

PN-ADB-026

130909

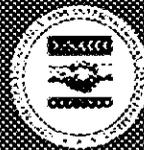


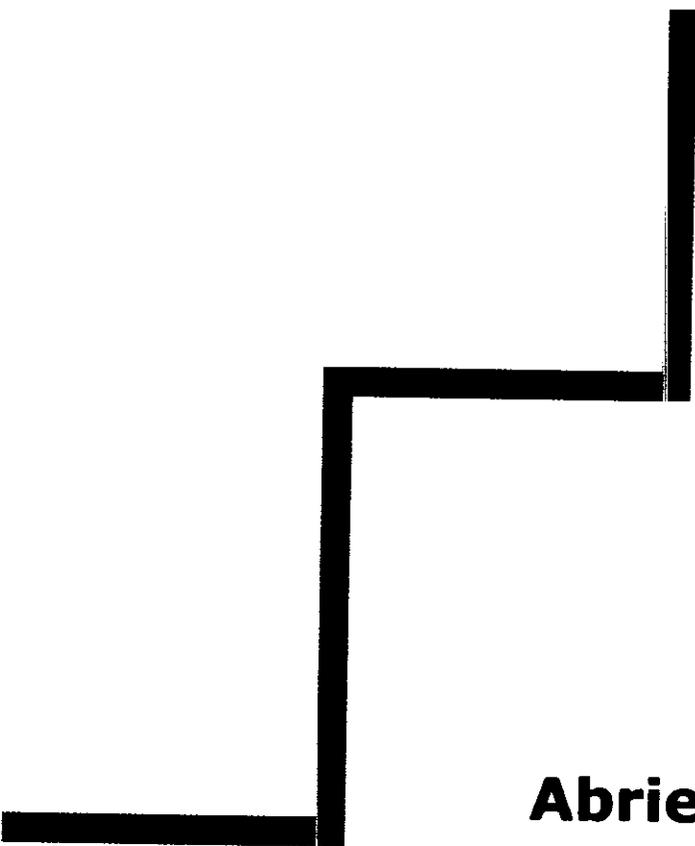
Abriendo nuestros ojos

Una experiencia de trabajo con
hombres en temas de género
y salud sexual y reproductiva


25
Aniversario


ReproSalud





Abriendo nuestros ojos

Una experiencia de trabajo con
hombres en temas de género
y salud sexual y reproductiva



© **MOVIMIENTO MANUELA RAMOS**

Av. Juan Pablo Fernandini 1550
Lima 21, Perú
Teléfono: (0511) 423 8840
Fax: (0511) 332 1280
E-mail: postmast@manuela.org.pe
<http://www.manuela.org.pe>

Sistematización de los orígenes del trabajo con hombres en ReproSalud:
BENNO DE KEIJZER - Consultor

Sistematización de sesiones diagnósticas de los talleres educativos:
MIGUEL RAMOS PADILLA - Consultor

Sistematización de las experiencias de promotores y participantes de réplicas educativas:
TERESA VIVIANO LLAVE - Investigadora Asistente de la Línea de Investigación de ReproSalud (hasta el año 2000)

Coordinación de la sistematización y elaboración de esta versión:
CARMEN YON LEAU - Investigadora Responsable de la Línea de Investigación de ReproSalud (hasta el año 2002),
actual Responsable de la Unidad de Evaluación.

Coordinadora Técnica de ReproSalud:
SUSANA MOSCOSO CAVALLINI

Coordinadora Política de ReproSalud:
SANDRA VALLENAS BÉJAR (hasta julio de 2003)

Edición y corrección de estilo de la versión en español:
MARIELLA SALA EGUREN

Cuidado de edición:
AMELIA VILLANUEVA RAMÍREZ

Fotografía:
MELLANIE HAMMOND Y CLAUDIA ALLEMANT

Impresión:
Línea & Punto SAC
Depósito legal No. 1501132003-4211
ISBN No. 9972-763-23-4
Agosto 2003

El informe completo de la sistematización, a partir del cual se ha elaborado esta versión, se publicará próximamente en CD y puede solicitarse al Movimiento Manuela Ramos.

Esta publicación fue realizada con el apoyo técnico y financiero del Proyecto ReproSalud, Salud Reproductiva en la Comunidad, bajo los términos del Convenio Cooperativo #527-A-00-95-00372-00, entre el Movimiento Manuela Ramos y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID-Perú. Las opiniones expresadas en este documento son de las y los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista de USAID.

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres de las comunidades rurales y periurbanas con las que trabajamos, por habernos planteado el reto de incluir a los hombres en los proyectos comunitarios que ellas llevan a cabo y son apoyados por ReproSalud, enriqueciendo así nuestras perspectivas y los resultados del Proyecto. Ellas son quienes le dan origen a la experiencia que se describe y analiza en este texto.

A los hombres de estas mismas comunidades que compartieron con nosotras y nosotros sus logros, descubrimientos y temores durante y después del proceso educativo del que participaron; sus voces, vivencias y procesos personales y colectivos son parte fundamental de la sistematización que se publica en este documento.

A las coordinadoras, promotoras y capacitadores de los Equipos Regionales de Ancash, Ayacucho, Huancavelica, La Libertad, Puno (zona quechua y zona aymara), San Martín y Ucayali. Ellas y ellos, como en todos los procesos que lleva a cabo ReproSalud, estuvieron en la primera línea, haciendo uso de su creatividad, empeño y capacidad de escucha, para construir e implementar las estrategias de trabajo con hombres que aquí presentamos.

Ya conocemos las tareas, también de la concientización, pero tampoco se puede cambiar de la noche a la mañana. ¡Por supuesto de que siempre tenemos algún temor de qué dirán! Siempre estamos con ese qué dirán y poco a poco se va cambiando. En el peor de los casos, si no cambiamos nosotros, pensamos, los hijos tratarán de cambiar desde pequeños, tanto como un árbol ¿no? Se trata de tratar de cambiar en la raíz como también en el tallo o en las hojas ¿no? Entonces, pienso que de esa forma se puede cambiar esto de la salud también, de tomar conciencia (Promotor comunitario, Chucuito, Puno-zona aymara).

ÍNDICE

EL PROYECTO REPROSALUD	11
INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO I:	
Los orígenes del trabajo con hombres en ReproSalud BENNO DE KEIJZER	17
1. Un campo debatido: la participación de los hombres en la salud reproductiva.	19
2. "El que no sabe y el que no entiende": los hombres en los autodiagnósticos de las mujeres.	21
3. El origen del trabajo con hombres en ReproSalud.	23
4. Ventajas, retos y riesgos en el trabajo con hombres.	24
5. Modelo de trabajo con hombres y su aplicación.	26
6. Los materiales educativos.	29
7. Resultados del trabajo con hombres identificados por los equipos de trabajo de ReproSalud	30
8. Conclusiones.	32
CAPÍTULO II:	
¿Qué pensaban los hombres antes del proceso educativo? MIGUEL RAMOS PADILLA	35
1. Metodología y participantes.	37
2. Significados de género y salud reproductiva.	37
2.1. Relaciones de género y socialización.	37
2.2. La violencia contra la mujer.	40
2.3. Reproducción y paternidad.	42
2.4. Menstruación y ciclo reproductivo.	43
2.5. Los métodos anticonceptivos: entre la necesidad y la desconfianza	44
2.6. Embarazo, parto y puerperio – Participación de los hombres.	45
2.7. Las enfermedades de los órganos sexuales y reproductivos.	48
2.8. Deberes, derechos y derechos reproductivos: ¿el deber ser?	49
2.9. Percepción de la calidad de los servicios de salud.	50
3. Conclusiones.	51

CAPÍTULO III:

¿Qué piensan y hacen ahora los hombres que participaron del proceso educativo promovido por ReproSalud? 55

TERESA VIVIANO LLAVE

1. Metodología y participantes. 57
2. ¿Por qué participaron en los talleres educativos? 57
3. Selección y capacitación de los promotores. 59
4. ¿Qué significa ser promotor? 60
5. Las réplicas educativas: convocar y garantizar asistencia. 63
6. Factores que favorecieron el aprendizaje de los participantes de las réplicas. 64
7. Aprendizajes, nuevas formas de pensar y actuar. 65
 - 7.1. Los conocimientos adquiridos. 65
 - 7.2. Las nuevas concepciones se incorporan al discurso. 69
 - 7.3. Del discurso a la práctica. 71
8. Conclusiones. 71

BALANCE DE LOS TRES NIVELES DE SISTEMATIZACIÓN 75

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 79

EL PROYECTO REPROSALUD¹

El Proyecto ReproSalud (Salud Reproductiva en la Comunidad) es un convenio de cooperación de 10 años (1995-2005) entre la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID-Perú) y el Movimiento Manuela Ramos, organización no gubernamental peruana dedicada a la promoción y defensa de los derechos de las mujeres. El propósito del proyecto es mejorar la salud reproductiva de las mujeres pobres que viven en zonas rurales y periurbanas del Perú. El objetivo general es que las mujeres incrementen el uso de intervenciones en salud reproductiva, incluyendo tanto el incremento en el uso de los servicios formales de salud como las prácticas de autocuidado. ReproSalud también se propone tener un impacto positivo en los factores socioculturales que afectan la salud de las mujeres, especialmente en lo que se refiere a las relaciones de género y las distancias culturales entre el sistema de salud oficial y los sistemas de salud tradicionales.

Los principios básicos del proyecto ReproSalud son: equidad de género y empoderamiento de las mujeres, participación comunitaria, flexibilidad y sostenibilidad.

El proyecto ha trabajado en 91 distritos ubicados en 8 de los 24 departamentos del Perú: Ancash, Ayacucho, Huancavelica, La Libertad, Puno, Lima, Ucayali y San Martín. Entre el 75%-95% de mujeres que residen en las comunidades rurales de los departamentos de la Sierra donde trabaja ReproSalud, tienen como primera lengua el quechua o el aymara y no el castellano. ReproSalud beneficia actualmente a 145,235 mujeres y 67,464 hombres con una expansión planificada para llegar a 144,560 mujeres y 62,786 hombres más.

ReproSalud es un proyecto innovador que promueve la salud reproductiva entre las mujeres de menores ingresos de las zonas más alejadas del país, empoderándolas, fortaleciendo sus habilidades individuales y comunales para defender y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, establecer una relación más equitativa con sus parejas y los proveedores de salud y para que se desempeñen como usuarias informadas con capacidad para plantear sus demandas.

ReproSalud busca que las mismas mujeres definan sus necesidades prioritarias en salud reproductiva y asuman la conducción de proyectos comunitarios para enfrentar los problemas que tengan prioridad en este ámbito. Asimismo, es a través de este eje de trabajo que se refuerza la estructura organizativa mediante la cual se realizan las otras actividades. En los distritos seleccionados se convoca a las organizaciones comunitarias de base de mujeres (OCBs) para que concursen y se conviertan en contrapartes de ReproSalud.

¹ Texto adaptado de la traducción del documento de Bárbara Feringa (2000): *Dos años en el campo: ReproSalud visto a través de los ojos de las mujeres* y en menor medida, de otros documentos del Proyecto.

Las OCBs realizan dramatizaciones sobre sus problemas de salud reproductiva, siendo éste el principal mecanismo para evaluar la cohesión de la organización.

Con las OCB ganadoras de los concursos se desarrollan autodiagnósticos en salud reproductiva. Éstos constituyen una aplicación de las técnicas de investigación participativa en el campo de la salud reproductiva. Mediante dinámicas grupales y otros ejercicios participativos se motiva a las mujeres a reflexionar sobre su salud reproductiva y el modo en que se relaciona con su situación como mujeres. Finalmente, las mujeres eligen el problema de salud reproductiva que consideran más importante (en base a los criterios de frecuencia y gravedad) y que desean enfrentar con el apoyo de ReproSalud. Los problemas seleccionados como más importantes por un mayor número de OCBs son los de "regla blanca" (descensos vaginales), "muchos hijos" (embarazos no planificados y anticoncepción) y "sufrimiento en el parto" (complicaciones en el parto).

Con los resultados de los autodiagnósticos, las mujeres diseñan proyectos comunitarios a través de los cuales la OCB enfrentará el problema de salud reproductiva que ha seleccionado como el más importante. Estos proyectos se implementan con la asistencia técnica y financiera de Manuela Ramos. Los primeros proyectos comunitarios son eminentemente educativos, debido a que una de las principales causas de los problemas de salud reproductiva que las mujeres identifican, es "no saber" o no conocer. Estos proyectos buscan incrementar los conocimientos de las mujeres sobre anatomía y fisiología, así como sobre las causas de los problemas tomados como prioridad en los autodiagnósticos y motivarlas para que se comprometan a llevar a cabo acciones específicas para prevenirlos o enfrentarlos.

Como parte de los proyectos comunitarios se forman promotoras y promotores que son capacitados por Manuela Ramos y luego se harán cargo de replicar las sesiones educativas con las mujeres y hombres de su comunidad, teniendo como apoyo módulos educativos diseñados para este fin.

Durante el diseño de los primeros proyectos comunitarios en 1997, muchas OCBs identificaron la necesidad de llegar y trabajar con los hombres en sus comunidades. Ellas manifestaron razones estratégicas y prácticas. Desde una perspectiva práctica era necesario comprometer a los hombres de modo que no se opusieran a la participación de las mujeres en las reuniones de ReproSalud y otras actividades relacionadas. Estratégicamente, era vital involucrar a los hombres debido a su decisiva participación en las decisiones que se toman en el ámbito de la salud reproductiva y a las consecuencias que tienen éstas en la salud de las mujeres. En vista de la sólida argumentación de las mujeres, ReproSalud decidió responder a su pedido. Para algunas, involucrarlos les permitía enfrentar la oposición inicial de éstos a que las mujeres se comprometieran con ReproSalud. Otras, evaluaron como necesario cambiar las actitudes y comportamientos de los hombres para mejorar su salud reproductiva, en la medida que los identificaron como una de las causas de sus problemas de salud reproductiva. Las mujeres vislumbraron que los cambios en su salud reproductiva y la posibilidad de que éstos sean sostenibles y duraderos, no podían darse sin lograr cambios en los hombres. Una lección de ReproSalud es que si se trabaja desde una perspectiva de género y derechos, las mujeres encuentran el modo más adecuado de involucrar a los hombres, reafirmando su capacidad para tomar decisiones acertadas cuando tienen espacios de reflexión y autonomía para hacerlo. Teniendo en cuenta el análisis y las decisiones de las mujeres y dada la buena aceptación de los hombres involucrados, así como el requerimiento para trabajar con otros hombres, ReproSalud piensa continuar con las actividades educativas con ellos.

En los proyectos comunitarios de la Segunda Fase de ReproSalud, que se inició en el año 2001, las OCBs desarrollan actividades educativas y además otras de promoción y defensa de los derechos dirigidas a mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud desde la perspectiva de las mujeres. En el marco de estos nuevos proyectos comunitarios y con la finalidad de fortalecer la sostenibilidad de los resultados de ReproSalud, las participantes han constituido 133 comités de defensoras de los derechos reproductivos y 134 redes de promotoras comunitarias. Estas organizaciones han logrado una mayor capacidad de negociar con los proveedores de salud. Se han convertido en interlocutoras reconocidas en la comunidad. Las organizaciones de mujeres y los profesionales de los establecimientos de salud han elaborado planes conjuntos para superar los problemas de salud reproductiva identificados como prioritarios. A la fecha se han suscrito 78 planes de acción.

Las organizaciones de promotoras y defensoras han empezado a organizar desde el año 2003 coaliciones estratégicas con actores representativos locales y regionales tanto del Estado como de la Sociedad Civil con la finalidad de involucrar a más actores e instituciones en la promoción y defensa de la salud reproductiva.

También en el año 2003 se ha empezado a implementar un componente comunicacional basado en programas radiales para reforzar el trabajo educativo cara a cara y expandir los contenidos educativos impartidos por ReproSalud en lugares donde aún no ha llegado. Se están produciendo radionovelas basadas en historias de mujeres y hombres recogidas en las zonas de trabajo.

De acuerdo a la evaluación de impacto de medio término, realizada por un equipo de consultoras externas luego de un promedio de tres años de intervención en las comunidades: "El objetivo estratégico del proyecto se ha cumplido porque las mujeres están haciendo un mayor uso de los servicios de salud. Ello se traduce en un notable incremento de la atención profesional del embarazo y el parto y de la prevalencia de uso de anticonceptivos, así como de una mayor reducción de la demanda insatisfecha de planificación familiar en las comunidades contrapartes del proyecto en comparación con aquellas donde no se intervino". También se registra un aumento en el porcentaje de quienes deciden en qué gastan el dinero que ganan y el de aquellas que resuelven de acuerdo con su pareja sobre relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, número de hijos y nivel educativo para las hijas y los hijos ². Asimismo, la evaluación de proceso realizada en el año 2001, da cuenta de una mayor y mejor comunicación dentro de la familia y con los prestadores de salud, de mujeres transformándose en usuarias de los servicios de salud con mayor capacidad, de una mayor participación de las mujeres en los espacios públicos y de efectos no planificados sobre la calidad de los servicios de salud ³.

² Ferrando, Delicia: *Perú: Salud Reproductiva en comunidades. Educando y empoderando a mujeres de escasos recursos. Evaluación de impacto de medio término del proyecto ReproSalud.* MEDS Project Monitoring, Evaluation and Design Support. Febrero, 2002.

³ Shepard, Bonnie, Delicia Ferrando y Arlette Beltrán: *Evaluación de medio término del Proyecto ReproSalud. Resumen Ejecutivo de Resultados.* MEDS Project Monitoring, Evaluation and Design Support. Marzo, 2002.

INTRODUCCIÓN

Este documento se propone dar cuenta de la experiencia del proyecto ReproSalud (Salud Reproductiva en la Comunidad) en el trabajo con hombres de zonas rurales y periurbanas del Perú, el cual se inicia en el año 1997 y ha involucrado a 66,370 hombres hasta el año 2002. La sistematización de esta experiencia se inicia en el año 2000, luego de tres años de haberse desarrollado y discutido, y teniendo como uno de sus objetivos centrales recuperar los aportes y puntos de vista de los diferentes actores y actoras que intervinieron tanto en el proceso de diseño como de implementación de la misma.

Una de las particularidades del trabajo con hombres en ReproSalud es que éste no estuvo contemplado en el diseño inicial de la estrategia del Proyecto –que fue pensado fundamentalmente para trabajar con las mujeres y desde su perspectiva–, sino que fue introducido a raíz del análisis y decisión de las mujeres de las organizaciones de base durante la elaboración de sus proyectos comunitarios. Se trata, además, de una experiencia inédita y pionera en nuestro país donde, hasta entonces, las escasas referencias de las intervenciones con hombres realizadas desde una perspectiva de género se ubicaban principalmente en zonas urbanas y con grupos de jóvenes y adolescentes.

Una primera lección aprendida de ReproSalud es que dado que las relaciones de género se construyen en contextos socioculturales específicos, no se pueden determinar de antemano estrategias únicas para trabajar en este tema y que son las propias personas involucradas, contando con espacios y herramientas adecuadas para la autorreflexión y un análisis de género, quienes están mejor habilitadas para tomar decisiones al respecto (Feringa, 2000). Por estas razones, nuestra intención no es presentar en este texto una única respuesta a las preguntas de cuándo y cómo trabajar con hombres en proyectos dirigidos a mejorar la salud sexual y reproductiva, así como a promover la equidad de género. Nuestro propósito es contribuir con nuestras experiencias y lecciones aprendidas a la reflexión de algunos aspectos que consideramos centrales para pensar en los procesos de cambio sostenibles en estos ámbitos. Destacamos dos aspectos y las interrogantes asociadas a éstos, que a nuestro modo de ver, recorren los diferentes capítulos de este texto:

- El carácter relacional de los procesos de cambio que se dan tanto a nivel de la construcción de significados sobre masculinidades y femineidades, como de las relaciones sociales que se establecen entre hombres y mujeres: ¿Es posible generar cambios en el imaginario social sobre diferentes "modelos" de ser mujer, sin incidir en los significados mayoritariamente asociados a la masculinidad? ¿Es posible pensar en procesos de empoderamiento de las mujeres en contextos donde las inequidades de género afectan significativamente su autonomía?

- Las dimensiones subjetivas de los cambios, especialmente las resistencias internas de los hombres asociadas a la inexistencia de referentes alternativos de masculinidad y modos de entender y experimentar el poder: ¿Hasta qué punto el mayor empoderamiento de las mujeres garantiza que ellas puedan construir con los hombres formas de entender el poder y de ser hombre menos opresivas respecto a las mujeres y a los mismos varones? ¿En qué medida es indispensable que las intervenciones destinadas a promover la equidad de género contemplen espacios y procesos de autorreflexión tanto para grupos de mujeres como de hombres?

Este documento se divide en tres capítulos, cada uno de los cuales aborda uno de los tres niveles de sistematización que se tomaron en cuenta para reconstruir la experiencia de trabajo con hombres en ReproSalud:

- El primer capítulo, a cargo de Benno de Keijzer, se propone recuperar el proceso en que surge y se diseña el trabajo con hombres en el Proyecto, su estrategia e instrumentación. Se ha tomado en cuenta para ello tanto la lectura que hace el equipo de la Sede Central, como los Equipos Regionales de ReproSalud.
- El segundo capítulo, elaborado por Miguel Ramos, tiene como objetivo sistematizar los significados y prácticas expresadas por los hombres en las sesiones diagnósticas de los talleres educativos organizados en el marco del Proyecto; es decir, dar a conocer qué pensaban y hacían los hombres antes de la intervención educativa de ReproSalud. El registro de la información estuvo a cargo de capacitadores de los Equipos Regionales de ReproSalud: César Alva y Miguel Angel Ascue (La Libertad), Publio Quispe y Edgar Gómez (Huancavelica), Teófilo Ccallo (Puno-zona quechua), Andrés Condori (Puno-zona aymara) y Joe Tello (Ucayali).
- El tercer capítulo, a cargo de Teresa Viviano, busca presentar la perspectiva de promotores comunitarios y participantes de las réplicas (talleres educativos a cargo de los promotores), así como la de sus parejas, sobre los procesos educativos vividos por los hombres y los cambios que experimentaron luego de los mismos. Las entrevistas a hombres estuvieron a cargo de Fritz Villasante, mientras que las promotoras de los Equipos Regionales se encargaron de las entrevistas a mujeres.

Cada capítulo culmina con una sección de conclusiones y, finalmente, se incluye un acápite de balance de los tres niveles de sistematización contenidos en los capítulos descritos. Este último fue elaborado con las contribuciones de Ximena Salazar y de quien suscribe esta introducción.

