUELA RAMOS Y LOS ORÍGINES DEL PROYECTO REPROSALUD

El Movimiento Manuela Ramos (MMR) enfrentó un reto formidable de organización cuando inició ReproSalud en 1995-96. El diseño de ReproSalud estaba basado en la experiencia del sobre diversos proyectos más pequeños. Tuvieron que erigir un modelo de programa altamente participativo y complejo para comunidades que son "difíciles de alcanzar", tanto cultural como geográficamente. Para ello, tuvo que transformarse en una organización con un enfoque nacional, con una infraestructura y tipo de personal necesario para trabajar en comunidades indígenas ubicadas en zonas rurales. Al momento que recibió el mandato, muchos profesionales que trabajan en el campo de la salud reproductiva –especialmente en las ONG grandes- dudaron que el MMR tuviera la capacidad para enfrentar dignamente los retos organizativos y políticos que implicaba el proyecto:

- Iniciar y equipar ocho oficinas regionales nuevas.

- Contratar y capacitar personal al mismo tiempo quechua o aymara parlante, de acuerdo con las necesidades, y susceptible a los principios básicos del programa (ver recuadro).

- Desarrollar sistemas administrativos, financieros, de monitoreo y supervisión necesarios para un programa a gran escala.

- Manejar las complejidades relacionadas con la adquisición de vehículos y equipos, y la presentación de informes durante su primera experiencia como beneficiario de una subvención de USAID.

- Desarrollar todo el material educativo y de capacitación que sería utilizado por el programa, lo que no estaba incluido en su diseño original.

- Iniciar un programa de salud reproductiva y dos programas a gran escala para la generación de ingresos.

- Enfrentar opiniones y mandatos conflictivos sobre: cómo debería ser evaluado el programa, el nivel de involucramiento del MMR en la evaluación, y qué tipo de investigación básica debería realizarse.

- Responder a las preocupaciones de los diferentes participantes, algunos de los cuales presentaban conflictos: USAID, consultores, MINSA, OCB, autoridades locales, sus colegas en otras organizaciones feministas, y otras ONG que trabajan en salud reproductiva.

- Luego de la aplicación de los diagnósticos iniciales, se enfrentaron al inesperado reto adicional de incorporar actividades educativas para hombres dentro del programa, lo que implicaba contratar personal regional masculino, desarrollar materiales educativos nuevos, y la capacitación de promotores masculinos a nivel comunitario.

## PRINCIPIOS BÁSICOS DEL PROGRAMA REPROSALUD

- Compromiso con la igualdad de género y el fortalecimiento de la mujer;
- Compromiso con los procesos participativos que ponen a cargo a los miembros de la comunidad;
- Promoción de salud y derechos sexuales y reproductivos;
- Respeto a las culturas indígenas, integración del conocimiento moderno con el conocimiento tradicional de la salud, y prácticas que no sean dañinas para la salud.

# IV. OBSERVACIONES SOBRE LA FASE UNO

## A. DESCRIPCIÓN DE LA FASE UNO[11]

Aún cuando el personal del Movimiento Manuela Ramos tenía experiencia en la implementación de programas similares, a menor escala, el ascenso hacia una dimensión mayor requirió de cambios significativos. El personal indicó que los primeros dos años implicaron muchas pruebas y errores a medida que aprendían las mejores formas de lograr sus metas. A continuación, se hace un breve resumen del proceso.

- *Selección de la OCB Asociada*. Se realizó eligiendo primero los distritos con mayor nivel de necesidades básicas insatisfechas, tomando también en cuenta estadísticas de salud reproductiva. A continuación se invitó a todas las OCB femeninas a un concurso. En primer lugar, debían presentar pruebas escritas de que eran una organización operativa legítima, con estatutos, actas de consejos, y cartas de apoyo de sus autoridades locales. Aquellas organizaciones que pasaron la primera fase de selección debían desarrollar un socio drama sobre el problema de salud reproductiva que deseaban cubrir. El concurso fue calificado por un panel de jueces que incluyó personalidades locales, y la OCB con el mejor socio drama fue seleccionada para administrar el sub proyecto, mientras que el resto de concursantes fueron invitadas a participar en el sub proyecto como OCB asociadas. Sus promotoras fueron capacitadas junto con las de la OCB ganadora.

- *Identificación de problemas de salud*. El auto-diagnóstico es un proceso participativo de evaluación de la salud comunitaria que utiliza cuatro o cinco sesiones para reflexionar sobre los problemas y sus causas, utilizando una metodología llamada "árbol de problemas". Al final del proceso, las participantes asignan prioridades a sus problemas y votan sobre el más importante a ser cubierto por su sub proyecto.

- *Diseño del sub proyecto.* El personal de ReproSalud trabajó junto con cada grupo de las OCB para diseñar la intervención. Cada sub proyecto tiene una duración de 6 a 10 meses, y tiene un costo de entre 2,500 y 6,500 USD. La OCB contribuye un 10 porciento de los costos totales. El Comité Directivo recibe capacitación en administración y contabilidad.

- *Implementación*. Las socias de la OCB son capacitadas en salud reproductiva con el objeto de convertirlas en promotoras comunitarias. Luego, ellas se encargan de aplicar las sesiones de capacitación dentro de sus propias comunidades. El módulo básico incluye anatomía, fisiología de la reproducción, y roles de género.

[11] La siguiente descripción de la Fase Uno se ha basado en el trabajo publicado por Anna-Britt Coe, y utiliza extensamente su propio lenguaje. Coe, 2000, p.12.

Otros módulos contemplan los siguientes temas: Muchos Hijos, Enfermedades de los Órganos Sexuales, Dificultades en el Parto, y Violencia.

- *Evaluación del Sub proyecto.* La OCB evalúa su proyecto junto con el personal de ReproSalud, de acuerdo a una guía estándar de preguntas, con un sistema de puntuación. Luego, el proceso es reiniciado para identificar los temas que se desean tratar en el segundo y tercer subproyecto.

# B. EXPERIENCIAS Y OPINIONES DE LOS PRINCIPALES PARTICIPANTES DE LA FASE UNO

Los cuestionarios de la evaluación de proceso procuraban respuestas de los entrevistados sobre temas claves como relaciones entre ReproSalud y el sector salud, autoridades locales, y las otras ONG, y sobre el impacto del programa en las mujeres, en los hombres, y en el uso y calidad de los servicios de salud.

Las sesiones de capacitación de los promotores y las charlas educativas subsiguientes en las comunidades fueron altamente calificadas por las promotoras y miembros de la OCB, así como por la mayoría de los entrevistados externos. La popularidad de este componente ha creado una demanda por un proceso de educación y capacitación permanente, que el proyecto no tiene capacidad de satisfacer. A excepción de algunas de las ONG asociadas que están directamente vinculadas, o de profesionales del sector salud, los miembros de la comunidad o sus autoridades locales rara vez mencionaron los auto diagnósticos. Es probable que esto se deba a la prominencia de las intervenciones más recientes del proyecto ReproSalud.

El personal de ReproSalud dio sus opiniones sobre una variedad de temas, pero una de ellas fue cuáles aspectos de la Fase Uno tuvieron mayor impacto, y si debían hacer ajustes al modelo. La mayoría expresó de diferente forma, que el MMR ha actuado como una organización de aprendizaje, perfeccionando el proceso de la Fase Uno a medida que avanzaba. Por lo tanto, tenían muy pocas sugerencias substanciales para cambios al modelo.

### Puntos de vista del personal de ReproSalud sobre el exito de la fase uno

- El personal de ReproSalud así como otros entrevistados resaltaron al auto diagnóstico como un factor clave para realizar su trabajo en estas comunidades de la Sierra. En primer lugar, para lograr entender la visión de las mujeres sobre sus problemas de salud, y para comprender por qué ciertos problemas tenían mayor prioridad para ellas. En segundo lugar, el proceso incorporó a los miembros de la OCB, involucrándolas en la identificación de problemas, encargándoles la toma de decisiones básicas, y ayudándoles a conseguir apoyo y compromisos para todas sus intervenciones.

- El personal de ReproSalud cree que el proceso de selección de comunidades para las intervenciones fue efectivo. La realización, primero de una investigación sobre el grado de necesidad, y luego sobre la capacidad organizativa de la OCB aparentemente funcionó bien. La aplicación de concursos de socio dramas como indicador de capacidad organizativa funcionó en la mayoría de casos. Sin embargo, cierto personal del MINSA y de ReproSalud creen que la proximidad a un servicio del MINSA, así como las opiniones de los proveedores de servicios del MINSA, debieron tomarse en cuenta durante la selección de las comunidades o distritos. Un funcionario del MINSA consideró que debió consultársele también durante la selección de la OCB.

- La política de flexibilidad de ReproSalud para responder a las necesidades identificadas por las OCB fue de vital importancia para los resultados. Esta capacidad de respuesta es simplemente la regla de un programa participativo, pero es raro que dicho principio sea puesto en práctica cuando el proceso participativo presenta prioridades que la ONG u organismo no había anticipado o presupuestado, y no comparte. El punto decisivo del proyecto fue la inclusión de un componente educativo para hombres, una vez que se presentó la demanda de ello por un grupo numeroso de las OCB durante el diseño de su sub proyecto. La inclusión de educación para hombres involucró una mayor inversión no prevista dadas las necesidades de: contratar promotores masculinos de ReproSalud en cada oficina regional, capacitar promotores masculinos en las comunidades, desarrar módulos y materiales de capacitación para hombres, y supervisar el trabajo de los promotores masculinos en sus comunidades. El proyecto ha creado un valioso recurso para otros grupos que trabajan en estos temas con hombres, y para cualquier trabajo futuro con hombres durante el resto del proyecto.

## Relaciones con el Sector Salud

Una de las metas de todos los proyectos de la Fase Uno, aunque no la más importante, era asegurar el apoyo de autoridades y proveedores de servicios del sector salud, así como de las autoridades locales. Todas las evaluaciones de los sub proyectos incluyen una sección sobre los avances en la obtención de este apoyo, que fue tarea de las promotoras. Todas las ganadoras de los sub proyectos tenían que hacer una contribución local, que equivalía a aproximadamente 10 porciento del valor total del proyecto. En muchos casos, esta contribución tomó la forma de un local u otros recursos proporcionados por las autoridades del lugar.

El personal de ReproSalud destaca que la coordinación con las autoridades de salud no era una prioridad de la Fase Uno del proyecto. Efectivamente, durante los primeros tres años del proyecto, las relaciones entre el sector salud y las ONG feministas eran negativas, debido a las fuertes campañas de esterilización llevadas a cabo por el Gobierno[12]. A finales del año 2001, cuatro años después de finalizadas estas campañas,

[12] Durante el período 1994-1997, amplias campañas de esterilización fueron intensamente promovidas por el Gobierno de Fujimori, presiónando a los proveedores de servicios a cumplir las metas anuales. Esto

las relaciones entre personal de ReproSalud y promotoras de las OCB, con el sector salud, aparentemente están bien establecidas y son cada vez más cercanas[13].

Las siguientes tablas analizan las respuestas de los entrevistados a interrogantes sobre las relaciones entre ReproSalud y el sector salud.

Experiencias de la fase uno

**Tabla 2: Nivel de coordinación de las autoridades de salud**

| | PERSONAL DE REPROSALUD | | | PROMOTORAS DE LA OCB | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ALTO | MEDIO | BAJO | ALTO | MEDIO | BAJO |
| Ayacucho | 3 | 3 | 1 | | 1 | 6 |
| Ancash | 4 | | | 1 | 2 | 1 |
| Huancavélica | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| La Libertad | 3 | 1 | | 1 | | 3 |
| Puno | 1 | 1 | 1 | | 3 | |
| **Subtotal** | **14** | **6** | **4** | **3** | **7** | **14** |

**Tabla 3: Nivel de coordinación de proveedores de servicios de salud con:**

| | PERSONAL DE REPROSALUD | | | PROMOTORAS DE LA OCB | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ALTO | MEDIO | BAJO | ALTO | MEDIO | BAJO |
| Ayacucho | 1 | 2 | | 1 | 2 | |
| Ancash | 2 | 1 | | 3 | | |
| Huancavélica | 2 | 2 | | 2 | 2 | |
| La Libertad | 2 | 1 | | 3 | | |
| Puno | 2 | 1 | | 3 | | |
| **Subtotal** | **9** | **7** | **0** | **12** | **4** | **0** |

generó un modelo de interacción coercitivo con las usuarias, dificultando la cooperación oficial con proyectos tales como ReproSalud, que opera dentro de una estructura de derechos reproductivos.

[13] Se encontró una excepción a esta tendencia positiva entre las autoridades de salud de Huancavélica, donde ReproSalud denunció públicamente a cierto personal del Ministerio por prácticas coercitivas.

De las 24 autoridades de salud, catorce calificaron su nivel de coordinación con personal de ReproSalud como alto. A nivel local, los proveedores de salud dividieron sus calificaciones entre alto (9) y medio (7). No fue sorprendente notar que las autoridades de salud tienen escaso contacto con las promotoras de las OCB, con excepción de los Coordinadores de Participación Comunitaria en la Dirección Departamental de Salud (DISA). Mientras que las autoridades de salud mostraban una tendencia a dar descripciones neutrales de los hechos al ser interrogadas sobre sus experiencias con ReproSalud, 12 de los 14 proveedores de salud –quienes tienen el contacto más cercano a la fecha- hicieron espontáneamente comentarios positivos.

Muchas de las promotoras realizan referencias con bastante frecuencia a los servicios de salud, lo cual es muy apreciado por los proveedores de servicios, pues les ayuda a cumplir con sus metas de cobertura. Existen relatos en las regiones indicando que las promotoras se esfuerzan heroicamente para sobreponerse a la oposición de su familia o esposo, y llevar a las mujeres a la posta médica para el parto o tratamiento de cáncer cervical (ver el Anexo sobre "Logros"). El punto de vista de las promotoras sobre su relación con los proveedores de salud es muy positivo, y da énfasis a su papel como fuente de referencias sobre los centros de salud[14].

**Tabla 4: Promotores pregunta 12 relación con el MINSA**

| | Positiva | Mixta | Negativa | N/A | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| Ayacucho | 7 | 1 | | 2 | |
| Ancash | 6 | 1 | | 1 | |
| Huancavélica | 6 | 2 | 1 | | |
| La Libertad | 6 | 1 | 1 | | |
| Puno | 5 | | 4 | | |
| | | | | | |
| TOTALES | 30 | 5 | 6 | 3 | 44 |
| | | | | | |
| POSITIVA | | | | | |
| Trato Bueno / Sensible | 10 | | | | |
| Referencias funcionan bien | 17 | | | | |
| Respeto mutuo | 2 | | | | |
| Cubre la demanda | 1 | 1 | | | |
| | | | | | |
| MIXTA Y NEGATIVA | | | | | |
| | | 1 | | | |

[14] Esta muestra es muy pequeña y sólo cubre dos distritos en Puno, por lo que no queda claro si la concentración de respuestas negativas en Puno es significativa. Los miembros de la OCB en Puno también mostraron mayor tendencia a quejarse por maltrato.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No cubre la demanda | | | | | |
| Es hombre, no sabe | | | | 3 | |
| Problemas con el trato | | 1 | 4 | | |
| Rotación del personal | | 1 | | | |
| Falta de respeto | | 1 | 1 | | |
| Posta médica no está abastecida | | | 1 | | |
| TOTALES | 30 | 5 | 6 | 3 | 44 |

Cuando se le solicitó a los entrevistados que aportaran ideas sobre cómo ReproSalud podría mejorar su relación con el sector salud, y sobre qué recomendaciones harían a ReproSalud como pregunta general, una amplia mayoría de los entrevistados del sector salud solicitaron una mayor coordinación, y que esta sea institucionalizada. Dicha coordinación es la característica más prominente de los planes de la Fase Dos, por lo que existe un alto nivel de coincidencia entre los planes de ReproSalud y los deseos de las autoridades y proveedores de servicios de salud.

**Tabla 5: ¿Cómo mejorar la relación con el MINSA?**
**Autoridades de salud y proveedores de servicios de salud**

| | Mejor coordinación | Continuar educación y capacitación (Fase I) | Mejorar supervisión de promotoras y reforzar referencias | Mayor entendimiento de normas del MINSA, sus límites, condiciones de trabajo | Capacitación conjunta de promotores del MINSA y ReproSalud | Planes de la Fase Dos, negociaciónes con miembros de la OCB | Capacitar personal del MINSA en calidad y modelo de ReproSalud |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ancash | 3 | 3 | 3 | | | | |
| Ayacucho | 4 | 1 | | 2 | 1 | 1 | |
| Huancavélica | 3 | | 2 | | | 1 | 2 |
| La Libertad | 3 | 1 | 1 | | | | 1 |
| Puno | 4 | 1 | 1 | | | | |
| | | | | | | | |
| **TOTALES** | **17** | **6** | **7** | **2** | **1** | **2** | **3** |

**Relaciones con autoridades locales**

Las entrevistas con las autoridades locales, especialmente en comunidades rurales, son un excelente indicador del sentimiento entre los hombres de la comunidad. En general, el nivel de apoyo de las autoridades locales parece ser muy alto. De las 20 autoridades locales entrevistadas, 16 expresaron opiniones favorables, dos neutrales, y dos (Ancash y Ayacucho) abiertamente hostiles. Diecisiete informaron que ReproSalud había tenido un

impacto positivo sobre la comunidad, con énfasis en el uso de la Planificación Familiar y la reducción de la violencia doméstica.

El enorme potencial que significa el apoyo de las autoridades locales para el sostenimiento de programas comunitarios como ReproSalud es evidente en las entrevistas. Las promotoras menciónaron que el apoyo más significativo provino de las autoridades locales. Más de 17 entrevistados de los 33 mencionaron que el local utilizado por la OCB fue provisto por las autoridades locales, y en algunos casos fueron donados terrenos para construir el local. Otros tipos de apoyo logístico incluyeron transporte, equipo y materiales, y refrigerios.