Además de las contribuciones de las personas ya mencionadas, este documento se enriqueció con las sugerencias de Kristine Langlykke y Lucy López de USAID-Perú.

CARMEN YON LEAU
Coordinación de la Sistematización
del trabajo con hombres-ReproSalud



I. Los orígenes del trabajo con hombres en ReproSalud

BENNO DE KEIJZER *

* Miembro fundador de Salud y Género, asociación civil mexicana especializada en el trabajo educativo y en políticas públicas relacionadas con diversos temas donde el género afecta la salud de hombres y mujeres. Especialista en metodologías educativas para trabajar con hombres en temas de género y salud. Consultor de ReproSalud para capacitar a los primeros capacitadores que trabajaron con los promotores comunitarios y la revisión del material educativo. Docente en la Maestría de Psicología y Desarrollo Comunitario de la Universidad Veracruzana (México).

Este capítulo se inicia con un breve recuento del modo en que se ha abordado el tema de la participación de los hombres en la salud reproductiva. Luego se describen y analizan los orígenes, instrumentación y proceso en el cual se inscribe el trabajo con hombres en el proyecto ReproSalud, además de una lectura del proceso de cambio de los hombres desde la perspectiva del equipo central y los equipos regionales, así como su reflexión sobre los problemas encontrados.

La sistematización de esta parte de la experiencia de ReproSalud se basó fundamentalmente en el desarrollo de entrevistas semi-estructuradas individuales a personal de la sede central y entrevistas colectivas a los equipos de cuatro sedes regionales ubicadas en la Sierra del Perú: Ayacucho, Huancavelica (Sierra centro), Puno-zona quechua, Puno-zona aymara (Sierra sur) y Ancash (Sierra norte). La información obtenida se complementó con insumos documentales producidos por el propio programa. Se buscó recuperar tanto la mirada del equipo del nivel central del proyecto, como del nivel regional.

1. Un campo debatido: la participación de los hombres en la salud reproductiva

La investigación, la reflexión y la acción, en torno a la reproducción y la paternidad en los hombres, han emergido con gran fuerza en años recientes, tanto a nivel de los espacios académicos, como los institucionales y de la sociedad civil. Después de tantos años en que el trabajo desde una perspectiva de género ha estado centrado en las mujeres, el abordar las vivencias y la construcción de la identidad de los hombres aparece como algo complementario para unos, polémico y contradictorio para otros. Gran parte de la evolución en esta temática se debe al descubrimiento simultáneo de que el avance en los diferentes programas de desarrollo, especialmente de salud y educación, es más lento si no se toma en cuenta la situación, condición y trayectoria de los hombres. De otro lado, la emergencia de investigaciones, proyectos e iniciativas que interpelan a los hombres, marca otro modo de entender y aplicar la perspectiva de género convirtiéndola en una dimensión realmente relacional. Un ejemplo lo constituye el campo de estudios sobre masculinidad, donde también al hombre se le mira con una perspectiva de género (Kimmel, 1992).

Entendemos por masculinidad el conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que socialmente se atribuyen a los hombres como propias en una cultura determinada. Para el caso de América Latina, el **modelo hegemónico de masculinidad** se presenta como un esquema en donde el hombre se constituye como esencialmente dominante, y que sirve para discriminar y subordinar a la mujer y a otros hombres que no se adaptan a él (de Keijzer, 1997).

Recientes investigaciones y publicaciones han arrojado múltiples luces sobre diversos aspectos de la masculinidad. De entrada, aparece como necesario hablar de masculinidad en plural, es decir de *masculinidades*, que dan cuenta de la diversidad a partir de aspectos como

la nacionalidad, la clase, la edad, la etnia, el fenómeno de la migración, entre otros (Figuroa, 1998). Así, cada hombre se encuentra enclavado en un continuum donde comparte en grados distintos lo común y lo diverso. En el Perú se está construyendo una línea de investigación al respecto que da cuenta de semejanzas y diferencias entre hombres en el sector urbano (Fuller, 1998) y, aunque en menor medida, se propone hacer comparaciones entre los hombres de diversas regiones del campo (Population Council, 1998).

Otro tema que ha sido objeto de reflexión es la conexión entre reproducción y paternidad, ya que para los hombres la paternidad se constituye en la objetivación más clara de su participación en el fenómeno de la reproducción. Al igual que con la masculinidad, hablar de paternidades parecería más adecuado que hablar de paternidad que se refiere a un sólo tipo de relación, universal y predeterminada de los hombres con sus hijos e hijas y que desconoce formas bastante diversas de ejercerla. La paternidad es una posición y función que incluye lo biológico pero que claramente lo rebasa puesto que va cambiando históricamente, teniendo también notables variaciones de una cultura a otra, así como entre las distintas clases sociales y etnias de un mismo país. La paternidad tiene, asimismo, especificidades de acuerdo con las historias de vida y significados distintos a lo largo del ciclo vital de un mismo hombre (de Keijzer, 2000). La reflexión en torno a las formas en que se ejerce la paternidad ha ido evolucionando hacia un mayor involucramiento de los hombres en la crianza y una mayor democratización de las relaciones familiares.

De otra parte, los importantes cambios sociales y económicos que se han dado en nuestros países han provocado a su vez transformaciones en las relaciones de género: el acelerado proceso de urbanización, la incorporación de la fuerza laboral femenina, la creciente migración a las ciudades, otras regiones y países. Muchos de estos cambios han dado lugar a una mayor equidad de género en campos cada vez más diversificados y se han articulado, además, con varias décadas de feminismo, lo que ha terminado por ejercer también influencia en los hombres (de Keijzer, 1999).

En este contexto emergen en América Latina una serie de programas y procesos reflexivos entre hombres, frecuentemente apoyados o impulsados por mujeres. Es interesante el surgimiento simultáneo de dichos procesos sin conocimiento inicial mutuo y sin, necesariamente, haber tenido la influencia de países donde esta reflexión lleva más tiempo (como los Estados Unidos, el Reino Unido y otros países de Europa). Gran parte del impulso a este campo está relacionado con los llamados de las conferencias de El Cairo y Beijing a una mayor responsabilidad de los hombres en la salud sexual y reproductiva.

En la revisión de los resultados de diversos eventos y conferencias en los últimos años, llama la atención la similitud, convergencia y sinergia de sus conclusiones y propuestas relativas a la presencia y participación de los hombres, fundamentalmente en las problemáticas de reproducción. Sin embargo, en muchos de los acuerdos subsiste la tensión relativa a la inclusión o exclusión de la dimensión de la sexualidad en la discusión y las estrategias. Otro punto de discusión es el grado y la forma en que deben participar los hombres y el modo en que se deben retomar sus propias necesidades.

¿Cómo trabajar con hombres? Esta es una de las preguntas más interesantes para quienes trabajan en proyectos de vanguardia. Desde la década de los 90 han surgido esfuerzos para incorporar a los hombres, apoyando la salud de las mujeres, sobre todo en el ámbito reproductivo. Esta estrategia ha recibido nombres diferentes como: "participación de los hombres en salud reproductiva" u "hombres como socios en salud" (de las mujeres). Muchas de las experiencias desarrolladas han tendido a mostrar no sólo beneficios para las

mujeres sino para los propios hombres. Además, si se les escucha, casi siempre emergen necesidades específicas que los propios hombres plantean.

La tendencia es que la educación reproductiva, específica para los hombres, incluya una mayor información y sensibilización en torno a los procesos reproductivos de sus parejas y, a la vez, información específica en torno a su sexualidad y aspectos problemáticos como el cáncer de próstata y el advenimiento de la andropausia. Este tipo de educación avanza más en sectores urbanos y con población joven, tendiendo a dejar de lado a la población rural e indígena.

Dichos procesos pueden y deben abrirse a la educación de los hombres en otros aspectos como la sexualidad y la salud en general, incluyendo la dimensión de salud mental.

A todo esto hay que agregar el tema de los derechos sexuales y reproductivos que ponen en primer plano las relaciones de poder entre hombres y mujeres en un contexto en el que los hombres aún tienen un conjunto importante de responsabilidades por asumir.

ReproSalud, proyecto que nace en la organización feminista Manuela Ramos, donde el trabajo con mujeres ha sido muy intenso, tanto a nivel de programas como a nivel de políticas y leyes, se desenvuelve en este campo tan debatido de la participación de los hombres en la salud reproductiva; además, lo hace en un contexto poco explorado, como es el de los hombres en el medio rural e indígena. Lo particular de esta experiencia con hombres es que nace, además, como una demanda de las mujeres. En el acápite siguiente se abordará en detalle esta innovadora experiencia.

2. “El que no sabe y el que no entiende”: los hombres en los autodiagnósticos con mujeres

Un paso original en ReproSalud, coherente con los principios de la educación popular, fue la realización de un proceso de diagnóstico participativo con la población con la que se pensaba trabajar⁴. Es durante la realización de estos autodiagnósticos que las mujeres dan a conocer su situación de salud en el contexto de su condición general y su visión acerca de la relación con sus parejas.

En los autodiagnósticos los hombres aparecen de diversas maneras. En primer lugar como quienes presionan, controlan, maltratan y no participan de muchas tareas domésticas y del cuidado de los hijos e hijas; sin embargo, también están presentes a la hora del parto, como ayuda en casos de enfermedad de la mujer o como protectores de la mujer y sus hijos(as) en casos de amenazas externas.

En muchos casos las mujeres enfatizan las actitudes y comportamientos negativos de los hombres, como la irresponsabilidad frente a la concepción de nuevos hijos, la resistencia para que la mujer tome decisiones y se desplace libremente o para que acuda a los servicios de salud o como la fuente de muchas enfermedades debido, principalmente, al maltrato en sus diferentes formas. Sin embargo, aunque no haya un énfasis importante, también aparecen como quienes saben atender partos, preparar algunos remedios caseros o quienes

⁴ El proceso de *autodiagnóstico* con las mujeres supone una técnica de reflexión participativa con el fin de plantear y priorizar sus problemas de salud. Esto sirve de base para luego seleccionar un problema en torno al cual se diseñará, también en forma participativa, un proyecto local.

consiguen ayuda para atender algunas necesidades de salud de la mujer. Así, hay hombres que aparecen con una **imagen no tan negativa**, aunque nunca son mayoría ni aparecen en la primera respuesta. También están los hombres que **"no saben"** que pueden ser permeables a los cambios, a diferencia de los que **"no entienden"** que se dan por "irrecuperables".

Pero, además, en ellas ahí, reconocían dos tipos de hombres. Los hombres que le pegan a su mujer o la maltratan porque no saben, no han entendido. Nadie, pues les ha dicho, no lo han pensado, pero esos son buenos y hay que hacerles entender. Y los otros, que no entienden y que entonces hay que llamar, y era muy gracioso, porque decían "a esos hay que llamar al cura, para que les diga que es pecado, hay que llamar al profesor, para que diga cómo no debe ser así, que peguen, que es malo para los niños estar viendo que pegan, y hay que llamar a la policía, para que lo amenace y lo lleven a la cárcel" (Entrevista individual, Sede Central).

Sin duda, el detallado proceso de autodiagnóstico desarrollado por ReproSalud en la primera fase ayudó, no sólo a poner en un lugar relevante, como problema, la opresión y la falta de participación masculina, sino que simultáneamente contribuyó a una amplia sensibilización del personal del proyecto que permitió que el trabajo con hombres se convirtiese en una estrategia de creciente importancia.

3. El origen del trabajo con hombres en ReproSalud

Existen variadas perspectivas en cuanto al propósito de convocar inicialmente a los hombres. Los diversos –y no necesariamente contradictorios– motivos, tienen como origen la escucha a las mujeres, la sensibilidad del personal y la metodología del proyecto.

En las diversas entrevistas realizadas a los niveles central y regional, existía un denominador común: una creciente confianza, desde un principio, en que la estrategia de trabajar con hombres sería un aporte importante al proyecto. Sin embargo, en la medida que inicialmente el proyecto ReproSalud estuvo diseñado solamente para trabajar con mujeres, la incorporación de los hombres fue un proceso paulatino, que se fue aclarando y definiendo poco a poco.

Respecto a los orígenes del trabajo, quienes coordinan e impulsan el trabajo desde el nivel central, refieren:

El trabajo con hombres se inicia a pedido de las mujeres, principalmente de las mujeres rurales de la Sierra. Ellas, luego de participar en las actividades educativas, pensaron que los hombres debían recibir la misma información para que entiendan lo que ellas estaban haciendo en el subproyecto y no les impidan hacer su trabajo e ir a las sesiones. Otra razón expresada fue para que ellos conozcan sobre los problemas de salud reproductiva que ellas tienen y poder lograr un mayor diálogo y comprensión de sus parejas (Entrevista individual, Sede Central).

La idea no nace del equipo. Este es un proyecto que se pensó para las mujeres y desde las mujeres. Y en cumplimiento del mandato del proyecto es que las mujeres digan qué problemas son esenciales, analicen sus causas, sus consecuencias. Escojan las causas sobre las que pueden actuar ellas y hagan un proyecto. La mayoría de mujeres con sabiduría han dicho "este problema y la salud no solamente es nuestro, tenemos que involucrar a los hombres y tenemos que involucrar a los chicos y a las chicas". El involucramiento de los hombres viene desde ellas, viéndolo como positivo (Entrevista individual, Sede Central).

Ahora bien, ReproSalud es un proyecto que cuenta claramente con una misión dirigida a mejorar la salud reproductiva y la posición de las mujeres en regiones donde ésta es precaria. Resulta comprensible que el trabajo con hombres, para lograr dicha misión, no estuviera claramente planteado al inicio del proyecto.

Si por un lado fue iniciativa de las mujeres, por el otro se planteó por la curiosidad de algunos hombres. Por ejemplo en Puno, desde las primeras actividades, los hombres se escondían para escuchar qué era lo que se trabajaba con las mujeres. Este elemento, el de la *curiosidad de lo que ellas estaban aprendiendo*, podía tener lecturas diversas que iban, desde el genuino interés por aprender, hasta un claro intento de controlar lo que estaban aprendiendo y haciendo de las mujeres.

En ReproSalud no se abrió desde un comienzo el trabajo con hombres de manera, generalizada. Es ante todo una decisión de las mujeres el que se trabaje o no con los hombres dentro de cada proyecto comunitario, fijando ellas, tanto el momento, como la población objetivo (adultos, jóvenes, esposos o varones en general).

En tanto ReproSalud optaba claramente por impulsar la salud y los derechos de las mujeres, el trabajar con los hombres suponía un dilema en cuanto a qué tipo de atención se les debía brindar y de qué forma se les podía incorporar al proyecto. Por otro lado, la necesidad de trabajar con hombres también se vio reforzada por las reacciones represivas o violentas de parte de algunos contra las participantes en el proyecto en algunas de las comunidades.

...ellas comienzan a plantear de que era necesario de que los esposos, las parejas también supieran como un modo de facilitar la asistencia de ellas. O sea, primero yo creo que es una cuestión mucho más estratégica de decir "a ver si ustedes de repente le dicen a ellos vamos a tener menos problemas". Inclusive, en algunos lugares se vieron hechos de violencia contra las mujeres y eso nos reafirmó más esta necesidad de acercarnos a los hombres (Entrevista individual, Sede Central).

Otro aspecto importante fue la real influencia de los hombres en algunos problemas de salud de las mujeres, ello las predispuso a plantear y planear algún tipo de trabajo con ellos.

Para algunas informantes era más difícil y costoso para el proyecto el no involucrar a los hombres, no en el sentido económico, sino en cuanto a la limitación del ritmo de avance de las mujeres.

...lo más difícil con los hombres no ha sido involucrarlos, más bien lo más difícil ha sido dejar de hacerlo... si no los involucramos, es más difícil que ellos dejen que "sus mujeres", entre comillas, vayan a los talleres. Incluso la intervención de sensibilización. Ayuda en el sentido de que baja los temores de los hombres de que vamos a hacer brujas o no sé que cosas o feministas a sus mujeres. Porque los hombres siempre ponían ese pero. Pero cuando son sensibilizados, a pesar de que no son programáticamente involucrados, por lo menos dejan que sus señoras vayan (Entrevista individual, Sede Central).

Finalmente, lo táctico en el trabajo con hombres se fue convirtiendo en estratégico: crece y es atractiva la posibilidad de que los hombres pasen de ser únicamente parte del problema a convertirse en parte de la solución.

4. Ventajas, retos y riesgos en el trabajo con hombres

Ventajas

Cuando surgió la posibilidad de trabajar con hombres predominó la perspectiva de hacer trabajo educativo con hombres para ayudar a que el trabajo con las mujeres fuera exitoso. Por ejemplo, al incorporar al hombre se facilitaría que la pareja pudiese, en conjunto, tomar decisiones sobre aspectos como el uso de anticonceptivos. Había, además, grandes expectativas en cuanto a las **ventajas de trabajar con hombres**, dadas las condiciones desiguales en las que se daban las relaciones de género en los diversos contextos. Se buscó, en esencia, que el hombre apoyara o, por lo menos, que no bloqueara el proceso de participación y de toma de decisiones de las mujeres.

Para mí, una de las ventajas más grandes es allanar el camino a las mujeres, quienes puedan contar con el apoyo de los hombres desde el principio de la gestión del proyecto. De igual modo, los cambios de actitudes en la pareja pueden lograrse con mayor rapidez y esto da más confianza a las mujeres. No olvidemos que para las mujeres la opinión de los esposos es fundamental, el ideal para ellas es tomar todas las decisiones juntos (Entrevista individual, Sede Central).

Aunque primaba siempre la mirada de incorporar a los **hombres como socios en la salud de la mujer**, el trabajo con hombres abrió, para ReproSalud, la posibilidad y el reto de trabajar con una perspectiva de **género realmente relacional**. Poco a poco se fue fortaleciendo la idea de que el trabajo con hombres permitiría también que ellos tuvieran la posibilidad de conocer mejor su cuerpo y cambiar para su propio bienestar.

Definitivamente, y como además en la investigación demostrábamos, nosotros pensamos que los hombres pueden y deben ser los socios en la salud... iban a ayudar muchísimo más al cuidado de la salud de la mujer, que iban a movilizar a la comunidad. Porque muchos de los hombres son autoridades o cercanos a las autoridades. Y luego que ellos mismos se iban a sentir bien (Entrevista individual, Sede Central).

Retos y riesgos

Si bien se veían muy claras ventajas en el trabajo con hombres, esto no significa que no se estuviera ante un conjunto de posibles riesgos y retos para llevar a cabo la misión del proyecto. Esto se planteó tanto a nivel del equipo de la Sede Central como los de las regiones.

Para muchas de las personas entrevistadas, más que dilemas, la posibilidad de trabajar con hombres planteaba un desafío y muchas preguntas como: ¿Responderán los hombres al programa? ¿Les interesará este trabajo educativo? ¿Implicará más o nuevos problemas para las mujeres? ¿En qué temas capacitar a los hombres? ¿Podrán hacer esta capacitación las mujeres del equipo?

Haciendo un recuento, las preocupaciones iniciales frente al trabajo con hombres, dentro del proyecto se pueden resumir en tres fundamentales:

- En el caso del Proyecto ReproSalud, la mayor preocupación estuvo centrada en la posibilidad de poner en riesgo el proceso de empoderamiento de las mujeres, tanto a nivel comunitario como en los mismos equipos regionales.

-¿Qué riesgos veían ustedes?

Que por las mejores condiciones de desarrollo individual como grupal de los hombres, sustituyan a las mujeres en el protagonismo del proyecto. Que las mujeres se sientan cohibidas ante la presencia de los hombres y no asuman el proyecto de manera más protagónica. Que la mayor experiencia, información y asertividad de los hombres se imponga y no logremos el incremento de la autoestima de las mujeres. De este modo nos quedó claro que la incorporación de los hombres estaba pendiente y había que desarrollar una estrategia específica para hacerlo (Entrevista individual, Sede Central).

- Con respecto a las mujeres de la comunidad, éstas dudaban de su capacidad de convocatoria con los hombres, por lo que, en algunos casos, las acciones se iniciaban en el segundo proyecto comunitario conducido por ellas.
- Desde el lado metodológico, una dificultad importante estuvo centrada en conformar un equipo de hombres que trabajara en la implementación de la estrategia, además de la falta de preparación y de conocimiento en metodologías de trabajo con hombres.

El primer problema es que no se contaba con una estrategia de trabajo con hombres, inclusive la institución no tenía experiencia previa de este trabajo, ya que sólo se había trabajado anteriormente con jóvenes de las zonas urbanas y en grupos mixtos. No conocíamos directamente ninguna experiencia que mostrara metodologías validadas de trabajo con hombres desde la perspectiva de género y la salud reproductiva con iletrados o con población de zonas de pobreza similares a las peruanas (Entrevista individual, Sede Central).

La experiencia en el equipo de ReproSalud permitió que la reflexión sobre riesgos condujera rápidamente a estrategias preventivas de los mismos –estrategias que tuvieran en cuenta los problemas de salud específicos de las mujeres en el contexto más amplio de las relaciones de poder–, de manera que se lograra, efectivamente, el objetivo de apoyar su empoderamiento.

Dentro de esta perspectiva, se refuerza a las mujeres que la conducción de los proyectos comunitarios está a su cargo, como estaba estipulado desde un inicio en un proyecto que tiene a las organizaciones de mujeres como contrapartes:

Lo que hacíamos reforzando es decirles: "Señoras, ustedes van a manejar el proyecto, ustedes son las responsables que se prepare el proyecto, ustedes son las que manejan". Y a los hombres también se los hemos dicho en las capacitaciones. "Señores, compañeros, el proyecto ha decidido, mediante el proyecto se ha decidido trabajar con hombres, porque las señoras lo han considerado importante y son ellas las que van a dirigir esto". Los primeros proyectos donde estaban los hombres y las mujeres eran una incertidumbre para los hombres ¿Qué estaba pasando? Ellos decían: "Las mujeres no lo van a poder manejar, ellas no tienen capacidad, no lo van a hacer". Entonces algunos estaban esperando como que realmente fracasen ellas y pues que ellos puedan dirigir (Entrevista colectiva, Equipo Regional de Puno-zona quechua).

Finalmente, ha sido una virtud del programa que el trabajo en el campo se haya hecho en una determinada secuencia: primero con las mujeres y luego con los hombres, ya que el período inicial permitió tener a muchos grupos de mujeres ya organizadas en subproyectos desde los cuales se decidía o no trabajar con hombres. Sin embargo, en algunas regiones hubo casos donde se tuvo que recorrer el camino contrario; se vieron obligadas a trabajar y sensibilizar a los hombres como una forma de abrirle espacio al trabajo y a la participación de las mujeres.

5. Modelo de trabajo con hombres y su aplicación

El modelo de trabajo con hombres toma como referente principal el que se venía utilizando con las mujeres, ya que no se había previsto inicialmente el trabajo con ellos. Se basaba en la misma metodología de educación participativa, cubría los mismos temas educativos –centrados en los problemas señalados y relevados por las mujeres– y hacían uso inicialmente de los materiales diseñados para ellas.

Este proceso se dio necesariamente sobre la marcha, y aunque no fue simultáneo en todas las regiones, se pueden identificar tres etapas *a posteriori*. Las características que fueron adquiriendo estas etapas estuvieron relacionadas con el aumento de la demanda de trabajo con hombres en el nivel comunitario y el aprendizaje que se obtuvo en cada etapa.

De ser inicialmente una actividad marginal en ReproSalud, el proceso desarrollado con los hombres se convierte en una de las principales estrategias de trabajo con metas cada vez más cercanas a las planteadas en el trabajo con las mujeres. Para el año 2000, por ejemplo, la cobertura esperada de hombres beneficiarios era de 60% con respecto a un 100% de las mujeres, como parte de un intenso proceso de reflexión, discusión y aprendizaje, lo que es particularmente destacable ya que una iniciativa como ésta no tenía precedentes en el Perú.

Etapa entre 1997 y 1998: se trabajó con capacitadores profesionales provenientes de la ciudad de Lima.

Se optó por dos tipos de talleres, cuyo modelo se utilizaría durante todo el período de trabajo con hombres.

- De *sensibilización*: dirigidos sobre todo a esposos de mujeres participantes, donde precisamente se buscaba sensibilizarlos e informarlos, tanto sobre el proyecto como sobre la problemática de salud que se estaba trabajando.
- De *capacitación*: con la mira de formar promotores que replicaran la experiencia y que pudieran atender una demanda mayor ya presente en la comunidad.

Las principales críticas en esta etapa giraron en torno a: 1) el idioma, ya que a pesar de que los capacitadores se expresaban de manera sencilla, el castellano planteaba serias dificultades para los participantes; 2) la enorme demanda generada por los hombres, lo que hacía imposible que los capacitadores pudieran atender la demanda de todas las comunidades; 3) algunos testimonios en las entrevistas dejan entrever el academicismo de algunos de ellos durante esta etapa.

Etapa entre 1998 y 1999: se trabajó con capacitadores regionales “volantes” que participaban a demanda de los proyectos comunitarios.

El aumento en la demanda y las características de dispersión y de difícil acceso de las distintas regiones llevaron a replantear la estrategia. La demanda comunitaria de trabajo con hombres fue tal que junto con el aumento de capacitadores se fue ampliando otro nivel de capacitación: la formación de promotores comunitarios. Estos promotores trabajaban recibiendo un incentivo económico equivalente a un día laborado en el campo.

Se decidió la conformación de un equipo de capacitadores volantes, cuyos requisitos eran que vivieran en la región, que fueran profesionales provenientes de campos afines a las ciencias de la salud, las ciencias sociales o la educación, que hablaran el idioma local, que

tuvieran disponibilidad de trabajo a demanda, con experiencia de trabajo comunitario y que fueran sensibles a la perspectiva de género.

Luego del proceso de selección, se realizaron dos talleres nacionales impartidos por la organización civil *Salud y Género de México*⁵, dada su experiencia en el trabajo educativo con hombres desde una perspectiva de género y la ausencia de organizaciones peruanas que tuvieran este perfil. El primero estuvo centrado en los problemas de salud tanto del hombre como de la mujer, para sensibilizarlos como hombres respecto a la perspectiva de género y a las consecuencias de la inequidad tanto para mujeres como hombres. Dicho taller sirvió también para culminar la selección de los capacitadores que trabajarían en las regiones. Luego se realizó un segundo taller, donde se tocaron en detalle los temas y problemas abordados por ReproSalud en los talleres educativos con hombres de la comunidad: la sexualidad, la salud reproductiva, la paternidad y la violencia doméstica.

Un participante resume lo que la experiencia significó en su vida:

Fuimos a Lima y en cambio ahí sí, fue realmente una experiencia que jamás me lo imaginé, o sea, el Túnel del Tiempo⁶. Revivimos nuestras vidas y hasta daban ganas de llorar y fue una experiencia bonita y allí... creo que en ese momento sí pensé en mí mismo... pensé en los hombres y todo... en las mujeres y cómo era la vida realmente. Pude descubrir en mí mismo que era así, que podíamos compartir hombres y mujeres, que éramos casi iguales, solamente el sexo nos diferenciaba (Entrevista a capacitador, Equipo regional de Ancash).

En el nivel central se decidió la contratación de un profesional diplomado en género para que continuara la formación y el seguimiento de capacitadores, la adaptación de las guías educativas, además de coordinar el trabajo con jóvenes.

Después de una experiencia significativa durante el taller los capacitadores debían regresar a las regiones en donde entraban a una formación más temática con apoyo de los equipos regionales y del equipo del nivel central.

Avanzada esta etapa, si bien se aumentó la cobertura con varios capacitadores por región, comenzaron a aparecer ciertas dificultades, caracterizadas por los desniveles en el adiestramiento de los capacitadores volantes, tanto en su sensibilización en género, como en su formación en la pedagogía participativa y en temas de salud reproductiva. En forma interesante, el trabajo con hombres develó también el control y el seguimiento desde abajo, algo que permitía detectar errores y corregir procesos.

[A los hombres] se les capacita sobre un tema, la mujer también ya está capacitada. Entonces, por ejemplo en un tema... sobre el método del calendario, fue una equivocación los días de peligro. Al día siguiente vino el reclamo ya de los hombres: "Compañero esto está mal", y ¿por qué está mal? Es que a mi esposa le han enseñado de esta manera y hemos hablado con mi esposa. Ahí me di cuenta que ya estaban los compañeros conversando con sus esposas (Entrevista colectiva, Equipo Regional de Puno-zona quechua).

⁵ Estos talleres fueron impartidos por Benno de Keijzer y Gerardo Ayala de Salud y Género, así como por Oscar Contreras, miembro del equipo de ReproSalud en ese momento.

⁶ Técnica vivencial en la que se recorre la propia vida en forma retrospectiva para ubicar las personas, mensajes, instituciones y experiencias que más han influido en la forma de ser hombre en la actualidad.

Etapa entre 1999 y 2001: se trabajó con capacitadores regionales fijos integrados a los equipos regionales y con promotores comunitarios.

Entre 1999 y el año 2000, el número de hombres entrenados como capacitadores en los equipos regionales aumentó notoriamente, además de la necesidad de un seguimiento más intenso que parte desde los propios capacitadores.

Capacitadores formados por año en ReproSalud

Regiones	1996	1997	1998	1999	2000
Puno Quechua	0	2	2	6	6
Puno Aymara	0	2	4	5	7
Huancavelica	0	3	3	6	7
Ancash	0	0	5	5	5
Ucayali	0	0	4	3	1
La Libertad	0	0	2	6	5
San Martín	0	0	0	3	3
Total	0	7	20	34	34
Total general					95

Hacia el año 2000, el trabajo con hombres se había multiplicado geométricamente debido a la comunicación con las comunidades vecinas, lo cual hizo que el número de hombres capacitados fuera en aumento, dificultando en alguna medida, el seguimiento del trabajo. Es importante resaltar que, a pesar de todas las presiones debidas al aumento de la demanda, el peso decisivo siempre siguió estando en las mujeres.

Las dificultades de los capacitadores se abordan de manera colectiva en las reuniones mensuales de los equipos regionales. Estas se convirtieron en un espacio de síntesis que cumplía con las funciones de permitir el seguimiento, la educación continua y la planificación colectiva del trabajo.

Entonces ahí ellos van plasmando también sus experiencias, sus retos, sus dificultades, y también cómo sus vidas van cambiando. Creo que eso es una experiencia interesante porque también a nosotros como mujeres la vivimos igual. Nosotros empezamos en este trabajo con un conocimiento de género muy simple.

Cada capacitador trae todas sus preguntas que ha tenido y qué respuestas ha dado para ver si estaba adecuada o no la respuesta y para que los demás, si es que les hacen esas preguntas, ya puedan estar más listos... (Entrevista colectiva, Equipo Regional de Ancash).

En esta etapa el equipo regional asume gran parte del entrenamiento a los capacitadores, utilizando estrategias diversas en donde prima el acompañamiento en los primeros tiempos, para irlos soltando progresivamente. En este proceso, tanto las promotoras como los capacitadores más antiguos juegan un rol central. Este trabajo en parejas y en equipo, tiene un claro efecto demostrativo en las comunidades en lo que se

refiere a la equidad de género. Por otro lado, se va comprobando la importancia de trabajar en grupos homogéneos –sólo hombres– cuando se trabaja en forma vivencial.

Nosotros, cuando empieza un capacitador nuevo, él no sale solo. La primera vez sale con otro capacitador y desarrolla toda una actividad y si vemos que todavía no está en condiciones de ir solo, se irá otra vez más acompañado... (Entrevista colectiva, Equipo Regional de Ancash).

Es interesante el proceso de cómo el proyecto pasó de una fase de promoción y lucha contra la resistencia de los hombres, a una etapa de gradual y creciente aceptación que culminó con la necesidad de dar respuesta a una gran demanda de trabajo con hombres proveniente de las mujeres, pero *también* de muchos hombres. Esta demanda no sólo se visibilizaba en lo cuantitativo sino también en lo cualitativo; es decir, en cuanto a conocimientos, así como en el estilo de trabajo del capacitador. Los hombres terminarían por vencer sus últimas resistencias, representadas por los "celos" hacia el trabajo con mujeres, lo cual abrió la posibilidad de participación masculina. En este proceso las mujeres jugaron un activo y novedoso papel de negociación. La información transparente, el proceso de *advocacy* con autoridades y la flexibilidad en el trabajo comunitario constituyeron elementos adicionales que permitieron vencer o, al menos, neutralizar las resistencias en la mayoría de los casos.

6. Los materiales educativos

Un eje central en la estrategia educativa estuvo constituido por los materiales educativos referidos a los principales problemas señalados por las mujeres en los autodiagnósticos. Estos materiales garantizaban la suficiente unidad en los contenidos y metodología participativa, por lo que fueron el instrumento fundamental para el proceso de réplica de los contenidos educativos en los niveles comunitarios. Los temas que actualmente cubren los materiales son:

- Módulo Básico (contiene elementos básicos de anatomofisiología, roles de género y derechos sexuales y reproductivos).
- Módulo "Enfermedades de los órganos sexuales".
- Módulo "Cómo cuidarnos para tener los hijos que queremos".
- Módulo "Embarazo y parto saludables".
- Módulo "Aprendiendo a vivir sin violencia".

Inicialmente, al no contar con materiales educativos para hombres, ReProSalud se vio obligado a trabajar inicialmente con los hombres usando las guías que ya se tenían para las mujeres.

El continuo seguimiento del proceso educativo y la reflexión sobre sus contenidos y materiales fueron dando lugar a repetidos rediseños en los materiales dirigidos al trabajo con mujeres y hombres. El rediseño también fue influido por el hecho de que se trabajaba con mujeres y hombres. Ejemplo de estos esfuerzos es la evolución gráfica que tiende a incluir imágenes de ambos sexos. En dicho proceso siempre se intentaba tener la mejor perspectiva, tanto técnica y pedagógica, como la de género y cultura.

Sobre la marcha se fueron adaptando los materiales para capacitadores y promotores (los que se listan en el anterior recuadro). Ellos valoran los materiales para hombres que, en

esencia, contienen la misma información que los de las mujeres, pero que traen estrategias específicas y más información de interés para ellos. Lo cierto es que en este aspecto se da también un desarrollo, cuyo grado no se anticipaba inicialmente. Un ejemplo de esto son las láminas dirigidas a hombres y mujeres donde se escenifican múltiples escenas de tareas cotidianas que ambos pueden hacer, aunque estén asignadas al sexo contrario.

La realidad es que se cierra el año 2000 con los juegos completos de guías rediseñadas para los principales problemas abordados, tanto para hombres como mujeres.

7. Resultados del trabajo con hombres identificados por los equipos de trabajo de ReproSalud

Efectos en los hombres de la comunidad

De acuerdo a las entrevistas realizadas a integrantes de los equipos de trabajo de ReproSalud en la sede y las regiones, es claro que este abordaje participativo y relacional –incluyente de los hombres– está dando frutos aun cuando el proyecto no ha terminado.

Yo estaba pensando de cómo hubiera sido nuestro trabajo si solamente lo hubiéramos hecho con mujeres, de repente hubiéramos creado conflicto; mujeres que conocían sus derechos, mujeres que sabían que ya muchos aspectos de su salud, de su cuerpo y que el hombre no sepa. Muy probable hubiera habido quizás un enfrentamiento o conflicto. Consideramos de que el proyecto ha sido muy necesario e importante trabajar con los hombres para poder lograr los resultados que esperábamos de mejorar la salud reproductiva de las mujeres, contribuir a que haya una calidad de vida mejor para ellos y para la familia (Entrevista colectiva, Equipo Regional de Huancavelica).

Hay consenso del gran impacto que se está logrando con la estrategia de trabajar con hombres en la misión de mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres, así como en la de los propios hombres. De igual modo habría un efecto empoderante del proyecto en el caso de hombres con menor poder respecto a otros hombres de la comunidad. En la parte III de este documento se recupera la voz de los propios promotores comunitarios y los beneficiarios de los talleres educativos que ellos condujeron, respecto a los procesos de cambio que experimentaron.

Efectos en los capacitadores de los equipos regionales

En el proceso de entrevista surgieron múltiples ejemplos de las formas en que la capacitación y el trabajo en ReproSalud está **influyendo en las propias vidas de los capacitadores**. Esto afecta aspectos como el reconocimiento de su ignorancia o de haber comenzado a asumir roles no tradicionales para los hombres, hasta testimonios en cuanto a su relación con el alcohol o la violencia.

Aparentemente el cambio de roles tiene un **efecto centrífugo** empezando por el capacitador y siguiendo con los asistentes a los talleres quienes ya empiezan a asumir roles tradicionalmente considerados como femeninos. Sin embargo, esta participación sigue siendo vista aún por los capacitadores como una **ayuda** a su pareja; lo doméstico sigue siendo el ámbito de la mujer. Esto es algo compartido con los promotores y los hombres de la comunidad.

El proceso para los capacitadores incluye, también, enfrentamientos tanto internos –debido a los roles de género interiorizados–, como externos –principalmente con la familia y los amigos–. Así, aparece el enorme peso de las **redes sociales**, en este caso masculinas, que podrían impedir, permitir o hasta promover un cambio.

Muchos de los beneficios detectados para las mujeres tienen efectos correspondientes para los hombres, como por ejemplo, la creación de nuevas redes o funciones nuevas en las redes existentes, que apuntan a la construcción de nuevos lazos de comunicación y emotividad entre los hombres.

Percepciones sobre lo que los hombres "pierden"

Ahora bien, si el trabajo implicó ganancias de diversos tipos para los hombres, ¿cuáles serían los riesgos de "pérdida" que perciben los hombres según las personas entrevistadas? Algunos de los temores que tienen los hombres, tanto capacitadores como promotores, son:

- Una posible relativización de la **sobrevaloración del rol masculino**. Es decir, de las representaciones y el lugar que tradicionalmente ha ocupado el hombre con respecto a la autoridad y al poder, además de ciertos privilegios en cuanto al trabajo doméstico. Esta valoración diferenciada de hombres y mujeres también estaría presente en la percepción que tienen en la comunidad de los hombres y mujeres de los propios equipos regionales, sin embargo promotoras y capacitadores tratan de usar esto como ejemplo para reflexionar sobre las relaciones de género?
- El **fantasma de que las mujeres tomen un lugar preponderante**, un temor coherente con las principales resistencias encontradas en comunidad.
- La **opción preferencial por el trabajo con mujeres en políticas y proyectos**, algo relativamente reciente en el campo peruano, que les quitaría protagonismo a los hombres a este nivel.

Sí pierden, tal vez el sentirse superior a la mujer, sentirse mejor que la mujer, es... o no sé... perder un poco el sentirse de que las mujeres estén... dirigiendo. No sé si es perder, pero hay eso, esos cambios de las mujeres y que los hombres sienten como que pierden algo. Pero como se está entrando poco a poco a esto de la igualdad, de la equidad de género, también llega a la conciencia de ellos. El machismo nos ha llevado a eso, a hacernos tontos. Pero no sé si es perder, pero... que los hombres sienten como que están perdido algo, en otras palabras, tal vez el poder (Entrevista Colectiva, Equipo Regional de Puno-zona aymara).

- Los cambios promovidos también trastocan las relaciones de pareja de las trabajadoras del proyecto en cuanto al espacio doméstico, cambios que en algunos casos las mujeres valoran como pérdida para los hombres.

Pierden ellos, porque de cierta forma pierden la comodidad, él nunca cocinaba, él no sabía cocinar, hoy día él sabe cocinar, él no sabía lavar, hoy día él sabe lavar(..) Yo creo que sí pierden, y él se da cuenta. Antes yo me iba los sábados, los domingos descanso. Ahora él me dice "¿tienes que hacer hoy día sábado?". "Sí." Y él calladito comienza a hacer las cosas (Entrevista colectiva, Equipo Regional de Puno-zona aymara).

⁷ Un aspecto con el cual se lidia en las regiones y que refleja la estructura de género es la permanente valoración diferencial de promotoras y capacitadores por parte de la comunidad. En Ancash, por ejemplo, ellos son nombrados como "Dcn Julián" o "Profe" y ellas lo son como "Señorita" o se les dice por el primer nombre y, a veces, en diminutivo. Sin embargo, en su arconar los equipos regionales siempre dejan en claro la posición de dirección de las mujeres en el proyecto –algo sumamente educativo–.

8. Conclusiones

La perspectiva central

La perspectiva desde la cual ReproSalud viene trabajando con los hombres de las zonas rurales y periurbanas se ha ido afinando y ampliando a lo largo del tiempo (desde 1997 hasta la actualidad) manteniendo la idea básica desde la que se partió: se trabaja con ellos para apoyar la promoción de los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres, buscando cambios en las actitudes de los hombres para que permitan y, mejor aún, promuevan la participación de las mujeres en los proyectos comunitarios e incentiven su participación en acciones que promuevan la salud de las mujeres y su propia salud como hombres. El avance del proyecto ha abierto la sensibilidad a problemas específicos de los hombres y ha hecho posible que también se tome en cuenta su salud sexual y reproductiva. Además, es importante mencionar que los cambios en los hombres también se van produciendo en el marco de la convivencia con las mujeres, quienes vienen participando de actividades de ReproSalud destinadas a generar procesos de cambio en sus formas de pensar y actuar. No obstante, queda sobre el tapete la pregunta por los límites del proyecto para trabajar con hombres, en tanto que si bien es flexible y asume una perspectiva relacional, el propósito con el que surge y su estrategia están principalmente enfocados en las mujeres.

Si en el camino surgen temas de conflicto como son los derechos reproductivos, se busca el acuerdo; si persiste el conflicto, el programa se inclina a favor de las mujeres debido al desbalance de poder en las relaciones de género que se quiere enfrentar y a las mayores consecuencias para la salud de la mujer de muchas de las decisiones relativas a la reproducción. Por ejemplo, si hombres y mujeres no se logran poner de acuerdo sobre el uso de métodos anticonceptivos, se recomienda que la decisión final la tome la mujer, en tanto es la salud reproductiva de ella la que se verá afectada.

Los aportes para el diseño de proyectos o programas que trabajen con hombres

Con respecto a los aportes del Proyecto ReproSalud para la labor de otras instituciones, éstos se pueden agrupar en aportes generales del proyecto y aportes más específicos en cuanto a las estrategias de trabajo desarrolladas.

En cuanto al **enfoque general** del proyecto, queremos destacar los siguientes aportes:

- El trabajo de **género desde una perspectiva relacional** en temas considerados por muchos difíciles, no convenientes o hasta prohibidos en ámbitos como el rural e indígena. Por lo ya señalado respecto a los propósitos y estrategia general del proyecto, este enfoque de género, sin embargo, muestra una clara priorización de las necesidades de las mujeres, aspecto que no se ha perdido con la inclusión del trabajo con hombres.

Se supo combinar el enfoque de "discriminación positiva" con una estrategia específica para los hombres. Es decir, una estrategia que privilegia primero a las mujeres no tiene que necesariamente postergar a los hombres (Entrevista individual, Sede Central).

- Desde este enfoque relacional, ha sido central el manejo del tema de la participación y el poder, tomando en cuenta las inequidades que tradicionalmente existen en las relaciones de género a favor de los hombres.

- Un **abordaje horizontal** en la relación con las comunidades, ya que se trata de un programa donde la participación social con poder para decidir es clave y se tiene la claridad de que el programa está en función de la gente. Se trata de una **participación real** como elemento que puede contribuir a que muchos de los logros del proyecto sean sostenibles.
- Muy ligado a lo anterior, ha sido fundamental el rescate de los elementos de **las culturas indígenas**, respetando las costumbres y formas de pensar de las comunidades. Estos elementos han entrado en diálogo con enfoques y conceptos de la biomedicina.
- Otro aspecto general a considerar en los logros es el de un **diseño flexible** donde se consulta primero a las beneficiarias.

... yo sí pienso que es clave la idea de que los proyectos no deben recetar respuestas sobre cómo deben resolverse los problemas de género, sino deben dejar que las mismas personas que viven esas relaciones de género decidan cómo trabajarlos (Entrevista individual, Sede Central).

En cuanto a los aportes de las **estrategias específicas**, las podemos agrupar en ámbitos que, obviamente, se encuentran muy entrelazados.