Sin embargo, el apoyo de las autoridades locales es también de vital importancia para darle legitimidad a programas nuevos, y hasta cierto punto controvertidos, como ReproSalud. Quince promotoras hablaron sobre la importancia de tener autoridades locales que ayuden a convocar a miembros de la comunidad a las charlas educativas que ofrecen. En muchos casos, las promotoras mencionaron que los hombres, sin el sello de legitimidad de la autoridad local, no hubiesen ellos mismos participado o no hubiesen permitido que sus esposas asistieran. En los sub proyectos que trabajaron con hombres, las autoridades locales que dieron su entero respaldo, fueron de casa en casa hablando con los hombres, convenciéndolos de participar. Gran parte de estas autoridades asistieron a las charlas para hombres. Más aún, en un pequeño número de casos las autoridades locales ayudaron con las gestiones; en otras palabras, proporcionaron su apoyo oficial cuando la OCB lo solicitó, ya fuera a través de su reconocimiento legal, o negociando un tema con el sector salud. Este tipo de apoyo es primordial para los esfuerzos de defensoría de la Fase Dos.

Finalmente, existen numerosos relatos de miembros de las OCB que perdieron su miedo a hablar en público gracias a la capacitación de ReproSalud, se convirtieron en personas activas de su comunidad, y fueron elegidas como autoridades locales dentro de los últimos tres años.

**Relaciones con otras ONG**

Sólo se entrevistaron a otras 10 ONG, dos por departamento. Seis de ellas hablaron de una relación muy positiva con el personal regional de ReproSalud; dos gustaban del modelo pero indicaron que ReproSalud tenía una coordinación muy pobre; y dos fueron negativas. La mayoría de los departamentos tiene algún tipo de comité de salud multi sectorial, ya sea a nivel de departamento o de distrito.

Las entrevistas con el personal de ReproSalud brindaron información sobre otros tipos de relaciones con ONG que están replicando el programa a medida que buscan oportunidades de multiplicación por parte de otras ONG. Por ejemplo, el Coordinador de Puno ha logrado acuerdos con tres ONG distintas para replicar el programa, lo cual incrementará el número de nuevos beneficiarios a ocho mil.

# C. PERCEPCIÓN DEL IMPACTO DE LOS PROGRAMAS DE LA FASE UNO

Todos los entrevistados fueron consultados sobre sus opiniones con relación al impacto del programa en las mujeres, los hombres, las relaciones de pareja, y las relaciones entre los miembros de la comunidad o la institución (OCB) y el sector salud[15]. Se les formuló a las autoridades locales y a las promotoras la pregunta general sobre el impacto en mujeres y hombres. Se les preguntó a los miembros de la OCB sobre el efecto en ellos mismos y sobre su relación con los proveedores de salud. Se consultó en forma más minuciosa a las autoridades y a los proveedores de servicios de salud sobre las mejoras en la calidad, la relación cliente/proveedor, y sus puntos de vista sobre el papel desempeñado por ReproSalud dentro de estos cambios.

## Percepción general sobre el impacto en las mujeres

Los resultados de la evaluación procesal confirman que los participantes, incluyendo a las mujeres mismas, perciben que el proyecto ha tenido un efecto muy positivo sobre las vidas y la salud de las mujeres. La respuesta más mencionada fue el aumento en el conocimiento sobre temas de salud reproductiva y sexual. El análisis de las respuestas revela las amplias repercusiones de este conocimiento.

La mayor parte del impacto no sólo es atribuible a la participación en sesiones de capacitación, cuyos contenidos estuvieron basados en conocimientos detallados de las culturas andinas, sino también, y quizás más importante, al enfoque, las políticas y los principios del proyecto ReproSalud. Por este motivo, la tarea de capacitar a otras mujeres para que multipliquen el programa es mucho más complicada que una simple "transferencia de metodología".

Los aspectos del programa de mayor importancia para el fortalecimiento de las mujeres fueron:

- La metodología fuertemente participativa del auto diagnóstico, y luego el diseño de los sub proyectos. Se les encargó a las mujeres, que no estaban acostumbradas a dar sus opiniones y ver que éstas eran respetadas y tomadas en cuenta, que evaluaran sus necesidades y diseñaran un programa que las atendiera. Necesitaban aprender a hacerse oír en grupos y darle valor a sus opiniones. Estaban a cargo y también debían responder al Programa acerca del cumplimiento de los términos del sub proyecto una vez éste era aprobado.

- El proyecto tenía una política de contratar promotoras regionales quechua- y aymara- parlantes, contrarrestando la discriminación usual que enfrentan las mujeres que se sienten más cómodas en dichos idiomas.

[15] Las respuestas de las promotoras de las OCBs a la pregunta general sobre el impacto no han sido incluidas en este análisis porque no eran realistas o eran muy generalizadas y excesivamente positivas.

- El proyecto tenía una política de respeto hacia las creencias tradicionales de salud de las mujeres y de integrarlas dentro de los módulos educativos junto con la información de salud moderna, siempre y cuando dichas creencias tradicionales no fueran dañinas para la salud. Esto es muy evidente en el trabajo de los proyectos sobre mortalidad materna y parto. El personal de ReproSalud ha ayudado a las OCB a negociar el respeto hacia una compleja variedad de prácticas tradicionales asociadas al parto, mientras que al mismo tiempo han dado énfasis al reconocimiento de "señales de alerta" para partos de alto riesgo o emergencias obstétricas y sobre la importancia de llevar dichos casos a los servicios de salud modernos.

- El proyecto trató explícitamente los temas de género, promoviendo una mayor equidad en las relaciones con hombres, autoridades, y proveedores de servicios de salud, informando a las mujeres sobre sus derechos, y alentándolas a darle una mayor importancia a su salud, su bienestar, la educación para niñas, y a sus opiniones dentro de la familia y la comunidad. Aún cuando inicialmente las mujeres no le prestaron mucha atención al tema de la violencia familiar, los módulos educativos básicos incluyeron este tema.

- El proyecto también trató explícitamente temas prohibidos, no sólo con palabras sino también con figuras, que las mujeres encontraron inicialmente aterradoras. Con el tiempo, esta actividad permitió a las mujeres identificar las partes de su cuerpo por sus nombres, y por lo tanto aumentó su capacidad de comunicarse efectivamente con los proveedores de salud.

- Los temas que fueron más frecuentemente mencionados por las mujeres mismas y por otros sobre el impacto de los programas fueron:

- Aumento del conocimiento sobre temas de salud sexual y reproductiva, dando como resultado una comunicación más fácil con los proveedores de salud. Este fue el impacto con mayor mención entre los entrevistados. Una prueba previa y una posterior son aplicadas a todas los asistentes a las charlas y los resultados, que son reportados a través del sistema de monitoreo, muestran un impresionante aumento de los conocimientos a corto plazo. El estudio cuantitativo nos dará una mejor idea del nivel de aumento a largo plazo.

- Una pérdida general del sentimiento de vergüenza y timidez, permitiendo que las mujeres hablen en público. Las mujeres de estas comunidades generalmente sienten vergüenza de hablar en público.

- Capacidad para hablar de temas que antes estaban prohibidos, no sólo entre ellas, sino con sus parejas, con los proveedores de servicios de salud, y en reuniones públicas.

- Aumento en la voluntad para asistir a los servicios de salud para someterse a pruebas de Papanicolau, planificación familiar, tratamiento de ITR, o para partos.

- Una mayor voluntad de utilizar métodos modernos de planificación familiar.

- Dan mayor importancia a su cuidado personal (tales como cambios en las prácticas de higiene para prevenir las ITR) y a su propia salud, incluyendo sobreponerse a la oposición de la familia para llevar a las mujeres a los centros de salud cuando se encuentran en el proceso del parto.

- Mejor comunicación con la pareja, y una mayor habilidad para negociar sus necesidades y deseos con la pareja. Algunas mencionaron ejemplos de mujeres que lograron negociar una mayor autonomía y libertad de movimiento de la que tenían antes.

- Habilidad y para obtener eficacia de los proveedores de salud en cuanto a necesidades de información, de un trato respetuoso, de exoneraciones en las tarifas de servicios, y especialmente de servicios de parto culturalmente apropiados.

- Una mayor participación política de las mujeres y un mayor respeto hacia sus habilidades por parte de las autoridades locales. En teoría, esto debería ser especialmente cierto en las OCB que administran los sub proyectos ("ganadoras") donde las mujeres desarrollan planes, presupuestos, organizan actividades complejas, y administran sus finanzas.

La siguiente tabla muestra las opiniones de la mayoría de los participantes (excepto promotores de ReproSalud) sobre el impacto del proyecto en las mujeres.

**Tabla 6: Impacto en las mujeres (a)**

| | Mayor conocimiento sobre SR | "Cuida su propia salud" (incluye mejor higiene, las ITR y ETS) | Un mayor uso de los servicios | Uso de Planificación Familiar | Se comunica con el Proveedor de Servicios / Hace demandas y da retro alimentación |
|---|---|---|---|---|---|
| AUTORIDADES DE SALUD | 10 | 5 | 6 | 3 | 3 |
| Proveedores de Servicios | 8 | 4 | 7 | 2 | 1 |
| Autoridades Locales | 2 | 5 | 3 | 3 | 1 |
| Miembros de las OCB | 19 | 18 | 11 | 15 | 7 |
| **TOTAL** | **39** | **32** | **27** | **23** | **12** |

**Tabla 7: Impacto en las mujeres (b)**

| | Mejor comunicación y relación con esposo/a | Mayor participación política | No o muy pocos cambios |
|---|---|---|---|
| AUTORIDADES DE SALUD | 1 | 1 | 1 |
| Proveedores de Servicios | 1 | 1 | 1 |
| Autoridades Locales | 5 | 2 | 4 |
| Miembros de las OCB | 2 | 2 | |
| **TOTAL** | **9** | **6** | **6** |

Es interesante notar que los miembros de las OCB no mostraron una tendencia diferente a cualquiera de los otros entrevistados para resaltar los cambios en las relaciones o equidad de género. Cuando se le preguntó a las mujeres sobre las charlas dictadas por las promotoras, treinte cinco mencionaron temas relacionados con la salud, y sólo cinco mencionaron el contenido referido a los temas de género. Esta es una primera clave que indica que los contenidos relacionados con temas de género deben ser fortalecidos durante la capacitación de la Fase Uno.

Menciones sobre el uso de servicios y la comunicación con proveedores de servicios respecto al impacto de género, pérdida de la vergüenza y timidez para hablar en público, o con un proveedor. Las menciones tanto de los proveedores de servicios como de las usuarias (ver sección sobre calidad de la atención) reafirman la percepción de un cambio fundamental– fortalecimiento de la usuaria- en las comunicaciones entre mujeres usuarias y proveedores de servicios.

Impacto del componente de generación de ingresos en las mujeres

El aspecto del programa que presenta mayor controversia entre USAID y las ONG internacionales que trabajan en salud reproductiva – el uso de fondos de población para apoyar la generación de ingresos por parte de las mujeres en la forma de programas de micro créditos y desarrollo de producción– fue diseñado para mejorar los efectos de la salud reproductiva y la educación en género. En teoría, el fortalecimiento económico de las mujeres debería ayudar a promover los cambios en las relaciones de género y en la inversión en su propia salud a través del uso de servicios y la compra de medicinas. En este estudio ninguno de los empleados de ReproSalud creyó que las comunidades, que tenían tanto el programa de salud reproductiva como el programa de micro créditos, se habían "desempeñado" significativamente mejor en términos de su impacto sobre las

mujeres. Sin embargo, muchos miembros de las OCB y autoridades locales solicitaron dicho programa en la siguiente fase, y mencionaron que la inclusión de dicho programa aumentaría la aceptación entre las autoridades locales o los miembros de la comunidad más reticentes.

## Impacto sobre las actitudes y conductas de los hombres e impacto sobre las relaciones entre hombres y mujeres

### Tabla 8: Impacto en los hombres

| | Insuficiente impacto sobre hombres | Actitudes positivas hacia relaciones de género (Expresiones generales) | Cambio positivo en actitudes y hacia uso de planificación familiar | Mayor conocimiento y educación sobre Atención en Salud Reproductiva | Disminución de violencia doméstica y violación | Mejoras en cuidado propio e higiene (prevención de ETS) | Aumenta el uso de servicios por parte de hombres y mujeres | Ayuda del hombre en casa | Mejora diálogo y comunicación con mujeres (y familia) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AUTORIDADES DE SALUD** | 2 | 6 | 5 | 5 | 6 | 3 | 4 | | |
| **AUTORIDADES LOCALES** | 5 | 5 | 5 | 2 | 1 | 6 | 3 | 2 | 2 |
| **PROVEEDORES** | 7 | 4 | 3 | 4 | 2 | | 1 | | 3 |
| **MIEMBROS OCB** | 11 | 11 | 7 | 4 | 6 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| **TOTAL** | **25** | **26** | **20** | **15** | **15** | **10** | **9** | **8** | **7** |

Los hombres no estaban relacionados con ninguna de las organizaciones comunitarias de base debido en parte, a que ellos fueron involucrados en las actividades de la Fase Uno a pedido de las OCB durante el diseño de los primeros sub proyectos. Algunos de los promotores masculinos eran los esposos de las promotoras mujeres. Los promotores masculinos respondieron a una invitación de capacitación para promotores y luego se eligieron sobre los resultados de sus pruebas posteriores. Debemos suponer que la remuneración ofrecida por ReproSalud, a pesar de ser escasa, ayudó a convocar a los promotores potenciales. Sin importar el verdadero motivo, la pequeña muestra de entrevistados (12) se mostró muy entusiasta, con la excepción de 3 casos donde se mostraron claramente contrariados por no ser convocados más por ReproSalud. El personal de ReproSalud y las promotoras indican que la mayoría de los promotores masculinos comprenden por qué no están participando en las capacitaciones, negociaciones y liderazgo que se realiza al inicio de la Fase Dos, y en las negociaciones con el Centro de Salud.

Los hombres que participaron después en la actividad educativa fueron convocados en su mayor parte de forma fortuita, muy probablemente a través de redes de amistad.

Aparentemente debido a la falta de afiliación a alguna organización, los promotores masculinos tenían mayores problemas para reclutar a un grupo estable para sus charlas, y encontraron mayor resistencia entre los hombres de su comunidad que las mujeres entre el grupo femenino. En varios casos, la autoridad local ayudó a convocar a los hombres, algunas veces haciendo visitas casa a casa. Varios entrevistados que dieron sugerencias sobre cómo atraer a los hombres reticentes a las charlas mencionaron que la estrategia de puerta a puerta es la más apropiada.

La continuación y el fortalecimiento de las actividades educativas de ReproSalud para hombres exhibe un apoyo muy amplio entre los participantes del proyecto. No todos los sub proyectos[16] trabajaron con hombres, lo que podría explicar en parte el número elevado de entrevistados que indicaron que el trabajo con hombres fue insuficiente. Sin embargo, al preguntarle a las autoridades locales (72), promotoras y a miembros de las OCB si deseaban una continuación del trabajo con hombres, el 100 porciento mostró su total apoyo a la idea. La tabla anterior se refiere a las respuestas mencionadas sobre el impacto. Muchas personas dieron respuestas mixtas, mencionando los cambios positivos, pero al mismo tiempo indicando por qué lo que se había hecho era insuficiente. En las preguntas específicas sobre hombres, más del 50 porciento de los miembros de la OCB indicaron que no se había trabajado lo suficiente con ellos, y que la violencia y otras actitudes negativas continuaban en sus comunidades. Cuando se le preguntó a los entrevistados cómo podría extenderse el proyecto, dentro de las tres respuestas más frecuentes encontramos más trabajo con hombres y sobre violencia; y para la pregunta general sobre sugerencias para el futuro de ReproSalud, estas mismas respuestas están incluidas dentro de las cinco respuestas más frecuentes.

## Impacto sobre los adolescentes

Este estudio no obtuvo información suficiente sobre el tema para poder dar una opinión significativa. No todos los sub proyectos trabajaron con adolescentes, y sólo unos cuantos distritos incluidos en este estudio contaban con actividades dirigidas a adolescentes. Por lo tanto, la mayoría de los entrevistados indicaron que el proyecto había tenido muy poco impacto sobre este grupo poblacional. El grupo de edad de 15 a 24 años también está sub representado en el estudio cuantitativo de impacto.

## Impacto sobre el uso de servicios y sobre la calidad de la atención

Los discursos de los profesionales de salud sobre sus metas para aumentar su cobertura y mejorar la calidad de los servicios están bien integrados, pues la mayoría entiende que la mejora en la calidad de la atención es una parte esencial de sus estrategias para aumentar la cobertura, especialmente en estas comunidades tan alejadas, que desconfían del sector de salud moderno así como de las medicinas modernas. La mención al tema de la calidad fue prácticamente universal; mientras que el discurso y las prioridades oficiales

[16] En el programa en general, y en la muestra de este estudio

incorporan los principios de calidad la realidad, como siempre, se encuentra rezagada detrás de la retórica. El equipo escuchó menciones a muchos problemas y abusos actuales, incluyendo algunos terribles relatos de usuarias de un hospital en Puno que recibió certificación de alta calidad por el Proyecto 2000. Sin embargo, los ejemplos sobre cambios y mejoras concretas también abundan, y la atención casi universal a la calidad significa que el terreno es favorable para las negociaciones entre las OCB y el sector salud durante la Fase Dos.

Originalmente, se diseñó a ReproSalud para actuar como un complemento de la demanda para otros proyectos de oferta financiados por USAID –especialmente el Proyecto 2000- quienes trabajan con hospitales y centros de salud para mejorar la calidad de los servicios. De acuerdo con la teoría aplicada en el diseño de cada uno, el Proyecto 2000 debía asegurar que la calidad de los servicios mejorara mientras que ReproSalud y las promotoras de las OCB trabajarían a nivel comunitario para aumentar la aceptación de la gente a utilizar dichos servicios. Las promotoras de las OCB debían derivar a las mujeres y a los hombres hacia atención de parto, Papanicolau, y atención pre natal. Muchos profesionales de la salud indicaron que ReproSalud era un "puente" muy necesario dado que ellos no cuentan con los recursos necesarios para llegar directamente a estas comunidades.