- **La estrategia de trabajo con la comunidad que convierte a la organización de mujeres en contraparte**, distanciándose de los estilos paternalistas, asistencialistas o clientelistas vistos en otros programas rurales. Por el contrario, ReproSalud desarrolla un **compromiso** mutuamente impulsado y vigilado.
- **Permanencia en comunidad** que abre inmensas oportunidades para conocerla con mayor profundidad y permite que el proceso educativo desborde las horas asignadas a los momentos de capacitación. Esta permanencia y la cercanía permiten además un mejor **seguimiento** de los procesos. Todo esto va creando las condiciones para que se dé en forma más clara uno de los procesos que requiere la educación popular: el aprendizaje mutuo donde también los capacitadores se enriquecen.
- Un **trabajo de reflexión personal** de las y los participantes, aun desde el equipo regional. Dicho trabajo personal abre oportunidades de un contacto más profundo con sectores de la comunidad con los que se trabaja. Este ya es un camino andado por las mujeres del Proyecto. Muchas de ellas son capaces de compartir vivencias personales en los procesos educativos, algo que comienzan a hacer también los hombres.
- El **intenso trabajo en equipos mixtos** donde se procura la complementariedad en las visitas a la comunidad y la reflexión conjunta en las reuniones mensuales. Estos equipos también presentan flexibilidad y disposición de adaptarse a los **tiempos y ritmos** comunitarios, algo esencial si se pretende convocar y trabajar con los hombres.
- **Utilización del idioma local**, algo que ya se resalta en la evolución hacia la segunda fase al trabajar con capacitadores que conocen el idioma local. Junto con esto se resalta el lenguaje sencillo empleado en los materiales y los talleres.
- La **metodología utilizada en el trabajo educativo**, la cual proviene de la experiencia acumulada en Manuela Ramos en educación popular con mujeres. Se

expresa en el trabajo regional a través de la valoración del conocimiento comunitario, el trabajo horizontal, el aprendizaje mutuo y el reconocimiento de mutuas capacidades en diferentes fases: en la convocatoria de las OCBs, los autodiagnósticos y el trabajo en los talleres educativos. En estos últimos es central la escucha y el diálogo, lo cual se ha integrado plenamente a las técnicas y a los materiales educativos que, a su vez, invitan a llevar lo aprendido a la práctica. Por otra parte, se liga este tipo de metodología, por ser participativa, con la construcción de autoestima.

Consideramos que, tanto el enfoque general de ReproSalud como sus estrategias específicas, contribuyen a construir relaciones de mayor equidad y mejores condiciones para el avance de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en el medio rural.



II
**¿Qué pensaban los hombres
antes del proceso educativo?**

MIGUEL RAMOS PADILLA *

* Profesor asociado de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Especialista en salud sexual y reproductiva y violencia de género.

1. Metodología y participantes

La información que se ha sistematizado y se presenta en este capítulo fue recolectada en las sesiones diagnósticas de los talleres de capacitación a hombres en las diversas comunidades rurales donde se ejecuta el proyecto ReproSalud en las regiones de La Libertad (Sierra norte), Huancavelica (Sierra centro), Puno-zona quechua y Puno-zona aymara (Sierra sur) y Ucayali (Selva). Como en el caso de las mujeres, estos talleres contienen una metodología que empieza por conocer qué es lo que piensan los participantes, antes de introducir nuevos conocimientos, en el intento por construir un nuevo conocimiento que dialogue con lo que previamente se conoce. Como parte de este proceso, se diseñó una sesión fundamentalmente diagnóstica antes de introducir información nueva sobre los problemas de salud reproductiva que eligieron las mujeres como los más importantes.

La finalidad de sistematizar ha sido recuperar las concepciones y prácticas de los hombres en torno a los temas de género, salud y derechos sexuales y reproductivos relacionados con los módulos educativos **antes de que se introduzcan nuevos conocimientos.**

Los participantes

En cada una de las regiones se sistematizaron los puntos de vista de los participantes que asistieron a los talleres dirigidos a los candidatos a promotores y de aquellos que acudieron a las réplicas educativas conducidas por los promotores. Se sistematizaron 17 talleres dirigidos a candidatos a promotores y 15 talleres de réplica.

La edad promedio de los participantes fue de 33.8 años. El 48.2% de los hombres que participaron en los talleres ostenta al menos algún año de primaria y el 40.9% algún grado de secundaria. La gran mayoría de los participantes realiza actividades agropecuarias, siendo la labor predominante en casi todos los departamentos. Casi las tres cuartas partes de los hombres participantes conviven con una pareja, siendo la excepción los de La Libertad, donde hubo mayor número de jóvenes asistentes, inclusive menores de 20 años. El 54% de los participantes (53.9%) tiene 3 o menos hijos y un 35% tiene 4 o más hijos.

2. Significados de Género y Salud Reproductiva

2.1. Relaciones de género y socialización

Apenas el recién nacido es identificado por sus genitales como hombre, la sociedad, empezando por el hogar, tratará de hacer de él lo que se entiende como *ser hombre*. Esto se aprecia claramente en los testimonios recogidos.

Cuando nace un hombre, los papás se alegran, luego a la wawa lo challan, porque dicen "¡es un hombre, es un hombre!", y cuando nace una mujercita también se alegran y dicen que ella va cocinar "¡Ya llegó una cocinera!", ella va cocinar, ella va a lavar, va ser la madre de sus hermanos, dicen (Chucuito, Puno-zona aymara).

Viendo su sexo decimos: "había sido hombre", "había sido mujer", de acuerdo a eso nosotros le damos el trato, cuando es así. Así, según va creciendo nosotros le damos una dedicación, de que realmente las hijas mujercitas deben aprender, lo que su mamá, ... de las señoras todas cosas que hacen y, los hombreritos deben aprender, deben hacer lo que un hombre hace, deben trabajar bien (Churcampa, Huancavelica).

Cuando los niños alcanzan una edad que les permite una mayor autonomía y seguridad en sus movimientos, se inicia la socialización de las labores consideradas propias para cada sexo, garantizándose de esta manera la reproducción de los roles que marcarán toda su vida futura.

Y referente al trabajo, a las hijas mujeres siempre se le da un trabajo liviano, con relación a la cocina, ayudan a cocinar, y al hijo hombre le damos trabajos más fuertes. Por decir, digamos levanta cargas, trabaja con el arado, a veces nos ayuda a preparar la tierra para sembrar (Juli, Puno-zona aymara).

A la hija mujer le decimos "apura, haz mirando lo que tu mamá hace, aprende a cocinar", le decimos. O sino, "aprende a lavar bien", diciéndole, ¿no? En cambio en los hombres, (...) queremos que aprenda cómo debe trabajar en la chacra, cómo debe hacer el cultivo (Churcampa, Huancavelica).

La preparación de los niños hombres para un mayor despliegue de fortaleza física en las labores productivas y otras actividades de protección de lo doméstico, se caracterizará por inculcarle mayor dureza y disciplina que a las niñas. Por otro lado, la escuela suele reforzar lo aprendido en el hogar; el trato diferenciado para niños y niñas, que incluye el castigo corporal más drástico a los niños, está socialmente permitido y es, incluso, alentado por los mismos padres, dentro de la concepción de la formación masculina para el mayor aguante y resistencia física.

La aptitud física se encuentra a la base de las características de un hombre y de la diferenciación social entre hombres y mujeres, y es fuente de una valoración social distinta en favor de ellos. La posesión de una mayor fortaleza física les permitirá el dominio y una mayor competencia de lo público.

El hombre por naturaleza es lo que es, fuerte (para) realizar tareas poco más fuertes en todo sentido. La mujer también ya tiene una naturaleza dada a lo que debe hacer, la falta de fuerza en cuestión física, no es competente como el hombre. Entonces, para mí, que desde ahí ya nacen la diferencias (Cachicadán, La Libertad).

En la mayoría de los ámbitos geográficos las actividades de las mujeres que describen los hombres se circunscriben a la reproducción en el espacio doméstico, lo cual contradice con lo que se ha observado y rescatado en diversos estudios sobre la economía rural, donde se confirma el rol importante de la mujer en las labores agrícolas. Esta apreciación masculina estaría denotando una subvaloración del aporte femenino en el ámbito productivo, y una manera de ubicar su discurso dentro de los roles estereotipados y excluyentes, en los cuales ellos se ubican como proveedores y a las mujeres al cuidado de la casa y los hijos.

Los hombres de las diversas zonas plantearon estar abiertos a realizar y/o aprender actividades domésticas, e incluso algunos manifestaron que esto constituía una práctica

normal en sus lugares. Sin embargo, lo estarían, sólo en caso de extrema necesidad, como medida de sobrevivencia, si la mujer se encuentra impedida de hacerlo, por enfermedad, muerte o ausencia obligada. A lo que no están dispuestos es a asumir los mismos roles simultáneamente con ella.

Uno puede lavar siempre en cuando la mujer está enferma, también puede cocinar para atender a los hijos. De repente la mujer se muere y si el hombre no sabe cocinar, así nomás va estar sin comer, por eso el hombre siempre es bueno que sepa cocinar también (Juli, Puno-zona aymara).

De la misma forma, estarían dispuestos a que sus esposas aprendan y se desempeñen en actividades consideradas netamente masculinas.

Ellas deben aprender porque puede haber contratiempos, de repente yo no puedo llegar a mi chacra, entonces mi señora ya sabe. Porque realmente a veces los hombres, nuestras vidas no están compradas, entonces, este... cualquier cosa a los hombres nos puede pasar, entonces nuestras señoras ya están acostumbradas a cosechar fruta, que me gustaría aprenda mi señora en cuestión de sembrado, que aprenda a cosechar la fruta (Churcampa, Huancavelica).

Ahora bien, ya sea por su contacto con las ciudades y/o con los medios de comunicación, o el trabajo de algunas instituciones, se plantean poco a poco cambios en los roles de género. Existen cada vez más voces de cuestionamiento a la rigidez de los roles asignados a cada sexo y a las relaciones de poder, y un paulatino aunque lerdo consenso en que la recargada labor de la mujer, en el ámbito doméstico y productivo, exige una mayor participación del hombre como "colaborador". Sin embargo, el *deber ser* que lentamente estaría ganando consenso en ciertos hombres y que, al parecer, se aparta del discurso hegemónico autoritario y de inflexibilidad, aún no se condice con las prácticas cotidianas, como ilustra el siguiente diálogo con el facilitador:

- *Está mal sólo mandonear, tiene que colaborar como debe de ser, el hombre es como la cabeza de la mujer y por eso a la mujer debe de cuidar, ayudar.*

F: *¿Tú, cuantas veces has mandoneado a tu esposa?*

- *Varias veces he mandoneado.*

- *Yo, en la borrachera, a veces le pego (Chucuito, Puno-zona aymara).*

Una de las grandes barreras para la efectiva incorporación del hombre en los roles reproductivos, es el temor y la vergüenza de perder su condición de hombre ante los demás hombres, ya que su masculinidad depende de cómo lo ven los demás. La participación en roles considerados como femeninos, estando presente la esposa, constituye motivo de feminización, burla y desprestigio.

No podemos (hacer labores domésticas), siempre se piensa si alguien encuentra bordando piensa que es homosexual o es sacolargo, o pisado (...) Por eso el hombre para que no le digan de esa manera se cohibe (Campo Verde, Ucayali).

A veces yo lavo, pero el orgullo, uno puede lavar siempre en cuando la mujer está enferma (...) Es que la sociedad misma te enseña, porque hay veces que a uno le dicen "sacolargo", yo veo que por una palabra ya está insultado y a veces le seguimos la corriente (Chucuito, Puno-zona aymara).

No obstante, poco a poco los hombres del ámbito rural van percibiendo en su medio transformaciones en las relaciones entre los géneros, viéndose ellos y sintiéndose menos "machistas" que los hombres de generaciones anteriores. El término "machista" resulta

peyorativo para las nuevas generaciones, los cuales toman distancia en sus discursos y lo plantean como sinónimo de abuso frente a la "debilidad" de la mujer.

Machismo para mí es usar la fuerza, la prepotencia, para poder aprovecharse de la debilidad de la mujer (...) Es cuando se atropella contra la libertad de la mujer, en cierto modo la mujer tiene igual derecho que los mismos hombres, sino que nosotros creemos lo que más nos convenga, lo que mejor nos parezca hacia las mujeres (Padre Abad, Ucayali).

Las labores dirigenciales son cada vez más permitidas para las mujeres, siempre y cuando se trate de organizaciones que, en la práctica, sean extensión de las actividades domésticas, así como en las escuelas donde la participación de la mujer es permitida en tanto ostente cargos secundarios.

Por otro lado, las opiniones de la mujer no suelen ser tomadas en cuenta en las asambleas comunales, aunque se permita su presencia. Los hombres explican la nula participación femenina en los cargos públicos, por el escaso nivel educativo alcanzado y por su propio desinterés por informar y otorgar conocimientos a sus esposas.

El hombre impone a las mujeres en todas las asambleas comunales, cuando la mujer habla algo en las asambleas le decimos "no, eso no". No le hacemos valer, ni se le hace caso a la mujer, así sea quien sea, sólo se le da importancia a lo que dice el hombre (Chucuito, Puno-zona aymara).

Cuando hacen reuniones los hombres, las mujeres no intervienen, porque quizás mal puede hablar, o le falta conocimiento, diciendo así en la comunidad, no le dan cavida a las mujeres. Aquí muy poca importancia le tomamos nosotros. Bueno más antes era peor, puras mujeres cualquier asunto, y puros hombres, así era, no había mixto (Churcampá, Huancavelica).

No obstante, los hombres son conscientes de que mientras más equitativas sean las oportunidades de educación en las nuevas generaciones de mujeres, existirá en un futuro próximo, un escenario distinto en el rol público de éstas. Algunos demuestran temor ante la posibilidad, otros, tranquila expectativa.

Ahora un poco ha cambiado, ya casi es igual porque ahora ya se les manda al colegio, hasta superior y ahora ya participan casi igual, posteriormente cómo será, capaz puras mujeres ya mandarán a los hombres, no nos sabemos (Juli, Puno-zona aymara).

2.2. La violencia contra la mujer

En todas las zonas se evidenció la existencia de violencia física y/o sexual contra la mujer. La violencia física, según los testimonios, tiene diversas motivaciones: la más frecuente es que la mujer no cumpla adecuadamente con sus roles domésticos; aunque muy poco mencionada, el cuestionamiento a los hombres en su rol como proveedores, podría desatar, igualmente, violencia⁸. La infidelidad femenina es uno de los peores temores que ronda a los hombres y que sería un justificativo para el ejercicio de la violencia física. Aparecen muchos hombres con la persistente angustia de que sus mujeres podrían sucumbir

⁸ Según algunos estudios desarrollados en otros países de América Latina, se ha podido comprobar que cuando el hombre pierde su capacidad de proveedor, por desempleo o por ingresos muy bajos, la violencia contra la mujer tiende a aumentar como forma de mantener el poder y la autoridad (García, 1995).

ante el acoso sexual de otros hombres. De esta forma, cualquier rechazo ante sus requerimientos sexuales será motivo de sospecha y por lo tanto de violencia.

Cuando a veces no tienen relaciones sexuales muchas veces es porque la señora en sí se está cuidando bien, o está calculando bien... hasta celosos se ponen, "¿estás con otro, por eso no quieres conmigo"... entonces, a veces le pegan (Churcampa, Huancavelica).

Según lo relatado, en todos los lugares el maltrato físico se prolonga inclusive en el período de embarazo, cuando la mujer se encuentra más vulnerable, efectuando muchas veces los golpes directamente al vientre de la mujer embarazada. Otros casos de maltrato físico mencionado en Puno-zona aymara, es el dirigido contra las hijas adolescentes cuando la primera menstruación se vincula con el inicio de relaciones sexuales prohibidas.

La más frecuente explicación que dan los hombres al maltrato físico contra la mujer está centrado en el consumo de alcohol como válvula de escape, lo cual les hace perder el control y los animaliza. Se trata de una práctica no sólo planteada en tercera persona, sino justificada cuando se encuentran alcoholizados.

De borrachos se terquean y le sabe patear a su mujer, chataj, chataj, en plena calle le sabe dar, y dicen "qué se meten, es mi mujer" dicen (...) Es que algunos cuando están borrachos son como los chanchos siempre, pues (Chucuito, Puno-zona aymara).

La violencia física ejercida por los hombres contra sus esposas estaría socialmente aceptada, si ésta se ejerce de manera "justificada". Además, ésta es difícilmente sancionada por instituciones como la policía, que, de acuerdo a los testimonios recogidos, refiere no poderse "entrometer" en casos de violencia contra las mujeres por ser "problemas privados" o "costumbres arraigadas".

Otra de las manifestaciones de la violencia, con secuelas muchas veces más graves que el maltrato físico, es el abuso sexual y la violación a la pareja. De muchos de estos eventos violentos se producen embarazos no deseados. En todas las regiones los hombres reportan este tipo de violencia, incluso algunos lo hacen de manera personal. Son conscientes del malestar físico que producen en las mujeres, de las enfermedades que podría acarrear y de los embarazos no deseados. En todos los casos la causa principal vuelve a ser el alcohol, que los hace fatalmente incontrolables. Otro intento de explicación de la existencia de la violencia sexual está en el deseo sexual de los hombres, generalmente "irrefrenable" y sus mayores necesidades sexuales consideradas como naturales.

Hacemos daño a las mujeres cuando estamos borrachos, lo agarramos nomás, por eso a veces a las mujeres les viene flujos vaginales. En ese rato la mujer debe sentir dolor nomás, sin ganas, yo pienso que le haremos doler, cuando una mujer se excita se mojará, cuando no le pasa eso está todo sequito, el pene también esta todo seco, se puede irritar (Chucuito, Puno-zona aymara).

El hombre, por el hecho de ser hombre llega un momento en que exige el sexo ¿no?, muchas veces si una persona, por ejemplo en el caso mío, yo soy una persona que por mi temperamento, yo quiero hacerlo más veces que ella, por decir en la semana, entonces uno de hombre nos sobrepasamos también, por el mismo temperamento que se le exige demasiado a la mujer y unas veces nos aceptan casi forzadas, forzadas porque es casi contra su voluntad (Padre Abad, Ucayali).

2.3. Reproducción y paternidad

Los significados de la reproducción y de la paternidad se encuentran tan imbricados en las concepciones y actitudes de los hombres, que se hace sumamente difícil separarlos.

Abundan, en todas las regiones, razones por las cuales resulta para ellos muy importante tener hijos. Una de ellas es la demostración de su virilidad. Otra es que se entiende como una suerte de seguro para la vejez. Otra razón, existente de manera particular en la Sierra sur, es la herencia. Para ellos el tener hijos es lo único que le otorgaría sentido a acumular bienes. Por un lado se trabaja para alguien y por otro, ese alguien le dará continuidad a sus esfuerzos. Otra razón, que tiene mucha conexión con lo anterior, es el perpetuar la familia (algunos hablan de la especie) a través del apellido. De otro lado, una de las motivaciones más frecuentes para tener hijos está asociada al significado de la paternidad como relación afectiva con los hijos(as). El tener hijos representa, además, el símbolo máximo de la unión conyugal y una garantía de amor y estabilidad en la pareja.

Cuando no hay hijos no había felicidad, porque en la casa no hay nadie para divertir con el hijo, ni siquiera no hay con quien conversar, porque a veces cuando están solamente los dos, marido y mujer, regresar del trabajo a veces renegando, no hay quién te haga una bromita, no hay quién te diga "papá" ¿no?, pero cuando hay hijo sí, cuando regresas cansado ya te dice "papá, cómo estás", siquiera te da tu beso, ya está bailando, ya hay siquiera más diversión, hay más felicidad en el hogar ¿no? (San Mateo, Huancavelica).

La preocupación por mantener adecuadamente a un numeroso contingente de hijos y brindarles educación con la esperanza de que logren una mayor movilidad social en condiciones materiales muy precarias, está produciendo, según manifiestan ellos, problemas en su salud mental. Estas condiciones económicas se han constituido en amenazas a la figura del padre proveedor responsable del hogar y los hijos, ocasionando que no exista más en los hombres el símbolo de la alta fecundidad como prueba de mayor virilidad y recusándose a quienes aún mantienen esa creencia.

Algunos (hombres) de mucho pensar quieren morir. Sí, siempre puede dar eso de tanto pensar en los hijos... hay que mantenerlos, alimentarlos, comprar su ropa, la educación también cuesta mucho en este tiempo (Chucuito, Puno-zona aymara).

Tres hijos constituye el número ideal de hijos que expresan querer tener: dos hijos hombres y una hija mujer. Los hombres son una mayor ayuda para el trabajo agrícola, mientras que basta una sola hija para ayudar a su madre en las labores domésticas. Por otro lado, está presente el temor de que al morir un único hijo hombre se deja desprotegida la continuidad en la subsistencia económica del hogar y se ponga en riesgo la permanencia del apellido.

No obstante, según los hombres, dos causas estarían a la base de seguir teniendo muchos hijos: la primera, no haber recibido información sobre los métodos anticonceptivos; y la segunda, una actitud prepotente y abusiva contra la mujer los días en que ella se encuentra en peligro de quedar embarazada, definida por ellos mismos como *machista*.

Los hombres explican las razones por las cuales las mujeres desean limitar el número de hijos desde dos puntos de vista diferentes: en primer lugar, al ser ellas las que llevan físicamente la gestación, el riesgo de muerte estaría siempre latente, lo cual las desanima a tener muchos hijos. Un segundo punto tiene que ver con una mayor preocupación por obtener libertad, bienestar y desarrollo personal, aunque ésta es vista positivamente por unos y negativamente por otros.

Muchas veces las mujeres no quieren tener más hijos porque les quita el tiempo y ellas quieren hacer otras cosas más, quieren seguir estudiando, preparándose más, eso también influye (Campo Verde, Ucayali).

Muchas veces también, las mujeres no quieren tener hijos porque a veces ellas dicen que tienen mucho trabajo de cuidarlos, o sea no quieren, verdaderamente les gusta vacilarse o les gusta por ahí pasear y a ese hijo es como si fuera un estorbo y no quieren tener ese trabajo de cuidarlos (Otuzco, La Libertad).

De hecho, todos los hombres participantes desean tener menos hijos, a comparación de las generaciones anteriores y el número ideal coincide con lo que plantean las mujeres (Ver Yon, 2000), no existiendo en general conflictos, por lo menos en este aspecto, que permitan explicar la brecha entre fecundidad deseada y fecundidad real.

2.4. Menstruación y ciclo reproductivo

Tanto las concepciones que los hombres manejan en torno a la menstruación como al período fértil les da pautas, no sólo para planificar el tamaño familiar, sino para el ejercicio de su sexualidad. La menstruación constituye, para ellos, un evento periódico, que si bien sucede en el cuerpo femenino, tendría implicancias en la salud y en el comportamiento sexual y reproductivo de hombres y mujeres. Se toma, generalmente, de manera ambivalente: recelo, miedo, repulsión y/o rechazo por un lado, y funcionalidad positiva para la salud de la mujer, por otro.

En todas las regiones se piensa que la sangre de la menstruación no debe ser retenida por el cuerpo porque es mala y su retención podría ocasionar dolencias y diversas enfermedades. Los hombres rechazan tajantemente el sostener relaciones sexuales durante este período, por razones que difieren según la región. En La Libertad, debido a que sería antihigiénico, mientras que en la región aymara de Puno, se manifiesta que se incurre en un grave peligro al absorber, a través del pene, la sangre mala de la menstruación, ya que les ocasionaría una serie de enfermedades. En tanto en Ucayali, se plantea que la sangre de la menstruación poseería efectos "narcotizantes", es así que el contacto con ella al momento de la relación sexual los volvería "haraganes", además de tener ciertos poderes mágicos que podrían ser utilizados por las mujeres para dominarlos.