Impacto sobre el uso de servicios[17]

Las opiniones del sector salud con relación al impacto de ReproSalud sobre la cobertura y uso de servicios de salud es probablemente el indicador más confiable sobre sus opiniones del proyecto en general. El nivel de apoyo expresado es alto. Sobre un total de 40 profesionales del sector salud entrevistados, el 100 porciento indicó un aumento significativo de usuarias de servicios en sus establecimientos, y 31 de los 40 atribuyeron este aumento íntegramente (18) o parcialmente (13) a los esfuerzos de ReproSalud[18]. Los otros factores con mayor mención atribuibles a este aumento estaban relacionados con los esfuerzos del MINSA -mayor acceso financiero a través de los seguros maternos y escolares, y aumento en la calidad de la atención.

[17] Ver Tabla 6, Impacto sobre el Uso de Servicios.

[18] ReproSalud realizó un estudio del uso de servicios en una muestra de las OCB (publicado en septiembre del 2000). Las conclusiónes sólo indican que se notaron aumentos en el uso de planificación familiar en la mayoría de los establecimientos después de finalizado el primer sub proyecto; sin embargo, no existe un análisis completo de los resultados. El diseño del estudio no vincula la falta de producción de resultados con factores relaciónados con los servicios o con el proyecto. En otras palabras, no hay manera de explicar si las causas para el bajo nivel de uso de los servicios están relaciónadas con la calidad de los servicios, o si ReproSalud fue incapaz de cumplir con sus metas educativas a nivel comunitario.

**Tabla 9: ¿ReproSalud tuvo algún impacto sobre el uso de los servicios? Autoridades del sector salud y proveedores de servicios**

| | Debido a ReproSalud | Debido, parcialmente a ReproSalud | No queda claro | No / Otros motivos |
|---|---|---|---|---|
| Ancash | 3 | 1 | 3 | |
| Ayacucho | 5 | 3 | 1 | |
| Huancavélica | 2 | 6 | | 3 |
| La Libertad | 5 | | 1 | 1 |
| Puno | 3 | 3 | | |
| **TOTAL** | **18** | **13** | **5** | **4** |

Estos resultados son sorprendentemente favorables, sobre todo si tomamos en cuenta la alta rotación que existe entre los profesionales del sector salud, y que la coordinación entre ReproSalud y el sector salud observada durante las entrevistas del proyecto es relativamente reciente en varios departamentos. La educación a nivel comunitario, y no la coordinación con el sector salud, recibió mayor prioridad entre el personal de ReproSalud durante la Primera Fase del proyecto. Es más, las relaciones fueron tirantes debido a las campañas de esterilización durante los primeros dos años y medio del proyecto (1995-1997) y tomó algún tiempo recuperarse de ellas.

Sin embargo, el estudio deja claro que las promotoras de ReproSalud han estado realizando activamente referencias a los servicios de salud, a hombres y mujeres de la comunidad durante los últimos dos o tres años.

Impacto sobre la calidad del servicio y sobre las relaciones entre proveedores y usuarios[19]

[19] Ver Tabla 5, Calidad de la Atención e Impacto sobre los Servicios.

**Tabla 10: Cambios en los servicios para mejorar la calidad autoridades de salud y proveedores de servicios**

| | TEMAS RELACIONADOS CON EL PARTO | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Proveedor atiende partos en el hogar o brinda atención pre natal en el hogar | Proveedor se adapta a la preferencia cultural | Servicios de parto gratuitos | Mejor trato (más "amigable", más sensible) | Más quechua parlantes | Aumentó acceso con más horas, personal, etc. | Nuevos servicios, las ITR, violencia | Menor tiempo de espera, más eficiencia |
| Ancash | 1 | 4 | 3 | 4* | | 1 | | |
| Ayacucho | | 3 | | 2 | | | 1 | |
| Huancavélica | 2 | 5 | 4 | 2 | 2 | 1 | | |
| La Libertad | 1 | 4 | 1 | 5 | | 3 | | 2 |
| Puno | | 2 | | 1 | 1 | 2 | 1 | |
| TOTAL | 4 | 18 | 8 | 10 | 3 | 7 | 2 | 2 |

Al momento de escribir este informe, el Proyecto 2000 está por concluir, pero su influencia fue evidente a través de las entrevistas con las autoridades y el personal hospitalario. De los cuarenta entrevistados, veinte cuatro mencionaron satisfacción del cliente y retroalimentación como criterios de evaluación. Ningún otro tema recibió más de 7 menciones. Igualmente, el Consejo de Población estuvo involucrado en algunos departamentos del país ayudando a las autoridades a conducir encuestas de satisfacción del cliente. El fuerte énfasis en la retroalimentación por parte de la usuaria es un factor clave para las negociaciones entre las OCB y el sector salud. Uno de los principales beneficios que puede ofrecer el programa de ReproSalud es que actúa como canal para obtener retro alimentación del cliente, y como un recurso vital dentro de la comunidad donde se puede estimular a las clientes a expresar sus preocupaciones.

Tres cuartas partes de los entrevistados del sector salud mencionaron cambios diseñados para aumentar la calidad de la atención y/o la cobertura. Los resultados se pueden ver a continuación. Lógicamente, los temas relacionados con los servicios de obstetricia recibieron la mayor parte de la atención, y los otros temas que obtuvieron una mayor frecuencia de mención fue la mejoría de la calidad en el trato al cliente. Aunque el aumento en las horas de atención y en el número de proveedores es generalmente difícil debido a problemas presupuestales, esto parece común. Aún cuando el otro tema de queja entre las mujeres es el tiempo de espera, dicho tema casi no fue mencionado. El aumento en las horas de atención y el número de personal deberá tener un efecto importante sobre el tiempo de espera en el consultorio.

Pese a que la oportunidad de esta evaluación no permite un análisis minucioso de las demandas de la Fase Dos sobre el proceso de negociación y de cómo el sector salud respondió a ellas en algunas de las primeras negociaciones, las promotoras informaron

que sus pedidos para extender el horario de atención del consultorio fueron otorgados o se encontraban a consideración.

Atribuciones a las mejoras en la calidad[20]

Aún cuando los profesionales del MINSA están dispuestos a aceptar que ReproSalud ha jugado un papel significativo en el aumento del uso de los servicios, cuando se refieren a las mejoras en la calidad de la atención, lo atribuyen a sus propios esfuerzos o a los de programas como el Proyecto 2000. Cuando se indagó si ReproSalud había contribuido de alguna manera a mejorar la calidad, doce (40 porciento) de los treinta entrevistados indicaron que no había sido así. De los diez y ocho restantes, catorce mencionaron que los cambios en los clientes contribuyeron a los esfuerzos de calidad. Las opiniones más destacadas fueron:

- Las clientas que proporcionan retro alimentación y hacen demandas contribuyen a los esfuerzos por mejorar la calidad (7)
- Las clientas más educadas y comunicativas hacen que el trabajo del proveedor de servicios sea más fácil y más efectivo (7)

Tanto los profesionales de la salud como los miembros de las OCB (mujeres de la comunidad) coincidieron en indicar que ReproSalud había tenido un efecto muy favorable sobre la relación entre el proveedor y la clienta al modificar los conocimientos y conductas de la clienta. Ambos mencionaron los dos mismos puntos: mayor conocimiento y mayor asertividad llevan a una mejor comunicación y mejoras en la calidad de la atención. El cincuenta porciento de los profesionales de la salud (23/46) indicaron que la comunicación había mejorado porque las mujeres hacen más preguntas, hablan con mayor facilidad, y son capaces de nombrar adecuadamente las partes de sus cuerpos. Veintidós porciento (10/46) hicieron mención a la retro alimentación. Ochenta porciento (30/37) de los miembros de las OCB mantuvieron los mismos argumentos.

[20] Ver Tabla 5 en Calidad de la Atención

**Tabla 11: Impacto en la relación del proveedor/cliente**
**(Puntos de vista de las autoridades de salud y de los proveedores de servicios)**

| | Mujeres hablan y hacen más preguntas, mejor comunicación | Mujeres demandan calidad, dan retroalimentacion | Un mayor uso de los servicios | Uso correcto de los servicios, antes que ocurran emergencias |
|---|---|---|---|---|
| Ancash | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Ayacucho | 4 | | 2 | 2 |
| Huancavélica | 9 | 5 | 3 | 1 |
| La Libertad | 5 | 2 | | |
| Puno | 4 | 2 | 1 | |
| TOTALES | **23** | **10** | **8** | **5** |

Quejas de las mujeres y trato "InterCultural"

En este estudio, al igual que en muchos otros realizados en el país, la queja más frecuente entre las mujeres es el "maltrato". Las mujeres indígenas se quejan de que son discriminadas, se les grita y regaña, de que son llamadas promiscuas y "cochinas" (sucias, como los cerdos), se les dice que apestan, y no se les brinda información. Tres miembros de la OCB de Puno describen así la situación: "Deseo que todas las mujeres sean tratadas igual, aún cuando se presenten vistiendo polleras. Algunas veces aquellas que provienen de zonas rurales huelen mal, por lo tanto los proveedores de servicios no desean atenderlas o tocarlas, y les gritan". En el hospital, las mujeres que visten polleras son despreciadas y se les dice: "Eres una sucia". "No nos tratan bien. Simplemente nos regañan y nos gritan "eres una cochina".

> Con relación a la higiene femenina, sabemos que las mujeres de la Sierra tienen por costumbre no lavar sus partes íntimas. Ellas indican que pueden pasar 8 a 10 días sin lavarse porque creen que la orina limpia la vagina: es tibia, estéril y un desinfectante que mata los microbios en los genitales. Creen que: "si los animales no se lavan, por qué debemos hacerlo nosotras". El olor no parece molestarles; para ellas su humor huele normal, no sucio. Generalmente las mujeres se secan con la última de las polleras (falda de lana tradicional) que visten (usan entre 9 y 13 polleras a la vez). Se secan con la falda más cercana al cuerpo. Se cambian de vestimenta una vez por semana. Cuando visitan el consultorio se les solicita que cambien su pollerita y se les lava con agua fría, a lo cual ellas responden que pueden resfriarse. Esto causa que no deseen visitar el consultorio. Además, no les gusta exponer sus genitales. Pero ahora las cosas están cambiando: se les entrega jabón y un pocillo con agua tibia para que ellas mismas se laven, lo cual funciona de maravilla. En nuestra reunión les indicamos que deben hacer esto a diario, especialmente cuando van a mantener relaciones sexuales, y además los hombres también deben lavarse. Poco a poco están comenzando a entender.
>
> -Funcionaria de DISA, La Libertad

El recuadro anterior muestra como una profesional de la salud explica y maneja esta situación con una actitud de respeto hacia la conducta que según su interpretación, se debe a las costumbres y a los sistemas de creencias de las mujeres. Varios empleados de ReproSalud indicaron, sin embargo, que la profesional dejó de menciónar que la mayoría de las mujeres de la Sierra no tienen acceso a agua caliente en sus hogares. El lavado poco frecuente podría no deberse únicamente a las creencias y costumbres. El módulo educativo de ReproSalud "Enfermedades de los Órganos Sexuales" contiene una sección sobre cuidado e higiene personal que causó una gran impresión entre las asistentes a las charlas.

La otra gran queja entre las mujeres era el tiempo de espera en el consultorio, lo cual es una situación común a nivel mundial.

Resumen de comentarios sobre el impacto en los servicios

Aún cuando la Fase Uno no tuvo la intención explícita de afectar la calidad de los servicios, la experiencia demuestra que los cambios en el conocimiento de la usuaria así como su nivel de asertividad pueden traer como consecuencia un gran efecto especialmente cuando los proveedores de servicios son preparados para este cambio en la conducta por parte de los programas de calidad de la atención de los servicios. Si

consideramos que los servicios y la comunidad son un sistema inter dependiente, entonces queda claro que si los dos polos principales del sistema trabajan para alcanzar los mismos objetivos, la efectividad será mayor que si sólo se trabaja con un polo. Cuando se trata de mejorar el uso de los servicios en estas comunidades alejadas, los cambios en el área de la oferta de calidad de la atención generalmente no son suficientes para lograr la cobertura de las metas. Altos niveles de desconfianza, falta de conocimientos, y temor inhiben el cambio, hasta que los esfuerzos educativos culturalmente positivos en las comunidades ayudan a superar estos obstáculos. Por otro lado, la aceptación casi universal de la importancia de utilizar retro alimentación y de mejorar las relaciones entre usuarias y proveedores han hecho que los proveedores, históricamente muy paternalistas, sean más receptivos a estas mujeres que súbitamente se vuelven más positivas.

## D. RECOMENDACIONES PARA FUTURAS RÉPLICAS DEL MODELO DE LA FASE UNO

Fortalecer el enfoque en temas de género. El personal de ReproSalud debería realizar una "lluvia de ideas" con las promotoras sobre posibles actividades a nivel comunitario que pudieran reforzar los mensajes del programa en relación a la equidad de género.

Durante el próximo año, el MMR deberá recolectar todos los comentarios finales sobre herramientas básicas y recursos para replicar el programa y verterlos en una sola publicación. ReproSalud ha invertido mucho en la creación de estas herramientas. Un coordinador comentó sobre las muchas versiones existentes de los manuales, ya que cada reimpresión incorporó comentarios de aquellos que habían utilizado la versión previa. El personal se encuentra ahora confiado de haber probado productos educativos (manuales para el promotor, folletos educativos) que son efectivos y culturalmente apropiados para las zonas de la Sierra y la Selva. Para aquellos que estén implementado un programa similar, existen guías y manuales separados para cada etapa de la Fase Uno: evaluación de necesidades, proceso de selección de una OCB, un folleto sobre cómo realizar el concurso, una guía detallada para la realización del auto diagnóstico, una guía para el diseño del sub proyecto, guías para su implementación, y otra guía para la evaluación del sub proyecto.

- Experimentar con el involucramiento de hombres y mujeres desde la primera etapa del proceso, el auto-diagnóstico. Existen diferentes opiniones entre los participantes sobre el proceso para involucrar a los hombres en el proyecto. El personal del MMR cree que las mujeres deberían ser las primeras en involucrarse, y que los hombres sólo deben ser incorporados a pedido de las mujeres. Sin embargo, las entrevistas con las autoridades locales y los miembros y promotoras de la OCB constantemente se refieren a la importancia de involucrar a los hombres, en muchos casos para que las mujeres obtengan el permiso necesario para asistir a las reuniones de ReproSalud. Esta información nos lleva a preguntarnos si las mujeres con la menor autonomía en sus relaciones conyugales podrían haber sido sub representadas en el auto diagnóstico. Al inicio del

proyecto en cada distrito, la combinación de involucrar sólo a mujeres, y la naturaleza prohibitiva del tema aparentemente levantó cierta resistencia y puso a muchas promotoras de las OCB bajo hostigamiento y hasta persecución a medida que trataban de reclutar a otras mujeres a las actividades de ReproSalud.

- No obstante lo anterior, muchas comunidades comprenden la importancia de espacios segregados para la educación, y en muchos casos los prefieren. La participación simultánea pero separada de hombres y mujeres en talleres participativos de diagnóstico y charlas educativas no debería socavar la participación de las mujeres o inhibir sus reflexiones dentro del grupo, especialmente si ambos sexos se ven expuestos a mensajes claros que promueven la equidad de género.

- Al involucrar a los hombres, se debe tomar en cuenta el trabajo a través de una OCB para que exista una organización que proporcione legitimidad y sostenimiento al esfuerzo, y brinde una audiencia ya existente para el programa educativo. Muchos de los promotores masculinos mencionaron tener dificultades para reclutar a los hombres.

- Un importante criterio para trabajar en nuevas comunidades debería ser la buena disposición de por lo menos una autoridad local para con el proyecto. Las entrevistas demuestran lo útil que fueron las autoridades locales para convocar a los hombres. En algunos casos, ellos mismos fueron de puerta en puerta para convencer a los hombres que asistan a las charlas educativas. Sin embargo, no parece necesario tener a todas las autoridades a favor del programa. Por lo menos en una comunidad evaluada por este estudio, el "gobernador" o "vicegobernador" se mostró abiertamente hostil hacia el proyecto, pero el alcalde brindó todo su apoyo generoso a las actividades de ReproSalud.

- La política de ReproSalud de entregar una remuneración a las promotoras de las OCB fue el aspecto de la Fase Uno que causó mayor controversia, y hasta hostilidad, entre los entrevistados del sector salud y de otras ONG involucradas en salud reproductiva. El MINSA no tiene suficiente financiamiento como para remunerar a sus promotores. Sus "agentes comunitarios" ni siquiera reciben un reembolso por sus gastos de viaje, pero sí reciben capacitación y una exoneración de las tarifas por servicios. Las ONG internaciónales también aplican la misma política para evitar problemas con el MINSA y porque no es una política "sostenible". El personal del MMR mantiene que el pago es un asunto de justicia ya que siempre se le pide a las mujeres que contribuyan su tiempo gratuitamente, mientras que se considera que los hombres sí deben recibir una retribución monetaria. Se trató de establecer un monto de acuerdo al nivel de costos de oportunidad, es decir, lo que las mujeres ganarían por un día de trabajo en el campo. Actualmente, en el tercer sub proyecto, las promotoras ya no recibirán remuneración. En este estudio, todos los promotores excepto algunos de los hombres indicaron que estaban dispuestos a continuar trabajando, y la mayoría estaban dispuestos a trabajar como agentes comunitarios del MINSA.

- En las comunidades de la Sierra, donde la comida escasea y existe un alto nivel de desnutrición, el tema del "refrigerio" (que se sirve durante las reuniones o charlas) adquiere una mayor importancia para los participantes de lo que llegan a comprender los administradores de programas a nivel urbano. La promesa de un "refrigerio" fue un importante atractivo para asistir a las charlas, y siempre fue mencionado en las convocatorias. Las promotoras y miembros de la OCB lamentaron la pérdida de los fondos para refrigerios después de la finalización del segundo sub proyecto. Algunas respuestas muestran que las OCB se han dirigido a las autoridades locales y al MINSA para solicitarles refrigerios para las charlas actuales (en el período entre el segundo y tercer sub proyecto) que no cuentan con financiamiento. Las réplicas futuras deberán tomar en cuenta la importancia de este beneficio.