La mayor parte de los hombres, al parecer, ha recibido información sobre el aparato reproductivo masculino y femenino, y sobre el proceso de fecundación, a través de diferentes medios tales como la escuela y algunos talleres organizados por los centros de salud. Esto se deduce por el uso de la terminología biomédica para señalar los nombres de las partes del aparato reproductor femenino y el conocimiento de la existencia de un período fértil, con días de peligro de fecundación y otros no. Sin embargo, en la mayoría de los casos cada uno de los participantes mantiene su propio modelo explicativo y ordenamiento lógico. Así, en relación al lugar donde se desarrolla la fecundación, hay posiciones encontradas entre los hombres participantes de cada taller. Unos plantean que la fecundación se da en las Trompas de Falopio, otros en el ovario y algunos en el útero.

La mayor parte de los participantes en todos los lugares consideraron el momento de la menstruación como los días no fértiles. Sin embargo, la mayoría no identifica de manera correcta el período de los días fértiles y no fértiles.

2.5. Los métodos anticonceptivos: entre la necesidad y la desconfianza

Si bien los hombres manifiestan conocer la existencia de una gran variedad de métodos anticonceptivos, a la vez señalan que no desean utilizarlos. El principal argumento es que son dañinos. La T de cobre, por ejemplo, es el método que más se menciona, pero a la vez es uno de los más rechazados por considerar que tiene efectos negativos en la salud de las mujeres. El más grave de estos es que produciría cáncer al útero, pero también molestias constantes, cambios desagradables en la contextura, situaciones graves que requerirían intervenciones quirúrgicas. Además, se pone en duda su seguridad, se señalan las graves consecuencias para el bebé en los casos de falla. Se considera también que no es un método apropiado para el campo, por el tipo de actividades que las mujeres desarrollan (cargar peso, caminar mucho), lo cual podría ocasionarles lesiones internas.

En el caso de los métodos quirúrgicos, el temor que se tiene a la ligadura de trompas es que la herida no cicatrice y se abra por el trabajo fuerte del campo, e incluso pueda producir cáncer. Pero, por otro lado, se rechaza porque anularía un rol considerado fundamental para las mujeres que es el de concebir. En este sentido, el rechazo a la anticoncepción quirúrgica es más claro, pues la imposibilidad permanente de concebir crearía las condiciones para la promiscuidad femenina.

Cuando están ligadas, el hombre sólo le hace cosquillas nomás, porque ya no le entra el pene, por eso la mujer busca a otros hombres dicen, la mujer se vuelve bien lisa y buscan a otros hombres (Chucuito, Puno-zona aymara).

La vasectomía, por su parte, es ampliamente rechazada por los hombres principalmente por razones que, afirman, atentan contra su virilidad, como por ejemplo el temor a la castración, que les ocasione impotencia con el correlativo cambio de orientación sexual, y finalmente, el temor a las complicaciones durante la intervención, que pueda ocasionarles hasta la muerte.

Sí, hay hombres que se hacen capar, pierden lo que es identidad de hombre. Ya se vuelve homo, se vuelve del otro equipo (Juli, Puno-zona aymara).

Con respecto a otros métodos como la píldora, las inyecciones (ambos muy mencionados), el espiral y los óvulos, se señala, mayoritariamente, efectos más bien negativos muy parecidos para todos los métodos; estos son: cambios en la fisonomía y el carácter de la mujer, posibilidad de contraer cáncer, efectos nefastos para el niño que nace producto de la falla del método y, en el caso de los óvulos, complicaciones en los órganos sexuales masculinos.

Otra de las grandes razones por las cuales los hombres manifestaron rechazar los métodos anticonceptivos llamados "modernos" es por el temor a no poder controlar la sexualidad femenina, la posibilidad de salir embarazada significaría un control permanente para que las mujeres no busquen relaciones extramaritales. La planificación familiar, independiente de la voluntad del hombre, provoca las inseguridades masculinas y lo hace sentirse vulnerable ante una posible infidelidad de sus esposas.

Por todo ello, el método preferido por la mayoría de los hombres es el método del ritmo, por no poseer efectos colaterales y hacerles sentir que ellos tienen un mayor control de la sexualidad y la capacidad reproductiva de la mujer. Pero, a la vez, muchos señalan su inseguridad por tres motivos principales: por desconocimiento en el uso; por una posible irregularidad; y por la irresponsabilidad masculina que puede no respetar los días fértiles de

la mujer. En unos pocos casos se mencionó el uso de plantas, empleadas como alternativa o complemento del ritmo.

Con respecto al condón, en cada comunidad las experiencias son distintas en cuanto a su conocimiento y uso. Hay quienes manifiestan que conocen el condón pero nunca lo han usado. Otros expresan no conocerlo, ni tener la intención de usarlo a futuro. Y un tercer grupo señala haberlo utilizado en ciertas oportunidades, para sus relaciones matrimoniales o extra-matrimoniales.

En la mayoría de los lugares, los hombres tienen conocimiento de la utilidad del condón y de la necesidad de utilizarlo para prevenir embarazos y/o infecciones de transmisión sexual. Al parecer, en la mayoría de los casos se trataría de mensajes que se transmiten como norma, pero no se asumen ni aceptan en sus prácticas cotidianas.

Las razones que manifiestan los hombres para negarse a usarlos, a pesar de conocer sus ventajas, son fundamentalmente tres. En primer lugar, se dice que no se siente el mismo placer, pues impide el contacto directo de la vagina con el pene. Por otro lado, se piensa que al eyacular con el condón, el semen o no sale totalmente o regresa por la uretra produciendo prostatitis u otras enfermedades. Una última razón, es que la mujer no aceptaría el condón, aduciendo el temor a la evidencia de infidelidad.

Acá no usamos condón, primeramente cuando tengo una relación sexual con condón no siento la sensación (que hacerlo) normal, natural. Sí, yo no uso, sino que por probar. He sentido que maltrataba mi cuerpo. No podía pues desfogarme, tenía que sacar. No es igual, es como darse un pajazo. Es como si a un boxeador le pones su guante, es idéntico que como lo sientes en el pene si le pones el condón, para mí que se sentía medio afligido (Padre Abad, Ucayali).

Llama la atención que la información que han recibido los hombres del medio rural respecto a los métodos anticonceptivos, no haya significado una alternativa eficaz para responder al deseo de controlar su fecundidad y reducir su tamaño familiar, sino más bien haya devenido en un rechazo "informado". Esto significa una barrera para la autonomía de las mujeres que, paradójicamente, está produciendo un resultado adverso a los deseos y bienestar de los propios hombres.

Las razones esgrimidas por los hombres para no usar métodos anticonceptivos denominados "modernos" están estrechamente ligadas al rechazo hacia los servicios de salud reproductiva en los establecimientos de salud oficiales, no solamente porque allí se distribuyen estos elementos calificados de dañinos, sino por la rotunda negativa a que las partes íntimas de sus esposas sean auscultadas por un profesional hombre, que podría provocar que ellas encuentren satisfacción en manos de otro hombre.

2.6. Embarazo, parto y puerperio - Participación de los hombres

La mujer rural pasa a ser más valorada socialmente al convertirse en madre. Sin embargo, por las precarias condiciones materiales, este acontecimiento que le significa dar una nueva vida pone muchas veces en juego la propia ¿Cómo concibe e hombre este momento? ¿Qué papel le toca jugar?

El embarazo es, en general, un período de bastante vulnerabilidad para la mujer, con molestias físicas y anímicas que, a partir de determinado mes de gestación no le permiten

desenvolverse con soltura en sus quehaceres cotidianos. Los hombres opinan que se debe tener cuidados especiales, tanto en la alimentación como en las actividades que realizan, pues de lo contrario tendría negativas consecuencias para la mujer y/o el niño.

Los hombres participantes identifican una serie de problemas de salud que se pueden presentar durante el embarazo. Una de las complicaciones, aludida en todos los lugares, es el peligro de un aborto causado por la no satisfacción de un antojo alimentario. El excesivo esfuerzo físico desarrollado por la mujer rural también se menciona como problema porque a causa de ello la mujer podría sufrir de hemorragias, mala posición del bebé y abortos.

El embarazo precoz podría acarrear varios problemas, en especial de niñas menores de quince años, cuyo organismo aún no está preparado para concebir. Asociado a esto, podría darse el caso que, debido a su juventud, se vean obligadas a esconder su embarazo con procedimientos que podrían afectar al bebé y a su propia salud. La multiparidad y un intervalo intergenésico breve también pueden ser causa de problemas. La mala alimentación de las mujeres durante el embarazo también es aludido como un problema que tiene su origen en la distribución inequitativa de alimentos que ella misma realiza en el hogar en favor de sus hijos y esposos.

Una causa poco mencionada, pero no por ello poco significativa ya que podría ser el origen de muchas complicaciones en la salud de las mujeres y del bebé, es la violencia física que sufren las mujeres embarazadas.

En el área rural el momento del parto es vivido no sólo con tensión y preocupación por parte de la mujer, sino también por el hombre. Además de que los hombres pueden identificar una serie de síntomas en las mujeres, que indican que el momento del parto se acerca, también conocen una serie de signos de alarma, como la excesiva demora en el alumbramiento, la retención de la placenta, la mala posición del bebé y las hemorragias.

Las causas de estos signos y síntomas son percibidas de acuerdo a diversos modelos explicativos, la mayoría de ellos propios de cada lugar. Por ejemplo, el *susto* o la exposición al viento, compartida en la zona quechua de Puno y en Huancavelica, puede ocasionar hemorragias, hinchazón del cuerpo y hasta la muerte. En la zona aymara de Puno una de las causas identificadas es la "antahualla", animal mágico que es atraído por el olor de la sangre y puede introducirse en el cuerpo de la mujer y producir grandes estragos. Existen una serie de remedios caseros y repelentes para enfrentar a la antahualla, todos ellos con características mágicas.

Cuando se trató el tema de la participación de los hombres durante el parto⁹, la mayoría afirmó estar presentes, acompañando a sus parejas. Esta participación puede darse en diversas modalidades: desde una presencia más directa asistiendo el parto, o más indirectamente apoyando la labor que realiza la partera o el partero, hasta estar alerta esperando colaborar con lo que demanden quienes atienden directamente el parto. Los hombres que han intervenido directamente en los partos de sus esposas han acumulado una experiencia importante y relatan sus conocimientos y los pasos que se desarrollan durante el evento del parto.

⁹ En todos los lugares se trabajaron contenidos educativos relacionados con el parto, menos en Ucayali (Selva), donde este tema no estuvo dentro de los priorizados por las mujeres.

En algunos lugares (Huancavelica, La Libertad), los hombres señalan que participan en el parto porque, por un lado desean colaborar con la persona que atiende y por otro necesitan aprender para enfrentar cualquier eventualidad que se pudiera presentar en la familia, por ejemplo con alguna de sus hijas. En otros casos (Puno-zonas quechua y aymara), en cambio, subrayan un rol más protagónico del hombre, aduciendo que existe una absoluta confianza en el marido para recibir ayuda en este momento.

Sí, es importante estar presentes, no vaya a ser cosa que al momento del parto haya faltado un poquito de ayuda, dar fuerzas en el momento (...) o en caso hubiese sucedido una hemorragia grave o una retención de placenta, se necesitaba algo de emergencia, por eso es importante que el esposo debe estar (Otuzco, La Libertad).

Sí, es importante estar en el parto porque es nuestra esposa. Por lo general... queremos a nuestra esposa, no podemos dejarla. Somos parejas, ya somos un sólo caño. Entonces, nuestra esposa siempre a nosotros nos espera en donde sea, más confianza, y a otra gente tienen miedo (Alto Jurinsaya, Puno-zona quechua).

Frente a los diversos signos de alarma, hombres y mujeres siguen diversas rutas de búsqueda de ayuda, tanto en el embarazo como en el parto, dependiendo del problema y de la gravedad. En algunos casos se señala que se trata de solucionar primero en el hogar, con remedios caseros, luego recurren al curandero o a la partera y como última alternativa, cuando ya no se puede solucionar el problema, se acude al establecimiento de salud. Habría comunidades en la que se resisten a acudir al establecimiento de salud y se limitan a solucionar el problema dentro de los cánones tradicionales, solicitando los servicios de una partera. Sin embargo, en el caso del parto, la mayoría de los hombres son conscientes que ante las complicaciones es preferible conducir a la mujer a los servicios de salud.

Los problemas no siempre concluyen con el parto pues, una vez superada esta etapa, pueden ocurrir complicaciones denominadas de "sobreparto" tan peligrosas que incluso, si no se toman los cuidados adecuados, podrían conducir a la muerte de la madre. Varias serían las causas del "sobreparto", tales como el no guardar el debido descanso y realizar esfuerzos grandes, algunas veces por exigencia del esposo sin que medie ninguna consideración por su estado, lo cual produciría hemorragias, porque el cuerpo estaría aún abierto. La exposición al calor o al frío, señalado en todos los lugares, también resultaría un riesgo para el sobreparto. Los síntomas principales del sobreparto son dolores intensos de cabeza, hemorragias y adormecimiento del cuerpo.

Los hombres ante la mortalidad materna

La muerte materna es descrita por los hombres como un hecho traumático, muy doloroso, tanto para los hijos como para los esposos.

Una de las más graves secuelas que trae la muerte de la madre es el descuido en la crianza de los hijos, pues el padre no podrá atender a la vez sus responsabilidades como proveedor y como responsable de la atención doméstica de los niños. De esta manera se pone en peligro la sobrevivencia de los hijos, sus posibilidades de continuar estudiando, con el riesgo latente de desintegración del hogar. Por el lado afectivo, los hijos experimentarán una grave carencia, que difícilmente será cubierta por el cariño paterno. El aumento de las preocupaciones para el hombre puede crear tensión, existiendo la posibilidad de que se desaten episodios de violencia física contra los niños. Lo dicho se agrava con la presencia del consumo de alcohol para evadir los problemas; o con el abandono del padre para formar otra familia.

En tanto el hombre es considerado el proveedor y protector del hogar, y de quien emana en última instancia las decisiones para enfrentar las complicaciones surgidas durante el embarazo, parto y puerperio, él es visto como el responsable principal de la muerte de su esposa, lo cual le significará el desprestigio social.

2.7. Las enfermedades de los órganos sexuales y reproductivos

La mayor parte de los problemas de salud sexual de las mujeres mencionados por los hombres, son comunes en todas las regiones. La "regla blanca", así como otras molestias vaginales, constituyen las más importantes. Las enfermedades y problemas que tienen que ver con el tracto reproductivo, el cáncer al cuello uterino, el cáncer de mamas, la falta de regularidad y molestias durante la menstruación, también fueron mencionados.

Hay cuatro grandes causas de las enfermedades de los órganos sexuales de las mujeres que se repiten en todas las zonas de la Sierra donde se hizo esta sistematización: 1) son transmitidas en las relaciones sexuales, a través del marido quien las contrae en relaciones extra-matrimoniales, tanto heterosexuales como homosexuales; 2) una falta de higiene adecuada de los órganos sexuales, la cual se debe principalmente al contacto de la región anal, con la vaginal, ya sea por una inadecuada limpieza o por tener relaciones sexuales primero anales y luego vaginales; 3) por tener muchos hijos, ya que este hecho provoca una constante irritación y desgaste de los órganos sexuales de la mujer; 4) por la práctica del aborto, relacionada con las hemorragias que producen. Otras diversas causas que se mencionan están asociadas con el uso inadecuado de anticonceptivos y principalmente la T de cobre; el calor que emana de la cocina que afectaría la parte baja del vientre, entre otras.

Una de las medidas más importantes para prevenir estas enfermedades, tanto en el hombre como en la mujer, sería la higiene frecuente de los órganos sexuales con agua y jabón. Como otra medida, se menciona el disminuir la frecuencia de la actividad sexual.

A excepción de la zona quechua de Puno, donde no se encontraron testimonios sobre el tema, en todos los lugares hubo una gran coincidencia en señalar casi las mismas enfermedades de transmisión sexual: chancro, sífilis y gonorrea. También se menciona el SIDA, aunque posteriormente no se documente sobre algún caso sucedido en sus comunidades.

Generalmente, cuando los hombres adquieren alguna enfermedad de transmisión sexual, tratan, en primera instancia, de curarse solos sin recurrir a ninguna ayuda. Seguidamente, si lo primero no funciona, se recurre a algún amigo con más experiencia quien le recomendará medicamentos que se adquieren en la farmacia. Sólo en el caso en que la dolencia se agrava, se recurre al establecimiento de salud. No se suele informar a las esposas por el temor a ser acusados de infieles. Es muy probable que estando enfermos sigan manteniendo relaciones sexuales con sus parejas, sin protección.

A nuestra pareja avisaríamos, pero cuando hubiera empeorado, pero aun cuando es nada no, porque da miedo y nos avergonzamos por más que sea mi pareja. A veces son mal pensadas. "Tú estarías con varias mujeres por eso te ha agarrado chancro", algo pues dirían (Churcampa, Huancavelica).

En La Libertad (Sierra norte) y Ucayali (Selva), no así en las comunidades quechuas de la Sierra sur central, se consideró el uso del preservativo como una manera de prevenir las

enfermedades aunque, como vimos en el acápite relacionado al uso del condón, son muy pocos los que lo usan. En estas mismas zonas se planteó, como medida de precaución, evitar relaciones sexuales con los grupos considerados de "alto riesgo" como las trabajadoras sexuales y los homosexuales.

Los problemas de la próstata

La inflamación de la próstata o prostatitis, es la enfermedad masculina más mencionada por los hombres en todas las zonas; y considerada como un problema de salud bastante habitual.

El síntoma más evidente, percibido por los hombres, es la obstrucción de las vías urinarias, que produce infección y síntomas de ardor, y contradictoriamente, se experimentan ambas sensaciones: incontinencia urinaria y retención de orina. Muchos participantes consideran que esta enfermedad es parte del ciclo vital de los hombres y que inevitablemente todos tendrán que sufrirla a partir de determinada edad. Además, existiría el peligro, como lo señalan en Ucayali, que, de no ser curada, podría convertirse en un cáncer.

La concepción más generalizada en todos los lugares como la causa principal de prostatitis es la constante actividad sexual que los hombres desarrollan. En varias comunidades de la zona aymara de Puno se señaló que una de las causas por las cuales algunos hombres sufren de la próstata es por realizar el acto sexual cuando la mujer está menstruando, ya que la sangre mala podría ingresar por la uretra ocasionando la enfermedad. En esta misma zona, se atribuye la enfermedad al uso del condón, pues hay la creencia que el semen al no poder ser despedido fuera, regresa por el conducto uretral e hincha la próstata. Finalmente, la exposición al frío de los órganos genitales podría ser otra causa de la prostatitis.

Las precauciones estarían centradas en evitar tener relaciones sexuales en el período menstrual, circunscribirse al coito vaginal y no anal, a no utilizar el condón, abrigarse y no exponer los órganos sexuales al frío y cuidarse de los golpes. Sin embargo, al ser la actividad sexual frecuente, característica esencial de la masculinidad, sería imposible cumplir con la abstinencia sin poner en cuestión la propia virilidad. Es por eso que la prostatitis se considera como un mal inevitable en todo hombre luego de haber desarrollado una intensa vida sexual a lo largo de su vida. El examen de próstata es rechazado por los hombres porque la exploración rectal a través del tacto es asociada con la pérdida de la virilidad.

2.8. Deberes, derechos y derechos reproductivos: ¿el deber ser?

Con respecto al tema de deberes y derechos, en todas las comunidades los hombres expresaron el discurso normativo del "*deber ser*".

A pesar que ellos reconocen, normativamente, la igualdad de deberes y derechos entre hombres y mujeres, y que deberían existir las mismas oportunidades en las instancias de decisión tanto familiar como comunal, se afirma, también, que en la práctica esto no ocurre así.

En cuanto a los derechos reproductivos, el derecho a decidir sobre el número de hijos generó, en todas las comunidades y regiones, opiniones divididas. Un grupo planteó que la

decisión debía ser de ambos, ya que la crianza y la manutención de los hijos es responsabilidad compartida. Aunque, en el caso de no haber acuerdo en la pareja, el hombre tendría la potestad de imponer su voluntad. Otro grupo consideró que la mujer tenía más derecho a decidir, ya que se trata de su cuerpo y es ella la que asume el sufrimiento. Sin embargo, la realidad estaría apuntando a que son generalmente los hombres los que terminan por imponer su voluntad.

Con respecto al derecho a decidir qué método anticonceptivo utilizar y a la responsabilidad de proveerse de métodos, también las opiniones estuvieron divididas en todas las comunidades. Un sector de hombres planteó que la responsabilidad debía ser compartida, para prevenir una infidelidad y además para analizar en conjunto las ventajas y desventajas de cada método. Habría, sin embargo, que indagar más sobre el concepto de *compartir*, ya que, en muchos casos, se trataría simplemente de aceptar lo que el hombre impone. Otro grupo señaló a la mujer como la que debe decidir sobre el método a utilizar, ya que es ella la que más los conoce y, además, es la que experimenta en su cuerpo los efectos del uso. Un último grupo consideró que es el hombre quien debía decidir por considerarse el jefe del hogar, fundamentándose en su rol de protector patriarcal de las mujeres que son, por naturaleza, más débiles.

La decisión más toma la señora, porque nosotros no podemos obligarles. Ella, cualquier método de acuerdo a lo que sea bueno se escoge, nosotros no le podemos decir esto escógete, porque a veces nosotros sólo sabemos hacer relaciones sexuales nada más. Ellas ya saben lo que les hace mal, y después ellas tanto sufren desde que tienen la barriga, toda la vida, a veces el embarazo les choca y paran enfermas nomás, ellas deben escoger (San Mateo, Huancavelica).

La decisión para cuidarse la toma el hombre porque es jefe de familia. La mujer también dice, "vamos a tener tantos hijos". Si el hombre no quiere y dice vamos a tener más hijos, el hombre siempre decide (Chucuito, Puno-zona aymara).