- En algunos departamentos, el nivel de coordinación con otras ONG es bajo. La historia del proyecto llevó a ciertas tensiones, y a mucha hostilidad de parte de otras ONG hacia ReproSalud, especialmente durante los primeros años. No obstante, las opiniones de las otras ONG entrevistadas sobre el impacto y potencial de ReproSalud como modelo a replicarse tienden a ser favorables. El proyecto puede ahora capitalizar estas opiniones favorables durante la siguiente fase, e iniciar una mayor colaboración.

# V. OBSERVACIONES DE LA FASE DOS

## A. ANTECEDENTES

Como es generalmente el caso en el Perú, al momento de escribir este informe el sector salud se encontraba en un considerable estado de cambio. Esta situación que es prácticamente permanente, generalmente debido a la alta rotación de personal nombrado por razones políticas, se ha visto agravada durante los dos últimos años por agitaciones políticas en el Gobierno. La mayoría de las autoridades departamentales son nombramientos políticos, y no personal del servicio civil. El Gobierno de Fujimori había iniciado un proceso muy ambicioso de reforma del sector salud incluyendo la descentralización, la devolución de la autoridad a nivel departamental, mayor autofinanciamiento, nuevos esquemas de seguros, y experimentos en supervisión comunitaria. El Gobierno Transitorio que asumió el poder después de Fujimori sólo duró pocos meses; sin embargo, instaló nuevas autoridades de salud totalmente distintas en todos los departamentos. Cuando se recolectó la información en octubre del 2000, el nuevo gobierno electo de Alejandro Toledo todavía se encontraba en el proceso de reemplazar a las autoridades del Gobierno Transitorio. Muchas de las autoridades de salud entrevistadas estaban en sus cargos por un año o menos, y esperaban dejar esos puestos en diciembre.

Para complicar aún más el contexto político en el cual debe funciónar la Fase Dos del proyecto, se rumora que el Ministro de Salud del gobierno de Toledo, el Dr. Solari, no es muy sensitivo al programa de planificación familiar por motivos religiosos. Aduciendo una medida de eficiencia, fusionó el programa de salud reproductiva del Ministerio con el Programa de Salud Materno-Infantil. Cuatro profesionales de la salud y el personal de ReproSalud reportaron una escasez de ciertos métodos anticonceptivos en los centros de salud y postas médicas. El Ministro Solari ha dejado claro que la reducción de la mortalidad materna tiene prioridad sobre cualquier otro programa en el Ministerio. El discurso de los profesionales de salud entrevistados por este estudio sobre este asunto fue sorprendentemente similar. Las prioridades de ReproSalud que no están vinculadas a la mortalidad materna o a las muertes en general no son prioridades para el Ministerio. Por este motivo, muchos indican que no están dispuestos a dar prioridad al tratamiento de ITR pues las medicinas son caras. Con este entorno, la importancia de la planificación familiar parte de su papel como reductor de la mortalidad materna. El discurso entre los profesionales ha cambiado radicalmente en el corto espacio de dos años.

Por muchos años, el sistema de salud peruano ha dado fuerte énfasis a la cobertura de su sistema de incentivos y des incentivos para personal de salud. Sin importar el tipo de intervención a realizarse, sea campañas de vacunación de sarampión, de detección de cáncer cervical, o esterilizaciones, el sistema es el mismo. Se establecen las metas, anuales o mensuales, para cada establecimiento, y por lo general los proveedores que no cumplen con dichas metas sufren consecuencias negativas, especialmente si son

contratados y no están en planilla. Por el contrario, los proveedores o establecimientos que exceden las metas establecidas son premiados. Como el aumento de la cobertura tiene alta prioridad en el sistema de salud peruano, los sub proyectos de la Fase Dos de ReproSalud tienen una poderosa atracción para los profesionales de salud.

## B. DESCRIPCIÓN DE LA FASE DOS

Esta etapa de defensoría se concentra en atraer a las OCB y los servicios de salud hacia una colaboración más estrecha. Los principales resultados estimados son un mayor número de mujeres (y hombres) utilizando los servicios, y servicios mismos que sean más aceptables para las mujeres de la comunidad y que respondan a sus necesidades. Nuevamente, el principal mecanismo para cumplir estos objetivos dentro de cada distrito es el sub proyecto, que en este caso será diseñado junto con la Red de Defensoría (compuesta por las Presidentas de las OCB), la Red de Promotoras y el personal del Centro de Salud y de la Posta Médica. En todos los nuevos sub proyectos, el principal *quid pro quo* es que las promotoras de las OCB ayuden a atraer y derivar a las mujeres a los servicios de salud, mientras que los profesionales de salud aceptan hacer lo que sea necesario para convertir los servicios en algo más aceptable para las mujeres que provienen de las comunidades de las promotoras.

Como la unidad básica de defensoría es el centro de salud con su red de postas médicas así como todas las OCB dentro de la jurisdicción del centro de salud, habrá un menor número de sub donaciones durante esta Fase. Las Presidentas de las OCB dentro de la jurisdicción seleccionan un Comité Directivo y luego los miembros del Comité deben decidir cuál de las OCB recibirá la subvención. La Red de Promotoras también debe elegir un Comité Directivo. Cada Comité Directivo constará de cinco personas. Estos dos Comités Directivos conducirán las negociaciones con el sector salud. A continuación se detallan algunos puntos sobre el proceso.

- Con el objeto de prepararse para estas negociaciones, las promotoras y las Presidentas de las OCB deberán llevar a cabo, primero, un diagnóstico de los principales problemas de salud así como de las quejas sobre el servicio de salud.

- Luego, se capacitará tanto a las promotoras como a las Presidentas en calidad de la atención, en defensoría (negociaciones, etc.), en liderazgo, y algunas particularidades sobre el sistema del MINSA. El objeto de la capacitación es enfrentar problemas como los siguientes:

    - El curso de liderazgo será diseñado para encarar la tendencia a elegir Presidentas con conexiones políticas, que determinan cuánto apoyo o bienes puede asegurar esta, para sus miembros. Esta tendencia a politizar las OCB hace que las mismas pierdan su autonomía, pues estas Presidentas no necesariamente son líderes que pueden unir a sus miembros. Esta tendencia de la Fase Dos a depender profundamente de las Presidentas es una desventaja.

- Las mujeres no comprenden el sistema del MINSA. Ellas necesitan entender qué tipos de problemas pueden ser resueltos a qué niveles para evitar que, por ejemplo, acudan al centro de salud con demandas que sólo pueden resueltas por el DISA.

- El propósito del curso de defensoría es preparar estratégicamente a los miembros de las OCB para presentar sus demandas, y decidir qué pueden ofrecer a cambio. El personal del programa mencionó la tendencia a hacer largas listas de quejas sin dar prioridades claras al personal del MINSA sobre la urgencia de la atención durante las reuniones iniciales.

- Los Comités Directivos de las promotoras y las Redes de Defensoría deben reunirse para elaborar su agenda. Para que este objetivo funcione de acuerdo a lo planeado, el Comité Directivo debe haberse comunicado adecuadamente con sus asociadas para poder representar los puntos de vista y las demandas de todos los miembros de la red.

- Una meta clave de negociación de ReproSalud en esta etapa es que todos las promotoras de ReproSalud reciban reconocimiento oficial del MINSA como "agente comunitario"; en otras palabras, como promotoras comunitarias del MINSA. Este punto trae varios beneficios, tales como servicios gratuitos para la promotora y su familia; sin embargo, la promotora no recibe compensación alguna o reembolso por sus gastos de transporte.

- Mientras que en la fase anterior la actividad principal de las promotoras era las charlas comunitarias, en esta fase cada promotora estará a cargo de 20 a 30 familias, y deberá realizar visitas puerta a puerta promoviendo el uso de los servicios de salud de acuerdo a las necesidades y deberá proporcionar educación sobre prácticas preventivas de cuidado personal y salud reproductiva. Las promotoras son alentadas a continuar con las charlas comunitarias, pero en esta oportunidad no recibirán pago alguno. El gasto por refrigerio en las charlas dependerá del presupuesto del sub proyecto.

- Los sub proyectos podrían incluir más actividades educativas sobre un tema en particular, capacitación en temas clave a ser dictada por personal del MINSA (reemplazando la función del personal de ReproSalud), y fondos para equipar mejor una posta médica o centro de salud[21] inclusive.

[21] El momento de esta evaluación no permite comentar sobre los contenidos o estrategias de los sub-proyectos.

Supuestos clave en el diseño de la fase dos

Estos supuestos son lo que los diseñadores suponen que sucederá, lo que necesitan que suceda para que el modelo funcione. Es preciso evaluarlos durante la implementación de la Fase Dos para asegurar que realmente son correctos.

- Las autoridades de salud darán un trato respetuoso a los líderes de las redes y tomarán todas las medidas necesarias y factibles para responder a las demandas de las mujeres.

- Las negociaciones entre las OCB y los proveedores de servicios llevarán a cambios en los servicios de salud para mejorar la calidad de la atención y hacerla más aceptable.

- Las diferencias entre las prioridades establecidas por las redes de las OCB y el MINSA serán manejadas de manera constructiva durante el proceso de negociación, para que los acuerdos sobre metas conjuntas puedan ser forjados y mantenidos.

- El flujo de información a través de cuatro niveles, de los Comités Directivos a las Redes y viceversa, y de los líderes de las OCB a nivel comunitario a los miembros de las OCB y viceversa, producirá demandas que reflejen las necesidades de los miembros de la comunidad, y creará conciencia entre las promotoras y miembros de las OCB del estado de las negociaciones.

- Este flujo bi direccional de información se mantendrá constante durante todo el sub proyecto, y no deberá suceder sólo durante las negociaciones. De esta manera los líderes tendrán conocimiento de las percepciones de los usuarios con relación a las mejoras o falta de ellas en los servicios.

- Las responsabilidades asumidas por las OCB durante el proceso de negociación serán desempeñadas por las promotoras. Las promotoras se mantendrán activas a nivel comunitario sin los incentivos que recibían durante la Fase Uno. Deberán comunicar a sus comunidades las mejoras en los servicios, y continuar activamente la promoción del uso de los servicios de SR entre las mujeres.

- El conocimiento obtenido, y los cambios de actitudes y conductas promovidos durante la Fase Uno se mantendrán y ampliarán dentro de las actuales comunidades de ReproSalud así como en comunidades aledañas.

- Cualquier limitación fuera del control de la autoridad de salud no podrá convertirse en una barrera insuperable para aumentar el uso de los servicios entre las mujeres de la comunidad.

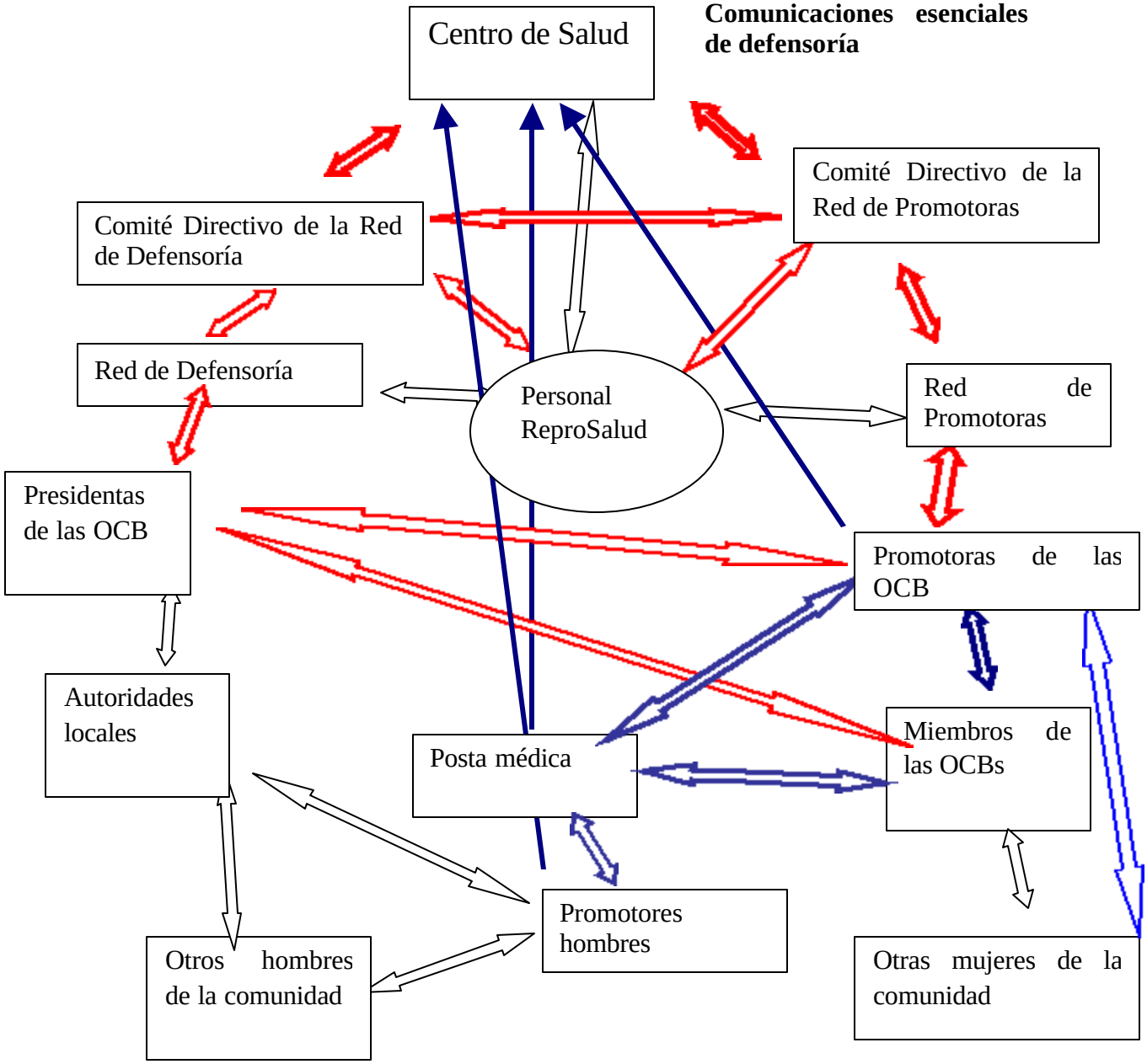
- Las promotoras de las OCB persuadirán a las mujeres de la comunidad de que sus demandas deben ser cubiertas, y que es para su propio beneficio acudir a los

servicios de salud. Las mujeres de la comunidad aumentarán el uso de los servicios de salud.

- Las OCB y los servicios de salud mantendrán a lo largo del tiempo su nueva relación que involucra negociaciones de las necesidades de las mujeres. Esta relación no debe concluir debido a la rotación de las autoridades de salud, de las Presidentas de las OCB, o por cambios en las políticas del MINSA.

**Tabla 12: Modelo de defensoría : Líneas partidas– parte ocasional de trabajo**

**-- Referencias AZUL Componente de Fase Dos -- ROJO – Comunicaciones esenciales de defensoría**




1. Existen muchos requerimientos para que el modelo de comunicación bi direccional funcione de acuerdo a lo planeado. Las líneas de colores indican una comunicación absolutamente esencial para que los modelos funcionen. El gráfico puede no dejar en claro que las promotoras y Presidentas de las OCB deben negociar EN CONJUNTO en cada distrito. La primera brinda legitimidad mientras que la segunda proporciona el conocimiento técnico sobre salud reproductiva.
2. Los miembros de las OCB, las autoridades locales y otras mujeres y hombres de la œmunidad están más marginados que durante la Fase Uno.
3. La actividad principal de la OCB se encuentra fuera de la comunidad, mientras que en la Fase Uno era dentro.
4. El diagrama muestra una falta de conexión de los promotores hombres con la organización comunitaria. Los promotores masculinos no cuentan con alguien que los supervise o con quién relacionarse, a no ser que se conviertan en agentes comunitarios del MINSA.

## C. RESULTADOS: EXPERIENCIAS Y OPINIONES DE LOS PARTICIPANTES PRINCIPALES CON RELACIÓN A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA FASE DOS

En los casos en que ciertas negociaciones ya se habían llevado a cabo, fue claro que los acuerdos se estructuraron para beneficio mutuo, por lo tanto establecieron una base sólida para una colaboración futura. La base general para todas las negociaciones y sub proyectos es que el MINSA responda dentro de sus posibilidades a las demandas de la Red de Defensoría de la Usuaria, mientras que a su vez la Red acepte apoyar al MINSA a alcanzar sus metas para aumentar cobertura. El MINSA reconoce que las promotoras y personal de ReproSalud tienen un nivel de aceptación y acceso a las comunidades indígenas pobres que el MINSA no tiene. La mayoría de las negociaciones actuales también proponen que las promotoras de ReproSalud reciban reconocimiento oficial del MINSA como "agentes de salud comunitarios". Estos agentes recibirán capacitación del MINSA, diferentes niveles de reconocimiento oficial, y una exoneración de las tarifas de los servicios de salud. Por su parte, las promotoras de ReproSalud se comprometen a canalizar a las mujeres de la comunidad a atención de parto, salud reproductiva, y servicios de planificación familiar, y promover su participación en campañas de salud generales como vacunación por sarampión. Este enfoque quid pro quo resultó en actitudes mayormente favorables hacia la Fase Dos de ReproSalud dentro del sector salud que ha participado en conversaciones o negociaciones de la Fase Dos.

Otro factor a favor de las negociaciones de la Fase Dos es la creciente dependencia del sector salud peruano en la satisfacción de la usuaria como un criterio esencial para evaluar la calidad del servicio (ver sección sobre calidad de la atención).

Una importante barrera para que el sector salud logre responder a las demandas de las OCB es la falta de financiamiento. Mientras que el sector salud sufre limitaciones debido a diversos factores, la mayoría de los entrevistados dentro del sector sintió que la limitación básica sobre su capacidad de responder a las demandas de las OCB, tanto en las negociaciones actuales como en las futuras, estaba relacionada con la escasez de financiamiento[22]. De las 35 respuestas, 25 indicaron limitaciones financieras u otros temas relacionados con el mismo: oferta limitada de personal, medicamentos y anticonceptivos, y poca capacidad para realizar alcance comunitario.

Asuntos a ser negociados: Prioridades mutuas y no compartidas

La otra barrera significativa en las negociaciones de la Fase Dos está relacionada con las áreas donde el MINSA y las OCB no comparten las mismas prioridades. Por suerte, la prioridad más importante para el MINSA, la reducción de la tasa de mortalidad materna, significa que varios aspectos de las estrategias para reducir esta tasa coinciden con las prioridades de las OCB. Sin embargo, otros asuntos priorizados por las OCB y el personal del MINSA revelan tanto prioridades compartidas como áreas importantes

[22] Ver la Tabla del Reporte 4, Limitaciónes y Asuntos Financieros del MINSA

potencialmente conflictivas. El mensaje básico de las autoridades de salud es que su prioridad sobre todas las demás es la mortalidad materna (ver tabla "¿Coinciden las prioridades?"). Otras prioridades expresadas por las OCB, como planificación familiar ("muchos hijos"), proveedores que sean quechua parlantes, atención hospitalaria para emergencias obstétricas, y atención culturalmente apropiada para el parto son aceptadas explícitamente por el MINSA como un medio para lograr su propio objetivo. Sin embargo, la mayoría de los establecimientos del MINSA no pueden aceptar la gama total de demandas relacionadas a las preferencias de los miembros de la OCB para el parto (ver discusión a continuación). La prevención y tratamiento del cáncer cervical así como las ETS (enfermedades de transmisión sexual) que amenacen la vida, como la sífilis, son una prioridad compartida porque puede ser un causal de muerte.

No obstante lo anterior, el tratamiento de las ITR (descensos o regla blanca) y de las ETS no son una prioridad compartida. Las autoridades del MINSA claramente indican que esto se debe a que las ITR así como las ETS que no amenazan la vida no son "urgentes"; en otras palabras, no son un causal de muerte. Las mujeres que viven en comunidades de la Sierra no están de acuerdo; ellas creen que la regla blanca puede causar la muerte, además de todas sus otras consecuencias negativas y por ello le dan alta prioridad a su tratamiento.

**Tabla 13: ¿Las prioridades coinciden?**
**(Autoridades de salud y proveedores de servicios)**

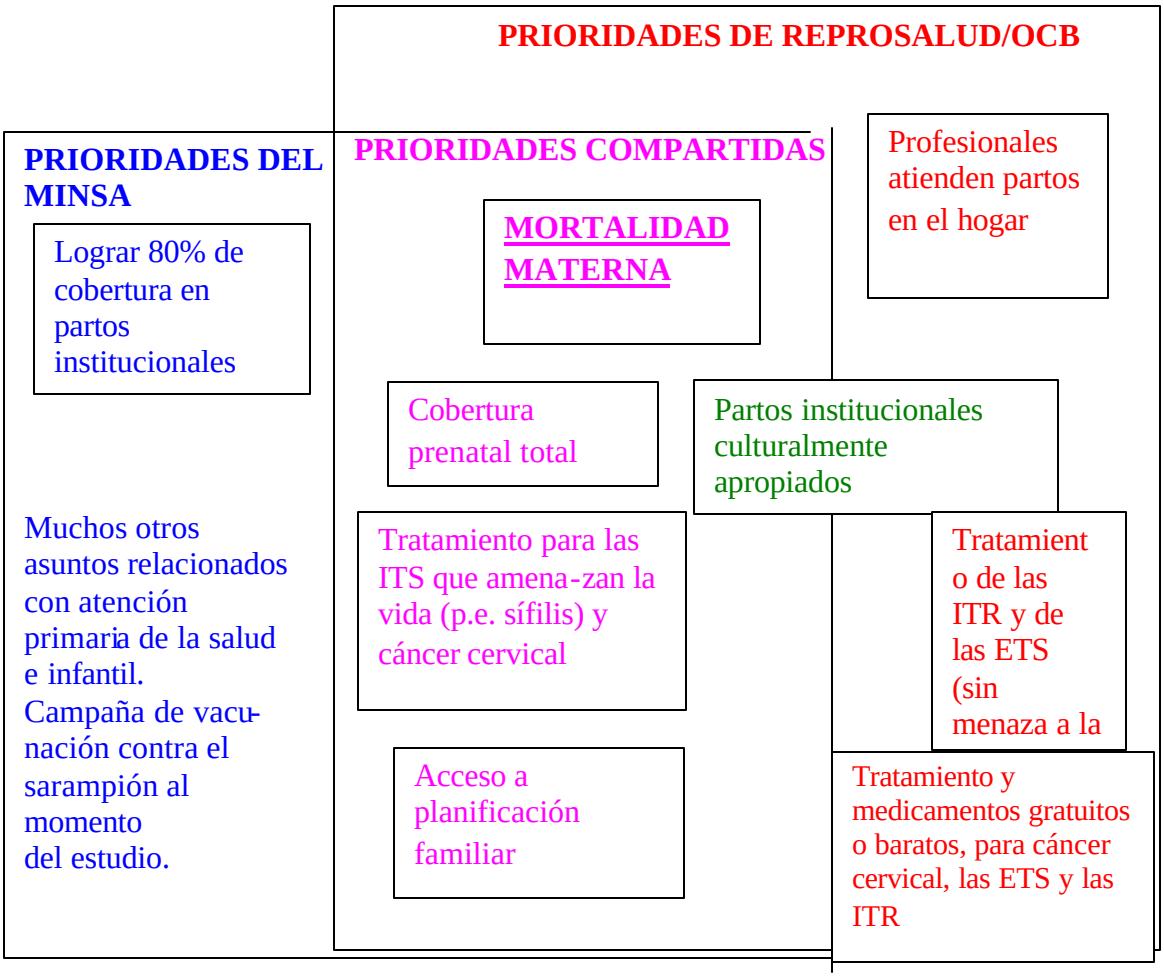
| | SÍ | NO | MIXTO | |
|---|---|---|---|---|
| Ayacucho | 2 | 2 | 2 | |
| Ancash | 1 | | 3 | |
| Huancavélica | 1 | 1 | 5 | |
| La Libertad | 2 | | 3 | |
| Puno | 1 | | 2 | |
| | | | | |
| **TOTALES** | **7** | **3** | **15** | |

## Tabla 13 (cont.): ¿Las prioridades coinciden? (Autoridades de salud y proveedores de servicios)

| | SÍ | NO | MIXTO | |
|---|---|---|---|---|
| Damos prioridad a la mortalidad sobre cualquier otro asunto. | 1 | | 8 | |
| Sí a violencia y equidad de género. | | | 1 | |
| ReproSalud no trabaja en atención prenatal | | | 1 | |
| Sí, pero la atención de infecciones vaginales no es urgente | | | 4 | |
| En planificación familiar sí porque previene partos de alto riesgo | 1 | | 1 | |
| Metas para partos institucionales contradicen demandas de ReproSalud | | 1 | | Ayacucho |
| Nuestra prioridad es salud mental, sanidad y desnutrición | | 1 | | Ayacucho |
| No podemos escuchar a las mujeres por horas y horas | | 1 | | Hospital de Huancavelica |

El cuadro que sigue muestra las principales áreas de prioridades compartidas y no compartidas de acuerdo con las autoridades de salud, con los proveedores de servicios, y con las promotoras. . Azul: prioridades del MINSA no compartidas por ReproSalud. Recuadros en magenta son las prioridades compartidas. Rojo: prioridades de ReproSalud no compartidas por el MINSA. Una categoría de prioridad parcialmente compartida esta en verde: "partos institucionales culturalmente apropiados".

**Cuadro 1**



Temas relacionados con el parto

Existen señales claras que el mismo sistema de incentivos y desincentivos del sistema de salud del Perú empleado durante las campañas de esterilización que dieron tantos problemas, está siendo vigorosamente aplicado para lograr la meta de aumentar el porcentaje de partos en establecimientos de salud y aumentar el cumplimiento de visitas para atención prenatal. Debido a esta presión sobre los proveedores de servicios, ellos presionan a su vez a las usuarias con el objeto de cumplir con sus metas de cobertura. En algunos distritos, las mujeres que dan a luz en sus hogares son "multadas" haciéndoles pagar un costo mucho más alto por las partidas de nacimiento. En Puno, apareció más de una anécdota donde se relataba como el personal del centro de salud "capturaba" el Documento de Identidad de la mujer durante la primera visita prenatal para asegurarse que cumpliera con el número necesario de controles. En tres departamentos del país (después de detectar este problema en los primeros dos visitados) el equipo de evaluación preguntó a las autoridades de salud y a los proveedores si tenían metas para partos institucionales. De las 29 respuestas, 24 entrevistados dijeron que existían metas, pero sólo nueve dijeron que podrían sufrir consecuencias negativas si no cumplían con sus metas[23]. No obstante, el objetivo no se aplica en forma congruente. En 4 de los 15 distritos visitados por el equipo, los proveedores visitan los hogares para atender los partos, y en algunos distritos, las autoridades han hecho la meta más flexible: aumentar el número de partos atendidos por un profesional de salud sin especificar adónde se lleva a cabo el parto. Sin embargo, varios proveedores de servicios de salud se opusieron a esta idea indicando que las distancias y las dificultades de comunicación podían traducirse en la muerte de la mujer antes que ellos pudieran llegar a la paciente. Algunos otros mencionaron que el monto presupuestado para transporte era muy limitado e insuficiente para viajar regularmente a zonas rurales aisladas.

Un comentario al azar de un guardia de seguridad en Ayacucho a un miembro del equipo de evaluación esclarece las presiones que tienen los profesionales de salud para reducir la mortalidad materna, y cómo estas presiones socavan el mismo objetivo de reducir la tasa de mortalidad materna. El guardia indicó que una obstétrica de un centro de salud había sido despedida porque hubo una muerte materna durante su guardia. Otros informantes confirmaron esta situación. Estas presiones llevan a un alto nivel de molestia hacia las usuarias que acuden a los hospitales maternos en condiciones críticas, y probablemente también al maltrato. El equipo escuchó otra anécdota sobre una mujer de Puno en trabajo de parto que fue despedida cuando llegó en dicho estado aduciéndose que no podía pagar (el seguro materno brinda servicios de parto gratuitos); pero el proveedor de servicios encargado logró mantener su puesto. Varios proveedores de servicios entrevistados mencionaron específicamente que uno de los beneficios del trabajo de las promotoras de ReproSalud era que las mujeres acudían a tiempo a los servicios de salud, antes de encontrarse en una condición critica.

El lado positivo de estas tremendas presiones sobre el personal de salud para cumplir sus metas de partos institucionales es que finalmente están dispuestos a experimentar con

[23] Debido a un prejuicio de aceptación social, el número que temía consecuencias negativas fue probablemente mayor.

cualquier adaptación a los servicios que harán que sean más aceptables para las mujeres andinas. Dieciocho de los 40 entrevistados indicaron una amplia gama de adaptaciones a sus servicios, desde salas completamente equipadas para partos tradicionales hasta concesiones que requieren menores recursos, como permitir la presencia del esposo y el ingreso de bebidas herbales tradicionales utilizadas por las mujeres durante el parto. La capacidad de dar a luz en cuclillas es una de las principales demandas de las mujeres; algunos los que están dispuestos a probar otras adaptaciones pensaban que no tenían la capacidad para conceder en este punto. De hecho, los establecimientos de salud tienden a conceder sólo los puntos que son más aceptables para el personal capacitado de acuerdo con métodos occidentales y que no involucraban desembolsos de fondos.

En resumen, es probable que las OCB que dan prioridad a los partos en el hogar con la atención de un profesional de salud tendrán mayor resistencia. Unas cuantas promotoras y miembros de las OCB se quejaron de que en algunas áreas, los servicios de parto no son gratuitos. Como estos deben ser cubiertos por el sistema de seguro de salud materno, la demanda para hacer estos servicios gratuitos debe conseguir los resultados deseados. Otra área promisoria e interesante es la continua negociación para lograr adaptaciones culturales en partos institucionales; los servicios del MINSA pueden hacer mucho más de lo que han hecho a la fecha. Las penalidades extra por partos en el hogar y otras medidas coercitivas para aumentar la cobertura prenatal y de parto son claras violaciones de los derechos de la cliente y deben ser tratadas por ReproSalud y Comités de Defensoría. Finalmente, algunas promotoras y "técnicas" de las postas médicas (equivalente a asistentes de enfermería) expresaron su deseo de ser capacitados como obstétricas para así aumentar el acceso a la atención capacitada durante el parto a las mujeres rurales que viven en zonas alejadas.

Cáncer cervical, las ITR y las ETS

Los miembros del equipo se preguntaron por qué, después de más de dos años de educación sobre las ITR y ETS, más del 75 porciento de las mujeres mencionaron las ITR como su principal problema de salud. ¿Por qué no acudieron estas mujeres a los servicios de salud para ser atendidas?

La respuesta resultó ser muy compleja. En primer lugar, y tal como lo indican las tablas anteriores, el diagnóstico y tratamiento de las ITR no tiene una prioridad alta en el MINSA. Aún cuando las mujeres acuden para un Pap, la lectura de las pruebas por ETS ocasiona costos adicionales. Es muy probable que la mayoría de las ITR se diagnostiquen sintomáticamente. En teoría, el tratamiento es disponible a través del programa PROCETTS del MINSA, que es el brazo encargado de prevenir y tratar VIH/SIDA y otras ETS. Sin embargo, la realidad demuestra que los tratamientos de ETS e ITR sólo son disponibles para las trabajadoras de la calle, que es un "grupo de alto riesgo" para contraer VIH. Adicionalmente, ninguno de los cinco departamentos reportaron que hubiera disponibilidad de los medicamentos necesarios. El costo de las medicinas en las farmacias es prohibitivo para la mayoría de las familias en estas comunidades. Aquellas promotoras ya involucradas en las negociaciones reportaron que

una de las tres demandas más frecuentes son las medicinas baratas o gratuitas para curar las ITR.

Es más, tanto los hombres como las mujeres de las comunidades andinas son particularmente resistentes a cualquier procedimiento médico que involucra un examen pélvico en la mujer. Esta resistencia aumenta de manera considerable si el proveedor del servicio es un hombre, como es el caso en un gran número de postas médicas rurales. Los esfuerzos educativos de ReproSalud han trabajado arduamente para superar esta resistencia, y para persuadir tanto a mujeres como a hombres de que para un sinnúmero de situaciones, como atención prenatal, parto, Pap y diagnósticos de ETS e ITR, el examen pélvico es necesario. La evidencia obtenida a través de este estudio demuestra que estos esfuerzos han logrado aumentar el uso de los servicios. De los 40 miembros de las OCB entrevistadas, 32 se habían sometido a un Pap, muchas de ellas por primera vez.

La situación relacionada con la prevención del cáncer cervical también es compleja. En años recientes, el MINSA ha puesto una alta prioridad a las campañas de detección de cáncer cervical debido a las altas tasas presentes en el Perú. Sin embargo, parece que deberán llevarse a cabo negociaciones más complicadas para lograr la detección de grupos grandes de miembros de las OCB. Las promotoras refirieron que tenían que negociar las pruebas de Pap con su institución local. Es más, las fallas logísticas del sistema de salud significan que en algunos departamentos o distritos, algunas de las mujeres que se someten a la prueba no reciben sus resultados. Para la pequeña muestra del estudio, sólo 3 de 40 no las habían recibido, dos de las cuales provenían de Huancavelica, donde las promotoras también informaron que ocho mujeres de sus comunidades no habían recibido sus resultados. En los casos en que se detecta cáncer, algunas de las promotoras de ReproSalud hicieron esfuerzos sobrehumanos para ayudar a los miembros de la OCB a recibir el tratamiento necesario, que generalmente incluye la negociación para reducir o exonerar la tarifa de la cirugía y de las medicinas.

Los entrevistados mostraron conciencia de que para todas las enfermedades de transmisión sexual, la pareja necesita ser tratada. Sin embargo, la inclusión de hombres en los sub proyectos de ReproSalud no fue universal, y en las comunidades donde se llevaron cabo charlas para hombres, no todos asistieron. Todos los factores socioeconómicos y de género que influyen en la expansión de la epidemia del VIH/SIDA son igualmente aplicables para las enfermedades de transmisión sexual en estas comunidades, incluyendo sexo forzado, los hombres tienen múltiples parejas, la incapacidad de las mujeres de negociar el uso del condón con sus parejas, o persuadir a su pareja de que se trate la ETS. Es evidente que las soluciones a este problema, que tiene una alta prioridad entre las mujeres involucradas en el proyecto, deberán ser multi facéticas.

<u>Para infecciones transmitidas por medios no sexuales, como vaginitis</u>

Muchas mujeres y hombres mencionaron que la información provista sobre cuidado e higiene personal durante las charlas de ReproSalud fue sumamente importante para

ayudarlos a prevenir las ITR, particularmente la instrucción sobre cómo limpiarse después de defecar, y la importancia de lavarse la zona de los genitales, lo cual no es usual en estas comunidades. El cuidado personal, combinado con un tratamiento médico debería resolver de una sola vez el problema para muchas de las mujeres. Debido a que la solución a este problema es menos compleja, las OCB deberían darle mayor prioridad a asegurar las medicinas necesarias para el tratamiento, ya sea a través de negociaciones con el sector salud, o a través de actividades de levantamiento de fondos.

Infecciones de transmisión sexual

La evidencia anecdótica del proyecto da a entender que con cierto esfuerzo, las mujeres pueden recibir tratamiento para ETS que amenazan la vida, como la sífilis. Sin embargo, otras condiciones de difícil diagnóstico como la clamidia pueden pasar desapercibidas, además de lo costoso de los medicamentos. Será necesario abogar a nivel departamental o nacional para lograr cambios en la política del MINSA que limita el tratamiento a costos reducidos o gratuitos únicamente para trabajadoras de la calle.

Para prevenir las ETS, los esfuerzos educativos durante la Fase Dos deberán incluir a los hombres, y deberán dar un fuerte énfasis a este tema.