Específicamente sobre la decisión de utilizar el condón, las opiniones se encontraron divididas entre quienes sostienen que el hombre debe decidir su uso porque se trata de un método masculino donde están en juego su propio placer o displacer; mientras que otros argumentan que, debido a la promiscuidad e irresponsabilidad del hombre y la consiguiente exposición de la mujer al contagio de infecciones transmitidas sexualmente (ITSs), ella debería decidir su utilización. Por otro lado, se planteó que no era recomendable dejar la responsabilidad del uso del condón al hombre, por la posibilidad de que al encontrarse en estado etílico podría ocasionarse una falla. En este caso está justificado el hecho de que la mujer se niegue a tener relaciones sexuales.

Los hombres afirmaron mayoritariamente que las mujeres tienen derechos sexuales que deben ser respetados, como el derecho a negarse a tener relaciones sexuales cuando no lo desean. Todos reconocen, sin embargo, que esta situación no se da en la práctica, y que ellas ven constantemente violados sus derechos, sobre todo cuando los hombres han tomado mucho. No obstante, los derechos sexuales de las mujeres tendrían sus límites, frente a las "obligaciones sexuales" para con el marido, al margen de sus propios deseos.

2.9. Percepción de la calidad en los servicios de salud

La resistencia a acudir a los servicios oficiales de salud no sólo es explicada por barreras culturales y de índole económica que son muy importantes, sino también por la mala calidad de los servicios y por el temor a la humillación y a la falta de respeto a su dignidad humana, a la que probablemente estarían expuestos.

La discriminación de la que son objeto los campesinos, principalmente en lo que se refiere a la prioridad en la atención, es también motivo de protesta. Asimismo, la actitud vertical y paternalista de los prestadores de salud que se atribuyen el derecho a reprimirlos como a niños, produce rechazo.

Yo tenía un pata que tenía chancro, entonces fue al centro de salud para curarse, entonces un doctor le dio tres lampazos por cochino pues. Entonces ya no regresa pues (Padre Abad, Ucayali).

En el centro de salud dicen "¿por qué no vienen más antes?", "¿por qué no vienen cuando recién les está iniciado?", ya así nomás nos dicen, ya nos riñen (Chuchito, Puno-zona aymara).

Resondran los que trabajan allí, siempre dicen por no haberlo llevado antes, peor ya lo llevas, entonces dicen "si muriera, al morir entonces vas a ir preso", asustándose con eso, la gente se asusta de acudir centro de salud (Churcampa, Huancavelica).

Para los participantes un buen servicio debería contar con profesionales competentes para resolver los problemas de salud que se presenten, debería de estar provisto de medicinas efectivas a cada enfermedad, y además respetar la privacidad y confidencialidad de los usuarios. Otro aspecto resaltado por los entrevistados es el respeto a la dignidad de la persona, a sus creencias, aunado al establecimiento de un trato más simétrico y sin discriminaciones. El prestador de salud debe hablar la lengua del lugar, y, cuando se trata de enfermedades de salud reproductiva, ser del mismo sexo, como condiciones básicas para desarrollar una mayor simetría en el trato, para lograr un diagnóstico más acertado y, ellos por su parte, comprender mejor las indicaciones médicas.

3. Conclusiones

Los mandatos de género y la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres

No existen concepciones y objetivos tan distintos entre hombres y mujeres en relación a aspectos que los mismos hombres consideran cardinales en el desarrollo de su vida cotidiana y que también tienen implicancias muy negativas para los hombres. Son las propias contradicciones en la construcción de la masculinidad, entre sus roles de proveedor y protector y la necesidad permanente de demostrar ante sí mismo y los demás su virilidad, que se convierten en un factor fundamental de riesgo para la salud de las mujeres, de sus hijos y de ellos mismos.

Estas contradicciones atraviesan la mayor parte de los problemas de salud reproductiva señalados por las mujeres. Así, por ejemplo, en el problema de tener muchos hijos los deseos de los hombres de una familia pequeña se contraponen en ocasiones a sus prácticas; y esto debido a que dos elementos claves en la construcción de la masculinidad entran en discordancia. Por un lado está su rol como proveedor, en un contexto de precarias condiciones de vida y donde la educación de los hijos constituye un importante elemento de prestigio social, lo cual lo obliga a pensar en pocos hijos. Por otro, la necesidad de demostrar virilidad, tanto al engendrar hijos hombres como en el gran temor a la infidelidad de sus esposas con el uso de métodos anticonceptivos modernos porque sienten que la sexualidad femenina se escapa de su control. Esto se manifiesta en su negativa al uso de estos métodos y a la asistencia de profesionales de salud hombres pues significaría una posibilidad directa de exposición a la infidelidad.

Concepciones de los hombres sobre los problemas de salud sexual y reproductiva seleccionados por las mujeres

Los problemas de salud reproductiva priorizados por las mujeres son también asuntos de crucial importancia para los hombres, porque se sienten, de una u otra forma, involucrados en las consecuencias respecto a su propia salud y bienestar. Además, ellos mismos se autoidentifican como responsables de varias de las causas asociadas al origen de estos problemas.

Así, la muerte materna, que ronda permanentemente en el ámbito rural como producto de complicaciones en el embarazo y/o en el parto, es percibida como una situación de graves consecuencias para la pervivencia de su hogar –punto de referencia de su realización como proveedor y por tanto como hombre adulto– y para su prestigio social como responsable de garantizar el bienestar y la subsistencia de su mujer y sus hijos. Un hecho luctuoso como éste ocasiona la desestructuración de su mundo de referencia y su desestabilización emocional. De allí se desprende su gran interés por estar presente durante el momento crítico del parto y cumplir un papel fundamental, pues es el momento en que a la vez que se alumbraba una nueva vida se bordea la muerte.

La “regla blanca”, la enfermedad sexual más citada en todos los lugares, si bien es entendida como una dolencia netamente femenina, es también fuente de preocupación para los hombres, ya que todos están de acuerdo que les crea graves perturbaciones en su vida y salud sexual, al desmotivar las relaciones sexuales con la pareja, principalmente por las desagradables manifestaciones de esta afección y por el temor al contagio. De la misma manera el cáncer al cuello uterino, considerado dentro del imaginario popular como una secuela del agravamiento de la regla blanca, es motivo de inquietud entre los hombres, principalmente por los efectos letales de esta enfermedad, con las consecuencias para el hombre ya mencionadas en el caso de la muerte materna.

Los mismos hombres se autoidentifican como vía de contagio sexual para sus parejas, por su promiscuidad sexual y sin protección. También mencionan como una causa de tener muchos hijos, una de las causas asociadas a la regla blanca, la violencia sexual que ejercen contra sus esposas en los días fértiles. La muerte materna sería producida por múltiples factores, pero se indica a la violencia masculina contra la mujer, inclusive en el período del embarazo, como una de las causas.

Participación de los hombres en las prácticas preventivas y recuperativas de problemas de salud sexual y reproductiva de las mujeres

Si bien quedó claramente establecido el rol masculino durante el embarazo, parto y puerperio, no se encontró que jugaran algún papel en las prácticas preventivas y/o recuperativas para problemas como la regla blanca o el cáncer al cuello uterino. Esta contradicción se debería, por un lado, al hecho de que la mayoría de los hombres privilegia el reforzamiento de su masculinidad y el aumento de su autoestima al probable riesgo de contraer una ITS. Por otro, porque la “regla blanca” a pesar de sus consecuencias que complican las relaciones en la vida cotidiana no son asociadas con una muerte inmediata, a diferencia de las complicaciones surgidas en torno a los eventos del embarazo, el parto y el puerperio. Esto tendría que ver con distintas miradas de género de la manera cómo afectan estos problemas a cada quien en sus roles y responsabilidades.

Además de las relaciones de género

Indudablemente, existen otras causas más allá de las relacionadas al género que impactan negativamente en la salud de las mujeres y que tienen que ver con las condiciones de pobreza en las que desenvuelven sus vidas.

La resistencia a acudir a los servicios de salud, más allá de barreras genéricas impuestas por el marido o por las autoimpuestas por ellas mismas relacionadas al pudor, está principalmente en relación con la calidad de los servicios, la cual ellas y ellos perciben que atentan contra su comodidad y su dignidad humana.

También habría que añadir la falta de adecuación de la información que están recibiendo respecto a los métodos de anticoncepción denominados modernos. La ausencia de información sobre cómo éstos actúan en sus cuerpos y los posibles efectos secundarios en su salud, genera temores y desmotiva su uso.

Problemas de salud sexual y reproductiva específicos de los hombres y las estrategias para solucionarlos

La masculinidad hegemónica también dificulta que los hombres puedan prevenir o enfrentar problemas de salud sexual identificados por los hombres como específicos de ellos: las ITSs y la prostatitis.

A ambas les atribuyen una causa común: la permanente y constante actividad sexual que los hombres, por serlo, normalmente desarrollarían; ésta los expone permanentemente a contagios que no son buscados pero que significan riesgos que se deberán correr.

Generalmente, cuando los hombres adquieren alguna enfermedad de transmisión sexual, en primera instancia tratan de curarse solos y sin compartir su problema con nadie. Lo grave es que no informan a sus esposas de sus dolencias por el temor a ser acusados de infieles, y muy probablemente mantienen relaciones sexuales con sus parejas sin protección, con las consecuencias negativas para la salud de las mujeres. La alternativa final y sólo en casos que la dolencia se agrave, es recurrir al establecimiento de salud. La principal razón para no acudir a dichos establecimientos fue la vergüenza a mostrar y ser auscultados sus órganos sexuales, principalmente por el temor a ser comparado y no reunir los requisitos o características que, en el imaginario social, debería reunir el verdadero hombre. Buena parte de la masculinidad hegemónica se construye a partir de las fantasías de los hombres sobre lo que otros hombres podrían estar pensando de ellos.

En el caso de la prostatitis, los procedimientos médicos para diagnosticarla son rechazados por los hombres, porque aluden, dentro del imaginario social, a la manera como el homosexual es penetrado por el ano, y simboliza la pérdida de la virilidad.

Algunas perspectivas para el trabajo con hombres surgidas del análisis de los talleres

A través de lo vertido en los talleres se muestra una tendencia en los hombres a aceptar mensajes en los que se evidencian aspectos que perciben son favorables a ellos, tales como la prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual, mediante el uso del condón y el aseo de sus órganos sexuales. Mientras que en

aspectos que sienten cuestionados su poder y privilegios de género y donde no ven beneficios para sí mismos, como son los cambios en los roles por género y en aspectos vinculados a derechos sexuales, asumen actitudes de mayor resistencia.

Para que los hombres se involucren decididamente en los cambios, asuman voluntariamente mayores responsabilidades en la sexualidad y la reproducción, y tiendan a relaciones equitativas con sus parejas, deberán sentir que el modelo hegemónico de masculinidad al cual tratan de emular, también tienen un alto costo para ellos, respecto a su salud y bienestar en general. Se trata de ir aportando a la deslegitimación de ese modelo y al cambio en las relaciones de poder entre los géneros, en la medida que se visibilice que muchas de las características demandadas a los hombres no son naturales sino ideológicamente construidas. Estos deberían ser los contenidos que con mayor ahínco se trabajen con los hombres que se desea que logren un efecto multiplicador en la salud sexual y reproductiva, en sus comunidades.

Finalmente, los problemas de salud sexual y reproductiva, en tanto no son sólo de las mujeres, pues en las causas y consecuencias de cada uno están involucrados los hombres, no podrán ser tratados aisladamente, teniendo necesariamente que ser vistos como sujetos que interactúan sexualmente con las mujeres y tienen un rol activo en la reproducción, y no sólo como socios que colaboran con ellas en estos procesos. Con esto no se pretende desconocer que se parte de una situación desigual, en la que las mujeres están en desventaja, pues muchos de los problemas los sufren principalmente en sus propios cuerpos, detentan menor poder para resolverlos, y por tanto las políticas y programas deberán priorizarlas. Se quiere remarcar el carácter relacional de los problemas sexuales y reproductivos y de las soluciones a plantear.



III.

¿Qué piensan y hacen ahora los hombres que participaron del proceso educativo promovido por ReproSalud?

TERESA VIVIANO LLAVE *

* Actualmente labora en el Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual del Ministerio de La Mujer y Desarrollo Social del Perú - MIMDES. Ha sido integrante del equipo de la Línea de Investigación del Proyecto ReproSalud en el periodo 1999 - 2000.

1. Metodología y participantes

El recojo de la información se realizó mediante **entrevistas a profundidad**, las cuales se aplicaron a promotores comunales de ReproSalud, a las esposas de estos promotores o, en su defecto, a mujeres cercanas a los promotores (madres o hermanas) y, finalmente a hombres beneficiarios de las capacitaciones a cargo de los promotores comunales. También se incorporan algunos datos cuantitativos de la evaluación intermedia en el acápite específico de aprendizajes.

Durante el segundo semestre del año 2000 se seleccionaron hombres y mujeres de las comunidades de Ucayali, La Libertad, Puno y Huancavelica que estaban participando del proyecto ReproSalud. Se entrevistó a un total de 28 promotores comunitarios, 26 mujeres (en su mayoría esposas de promotores) y a 26 hombres beneficiarios de las réplicas de los promotores. Entre los criterios de selección se tomó en cuenta la edad, buscándose entrevistar proporcionalmente, tanto a hombres jóvenes como adultos, así como la disposición para participar en la entrevista.

2. ¿Por qué participaron en los talleres educativos?

Desde la perspectiva de hombres y mujeres, la necesidad de que los hombres se involucren en las capacitaciones fue para permitir que los diferentes conocimientos y cambios propuestos en los temas de salud sexual y reproductiva, pudieran llevarse a la práctica. Los hombres entrevistados señalaron que las mujeres solicitaban su participación en las capacitaciones con el fin de asegurarse que ellos estuviesen informados, aprendieran y así "corrigieran" su manera de vivir. Si la mujer aprende sola, afirmaban, le va a ser más difícil "corregir" al esposo, porque éste "no se va a dejar", dado que están acostumbrados a ser ellos quienes mandan, enseñan, corrigen y determinan lo bueno y conveniente para la familia. Por ello, tanto promotores comunitarios como beneficiarios de las réplicas de los promotores, mencionaron que las mujeres los invitaron a capacitarse para que se pudiera llevar a la práctica todo lo aprendido. Enfatizaron, además, que las mujeres incorporaron a los hombres en las capacitaciones porque éstos eran reacios y no comprendían.

Bueno, es importante porque... solamente cuando capacitan mujeres, a veces no, no practican. O nos enseñan pues, para que todos puedan saber cómo prevenir las enfermedades, sobre planificación familiar, para que ambos puedan saber, entonces le han pedido para que se capaciten tanto al hombre y a la mujer, y aún más a los jóvenes y a las señoritas, para que puedan saber esto (Participante de réplica, Callería, Ucayali).

En el caso de Ucayali, la mayor separación de responsabilidades entre hombres y mujeres estaría determinando una menor colaboración de los hombres en el terreno de la salud sexual y reproductiva, por considerarse un ámbito exclusivamente femenino. Por consiguiente, para involucrarlos era necesario que asumieran la salud sexual y reproductiva

como una responsabilidad propia. Señalaron que la intención de las mujeres al invitarlos a participar en las capacitaciones fue básicamente para lograr su colaboración.

Otras razones por las que hombres y mujeres señalan que los hombres fueron llamados a participar están relacionadas con su rechazo a que las mujeres participen, especialmente en las zonas de Sierra. Esta oposición de los hombres a que las mujeres asistan a las actividades de ReproSalud, estuvo asociada a varios temores. Uno de ellos, vinculado a los contenidos de equidad de género que planteaba ReproSalud, los cuales les resultaban amenazantes. La equidad de género se asumía como una alteración e inversión de los roles, en el que los hombres asumirían el rol de las mujeres y las mujeres el de los hombres. Incluso pensaban que las "malas orientaciones" y los "malos consejos" estaban dirigidos a enfrentar y/o separar a la pareja.

Bueno, acá en el caserío siempre ha reinado el machismo en los hombres, o nos creíamos muy machos, dominar a la señora a como dé lugar, ¿no?, yo escuchaba a los amigos, bueno de mí no, pero escuchaba a los amigos decían: "no, ese movimiento viene a enseñar muchas cosas malas, ese no viene a enseñar cosas buenas, viene a enseñar cosas malas vienen a enseñar acá" (Promotor, Carabamba, La Libertad).

Por otro lado, los temas que se trataban sobre sexualidad y conocimiento del cuerpo, generaban temor, vergüenza y rechazo, ya que en los folletos y láminas se mostraba el cuerpo desnudo y los órganos sexuales tanto externos como internos. Calificativos como "feo", "malo", "prohibido", "zonceras", "malas palabras", "cojudeces", fueron algunos de los que usaron para referirse a los temas. Frente a esto, muchos hombres no vieron conveniente que sus esposas participen, tal vez como forma de protegerlas de algo que ellos consideraban inmoral. Finalmente, un grupo de hombres tenía temor de que los quieran convencer para practicarse una vasectomía. Esto último se explica en el contexto de las campañas de anticoncepción quirúrgica promovidas por el Ministerio de Salud que tuvieron lugar en 1996 y 1997 y que dieron lugar a serios cuestionamientos y denuncias que ya han sido debidamente documentadas por la Defensoría del Pueblo (1998 y 1999)¹⁰.

Los hombres afirman que al prohibirles asistir a las capacitaciones, las mujeres decidieron invitarlos y una vez que comenzaron a asistir, sus dudas, temores y prejuicios comenzaron a desaparecer. Entre los hombres, el "ver para creer" jugó un papel más determinante para emitir juicios favorables y despejar diversas dudas, temores y conceptos equivocados respecto a ReproSalud. Los relatos de las esposas sobre las capacitaciones se constituyeron en un canal de acercamiento e información para ellos sobre el proyecto ReproSalud, lo cual poco a poco fue despertándoles la curiosidad y los deseos de participar. Sin embargo, este accionar de las mujeres no fue determinante en el cambio de percepción sobre el proyecto, el cual sólo se lograría con la participación directa de los hombres en las capacitaciones.

Yo le contaba todo como era así, pero no me creía. Por decir, cuando viene la transmisión sexual de las enfermedades, de eso, "cómo va a ser eso, ni siquiera yo cuando tenía mis años superiores nunca había escuchado" eso dijo. Es verdad le decía pero, de esas cosas, y cuando él vino ya supo toda la verdad (Esposa de promotor, Puno-zona aymara).

Bueno, a un inicio no le di tanta importancia. Pero a medida de que ella asistía al curso y transmitía pues en la hora de almuerzo, a la hora de sentarnos a la mesa, decía de que

¹⁰ En 1998 el Ministerio de Salud hizo cambios en el programa de planificación familiar y comunicó oficialmente al Defensor del Pueblo su decisión de adoptar la mayor parte de las recomendaciones formuladas. Dentro de estas últimas, se incluye la prohibición de realizar campañas referidas exclusivamente a la anticoncepción quirúrgica.

nos están implementando, nos están capacitando para poder enseñar y bueno, preguntaba y decía qué cosas les enseñan. Entonces, al principio, claro, no lo tenía importancia pero más adelante sí le vi que era importante y me interesé de veras (Promotor, Azángaro, Puno-zona quechua).

Al incluirlos en la capacitación, ellos se dieron cuenta que no había nada malo ni inmoral en las capacitaciones, ni que tenían dobles intenciones. Por el contrario, una vez participando los hombres podrían apoyar la participación de las mujeres en las actividades educativas, como de hecho sucedió.

A veces si las mujeres nomás se capacitan y los hombres no nos capacitaríamos, los hombres diríamos tú qué cosas aprendes en ahí, eso es mentira así no, y si nos capacitamos los dos tanto la mujer como el hombre, hay comprensión y ánimo (Promotor, Yauli, Huancavelica).

Si, se están concientizando ellos ya, o sea, ellos ya están cambiando, están entendiendo de que están en error y ahora están comprendiendo y dejan a sus esposas participar, incluso ya ellos se quedan con los animales, con sus hijos y ellas los dejan con la libertad de participar y todos los talleres están cumpliendo las metas que el año pasado no se cumplió ahora se está cumpliendo. Y por eso yo, pues este, como Presidenta de la OCB, yo quisiera más capacitaciones para hombres, porque sí se está logrando, lo que nosotras estamos propuestas, se está logrando (Esposa de promotor, Carabamba, La Libertad).

3. Selección y capacitación de los promotores

Los candidatos a promotores fueron seleccionados principalmente en asambleas de la OCB de mujeres o en asambleas de su comunidad, cuando había mayor respaldo de las autoridades comunales. Los candidatos fueron propuestos por las mujeres promotoras, por las mujeres responsables de la conducción de los proyectos educativos (integrantes del "núcleo responsable") y otras mujeres de las OCBs. En muchas ocasiones las mujeres fueron las que animaron o convencieron a los hombres a participar como candidatos. Algunos hombres manifestaban tener miedo de hablar en público, por lo cual sus esposas hacían muchos esfuerzos para animarlos a concursar.

O sea él se ha animado porque yo le he animado, porque es muy importante de la capacitación, yo pienso que a través de eso también ya se puede orientarse, no puede tener miedo. A veces hay que tenía miedo y ahora ya no tiene miedo, ya después que pasó ya da normal las charlas. Es muy lindo (Esposa de promotor, Juli, Puno-zona aymara).

Una vez propuestos por sus comunidades, los candidatos a promotores debían participar en un taller de capacitación, que era dirigido por un capacitador integrante del equipo regional de ReproSalud. Estos talleres tenían una duración de doce sesiones. Éstas se inician con la reflexión sobre el problema de salud reproductiva seleccionado por las mujeres como el más importante en sus autodiagnósticos (una sesión). Luego se desarrollaron tres módulos educativos:

1. El módulo básico (cuatro sesiones)
 - Tareas y derechos de mujeres y hombres
 - Anatomía reproductiva de mujeres y hombres
 - Fisiología reproductiva y el ciclo reproductivo
2. El módulo sobre uno de los problemas de salud reproductiva seleccionados por las mujeres (cinco sesiones cada módulo), los que podían ser:

- Módulo "Enfermedades de los órganos sexuales".
- Módulo "Cómo cuidarnos para tener los hijos que queramos".
- Módulo "Embarazo y parto saludables".
- Módulo "Aprendiendo a vivir sin violencia".

3. El módulo de habilidades para la comunicación y capacitación (dos sesiones)

Todos los candidatos a promotores condujeron sesiones de capacitación como parte de su evaluación y pasaron por pruebas de conocimiento de entrada y salida. Tener un trato horizontal y fomentar la participación, además de poseer habilidades sociales, como por ejemplo ser desenvueltos, sociables, dinámicos y tener facilidad de palabra, fueron aspectos importantes que se consideraron en su evaluación, además de la capacidad para compartir lo aprendido y dejarse comprender por los demás, dado que la labor de éstos sería luego capacitar a otros hombres. La responsabilidad y el interés en los temas, también fueron tomados en cuenta.