Tratamientos y medicinas a bajo costo

Dadas las severas limitaciones financieras que enfrenta el sector público de salud, este punto será un tema muy difícil de negociar. En general, los profesionales de la salud indican que ellos fácilmente podrían exonerar las tarifas de la consulta médica, pero lamentablemente su presupuesto para suministros y medicinas raras veces les permiten exonerar los costos de los mismos. Este será un punto muy difícil de negociar, aún cuando se trate de una de las principales demandas de las OCB. Existe evidencia que los costos de consulta cobrados por los establecimientos de salud varían mucho, incluso dentro de un mismo departamento; por lo tanto, una investigación a fondo sobre los lineamientos oficiales podría proporcionar a las OCB la información necesaria para negociar este punto. En Huancavelica, una de las OCB incluida en el estudio debió negociar la aplicación del seguro de salud materno para que el servicio de parto fuera gratuito, tal como indican los lineamientos oficiales. En algunos lugares, los establecimientos cobran por los suministros utilizados durante el parto, simplemente porque no los tienen. Es probable que cualquier punto a ser negociado que involucre gastos no presupuestados deberá ser resuelto a nivel departamental.

Análisis y recomendaciones

*Reclutar a los proveedores de salud como aliados*: De acuerdo con Susana Moscoso, algunos de los sub proyectos de la Fase Dos planean involucrar al personal de las postas médicas o de los centros de salud en las negociaciones con los funcionarios

departamentales de salud. El reclutamiento del personal de salud como aliado parece ser una estrategia promisoria, en lugar de tener a esta gente recibiendo constantemente demandas que deben ser negociadas. Los problemas que son mencionados con mayor frecuencia y que pueden ser manejados a través de esta estrategia a nivel departamental incluyen la falta de medicamentos para tratar las ETS y las ITR, la falta de disponibilidad de los métodos anticonceptivos más populares (especialmente inyectables), y la no entrega de los resultados de los exámenes de Papanicolau.

## D. PREOCUPACIONES ORIGINADAS POR EL MODELO DE DEFENSORÍA DE LA FASE DOS

- En este modelo las Presidentas de las OCB y las promotoras de ReproSalud son las protagonistas, y la "acción" ya no es a nivel comunitario. Durante la Fase Uno, los miembros de la OCB eran el núcleo de las actividades a través de charlas comunitarias, mientras que durante la Fase Dos existe el peligro que sean marginadas. Las Presidentas se encuentran negociando las demandas de la comunidad con los Centros de Salud, y las promotoras trabajan para cumplir con su parte del acuerdo con el centro de salud.

- Las promotoras no tienen suficiente motivación para estar involucradas activamente. En la mayoría de los casos, su compromiso involucra una promoción activa para que las mujeres utilicen los servicios de salud, realizando un papel de "puente" que fue favorablemente mencionado por los entrevistados del MINSA. Se supone que continúan brindando charlas comunitarias, pero podrían no estar suficientemente motivadas para hacerlas por la falta de remuneración o fondos para refrigerios. Si el proceso de comunicación funciona de acuerdo con lo programado, tanto las promotoras como otros miembros de las OCB escucharán de las Presidentas de las OCB sobre el avance en las negociaciones durante las reuniones regulares.

- El personal ReproSalud resaltó el peligro de depender de las Presidentas de las OCB para la Red de Defensoría. Las Presidentas rotan con mucha frecuencia, lo que hace que muchas de las actuales Presidentas hayan tenido poca exposición al programa de ReproSalud. Tal como se ha indicado anteriormente, la mayoría de las Presidentas no son elegidas por sus dotes de liderazgo sino por su capacidad de asegurar recursos para los miembros, generalmente a través de conexiones políticas. Será de suma importancia realizar un monitoreo muy minucioso para observar si el curso de liderazgo ayuda a los miembros a utilizar diferentes criterios a la hora de la elección, y si las Presidentas de las OCB se encuentran suficientemente motivadas e informadas para llevar a cabo el papel encargado.

- Los promotores masculinos han sido marginados, y no existe un mecanismo para re involucrarlos en las actividades a nivel comunitario. Las personas entrevistadas a nivel comunitario dan su total apoyo a la continuación del trabajo de los hombres. Tanto este estudio como el estudio cuantitativo muestran que el

impacto del proyecto en temas de género fue débil y que debe ser fortalecido. Esta marginación de los promotores hombres dificulta aún más el logro de este objetivo y además podría costarle al proyecto el actual nivel de apoyo entre las autoridades locales.

# VI. AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA Y SOSTENIMIENTO A LARGO PLAZO

Como ReproSalud es un proyecto de diez años, con una fecha de inicio y otra de culminación, el reto estratégico central es maximizar los beneficios del proyecto durante su duración y luego convertirlos en sustentables en el tiempo. En argot financiero - ¿cómo obtener el más alto rendimiento de esta inversión a corto y largo plazo? Las conversaciones con el personal y los demás participantes durante la evaluación dividieron este desafío en tres importantes retos:

- ¿Cómo reforzar y ampliar de manera positiva los cambios a nivel comunitario en los distritos actualmente involucrados en ReproSalud?

- ¿Cuál es la mejor manera de ampliar la cobertura durante el resto de la vida del proyecto hacia nuevas comunidades y distritos?

- ¿Cómo y bajo qué condiciones deberá ser transferible el modelo a otras instituciones y programas en el Perú y en otros países?

Los dos temas sobre la ampliación de la cobertura y réplica del programa por otras instituciones van de la mano pues la mayoría de las oportunidades de ampliación de la cobertura involucran una "transferencia de metodología" hacia otras programas e instituciones del país. ReproSalud tiene un presupuesto muy limitado para actividades que deben ser implementadas directamente por la organización para ampliar la cobertura del programa durante los próximos tres años.

Esta sección discutirá la siguiente combinación de estrategias para cumplir con las metas:

1) Actividades educativas en las comunidades que actualmente son apoyadas por los sub proyectos de la Fase Dos;

2) Provisión de cursos de ReproSalud en nuevas comunidades por promotoras actuales de ReproSalud;

3) Capacitación del personal de las ONG y del MINSA que desean replicar parcial o totalmente el programa a través de una "transferencia de metodología" y materiales; y,

4) Programas de comunicación basados en el programa recomendado por Alfonso Gamucio, con ciertas modificaciones.

Existe una clara opinión en la mayoría de los participantes entrevistados durante la evaluación procesal de que las actividades educativas deben continuar en las actuales

comunidades, y ampliarlas a nuevas comunidades. Se le solicitó a todos los entrevistados que hicieran recomendaciones para ReproSalud. Las dos respuestas más frecuentes fueron ampliar la cobertura (39) y continuar las actividades de la Fase Uno (39). Las autoridades locales y los miembros de las OCB estuvieron fuertemente representados entre aquellos que recomendaron la continuación de las actividades de la Fase Uno. De las 84 sugerencias recibidas sobre si ReproSalud debe ampliarse y cómo[24], 39 dieron respuestas que indican apoyo a la ampliación y a la réplica total o parcial de las actividades educativas de la Fase Uno[25]. La siguiente respuesta más mencionada fue mayor trabajo con hombres y/o mayor información sobre violencia (14) –también una sugerencia relacionada con la continuación de las actividades educativas. La mención sobre "mayor capacitación para promotoras" aparece siete veces en las entrevistas individuales, mientras que en Ayacucho y Puno, durante las reuniones de grupo se dio fuerte énfasis a la necesidad de mayor capacitación. Nuevamente esta sugerencia está vinculada a las actividades educativas de las promotoras. Aún cuando las pruebas posteriores muestran fuertes mejoras en los conocimientos, muchos de los entrevistados indicaron que necesitan cursos de refuerzo.

A continuación, se hace una lista de necesidades adicionales identificadas por las evaluaciones de proceso y de impacto que deberán ser tratadas por las estrategias de la Fase Dos:

1) La necesidad de brindar cursos de capacitación y de refuerzo para las promotoras, y de actitudes de protección de SR y temas de género entre los miembros de la comunidad. Esta necesidad es especialmente urgente con relación a los temas de género, y para los hombres y adolescentes de estas comunidades.

2) La necesidad de mantener tanto a los miembros de las OCB como a los promotores hombres activamente involucrados en el programa. Ellos juegan un papel pasivo o inexistente, respectivamente, en el actual diseño de la Fase II, y el proyecto se corre el riesgo de perder el terreno ganado a medida que su participación en las bases se vuelve invisible.

3) La necesidad de reforzar el hipotético impacto inter generacional del programa alcanzando a más adolescentes y jóvenes adultos (15-24 años) quienes están sub representados en la membresía de las OCB.

4) Relaciones públicas y apoyo para actividades que expandirán la cobertura durante la próxima fase del proyecto.

[24] Algunas personas dieron más de una sugerencia. Las autoridades de salud, los proveedores de servicios de salud y los promotores de ReproSalud fueron consultados sobre este tema.

[25] Ver las tablas anexas al "Informe 10". Las respuestas que llevan a la conclusión recaen en 4 categorías: más educación (incluyendo sugerencias para nuevos temas), más de lo mismo (es decir, Fase Uno), sugerencias de áreas geográficas donde debería expandirse el programa, y réplica de todo el modelo actual.

## A. REFORZAMIENTO DE LOS CAMBIOS A NIVEL COMMUNITARIO

En el diseño original de ReproSalud, se esperaba que los efectos más sostenibles fueran los cambios positivos en el conocimiento, actitudes y conductas de protección de la salud a nivel comunitario una vez que la "masa crítica" de los miembros de la comunidad fuera afectada por el proyecto[26]. Por lo tanto, una pregunta crucial relacionada con el sostenimiento de los efectos del proyecto es si el impacto positivo identificado durante esta evaluación parcial a nivel comunitario es sostenible en el tiempo a través de la influencia de los participantes sobre sus vecinos, familiares, y los jóvenes. Una segunda pregunta es si las ganancias para los beneficiarios directos, especialmente con respecto a cualquier cambio en relaciones de género, se verán erosionadas en el tiempo si no son reforzadas durante la Fase Dos. El primer intento de responder a estas preguntas deberá ser agregado a la evaluación cualitativa durante la Fase Dos[27].

Este estudio brinda cierta evidencia anecdótica de participantes mujeres que conversaron y lograron influir en sus familiares incluyendo a sus esposos, hijas e hijos. Las mujeres analfabetas compartieron los materiales educativos con sus hijos e hijas y les solicitaron que los leyeran en voz alta.

Sin embargo, algunos entrevistados indicaron que ReproSalud sólo tuvo un impacto positivo sobre los hombres que asistieron a las charlas educativas. Una promotora de Ancash mencionó que los hombres escuchan más a la gente de fuera que a las mujeres de la comunidad. El 100 porciento de los entrevistados a nivel comunitario (n=72) a quienes se les preguntó si el trabajo con hombres debía de continuar respondieron que "sí", citando una variedad de motivos que estaban relacionados con la escasa repercusión del proyecto sobre los hombres de la comunidad. Estas observaciones sugieren que la hipotética difusión de los cambios de salud dentro de la red social de participantes no necesariamente se presentará entre los hombres. El estudio etnográfico parcial podría iluminar mejor esta pregunta.

A la fecha ReproSalud cuenta con una "contraparte"[28] de 193 OCB involucradas en el proyecto, de las cuales la mayoría han completado el ciclo educativo de tres problemas de SR de la Fase Uno. Sin embargo, las actividades de la Fase Dos sólo incluirán educación en salud reproductiva si el MINSA o las OCB logran incluir este componente en sus acuerdos. La gran diferencia es que ReproSalud ya no continuará remunerando a las promotoras por las charlas educativas dictadas, ya sea en sus comunidades o en comunidades aledañas.

Durante las visitas de campo, la sensación que las actividades del proyecto se encontraban en caída era casi palpable, y varios proveedores de servicios de salud también remarcaron este hecho. Tal como se indicó anteriormente, y basándonos en la muestra limitada del estudio, aparentemente el apoyo para la continuación de actividades

[26] Entrevistas, Susan Brems, y Documento del Proyecto
[27] Las recomendaciónes a los diseños de evaluación que podrían dar respuesta a esta pregunta se encuentran en la Sección G, bajo Recomendaciónes de la Evaluación.
[28] OCB que reciben sub-donaciónes. Muchas OCB asociadas están afiliadas a ellas en cada sub-proyecto.

educativas en las comunidades actuales es muy fuerte. Dentro de las recomendaciones a ReproSalud, 20 de las 44 promotoras solicitaron más capacitación. Las promotoras solicitaron mayor capacitación, y los miembros de las OCB así como las autoridades locales pidieron más actividades educativas y mayor trabajo con los hombres.

A pesar que el programa no cuenta con los recursos para continuar la Fase Uno del programa en estas comunidades "con todas las de la ley", la importancia de hacer que la OCB y el MINSA diseñen el tercer sub proyecto es que los miembros de las OCB fortalecerán las restantes necesidades educativas en sus comunidades. Adicionalmente, esta demanda de mayores actividades educativas puede ser cubierta por el nuevo programa de comunicaciones (descrito mas adelante en el documento).

## B. ESTRATEGÍAS PARA AMPLIAR LA COBERTURA

Los beneficios y el impacto de la Fase Uno –demostrados tanto por el estudio de impacto como por la evaluación procesal- brindan una base sólida para recomendar que el modelo educativo de ReproSalud sea replicado total o parcialmente en comunidades actuales y nuevas, reforzando el enfoque en temas de género. Los diseñadores originales nunca imaginaron que el MINSA u otras ONG importantes que trabajan en el campo de la salud reproductiva podrían continuar con las actividades del proyecto. El contexto ha cambiado desde 1994-95 y el potencial de colaboración con el sector salud y con algunas otras ONG es mucho mayor que en aquella época.

De acuerdo con Susana Moscoso, el personal de ReproSalud ya tiene un plan para ampliar la cobertura. El personal de la Oficina Principal espera trabajar a través de tres canales:

- Las promotoras existentes de ReproSalud, que podrían dictar charlas educativas en comunidades cercanas a las suyas, tanto como promotoras de ReproSalud, como en su nuevo papel de agentes comunitarias del MINSA;

- El personal distrital del MINSA, que podía aplicar los módulos de ReproSalud como una serie de talleres educativos en comunidades que son muy lejanas para las promotoras; y

- La "transferencia de la metodología de ReproSalud" a otras ONG, que podrían agregar la capacitación y las actividades educativas de ReproSalud a las actividades que realizan su personal y voluntarios comunitarios.

Un componente de muchos de los sub proyectos de la Fase Dos es la capacitación para el personal del MINSA con algo de capacitación para las promotoras de ReproSalud por parte del MINSA sobre información necesaria para asumir el nivel de promotoras del MINSA, es decir, "agentes comunitarias". Una gran parte del personal de campo hizo mención de los planes actuales para transferir la metodología de ReproSalud a otras ONG, con ciertas iniciativas promisorias ya encaminadas.

La siguiente sección hará un resumen de las observaciones pertinentes que se presentaron durante la evaluación procesal en relación con estas tres opciones.

Posible réplica por parte de promotoras de ReproSalud e incorporación de las promotoras de ReproSalud al MINSA

Tal como se indicó anteriormente, había mucho escepticismo y controversia entre el personal del MINSA y de otras ONG en relación con la remuneración pagada por ReproSalud a sus promotoras durante la Fase Uno. El temor era que las promotoras dejarían de trabajar una vez que no recibieran pago alguno, haciendo que el gasto invertido en su capacitación no fuera sustentable. No podremos saber si este temor es fundamentado o no hasta que los sub proyectos de la Fase Dos sean evaluados. Sin embargo, las reacciones iniciales por parte de las promotoras de ReproSalud, según esta evaluación, son promisorias. El 100 porciento de las mujeres, y 9 de los 12 hombres, indicaron que estaban dispuestos a trabajar como promotores del MINSA; más todavía, algunos ya lo estaban haciendo.

**Tabla 16: ¿Trabajarian para el MINSA?**

| Promotores | | | |
|---|---|---|---|
| | Sí | Tal vez | No |
| Ancash | 6 | 1 | |
| Ayacucho | 9 | | 1 |
| Huancavelica | 9 | | |
| La Libertad | 8 | | |
| Puno | 7 | 1 | |
| Totales | 39 | 2 | 1 |

Uno o dos lugares hacen mención a la competencia entre las promotoras de ReproSalud y del MINSA, casi todos hombres. En general, las promotoras del MINSA manejan temas de atención primaria de la salud y salubridad, y no están capacitadas en salud reproductiva. La adición de promotoras capacitadas en salud reproductiva al equipo de promotoras del MINSA brindará a la red de promotores del MINSA un perfil más holístico.

El reclutamiento de promotores para brindar charlas en comunidades nuevas también sería una magnífica oportunidad para re involucrar a los promotores masculinos en la red.

Las dudas que aparecen sobre esta opción están relacionadas con el costo de oportunidad relativo al transporte a otras comunidades por parte de los promotores. Es más fácil para una promotora dictar una charla de dos horas en su propia comunidad o visitar entre uno y dos hogares durante el día, que ausentarse de sus responsabilidades domésticas y

productivas durante todo el día. En algunos casos, es probable que los esposos no den permiso. En otros, es probable que la mujer no logre encontrar alguien que cuide de sus hijos, o que su esposo acepte asumir las tareas básicas del hogar mientras ella se ausenta de la casa. Como ejemplo, en Ayacucho, una o dos promotoras que ya habían viajado a comunidades vecinas para replicar las charlas se quejaron de la larga caminata y del tiempo que les tomaba.

Por esta razón, el apoyo de las autoridades locales y/o de otras OCB ubicadas en las comunidades que solicitan las charlas es primordial para permitir que las promotoras viajen a comunidades nuevas. Ejemplos de dicho apoyo son omnipresentes en la evaluación procesal, y son esenciales para continuar con las actividades educativas en las nuevas comunidades. Los gobernadores / alcaldes locales podrían brindar medios de transporte, locales, ayudar a convocar a los miembros de la comunidad, brindarle legitimidad al programa, reducir la resistencia de los hombres, y por lo general proporcionar importante apoyo adicional, como comida, refrigerios, equipos de sonido e iluminación cuando sea necesario. Si las autoridades locales pueden proporcionar transporte y algún reembolso, los costos de oportunidad para las promotoras de ReproSalud no serían tan altos. Un ejemplo exitoso fue mencionado en Ayacucho, donde la autoridad local proporcionó a las promotoras transporte de y hacia la comunidad, y los miembros de la OCB acordaron pagarle a las promotoras con producto (lana, huevos, etc.).

¿Cómo manejar la necesidad identificada por muchas de las promotoras de ReproSalud de recibir cursos de refuerzo? El MMR espera que el MINSA asuma esta función como parte de los acuerdos negociados. Las promotoras reciben importante información suplementaria en áreas que son de alta prioridad para el MINSA como señales de alerta durante el parto así como importante información para el proceso de referencia, como estructura de tarifas, términos del seguro médico, etc. Algunas otras necesidades de capacitación de refuerzo podrían ser manejadas a través del programa de comunicaciones y haciendo que las promotoras de ReproSalud asistan a la capacitación que ReproSalud brindará al personal del MINSA (ver discusión a continuación), especialmente en temas que el MINSA generalmente no maneja, como violencia doméstica y equidad de género. Tanto las promotoras como los promotores deberán estar involucrados en esta capacitación, cuando se lleve a cabo.

## C. RÉPLICA POR PARTE DEL MINSA Y DE LAS ONG

Las herramientas que posibilitan esta estrategia son todas las guías, manuales y materiales desarrollados por ReproSalud: los manuales para el desarrollo de un auto diagnóstico, los manuales de capacitación para cada módulo educativo principal, y los materiales educativos desarrollados para distribuir entre las participantes. El principal reto de esta estrategia es que el término "transferencia de metodología" no es un nombre apropiado pues el corazón del programa involucra principios tales como el respeto a los derechos, la "intercultura", el compromiso a la equidad de género, el compromiso a levantar enfoques participativos, y un punto de vista holístico, todos los cuales son de

difícil replicado. Una coordinadora que capacitó con éxito otras dos ONG mencionó que en un caso esto solo fue posible porque las ONG compartían este enfoque básico; no tuvo la necesidad de inventar algo nuevo durante los cursos de capacitación. En el otro caso, tres de sus promotoras regionales fueron a trabajar para la ONG y actualmente se encuentran a cargo de la implementación del programa[29].

Réplica a través del MINSA

El argumento principal a favor de depender del MINSA para replicar el programa tanto durante la Fase Dos como a largo plazo es que "el MINSA siempre estará ahí". Las ONG vienen y se van dependiendo de su financiamiento pero el MINSA se queda. Este argumento de permanencia necesita ser calificado: la permanente rotación del personal, especialmente a niveles altos, es por lo general la regla, lo cual causa mucha interrupción, reconocido esto por todos como la principal debilidad de la organización, incluyendo entrevistados dentro del mismo sector salud.

Otra pregunta importante que se presenta al analizar esta opción es: ¿Quién lo hará? ¿Quién dentro de la estructura del MINSA podrá impartir los cursos de ReproSalud en las comunidades nuevas? Una posibilidad que fuera mencionada por el personal de la Oficina Central de ReproSalud fue que podrían ser los empleados de las postas médicas, quienes generalmente son sub utilizados y no están muy ocupados; muchos de ellos han asistido como observadores pasivos a las sesiones de capacitación de las promotoras. Otra posibilidad podría ser el promotorado del MINSA.

Los capacitadores de los trabajadores de las postas médicas o de las promotoras comunitarias dentro de la estructura del MINSA podrían ser los Coordinadores de Participación Comunitaria del DISA, quienes tienen la capacidad para dirigir actividades a nivel comunitario, y están mas familiarizados y dan mayor apoyo a las sesiones de capacitación para los promotores de los centros de salud en la metodología de ReproSalud. Si las promotoras actuales de ReproSalud pudieran participar de estas capacitaciones, ellas podrían mejorarlas agregando lecciones aprendidas de sus experiencias.

Varios entrevistados expresaron cierto escepticismo sobre la factibilidad de involucrar al MINSA en la réplica de los cursos de ReproSalud, ya sea para promotoras o para la comunidad, mencionando barreras tales como:

1) El nivel de compromiso y disposición para aceptar dificultades en la conducción de actividades en comunidades rurales muy apartadas demostrado por el personal regional de ReproSalud solo se encuentra en casos muy excepcionales entre el personal del MINSA, quienes tienen salarios muy bajos y rara vez están dispuestos a pasar la noche en comunidades rurales, como lo hiciera el personal

[29] No quedó claro si esto sucedió en el contexto de despidos o no. En todo caso, ella mantiene buenas relaciónes con la coordinadora de esta ONG, y representó esto como un acuerdo entre las dos ONG.

regional de ReproSalud durante los auto diagnósticos y la capacitación de las promotoras de las OCB

2) La mayor parte del personal del MINSA necesita una capacitación más intensiva en los principios antes mencionados: temas de género, inter cultura, enfoques participativos, etc. Los módulos de capacitación pueden no ser lo suficientemente extensos en estos temas para cubrir las necesidades.

3) La mayor parte del personal profesional del MINSA no habla quechua o aymara.

4) Los promotores actuales del MINSA son mayoritariamente hombres y no han sido entrenados en salud reproductiva. Un programa para llegar a comunidades nuevas tendría que tener un mecanismo de reclutamiento de promotoras para que trabajen junto con los promotores masculinos.

A pesar de todas estas barreras, la "transferencia de metodología" al MINSA está incluida en los planes actuales de casi todas las oficinas regionales como parte de las actividades de la Fase Dos. ReproSalud debe pensar seriamente cómo evaluará los resultados.

**Tabla 17: Réplica a través de las ONG**

| DEPARTAMENTO | AGENCIA REPLICADORA y COBERTURA | DETALLES |
|---|---|---|
| La Libertad | MINSA, y numerosas solicitudes distritales | MINSA ha recibido guías y ha solicitado capacitación en su uso. ReproSalud planea proporcionar la capacitación. |
| Ancash | Varios organismos e instituciones han solicitado capacitación. | No existen planes concretos aún. Una ONG expresó mucho interés en recibir capacitación pero no había recibido una respuesta positiva. |
| Ayacucho | MINSA, CEDAP, VECINOS PERÚ, Salud sin Límites | La oficina planea dar respuesta a todas estas solicitudes durante la Fase Dos. |
| Huancavelica | ONG Anccara – 270 promotores y 15 especialistas en el programa de alfabetización; la Escuela de Enfermería de la Universidad; MINSA en los distritos donde ReproSalud no ha llegado. | La oficina planea dar respuesta a todas estas demandas. |

| | | |
|---|---|---|
| Puno | JTZ – 1.000 mujeres<br><br>Programa de Adolescentes – 500<br><br>Promujer, un programa crediticio con 6.000 beneficiarios<br><br>Instituto Superior Ayaviri – 500 | Acuerdos ya están operativos. |

La coordinadora para Puno describió un programa de capacitación que incluye tres horas en temas de género, resultados del auto diagnóstico e intercultural, un segundo módulo sobre embarazo y parto, y violencia doméstica. El programa de capacitación puede ser adaptado para incluir el programa íntegro con los cuatro módulos, o sólo los módulos que sean de interés para una agencia específica.

Aparentemente mucha de la transferencia de metodología no incluye la réplica de auto diagnósticos. Los resultados de los auto diagnósticos de ReproSalud muestran tan poca variación que el personal concluyó que no era necesario repetirlos para hacer que los cursos fueran apropiados para cubrir las necesidades de las comunidades. Sin embargo, se pueden obtener de los auto diagnósticos otros beneficios para los participantes comunitarios. Ver discusión bajo preguntas de evaluación.

Tres de los cinco departamentos mostraron un bajísimo nivel de coordinación con otras ONG, las cuales representan oportunidades para la expansión de la cobertura y para maximizar las instancias de programas similares a los de ReproSalud. Se debe otorgar una alta prioridad a la capacitación de ONG en la réplica del programa de ReproSalud durante la siguiente etapa del programa.

## D. PROGRAMA DE COMUNICACIONES

Este programa tendrá varios objetivos que deberán cubrir las necesidades descritas anteriormente y que fueron detectadas por el personal de ReproSalud y por las evaluaciones de proceso y de impacto.

Los elementos básicos de la propuesta de Alfonso Gamucio podrían cubrir estas necesidades con ciertas modificaciones. El programa debería cumplir con las siguientes metas, que han sido divididas en dos categorías:

- Apoyo a las promotoras de ReproSalud y del MINSA para expandir la cobertura de ReproSalud; y

- Promoción de cambios en los conocimientos, actitudes y conductas sobre salud con relación a temas de género y SR entre audiencias analfabetas.

Promoción del programa de ReproSalud a través de "spots" que son individuales o que se presentan antes o después de programas educativos más largos.

a. Reducir la resistencia a las actividades educativas de ReproSalud entre los miembros de las comunidades actuales (según sea necesario) y en las comunidades nuevas. Esto involucrará mensajes dirigidos a las preocupaciones de los hombres (con un enfoque especial en asuntos de género) y que son atractivos a los intereses de las autoridades locales.

b. Crear una demanda para el programa educativo de ReproSalud en comunidades nuevas, y ofrecer la información necesaria para poder acceder a un programa de ReproSalud.

Promoción de cambios en conocimientos, actitudes y conductas que protejan la salud reproductiva y promuevan la equidad de género.

a. Mantener y profundizar los conocimientos impartidos sobre importante información de SR para promotoras, miembros de la comunidad y todas las audiencias, con énfasis especial en la prevención de mortalidad materna, ETS, y anticoncepción, incluyendo el uso correcto del método del ritmo.

b. Reforzar los mensajes que urgen a los miembros de la comunidad a utilizar los servicios de salud reproductiva del sector formal, incluyendo atención pre y post natal, parto, planificación familiar, prevención del cáncer, y tratamiento de las ITR/ETS.

c. Continuar el reclutamiento de miembros de las OCB en actividades educativas para equilibrar su papel relativamente pasivo en el componente de defensoría de la Fase II.

d. Crear y aumentar la conciencia y los cambios de actitudes positivas sobre factores sociales que afectan negativamente a la salud, incluyendo violencia doméstica y sexual, alcoholismo, y falta de equidad de género, con un enfoque que diferencie las necesidades y preocupaciones especiales de los jóvenes, las mujeres y los hombres.

Elementos sugeridos para el programa de comunicaciones

1. Amplia difusión de los volantes informativos que se distribuyen entre los asistentes a las charlas de la Fase Uno (algunos no los recibieron...) y entre todos los miembros de las comunidades de donde provienen las promotoras. Esto ya está incluido en el plan.

2. Programas radiales para discutir, de manera separada, las realidades y necesidades de los hombres, las mujeres, y los jóvenes.

3. ReproSalud podría repetir la estrategia altamente exitosa de los concursos de socio dramas, pero esta vez a través de programas radiales. Esto ayudará a volver a movilizar la membresía de las OCB y a los promotores masculinos capacitados, e involucrar por primera vez a los jóvenes en algunas comunidades.

4. Cuñas radiales transmitidas inmediatamente antes o después de los programas para invitar a comunidades nuevas a solicitar un programa educativo del MINSA o de la OCB. ReproSalud deberá elaborar un mecanismo para revisar y referir dichos pedidos.

5. Videos, que podrían estar basados en los socio dramas así como en el modelo sugerido por Gamucio. Muchas comunidades cuentan con al menos un lugar, inclusive un hogar, donde la gente se reúne para observar videos. Teniendo acceso a estos lugares –y apoyando a crearlos- ayudaría a estimular a las promotoras de ReproSalud a continuar las actividades educativas, que podrían estar estructuradas como una discusión después de la transmisión del vídeo.

6. Este nuevo programa debe iniciarse simultáneamente en los cinco departamentos. Los programas radiales podrían utilizar las estaciones locales con mayor sintonía en las comunidades actualmente involucradas con ReproSalud y otras comunidades nuevas en sus jurisdicciones. No es necesario realizar una evaluación de las necesidades para identificar estas estaciones pues las OCB son capaces de hacerlo con muy poco esfuerzo. Las redes de promotoras deberán estar involucradas en el diseño de la estrategia para lograr que se lance el programa. ReproSalud ya tiene planeado contratar a un consultor de comunicaciones para supervisar, capacitar y diseñar la evaluación de este componente. Esta nueva persona será esencial para llevar adelante el programa.

## E. PENSAMIENTO FINAL SOBRE SOSTENIMIENTO

La principal fuente de sostenimiento a largo plazo luego de que ReproSalud finalice son las personas involucradas, no sólo los miembros de la comunidad y de las OCB, sino también los profesionales. Las coordinadoras y promotoras regionales en los departamentos son un importante recurso para cualquier institución que desea replicar el programa. Gran parte de las promotoras regionales son mujeres jóvenes, generalmente

con un grado de instrucción universitario, que se encuentran en el inicio de su carrera profesional, y que han iniciado una experiencia intensa y formativa que llevarán consigo a todos sus futuros trabajos. Ellas representan uno de los activos más sostenibles que ha producido el programa de ReproSalud.

Los promotores –hombres y mujeres- indican que disfrutan lo que hacen y desean continuar. ReproSalud ha invertido recursos considerables en su capacitación y supervisión. Este nuevo período permitirá reforzar la capacitación de los hombres y las mujeres, especialmente en áreas que esta evaluación ha demostrado son débiles. Recomendamos fuertemente que ReproSalud convoque a los promotores hombres a cualquier capacitación sobre salud o de género que se realice durante el próximo período. Ellos son un recurso que no debe ser desperdiciado, y la necesidad de llegar a más hombres ha quedado evidenciada en este estudio.

Como mencionáramos anteriormente, otra importante fuente de sostenimiento son los hipotéticos efectos a nivel comunitario y la difusión de la información y actitudes entre la red social de participantes. Es importante evaluar durante la próxima etapa si esto se está llevando a cabo.

Finalmente, los materiales desarrollados durante el proyecto son uno de los principales productos que facilitarán la réplica, y por tanto el sostenimiento del impacto. Tal como se indicó párrafos arriba (Recomendaciones para la Fase Uno) existen lineamientos y manuales distintos para cada etapa de la Fase Uno: evaluación de necesidades, proceso de selección de la OCB, un folleto describiendo cómo realizar el concurso, una guía detallada para realizar el auto diagnóstico, una guía para el diseño del sub proyecto, lineamientos para su implementación, y otra guía para su evaluación. Adicionalmente, existen materiales educativos para la totalidad de los cuatro módulos para hombres y mujeres, en dos diferentes versiones: una para la Selva y otra para la Sierra. PROCOSI en Bolivia ha comenzado a replicar el programa utilizando estos materiales.

Tenemos dos recomendaciones básicas para mejorar las oportunidades de réplica:

1) Intensificar aquellos aspectos de la capacitación donde las otras agencias sean débiles: respeto inter cultural, asuntos de género (incluyendo violencia) y metodologías participativas.

2) Agrupar todas las distintas guías y manuales para cada etapa de la Fase Uno en una sola publicación de referencia y capacitación.

# VII. DISEÑO DE LA EVALUACIÓN Y RECOMENDACIONES

## A. COMENTARIO GENERAL SOBRE INNOVACIÓN Y EVALUACIÓN

En nuestra opinión, ReproSalud es uno de los proyectos de salud reproductiva más innovadores, ya sea financiado por USAID o por cualquier otra agencia cooperativa internacional. La verdadera innovación en el caso de ReproSalud es el realce. Tanto el Movimiento Manuela Ramos como otras organizaciones en el Perú y otros países han conducido programas piloto similares con amplia participación comunitaria, dando énfasis a la salud reproductiva, equidad de género y fortalecimiento de la mujer. Un pequeño número de éstos ha trabajado con minorías indígenas rurales con otra lengua[30]. Aún un menor número de organizaciones, a nuestro entender, ha incorporado un diseño cuasi experimental en una evaluación de impacto. Debido a su relativa unicidad y a la riqueza de datos disponibles, los resultados de la evaluación de ReproSalud son extremadamente importantes para el campo de la salud reproductiva y sexual.

No vale la pena elevar un programa innovador a no ser que sea evaluado. Ello por dos motivos:

- Para comprender cuál es el mejor modo de implementar la versión optimizada del modelo del programa. Cuando se realzan programas piloto innovadores, problemas logísticos, administrativos, de capacitación y supervisión pueden crear obstáculos para su adecuada implementación. Estos problemas deben ser detectados para resolverlos y para explicar los resultados de los estudios de impacto.

- Para determinar si la versión mejorada del programa tiene suficiente impacto para garantizar su futura réplica y expansión de cobertura.

## B. COMENTARIOS SOBRE LA EVALUACIÓN DEL REPROSALUD

La evaluación de ReproSalud ha sufrido desde su inicio de la falta de inversión, junto con una continua confusión y cambios de opinión sobre cómo estructurar evaluación y monitoreo. En otras palabras; parte de la evaluación debe ser interna vs. externa. Como los encargados del proyecto y el personal de USAID contrataron una variedad de

[30] Los ejemplos en el Perú que podemos recordar son el trabajo del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán con mujeres rurales, dos de los sub-proyectos del Programa Consorcio Mujer (1993-98) y el programa de bialfabetización en Huancavélica (programa bilingüe de alfabetización quechua - español con un enfoque hacia asuntos de género y SR), primero apoyado por el UNFPA y actualmente apoyado por el CEPAL. A nivel mundial, pequeños programas similares se encuentran documentados en la bibliografía, especialmente post-Cairo (ICPD) pero no son tan comunes y la mayoría son financiados por fundaciónes privadas.

consultores para cubrir esta deficiencia, la falta de continuidad y las opiniones conflictivas ocasionaron una situación caótica y difícil para el personal del proyecto, con una falta de claridad sobre los interrogantes básicos que deben ser respondidos, sobre cómo se deben responder y sobre quiénes deberían ser responsables de recolectar y analizar los datos.

- Falta de planeamiento y una inversión mínima para la evaluación de impacto en el diseño original del proyecto. No existe un plan de evaluación en el documento del proyecto, aparte de un párrafo sobre la "fase reflexiva" en la página 36, y cuatro párrafos en la página 69 sobre el plan de evaluación. El documento explícitamente indica que las evaluaciones deberán cubrir principalmente los requerimientos de USAID y que el programa deberá dar prioridad a la recolección de información de monitoreo que es más útil para quienes toman las decisiones del programa. De acuerdo con Barbara Feringa, la funcionaria de USAID encargada de la asistencia técnica hasta principios del año 2000, el proyecto necesitaba por lo menos otra persona a tiempo completo y una de las áreas que sufrió por esta falta de personal fue el área de evaluación.