Los logros y potencialidades forjados, fortalecidos y/o descubiertos en la capacitación de los candidatos a promotores, se constituirían en las bases sobre las cuales se asentaría luego el posterior trabajo para involucrar a los demás hombres en el proyecto ReproSalud.

4. ¿Qué significa ser promotor?

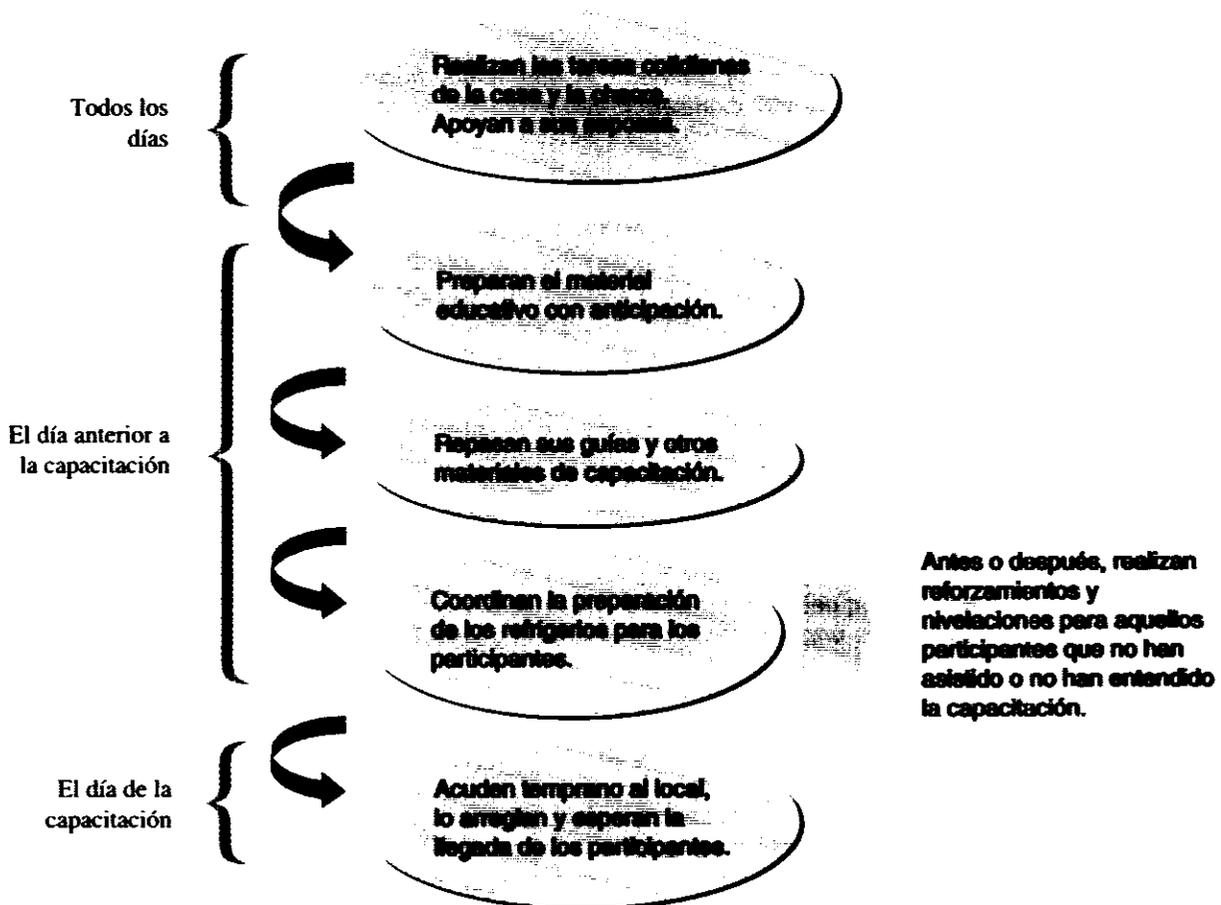
Ser promotor comunitario es una tarea que se extiende más allá de las actividades educativas implementadas por las instituciones o proyectos; continúa aun cuando la institución cooperante se retira de la comunidad, de manera que los promotores o agentes comunitarios contribuyen a la continuidad y sostenibilidad de los cambios y nuevos conocimientos.

La mayoría ha coincidido en señalar que ser promotor significa asumir "primero que todos" los cambios que se proponen en las capacitaciones, constituyéndose en un ejemplo para los demás. También implica estar dispuesto a ayudar y ser merecedor de respeto y consideración en la comunidad.

... Llevar el mayor respeto a los habitantes de mi comunidad y como también el respeto a mí, con mi familia, con mi esposa con mis hijos y ahora soy más participe con mi comunidad como promotor ¿no? principalmente, ante mi comunidad una persona ideal una persona, cómo se dice, sabemos llegar a la comunidad y realmente he cambiado. Antes no era así, era diferente, me apuntaba con mis amigos por aquí y por acá y ahora no, es diferente. Yo, como promotor, debo llevar un ejemplo a la comunidad (Promotor, Carabamba, La Libertad).

A continuación presentamos un gráfico que resume las actividades que realizan los promotores cuando van a realizar talleres educativos con otros hombres.

Rutina de actividades de un promotor



Cabe resaltar que todos los promotores entrevistados refieren que su labor no concluye con la réplica de lo que aprendieron. Adicionalmente, contraen compromisos voluntarios con los participantes para nivelar a los que no habían podido asistir o llegaban tarde, o para "reforzar" a aquellos que no habían entendido algún tema. Además de esta labor, se dan un tiempo para verificar si los beneficiarios están aplicando aquello que se les ha enseñado.

Siempre pasan por la comunidad y les pregunto si se acuerdan o no y me dicen sí pero he fallado en esto, me he olvidado, pero siempre les corrijo o les rectifico las palabras a unos cuantos, en las comunidades, en el camino; a veces, cuando visito a los familiares les pregunto si están haciendo bien o no, les pregunto de las cosas que hemos aprendido en los talleres, algunos me contestan y les digo que deben valorar y tomar interés (Promotor, Yauli, Huancavelica).

Ventajas y desventajas de ser promotor

Los promotores encuentran una serie de ventajas y satisfacciones en su rol como tales. Algunos señalan que ser promotor permite tener una mayor visión de los problemas de su

entorno y de transmitir esto a otras personas, especialmente a aquellas más vulnerables o que tienen más dificultades. Manifiestan, asimismo, que lo mejor de ser promotor es la posibilidad de lograr cambios en la manera de pensar de los hombres con relación a crear una mayor conciencia en el cuidado de la salud, en especial de la salud sexual y reproductiva.

Lo bueno que encuentro en ser promotor es que, le voy haciendo cambiar a los hombres de acá de mi caserío, le voy explicando que debemos cambiar, que ya no debemos ser como antes (Promotor, Carabamba, La Libertad).

El reconocimiento social que reciben por la labor realizada es para ellos una gran satisfacción, pues se sienten respetados y valorados. Otra ventaja, que tuvo más importancia al principio, fue el incentivo económico que recibían, el cual si bien era una suma pequeña, equivalente a un jornal en su zona de trabajo por el tiempo dedicado a preparar y facilitar los talleres, constituía un aliciente por realizar una labor considerada nueva e interesante.

La mayoría de promotores señaló no percibir ninguna desventaja, ni insatisfacción en su labor de promotor. Entre los pocos que la manifestaron señalaron la ansiedad y preocupación por la asistencia de los hombres a las capacitaciones. El iniciar el taller con una escasa convocatoria ha sido un motivo de tristeza y desánimo.

Cuando llegaba a mi local, cuando todavía no llegaban los participantes, yo tenía pena, ¿por qué no llegarán decía, por qué no llegan qué pasará, decía? Pero así y todo pasando unos diez minutos, unos 20 ya estaban llegando y ya estaba normal (Promotor, Juli, Puno-zona aymara).

"Tú que ya sabes": apoyo de la esposa

En cuanto a la relación con su familia, se puede afirmar que en la mayoría de los casos ésta ha sido favorable para el desempeño de su labor. Tanto la esposa como sus otros familiares han manifestado su aprobación con felicitaciones, palabras de ánimo y aliento. De manera particular resalta el papel, jugado por la esposa del promotor a lo largo de todo el proceso influyendo para que se presenten y concursen, motivándolos a participar, y finalmente, apoyándolos durante las réplicas. Esto se expresa en los siguientes testimonios:

O sea yo también lo estuve apoyando a él cuando alistaba los materiales y luego la preparación de lo que ha aprendido en Puca Pucara (lugar donde fue la capacitación a candidatos a promotores) y también con la guía, con la guía estudiaba. Entonces, para tener los materiales ya se alistaba y las partes internas y externas (se refiere a los órganos sexuales) y eso dibujaba. Señalaba sus partes y entonces dibujaba la diferencia de la mujer y del hombre, ¿cuáles es su función? Sus funciones, también las tareas que hace el hombre y la mujer. Cada uno con sus dibujos lo hacía, estaba dibujando, a pintar también le ayudaba. (Esposa de promotor, Juli, Puno-zona aymara).

...Y me decía "Este no lo comprendo ¿Cómo es? Tú que ya lo sabes", me decía, "repítemelo". A veces en la noche se ponía a estudiar y lo aprendía así, pero donde no sabía a veces me preguntaba "¿Cómo es esto? No me ha quedado tan bien". Y a veces yo le decía "Así, de esto se trata, este tema es, así". A veces volvía a repetir y lo aprendía y para el día siguiente ya sabía (Esposa de promotor, Carabamba, La Libertad).

Para la mayoría de las parejas entrevistadas, ésta es la primera vez que son las mujeres las que apoyan a los hombres con sus conocimientos (ya que ellas participaron primero en los

talleres educativos), lo cual contribuye a una mirada más equitativa de los miembros de la pareja y al empoderamiento y reconocimiento de las mujeres por parte de los hombres. Además, muchas de las esposas de los promotores se sienten contentas y orgullosas de que ellos hayan asumido nuevas actitudes y comportamientos producto de las capacitaciones: se han vuelto más atentos, comparten las tareas del hogar que antes hacían exclusivamente las mujeres, cuidan su salud y no las maltratan, enseñan a sus hijos a compartir las tareas de la casa y les enseñan lo que han aprendido sobre el cuerpo y la salud sexual y reproductiva.

5. Las réplicas educativas: convocar y garantizar la asistencia

Los promotores comunitarios implementaron talleres educativos (réplicas de los talleres en los que ellos habían participado) con la finalidad de multiplicar el número de hombres que pudieran compartir sus conocimientos y reflexiones sobre género, salud sexual y reproductiva.

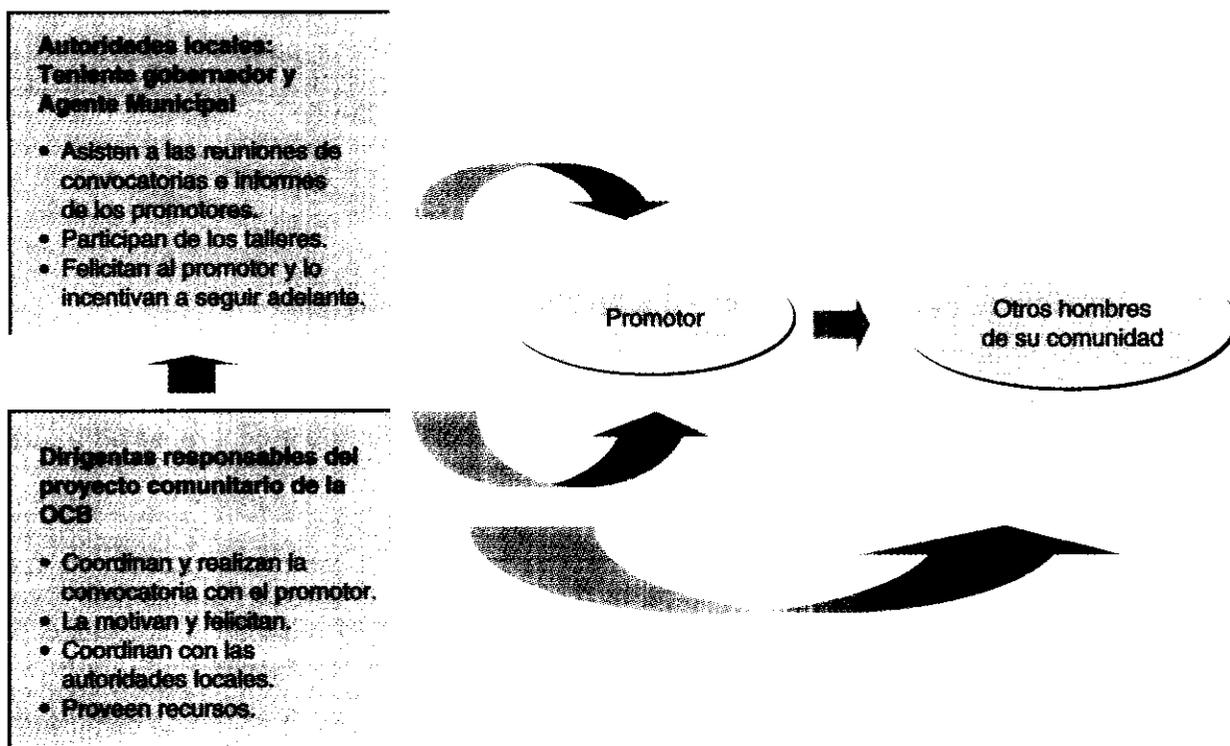
El sólo hecho de que los promotores fueran hombres y personas, que en la mayoría de los casos gozaban de confianza y popularidad en sus respectivas comunidades, no fue suficiente para asegurar la participación de los otros hombres. Tuvieron, entonces, que idear una serie de estrategias para persuadirlos y motivarlos a asistir a través de convencimiento de que las capacitaciones eran beneficiosas para ellos, su pareja y su familia. Para ello desarrollaron un despliegue de dinamismo en la convocatoria, aprovechando espacios formales (asambleas) e informales (p. Ej. durante partidos de fútbol) donde se congregan los hombres, y realizando convocatorias casa por casa. Lo anterior, y el trabajo conjunto entre promotores, mujeres, dirigentes de las OCBs y autoridades locales fue lo que finalmente logró que los hombres, inicialmente reacios y desconfiados, participaran.

A veces nos reuníamos así, a jugar un deporte, a veces por ahí cualquier diversión a veces había y entonces ahí aprovechaba yo para conversar, dialogar con ellos invitarles que me acompañen para el taller de capacitación (Promotor, Carabamba, La Libertad).

Dado que la principal duda de la mayor parte de los hombres giraba en torno a que los conocimientos impartidos pudieran ser malos y no convenientes (por atentar contra la moralidad o subvertir el orden en las relaciones entre hombres y mujeres), promotores, dirigentes y autoridades se abocaron a convencerlos de lo contrario. El argumento que tenía más fuerza era que la capacitación podía ser una alternativa para resolver o prevenir problemas de salud sexual y reproductiva, de su esposa o hijos(as). El que las mujeres y los promotores comunales hayan ganado la confianza y el reconocimiento de las máximas autoridades comunales a su labor y al trabajo del proyecto ReproSalud, fue fundamental para darle legitimidad social a la labor de los promotores. Muchas veces la sola presencia de la autoridad como participante de las reuniones, era suficiente para que los hombres se sintieran apoyados y respaldados.

Adicionalmente, los promotores comunales realizaron un despliegue de habilidades para construir empatía a través de las relaciones interpersonales, por ejemplo, matizando la reunión de convocatoria con algunos chistes o dinámicas aprendidas en sus propias capacitaciones. Además, el haber participado en la capacitación constituía un elemento referencial muy importante.

El siguiente gráfico muestra cómo se dio la participación de diferentes actores y actoras para la convocatoria y continuidad de los talleres educativos a cargo de los promotores comunitarios.



6. Factores que favorecieron el aprendizaje de los participantes de las réplicas

Dentro de ellos podemos destacar:

- La valoración del conocimiento como una forma de mejorar su vida y tener más herramientas para enfrentar sus problemas por parte de los participantes de los talleres. Esto se observó especialmente en el caso de los hombres más jóvenes, quienes con su ánimo e interés por participar motivaron indirectamente a otros hombres que no estaban muy convencidos. Lo dicho probablemente guarde relación con el interés por los temas tratados debido a que estaban iniciando su vida sexual o conyugal, y por las menores resistencias que los jóvenes pudieran tener.
- El dominio tanto de la lengua local como del idioma castellano por parte de los promotores, lo que les permitió compartir sus conocimientos y reflexiones usando recursos de ambos idiomas. La lengua materna brindaba a los individuos mayores recursos para reflexionar, expresarse, comentar y opinar aspectos que formaban parte de la propuesta metodológica de los talleres educativos. A la vez, los promotores usaban y dialogaban con expresiones y recursos del castellano que no existían en la lengua local.
- La culminación de las sesiones educativas con compromisos voluntarios y considerados viables por los participantes. Dentro de estos compromisos estuvo el de compartir lo aprendido con otros hombres o dialogar con su pareja o hijos(as) sobre lo reflexionado.

- La posibilidad de hacer nivelaciones y refuerzos individuales en casa para aquellos hombres que no habían entendido algún tema o que faltaban por motivo de viaje (de trabajo, estudio para realizar trámites fuera de la comunidad). Esta "nivelación" terminaba muchas veces siendo un espacio de capacitación y reflexión para todos los familiares presentes en casa del participante: la esposa, los hijos, hermanos y otros que se interesaban. El uso de folletos y láminas facilitó este proceso.
- La combinación de capacitaciones con una labor de orientación y consejería. Esto era asumido por el promotor con el fin de que los demás hombres no sólo aprendieran nuevos conocimientos, sino mejoraran sus vidas aplicándolos a la resolución de problemas específicos de salud sexual y reproductiva o de las relaciones con su pareja.
- Predicar con el ejemplo. Los promotores se esforzaron por poner en práctica sus conocimientos y vencer las burlas de otros hombres cuando, por ejemplo, los veían haciendo labores domésticas asociadas fundamentalmente a las mujeres o cuando medían la cantidad de licor que podían beber.
- El uso de una metodología basada en técnicas participativas y reflexivas, que permitía que todos intervengan activamente y opinen, así como el uso de juegos y dinámicas para facilitar la reflexión de aspectos considerados muy íntimos, "sucios" o "vulgares".
- Flexibilidad en los horarios. Se buscaba y acordaba un horario en el que pudiera asistir la mayor cantidad de hombres.

7. Aprendizajes, nuevas formas de pensar y actuar

En esta parte se incluyen todos aquellos aprendizajes entendidos no sólo como el conjunto de conocimientos, sino también de nuevos significados, formas de explicación, habilidades, prácticas y formas de relación que los hombres han hecho suyas a lo largo del proceso educativo impulsado por ReproSalud.

7.1. Los conocimientos adquiridos

El conocimiento previo y lo que aprendieron luego de las capacitaciones, tanto por parte de los promotores comunitarios como de los participantes de los talleres conducidos por éstos se ha medido mediante pruebas de entrada y salida.

En todos los módulos educativos el nivel de conocimiento adquirido es de alrededor del 90%. Hay excepciones en algunas regiones y temas en el caso de los participantes de los talleres conducidos por los promotores comunales, pero aún en estos casos el puntaje llega a superar el establecido como mínimo aprobatorio, el cual es de 70%.

7.2. Las nuevas concepciones se incorporan al discurso

Equidad de género y derechos

Especialmente los promotores, deslindan claramente entre lo socialmente aprendido y los determinantes biológicos (aunque no necesariamente utilicen esos términos) que diferencian a

hombres y mujeres. Después de las capacitaciones, todos los participantes refirieron que tanto hombres y mujeres pueden realizar cualquier actividad que se propongan, ya sea cocinar, lavar, asentar ladrillos o construir una casa, habiendo incorporado a su discurso la siguiente afirmación: **todas las cosas las podemos realizar tanto el hombre como la mujer y la única diferencia es el sexo**. Cabe resaltar que aquí, aunque se mantenga una división de las responsabilidades y los espacios de los hombres y las mujeres, se incorporan nuevos elementos como la mayor colaboración y la participación en las tareas consideradas propias o exclusivas del otro miembro de la pareja. A diferencia de los promotores, los participantes de las réplicas educativas sostienen esta idea, pero varios de ellos persisten en la idea de que compartir tareas domésticas se justifica fundamentalmente en el caso de enfermedad o ausencia de la mujer. Por su parte, las mujeres observan que los esposos han cambiado su manera de pensar, motivándose entre ellos a no estar siempre en la calle sino también a ayudar en la casa, por lo que muchas solicitan que sigan habiendo más capacitaciones.

El hombre y la mujer son iguales, es una idea en la que están de acuerdo los participantes de las sesiones educativas. Esta idea de igualdad, según señalan los promotores comunitarios, la han hecho suya en las capacitaciones y luego las han transmitido a los beneficiarios en las réplicas. Paulatinamente se les hizo más fácil comprender y superar la idea y el temor de que los derechos de las mujeres a la igualdad, pudieran significar una disminución de los derechos del hombre.

No, claro. Ahí nosotros, como todavía en ese tiempo no conocíamos sobre eso..., pensábamos que sinceramente nos quitan el derecho de nosotros los hombres. Ellas prácticamente van a estar de repente a lo que ellas dicen (mandan). Sinceramente, eso no es así... también ellas tienen su derecho, como nosotros tenemos el derecho. No tanto porque ellas también tienen su derecho ya de repente el hombre, también, puede estar bajo la mujer, ¿no? (Promotor, Carabamba, La Libertad).

El hombre no tiene el derecho de maltratar a la mujer, también es ahora parte del discurso de los hombres. Refieren que a partir de las capacitaciones ellos evitan maltratar a las mujeres porque son más conscientes que están yendo contra sus derechos. Este cambio es muy importante, si tenemos en cuenta que se da en un contexto donde la violencia ejercida por el hombre era atribuida principalmente al alcoholismo y legitimada en el caso de faltas atribuidas a la mujer por no cumplir sus roles de género o siquiera sospechar de su fidelidad.

Esta forma de ser hombre asociada a la violencia contra la mujer: "ser machista", es rechazada por todos los entrevistados. Ellos entienden que ser machista es "querer ser quien ordena, quien mandonea", "creer que tiene más derechos que la mujer, sobre la mujer".