  Según el personal de ReproSalud, la decisión inicial de colocar la evaluación en manos de una organización externa fue posteriormente rescindida, en cuyo momento USAID recomendó que ReproSalud estuviera directamente encargada de la evaluación. Estos cambios en los planes demoraron la formación de la unidad de evaluación y la contratación de científicos sociales calificados, por lo que parte de los datos básicos de los proyectos que comenzaron en 1997 luego de algunas intervenciones iniciales, fueron descartados. La asistencia técnica de PopTech para re dirigir la investigación hacia una evaluación de impacto no llegó hasta 1998, dos años después de haberse puesto en marcha el proyecto.

- Sigue la falta de continuidad y supervisión en la evaluación del proyecto. La figura que emergió de nuestras conversaciones y revisión del documento fue la de una "variedad confusa de cocineros involucrados en esta sopa", y una serie de personal y consultores con opiniones diferentes sobre el proceso de evaluación. El aspecto cualitativo de la evaluación no fue diseñado sino hasta principios del 2000. Una variedad de consultores ocasionó serias confusiones sobre su diseño y propósito. Es sintomático que nadie haya actualizado el borrador del plan de evaluación escrito por Alejandro Bardales para adecuarlo a los planes actuales. Delicia Ferrando encontró problemas significativos para analizar los datos cuantitativos sobre impacto porque existían 17 versiones del cuestionario. Actualmente, USAID/Lima ya no cuenta con el puesto de Asociado en Población que se encargaba de coordinar el apoyo técnico a este proyecto, y el proyecto de ReproSalud no cuenta con un Director de Evaluación a tiempo completo. El personal de ReproSalud está contento con el apoyo brindado por Patricia Mostajo de The Futures Group, pero el tiempo disponible de esta consultora es muy limitado.

- El estudio cualitativo de impacto es un estudio etnográfico en sólo seis comunidades que brinda algunos beneficios sobre el detalle y complejidad de los datos. Sin embargo, tiene la desventaja de hacer más difícil el uso de los resultados para explicar los efectos del estudio cuantitativo.

- El sistema de monitoreo es sobresaliente, pero recaba más información de la que se usa. En este momento, algunos de los logros más interesantes de sub proyectos específicos no han sido registrados, tales como ejemplos concretos de vidas salvadas, o la promotora de ReproSalud que fue elegida como autoridad local. Se han realizado investigaciones excelentes y muy útiles, pero la función esencial de la evaluación general del programa, tanto procesal como de impacto, aún no ha sido cubierta.

## C. RECOMENDACIONES

*RECOMENDACIONES GENERALES*: En el próximo período del proyecto, es necesario un liderazgo claro y consistente en la evaluación para que tanto el monitoreo como la evaluación brinden respuestas clave sobre la implementación de la Fase Dos, y sobre el impacto a largo plazo de las dos Fases. ReproSalud o USAID deberán contratar una persona altamente calificada a tiempo completo para desarrollar el diseño de la evaluación y para coordinar la recolección de los datos cualitativos y cuantitativos del monitoreo.

Las herramientas de la evaluación deben ser diseñadas y entregadas a los encargados de la réplica de ReproSalud en el Perú y en otros países para que, por lo menos en algunos lugares, exista información adicional que complemente los datos recabados por ReproSalud.

Los siguientes métodos de recolección de datos son recomendables para la Fase Dos del proyecto[31].

a) Formularios de monitoreo, completados por personal de ReproSalud, para ser analizados y re diseñados si fuera necesario a principios del año 2002, para asegurarse que cubran algunas de las preguntas más importantes descritas a continuación.

b) Un estudio etnográfico reducido en Abril podría responder algunas preguntas pertinentes a la Fase Dos y a los efectos a largo plazo de la Fase Uno. Si los fondos lo permiten, se podría realizar una última ronda de recolección de datos en el 2004. Como se presenta actualmente, el estudio etnográfico no está suficientemente vinculado a la evaluación del programa. Sin embargo, un pequeño esfuerzo para recabar datos parciales de tres en lugar de seis

[31] Los últimos dos componentes deberán ser obtenidos de una organización externa, y/o administrados por USAID, y los tres primeros deberán seguir siendo manejados por ReproSalud para la recolección de datos. Los consultores externos contratados para realizar el análisis de los estudios cualitativo y cuantitativo deberán estar localizados en el Perú.

comunidades podría reportar información valiosa sobre factores culturales y comunitarios que facilitaron o trabaron los procesos de cambio que se estimaron resultarían de las actividades de la Fase Uno. La reducción disminuiría en 50 porciento el costo a 17,000 USD. Se podrían hacer las siguientes reducciones y aún así obtener información valiosa:

- Tres en lugar de las seis comunidades originales;
- Estadía de un mes en cada comunidad en lugar de dos;
- Reducir las entrevistas individuales en un 50 porciento, concentrándose en los indicadores principales en la estructura de resultados y en algunas de las preguntas abajo indicadas, especialmente opiniones y percepciones de cómo funcionó el programa de ReproSalud, y las preguntas abajo indicadas sobre cambios a nivel comunitario; y,
- Mantener la recolección de datos sobre "casos".

c) El estudio final de impacto también esclarecerá los efectos a largo plazo de las dos Fases.

d) Una recolección de datos regular realizada por evaluadores de proceso. Un investigador por departamento con una asistente de investigación visitando una muestra de distritos (el número dependerá del presupuesto) cada seis meses, por dos semanas en cada departamento. Ella o él utilizará guías semi estructuradas de entrevista para todo nivel, de forma similar a la metodología de esta evaluación. Para recortar costos y tiempo, se utilizarán notas de campo y no transcripciones como dato primario. Cuando sea posible, las visitas deberán coincidir con las reuniones de negociación con el sector salud y/o con reuniones de la Red de Defensoría para una observación estructurada.

e) Envío de un cuestionario por correo a todos los centros de referencia en el año 2002 y luego en el 2004 al final del proyecto. Esto brindará mayor cobertura que el proceso evaluador y determinará los puntos de vista de los proveedores de servicios y de las autoridades de salud sobre las relaciones de los sub proyectos de la Fase Dos y sobre el impacto de los proyectos en los centros.

Las siguientes preguntas corresponden a preguntas de monitoreo, proceso e impacto. Las preguntas podrán ser respondidas utilizando una combinación de los métodos antes indicados, excepto cuando se indique expresamente lo contrario.

## D. PREGUNTAS DE EVALUACIÓN PARA LA DEFENSORÍA DE LA FASE DOS

a) ¿El número de usuarios de los centros de referencia aumentó debido a los acuerdos? ¿Qué cambios se han notado en los proveedores de servicios y autoridades en respuesta a los acuerdos? ¿Qué están haciendo las promotoras para mantener su parte del compromiso?

b) Principalmente, la evaluación debe monitorear el flujo de comunicaciones tanto hacia arriba como hacia abajo a través de todos los canales. ¿Se están comunicando las demandas y observaciones de los miembros de las OCB sobre la calidad de los servicios de salud a través de los tres niveles que son Presidenta de la OCB, Comité de Defensoría y Comité Directivo del Comité de Defensoría, hasta llegar a los servicios? Inversamente, ¿la información sobre los avances en las negociaciones está fluyendo desde el Comité Directivo a través de los miembros de la Red (Presidentas de las OCB) hacia los miembros de las OCB y las promotoras de SR a nivel comunitario/vecinal?

c) ¿Cuál es el nivel de diálogo o discusión a nivel comunitario sobre el manejo de los problemas durante las negociaciones o el fracaso para cubrir demandas clave por los centros de salud? ¿La Red de Defensoría consulta a los miembros de las OCB?

d) ¿Qué factores en las estrategias de la Red de Defensoría podrían explicar el éxito o fracaso para lograr que las demandas sean cubiertas por el centro de salud o las autoridades del DISA? ¿Qué factores dentro del MINSA explican el éxito o el fracaso?

e) ¿Qué efecto tiene la rotación regular en el liderazgo de las OCB sobre las operaciones de la Red de Defensoría? ¿Cuáles son las mejores estrategias para atraer nuevas Presidentas de OCB y asegurar su involucramiento activo en la defensoría?

f) ¿Cómo se comunica la Red de Defensoría con la Red de Promotores sobre el nivel de cada OCB y sub proyecto? ¿Sobre qué temas a nivel departamental deben comunicarse, y por qué?

g) ¿La falta de pago e incentivos afecta la motivación de las Presidentas y promotoras para participar en el proceso? ¿Qué otros factores afectan esta motivación y participación?

h) ¿Los miembros de las OCB y otros participantes comunitarios consideran que la defensoría de la Fase Dos es beneficiosa? ¿Cómo se ven afectados, durante esta fase de distanciamiento de la "acción", los puntos de vista sobre el proyecto ReproSalud?

## E. EVALUACIÓN DEL ALCANCE Y REPLICABILIDAD POR PROMOTORAS Y EL MINSA A NUEVAS COMUNIDADES O DISTRITOS

El presupuesto actual de evaluación no permite el diseño de una evaluación de impacto cuasi experimental sobre el alcance a nuevas comunidades. Sería valioso conducir algún tipo de recolección de datos sobre impacto, aún un pre y post diseño, porque el alcance a nuevas comunidades probablemente tendrá un diseño más reducido de las actividades totales de la Fase Uno. Estos puntos simplemente indican que algunas preguntas importantes de evaluación podrían ser respondidas con una inversión adicional. Los puntos a), b) y d) demandarían una recolección de datos durante la primera mitad del año 2002.

a) Nuevamente, debido a razones presupuestarias, el programa en estas nuevas comunidades no incluirá un auto diagnóstico, lo cual podría ser un cambio suficientemente significativo del modelo de la Fase Uno como para afectar el impacto. Sin embargo, algunas comunidades podrían desear implementar el modelo completo, incluyendo el auto diagnóstico. Sería importante observar la diferencia en los efectos sobre el fortalecimiento de las mujeres y sobre las actitudes y conductas de salud entre el modelo completo de la Fase Uno y la versión más limitada donde los temas cubiertos son predeterminados.

b) La factibilidad de utilizar personal o promotores del MINSA para replicar el programa y la calidad de estas réplicas deberá ser evaluada seriamente.

c) Si el alcance a nuevas comunidades procede con nuestra recomendación de sostener simultáneamente las charlas para hombres y mujeres, entonces sería importante recabar cualquier dato que refute o apoye la hipótesis del personal de ReproSalud en el sentido de que la educación simultánea de hombres y mujeres reduciría el efecto de fortalecimiento de las mujeres. Parte del alcance podría seguir la secuencia utilizada durante la fase Uno, es decir, trabajar con mujeres, y luego trabajar con hombres sólo si las mujeres lo solicitan, mientras otros podrían introducir talleres educativos para ambos sexos. Es probable que las demandas de las comunidades locales se vean naturalmente divididas en estos dos procesos. Desde el punto de vista estadístico, los resultados de la prueba serán mayores si las comunidades son asignadas al azar a uno de los procesos; pero para lograr un aumento en la aceptación del programa, es importante seguir la guía de la comunidad, especialmente si la solicitud proviene de las autoridades locales.

d) Los resultados de esta evaluación, y la experiencia con otros programas para adolescentes a nivel mundial, sugieren que la demanda de muchas comunidades de educación en salud reproductiva para jóvenes se origina por las experiencias positivas de las mujeres y hombres adultos en el programa. La introducción de educación para jóvenes en estos temas antes de alcanzar a los adultos podría ocasionar mayor resistencia que la creada por el programa para mujeres. El alcance a nuevas comunidades podría probar esta hipótesis, o se podría realizar

cierta publicidad sobre la disponibilidad de talleres para jóvenes para observar si existe una demanda espontánea.

## F. INTERROGANTES DE LA EVALUACIÓN RELACIONADAS CON EL PROGRAMA DE COMUNICACIONES

La persona contratada para conducir este programa deberá desarrollar un plan de evaluación integral. Las interrogantes provienen de los objetivos descritos anteriormente: si los spots ayudaron a producir una demanda en las comunidades nuevas, si lograron minimizar la resistencia inicial al programa, y si el aumento y cambio en conocimientos y actitudes se produjo realmente. Será difícil atribuir este último punto al programa de comunicaciónes.

Jóvenes: El grupo de edad de 15 a 24 años se encuentra sub representado en la encuesta cuantitativa. Sería importante hacer una evaluación completa de cualquier componente del programa de comunicaciones dirigido a adolescentes, así como de su recepción y acceso a los programas para adultos. Los resultados de la evaluación procesal fueron muy pocos con relación a los adolescentes, debido a que la mayoría de los lugares no tenían actividades separadas para jóvenes. La mayoría de los entrevistados a nivel comunitario mencionaron que no hubo impacto alguno entre los jóvenes. Como parte de la evaluación de comunicaciones, sería aconsejable medir los cambios en las normas grupales de los jóvenes a través de "grupos especiales" en comunidades seleccionadas antes y después de la intervención.

## G. INTERROGANTES DE LA EVALUACIÓN RELACIONADOS CON LAS COMUNIDADES ACTUALMENTE INVOLUCRADAS EN EL PROYECTO

La mayoría de las preguntas tendrían que depender del estudio etnográfico y de la documentación del proceso.

a) ¿Se podrían desvanecer los cambios positivos de salud adquiridos si no son reforzados por actividades educativas adicionales? ¿Qué cambios positivos son sostenibles a lo largo del tiempo, y cuáles podrían desvanecerse si no reciben refuerzo externo?

b) ¿La influencia del proyecto llega hasta la red social de los miembros de las OCB? ¿Esta influencia se difunde de manera distinta entre las mujeres y los hombres?

c) ¿Cómo percibe la comunidad la culminación de la Fase Uno? ¿Las promotoras mantienen algún tipo de actividad educativa?

# VIII. RESUMEN Y RECOMENDACIONES

Nuestra opinión general es que el Movimiento Manuela Ramos superó exitosamente las expectativas para cubrir los múltiples desafíos organizativos y programáticos del proyecto. La institución ha logrado implementar un programa nacional a gran escala que sobrepasó sus objetivos originales, utilizando una metodología altamente participativa que desafió la estandardización en comunidades muy alejadas que impusieron numerosas barreras logísticas y culturales a su trabajo. Por muchos años, tanto el MINSA como otras ONG han intentado diferentes estrategias para mejorar la salud reproductiva en comunidades rurales y/o indígenas. A pesar de dichos esfuerzos, la desconfianza hacia los servicios de salud y hacia la medicina y los anticonceptivos modernos se ha mantenido alta en estas comunidades. Esta división entre las comunidades y el sector salud, combinado con la pobreza y el aislamiento físico/cultural. ha traído como consecuencia continuos y serios problemas de salud reproductiva. ReproSalud ha logrado cierta notable medida de éxito y aceptación, dado el historial presente.

Como evaluadores, tenemos recomendaciones para mejorar o ajustar los planes en las siguientes áreas:

- Durante el diseño de la Fase Dos, reforzar las áreas que mostraron menor impacto, especialmente las percepciones y actitudes relacionadas con temas de género[32] a través de capacitación de refuerzo para promotoras y a través del programa de comunicaciones.

- Re-involucrar a los promotores masculinos en la capacitación y en los esfuerzos de alcance a nuevas comunidades, y en el programa de comunicaciones.

- Implementar el programa de comunicaciones propuesto por Alfonso Gamucio, con ciertos ajustes para promover un mayor involucramiento a nivel comunitario.

- Realizar una reestructuración significativa del componente de evaluación y monitoreo del programa, asignándole mayores recursos, contratando a una persona encargada del área, re diseñando el estudio cualitativo de impacto, llevando a cabo una evaluación procesal y de impacto de la Fase Dos, y mejorando las estructuras e indicadores de los resultados.

- Aumentar la colaboración con otras ONG con el objeto de maximizar el potencial de réplica de otras agencias.

[32] Conversación con Delicia Ferrando, cuyo análisis confirma la impresión obtenida de los datos de la evaluación procesal, al determinar que los aspectos del programa relaciónados con temas de género necesitan ser reforzados.

- Otras medidas para mejorar la réplica incluyen la intensificación de aquellos aspectos de la capacitación donde otras agencias muestran debilidad, y la producción de una publicación que reúna todos los materiales de capacitación y de educación.

Todos los programas de salud reproductiva y sexual en zonas Andinas -Sierra y Selva- podrían beneficiarse de la réplica del programa en zonas donde existen divisiones similares entre el sector salud y las comunidades pobres. El impacto de dichos proyectos comunitarios sobre los servicios dependerá parcialmente de la implementación simultánea de programas complementarios que proporcionen fuertes incentivos y capacitación a proveedores de servicios para aumentar la calidad de sus servicios, su nivel de alcance, y su sensibilidad a las preocupaciones de las usuarias.

# ANEXO A

# BIBLIOGRAFÍA

ALBERTI, A., CARO, D., POSNER, J., SCHULER, S., COE, A. Julio 1998. "Strengthening ReproSalud's Monitoring and Evaluation Strategies" (Fortaleciendo las Estrategias de Monitoreo y Evaluación de ReproSalud). POPTECH Informe No. 97-124-066. Arlington, VA: population Technical Assistance Project.

ANDERSON, Jeanine. 2001. *Tendiendo Puentes*. Lima, Perú: Movimiento Manuela Ramos.

FERINGA, Barbara. 1999. "Two Year Off the Ground" (Dos Años desde el Despegue). Lima, Perú: USAID.

COE, Anna-Britt. 2001. *"Health, Rights and Realities: An Analysis of the ReproSalud Project in Peru"* (Salud, Derechos y Realidades: Un Análisis del Proyecto ReproSalud en el Perú). Takoma Park, MD: Center for Health and Gender Equity.

GAMUCIO DAGRÓN, Alfonso. 2001. "La Comunicación en el Proceso Participativo de ReproSalud". Informe inédito.

ROGOW, Debbie. 2000. *"Alone You Are Nobody, Together We Float: The Manuela Ramos Movement"* (Solo No Eres Nadie, Juntos Navegamos: El Movimiento Manuela Ramos). No. 10 de la Serie Quality / Calidad / Qualité. New York: Population Council.

YON, Carmen. 2000. *Hablan Las Mujeres Andinas*. Lima, Perú: Movimiento Manuela Ramos.