Salud y derechos sexuales y reproductivos

Una nueva concepción asumida como parte del discurso de los participantes es que las mujeres pueden tomar el control de los procesos reproductivos que suceden en su cuerpo y de su sexualidad, por lo que tienen derecho a decidir cuándo tener relaciones sexuales, cuándo y cuántos hijos tener. El asumir este nuevo discurso implica modificar relaciones de género que le conferían al hombre el poder de decisión sobre el cuerpo de la mujer, lo que por los testimonios de hombres y mujeres se está logrando en el caso de los promotores, y estaría en proceso en el de los beneficiarios de los talleres conducidos por éstos.

Promotores y participantes de las réplicas educativas afirman que **no se le debe obligar a la mujer a tener relaciones sexuales**. Sin embargo, entre los participantes de

réplicas se enfatiza en que esto se justificaría por la posibilidad de que la mujer tenga un embarazo o porque se encuentra mal de salud, más que en su derecho a decidirlo o si tiene o no deseos sexuales.

... por decir, un hombre no le puede obligar a una mujer a tener relaciones sexuales y tal vez ella esté enferma o no, entonces para mí, ella también debe decidir y tener, por decir, a la fuerza ¿no?, por que tal vez ella no tiene gusto, nada de eso, ¿no? para mí debe ser la mujer que decida (Beneficiario, Carabamba, La Libertad).

Con respecto al número de hijos, la mayoría de los promotores considera que **la mujer está en el derecho de decidir por sí sola sobre cuántos hijos quiere tener si no se pone de acuerdo con su pareja**, en virtud de que estos procesos se dan en su propio cuerpo y pueden afectar su salud, y que son las mujeres quienes asumen más responsabilidades en el cuidado y crianza de los hijos. Un grupo más reducido de promotores y la mayoría de los participantes de los talleres que replicaron los promotores enfatizaron que la mujer debía buscar coordinar y convencer a su pareja, ya que una decisión unilateral podría ser motivo de peleas. En todos los casos, se ha desechado la idea de que sea el hombre únicamente el que decida.

Para mí es bueno que la mujer decida cuántos hijos tener, porque el embarazo lo va tener en su cuerpo, es el derecho que ella pueda decidir cuántos hijos tener. Ella tiene derecho a decidir cuándo tener relaciones sexuales, es decir, por ejemplo, luego del trabajo y quiero tener relaciones sexuales con ella, a veces está en sus días fértiles, por tanto ella me va a decir que no... (Promotor, Carabamba, La Libertad).

Yo creo que esa coordinación debe ser de ambos, tanto el hombre como la mujer, para poder decidir cuántos hijos tener, porque... la mujer sola tampoco puede tener el derecho de decidir... debe haber coordinación de ambos... cuántos hijos tener... y en qué tiempo (Promotor, Nueva Esperanza, Ucayali).

Tanto promotores como beneficiarios de las réplicas educativas están de acuerdo en que las mujeres tienen derecho a tomar la decisión de usar métodos anticonceptivos o no, sean estos los denominados "modernos" o "tradicionales". En este caso, ambos coinciden en que si la mujer no logra ponerse de acuerdo con su pareja sobre qué método usar, ella tiene el derecho de escoger sola.

Tener responsabilidad en la salud sexual y reproductiva de la pareja, es mencionado por los promotores y participantes de réplicas como una actitud de cuidado y protección a la esposa en las etapas del embarazo, el parto, y cuando enferman de descensos, porque consideran que son responsables de esos procesos, sea porque se trata de una participación de los dos, como en el caso del embarazo, sea como responsable probable del contagio de una ITS, como en el caso de los descensos. Es importante que todos los promotores hayan señalado, además, la necesidad de que sus esposas asistan a sus controles prenatales y atiendan su parto en el establecimiento de salud.

O sea, prácticamente nosotros nos descuidábamos en atender en su parto; a veces como vivimos en el campo, las mujeres se ponen a trabajar y a ayudarnos, porque no conocíamos. Cuando tiene esas cosas (la regla blanca) el esposo tiene que ir a la posta a consultar (Beneficiario, Yauli, Huancavelica).

Participación de la mujer en espacios públicos

Las mujeres son capaces de decidir y participar en organizaciones y proyectos, es lo que han reflexionado los hombres en las sesiones educativas y lo que han comprobado y finalmente asimilado, durante el proceso de implementación de los proyectos comunitarios

a cargo de las mujeres. Sin embargo, particularmente en el caso de los beneficiarios, esto se combina con una visión práctica y utilitaria de las ventajas que la mujer puede obtener para la familia.

Desventajas percibidas en el proceso

Aunque no lo refieren como una desventaja, los participantes manifiestan que es un riesgo que la mujer, conociendo sus derechos, quiera mandar al hombre. Algunos promotores afirman que para evitar esto es necesario conversar y dialogar. Ellos han observado ciertos cambios en las mujeres que han asistido a las capacitaciones y observan que ellas, a veces, se muestran “tercas” y quieren mandarlos. Esto les provoca incomodidad y los desmotiva para apoyar el proyecto, además de que genera discusiones en la pareja.

Para mí alguna desventaja depende de cada uno, porque a veces no lo comprendemos, no lo llevamos por delante, no lo practicamos, eso no va a suceder así de esa manera, porque las mujeres, sabiendo que ellas tienen esos derechos se van a pasar por encima de los esposos, pero eso ya depende de podamos conversar, dialogar y lleguemos a que no existan esas desventajas (Promotor, Carabamba, La Libertad).

Sí, ellas ya van, las mujeres son más tercas que el hombre, sí eso. Al hombre le mandan, ya también el hombre no quiere saber nada, ya, no quieren apoyar ¿no? Comienzan a discutir, en eso han cambiado las mujeres con la capacitación (Promotor, Chucuito, Puno-zona aymara).

Los beneficiarios afirman que una mujer más desenvuelta es más comunicativa y puede establecer una relación de mayor cooperación con la pareja, en la medida que comienza a tomar un rol activo. Sin embargo, esto podría, según algunos, constituirse en una desventaja porque ellas podrían “sobrepasar el nivel del hombre”. Pero finalmente señalan que deben resignarse porque ya no es indispensable que sólo el hombre esté al frente de las organizaciones.

Claro, es una ventaja que ellas tienen. Ya tienen una libertad, prácticamente ya tienen una opinión, porque en antes no opinaban casi las mujeres. Decían que están prácticamente pasando sobre el nivel del hombre, pero no es así, ahora tienen participación, ya por eso ellas también tienen sus asociaciones y, prácticamente, ellas también hacen... Prácticamente ellos lo han tratado como desventaja porque, sinceramente, ellos, por ejemplo, en toda organización el hombre solía estar pero ahora ya, caballero, ya no es muy importante también que el hombre solamente esté... (Promotor, Carabamba, La Libertad).

Los hombres beneficiarios han hallado mayores desventajas que las que han señalado los promotores. La desventaja que encuentran giran en torno a las críticas de los otros hombres, especialmente de aquellos que no participaron en las capacitaciones, quienes los llaman “sacolargo” o “sogas largas” remarcándoles que ahora su esposa ya no les obedece y hace lo que quiere. La vergüenza y el “qué dirán” es algo que les cuesta superar.

Claro, sí me parece ¿no?, algunas cosas ¿no?, no todas, como cuidar a sus hijos, en un momento que la esposa está ocupada..., ordenar la casa también podría ser... o cuando su señora está enferma podrá lavar la ropa, asear a sus hijos, cocinar (...) Algunos sí han comprendido que no todo es... no todo de la mujer, para eso el hombre también tiene manos, (pero otros) critican, que son mandados por su mujer, que son sacolargos (...) Pero, ahora sabiendo que se han capacitado, ya saben cómo es; comparten las tareas y ayudan también en cocinar cuando están mal la madre... (Promotor, Chucuito, Puno-zona aymara).

7.3. Del discurso a la práctica

Las prácticas y compromisos asumidos por promotores y beneficiarios de réplicas, constituyen el indicador más importante que da cuenta de los logros en los objetivos de contribuir a mejorar la salud reproductiva de las mujeres y a promover relaciones de género más equitativas. El análisis cruzado de entrevistas a promotores, beneficiarios de réplicas y a sus parejas u otras mujeres que forman parte de sus redes sociales, nos ha permitido identificar los cambios ocurridos y cómo se están dando los procesos para llegar a ellos. Además de las entrevistas, incluimos en el análisis algunos datos de la encuesta aplicada a hombres como parte de la evaluación intermedia de ReproSalud.

Todos los talleres educativos culminaron con compromisos y en todos los casos los hombres entrevistados expresaron su disposición de llevar a la práctica lo aprendido, a pesar de las propias resistencias, las de sus grupos y las de la comunidad. Varios señalan que la motivación para cambiar y participar en las capacitaciones radicó en el afán por mejorar sus vidas y superar la situación de postergación y pobreza en la que viven, proceso en el que la nueva información y el conocimiento son concebidos como elementos impulsores.

El grado de dificultad para llevar a la práctica lo aprendido ha sido diferente de acuerdo a los temas. Se evidencian menores resistencias en aquellas prácticas referidas al cuidado de los propios órganos sexuales, incluyendo las prácticas de higiene. Aprender sobre los órganos sexuales y reproductivos no ha sido para los hombres una simple acumulación de conocimientos, sino un proceso de reflexión que consideran les ha servido para valorar más su cuerpo y cuidarlo. Lo mismo sucede con el caso de la responsabilidad del hombre en el embarazo, parto y puerperio, las prácticas preventivas para evitar ITSs y el uso de métodos anticonceptivos. Algunas cifras de la encuesta aplicada en la evaluación intermedia luego de un promedio de dos años y medio de intervención, dan cuenta de cambios de comportamiento de los hombres y mujeres significativamente mayores a los que ocurrieron en las comunidades de control¹¹. Veamos el siguiente cuadro:

Algunos indicadores	Comunidades donde trabaja ReproSalud			Comunidades de Control
	Línea de base (1997-98)	Ev. Intermedia (2000-01)	Diferencia porcentual	Diferencia porcentual
Porcentaje de mujeres que fue atendida por un personal de salud en el momento del parto.	36.1%	48.0%	11.9	1.8
Porcentaje de mujeres que usan (ellas o su pareja) un método anticonceptivo.	58.4%	71.8%	13.4	4
Porcentaje de hombres que decide con su pareja sobre cuándo tener relaciones sexuales.	55.2%	66.9%	11.7	-7.4
Porcentaje de hombres que tuvo una infección de transmisión sexual y acudió a un servicio de salud.	15.8%	38.5%	22.7	2.6
Porcentaje de hombres que ha usado alguna vez condón para protegerse a ellos mismos o a su pareja de una infección de transmisión sexual.	10.1%	24.0%	13.9	4.2

¹¹ Comunidades con similares características a las comunidades donde se realizó el trabajo de ReproSalud, pero que no tuvieron intervención del Proyecto.

Estos cambios expresan también una relación más fluida entre los hombres y los servicios de salud. Otro indicador de esta mejor relación con los servicios se expresa también en el incremento de 82% de hombres que expresan su acuerdo en que el próximo parto de su esposa sea atendido en un servicio de salud, habiendo pasado del 40.6% al 74% entre la línea de base y la evaluación intermedia.

Muchos de los promotores han establecido relaciones de colaboración y coordinación con los servicios de salud locales para realizar sus talleres educativos y también refieren a otros hombres y mujeres para que resuelvan problemas vinculados al embarazo, parto, infecciones del tracto reproductivo (ITRs), ITSs, planificación familiar y otros problemas de salud. Sin embargo, siguen manteniendo la opinión de que en el establecimiento de salud no los atienden tal como ellos quisieran, lo que se debe a un conjunto de problemas de los servicios de salud para mejorar la calidad de atención, que incluyen el trato, las dificultades para un diálogo intercultural, la capacidad resolutoria y el acceso y disponibilidad de medicamentos. Asimismo, algunos promotores no han logrado acciones concretas de coordinación con los establecimientos de salud, lo que ha estado condicionado por la voluntad de los servicios de salud para aceptar o rechazar su apoyo, aunque todos los promotores hayan estado dispuestos a ello.

En el caso de los temas vinculados a cambios en los roles de género y los derechos de las mujeres para decidir sobre su vida sexual y reproductiva cuando el hombre se opone, se presentaron más resistencias, ya que éstos implican cuestionar y cambiar formas de relación social concebidas como provenientes del orden natural de las cosas, que origina para ellos una pérdida de poder y autoridad. El intento de querer aplicar lo aprendido en su vida cotidiana les ha permitido concluir que los cambios no se producen de la noche a la mañana, sino que forman parte de un proceso que demanda tiempo.

Ya conocemos las tareas, también de la concientización, pero tampoco se puede cambiar de la noche a la mañana ¡Por supuesto de que siempre tenemos algún temor de qué dirán! Siempre estamos con ese qué dirán y poco a poco se va cambiando. En el peor de los casos, si no cambiamos nosotros, pensamos, los hijos tratarán de cambiar desde pequeños, tanto como un árbol ¿no? Se trata de tratar de cambiar en la raíz como también en el tallo o en las hojas ¿no? Entonces pienso que de esa forma se puede cambiar esto de la salud también, de tomar conciencia (Promotor comunitario, Chucuito, Puno-zona aymara).

Otros cambios resaltados por los hombres y mujeres, son:

Se revierte la oposición a la participación social de las mujeres

En gran medida las barreras que impedían la participación de las mujeres en los espacios públicos han logrado revertirse. Ahora, muchos hombres, principalmente los promotores, incentivan y apoyan la participación de sus esposas en las actividades de ReproSalud y en cargos públicos. Tanto promotores como beneficiarios se sienten muy satisfechos de ver que las mujeres dirigen un proyecto, calificándolo de conveniente para ellas y un beneficio para toda la comunidad. Reconocen la importancia de que gracias a sus esposas ellos también hayan tenido la oportunidad de aprender cosas que antes desconocían.

¡Ah! los hombres ya se han dado cuenta, porque gracias a las señoras están aprendiendo tanto. Las señoras como los hombres, ellos dicen gracias, gracias a las señoras damos, gracias a este club de madres que ha tenido una participación buena y han salido ganadoras en un concurso. Gracias a ellas, por intermedio de ellas, estamos sabiendo algo que nunca habíamos sabido (Promotor, Carabamba, La Libertad).

Mayor naturalidad de los hombres para hablar sobre su propio cuerpo

Resaltan que antes se referían a sus órganos sexuales usando sólo sus nombres "vulgares", pero que ahora que los conocen con "sus nombres correctos" y saben más de ellos, pueden hablar de ellos con mayor naturalidad y confianza. Los promotores señalan que en este proceso de capacitarse y enseñar a otros han logrado perder la vergüenza y el temor del "qué dirán" respecto a los temas que tratan, ya que éstos muchas veces han generado burlas y rechazo.

Mayor comunicación con adolescentes y jóvenes en temas de sexualidad, mayor preocupación por su salud y trato más equitativo

Lo aprendido y reflexionado en las capacitaciones les ha permitido a los hombres, particularmente a los promotores, desarrollar una mejor disposición para hablar sobre temas de sexualidad y contar con mayores recursos para conversar, intercambiar ideas y orientar a otras personas sobre estos temas, especialmente con sus hijos adolescentes y jóvenes. En general, ahora permiten una mayor confianza a sus hijos para dialogar sin hacer diferencias entre los hijos y las hijas, evitan tratarlos mal, es decir, pegarles o gritarles y se preocupan por su salud de manera más activa que antes.

He cambiado en que ya a los hijos se le debe brindar la confianza para poder conversar, todo a veces si uno los trata mal, entonces un hijo va a tener vergüenza, no va a querer conversar con el padre, ¿no?, pero sabiéndolo dar buena atención, confianza, entonces el hijo va a conversar (Promotor, Carabamba, La Libertad).

Cuando los hijos están con fiebre, él rápido sabe hacer lo que le han enseñado en la capacitación, ya no es como antes que sólo sabe estar mirando nomás a los hijos ahora ya rápido corretea (Esposa de promotor, Chucuito, Puno).

Disminución de la violencia contra la mujer

El haber logrado disminuir la violencia y la coerción sexual, asociadas a una disminución del consumo de alcohol, es uno de los resultados más relevantes. Este tema, que preocupaba mucho a las mujeres, hacía imperativo que se logaran cambios en los hombres. El haber podido explicitar los episodios de violencia, haber reflexionado sobre sus razones y consecuencias con otros hombres ha sido la clave para tal transformación.

Mayor facilidad de los hombres menos empoderados para hablar en público y defender sus derechos

Los beneficiarios señalan haber aprendido a dialogar y coordinar en las diferentes reuniones de hombres. Ahora algunos hombres que antes no hablaban en las reuniones públicas piden la palabra, dialogan, opinan y reclaman sus derechos en diferentes temas cuando la situación así lo exige.

Así, muchos cambios propuestos por ReproSalud no se quedaron en palabras sino que se tradujeron en hechos concretos.

8. Conclusiones

Descubriendo beneficios para todos y venciendo resistencias internas

No ha sido tarea fácil involucrar a los hombres de zonas rurales a un proyecto de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género en el cual las mujeres eran las protagonistas principales. El rechazo y la resistencia de parte de ellos no se hizo esperar, dadas las marcadas relaciones de poder y subordinación entre los géneros, los tabúes para abordar la

sexualidad y otros temores, así como debido a una mala experiencia en otros proyectos que les generaron desconfianza hacia instituciones foráneas a la comunidad.

La equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos se fueron incorporando más fácilmente a medida en que se iba entendiendo éste como un asunto que planteaba retos, pero que también aportaba ventajas para toda la familia, pues la obtención de ventajas únicamente para las mujeres generaba inseguridad en los hombres. Las labores educativas de ReproSalud reforzaron en gran medida el proceso, éstas se hicieron extensivas no sólo a los hombres, sino también a sus hijos adolescentes y jóvenes.

La metodología participativa utilizada jugó un papel primordial en el logro de despejar temores frente a Manuela Ramos y en ayudarlos a superar sus resistencias internas.

Los motores del cambio y las alianzas estratégicas

Gran parte del éxito de las capacitaciones a hombres se debe a la calidad, potencial y recursos de los promotores comunitarios. Ellos lograron apropiarse de nuevas maneras de entender las relaciones de género y la salud sexual y reproductiva, así como de habilidades cognitivas, sociales y una actitud solidaria para ayudar a su comunidad. Ser promotor se convirtió, para ellos como para las mujeres, en una suerte de profesión que les da reconocimiento social y la satisfacción de estar contribuyendo al bienestar de su comunidad.

Elementos fundamentales de la estrategia de los promotores han sido la alianza tácita con las mujeres dirigentes, con quienes en conjunto lograron la colaboración de las autoridades locales, quienes fueron fundamentales para que los otros hombres tuvieran confianza. Otro aspecto central ha sido el trabajo personalizado y de seguimiento de los promotores, quienes visitaban a sus pares en sus casas. Finalmente, predicar con el ejemplo y mostrar los beneficios de ellos para los hombres y sus familias, ha sido clave para convencer a otros hombres y ayudarlos a vencer las mismas barreras que ellos ya habían vencido o estaban en proceso de hacerlo.

El cambio es gradual y requiere modelos alternativos de masculinidad

La capacitación y la experiencia de ser promotor o beneficiario significó nuevos conocimientos, opiniones, concepciones y cambios en la vida con relación a la equidad de género y la salud sexual y reproductiva. ***Ya no queremos ser machistas, o ya no queremos las ideas de antes***, son expresiones que describen el propósito que ahora tienen. Sin embargo, estos saludables propósitos no son suficientes, en la medida que ser machista como modelo hegemónico de masculinidad tiene la antípoda despectiva, que sigue vigente en el imaginario del "sacolargo", término con el que aluden al hombre que es "mandado" por la mujer.

Los hombres rurales capacitados por Reprosalud quieren dejar de ser machistas, pero aún no cuentan con un referente alternativo de ser hombre, *que no sea machista, pero tampoco sacolargo*. Al dejar de ser machistas sienten que se enfrentan al riesgo de que se inviertan los papeles y que las mujeres los manden o dominen. Es por eso que el trabajo educativo debe continuar desde diversas instancias y medios e incidir en procesos de construcción de modelos alternativos de masculinidad y feminidad más equitativos¹².

¹² Estas ideas han sido sugeridas por Carmen Yon en un análisis preliminar que culminó en el artículo "Ahora ya no queremos ser machistas", publicado en la revista Redess Jóvenes N°4, Año 2, Abril. Lima.

Asimismo, es importante señalar que en este proceso educativo los diversos discursos asimilados por los hombres se han concretado en prácticas, las que no han sido precisamente producto de la asimilación de derechos, deberes y principios de equidad en abstracto, sino fruto de un balance entre sus ventajas y sus desventajas. Muchos de estos cambios, especialmente en el caso de los beneficiarios de las réplicas, se han logrado, porque habrían sido asimilados por los hombres dentro de una visión, todavía, protectora de la familia y porque trae beneficios evidentes a la organización de la unidad económica familiar.

Los promotores como puentes entre hombres y mujeres y los proveedores de salud

Los promotores se han mostrado críticos con relación a las posibilidades y limitaciones de los servicios de salud; sin embargo, consideran que son muy necesarios por la labor que realizan. Las mejoras que deben hacer los servicios de salud, desde la perspectiva de los promotores, están referidas al buen trato, el respeto de sus costumbres y formas de pensar, la rapidez y la eficacia en la atención, la competencia profesional, la implementación del servicio con equipos e insumos y la comunicación con el usuario. Esta visión de los promotores refleja las demandas y expectativas de la mayoría de los hombres de sus zonas. En este sentido, los promotores comunitarios capacitados por ReproSalud constituyen un puente fundamental entre los hombres rurales y los prestadores de salud en lo concerniente a la salud sexual y reproductiva. Ellos facilitarían el acceso de hombres y también de mujeres a los servicios de salud, en la medida que otros hombres también les consultan por problemas de salud reproductiva de sus esposas, especialmente los asociados a complicaciones en el embarazo y parto.

BALANCE DE LOS TRES NIVELES DE SISTEMATIZACIÓN*

Es un hecho que ReproSalud, al haber incluido a los hombres dentro de su ámbito de trabajo, generó cambios que involucraron a todos y todas los(las) que estuvieron vinculados(as) al proyecto: las mujeres rurales en primera instancia, los hombres mismos, los promotores y promotoras comunitarios, y finalmente los equipos de trabajo del proyecto. La reflexión y el cuestionamiento colectivo permitieron estos cambios.

¿Qué ha significado trabajar con los hombres a pedido de las mujeres?

¿Qué hubiera sucedido, de continuar trabajando sólo con las mujeres sin tomar en cuenta su demanda de trabajar también con los hombres? Probablemente los cambios hubieran sido mucho más lentos o incluso éstos no se hubieran dado debido a que se hubiera dejado de lado la perspectiva relacional y el análisis de las propias mujeres respecto a la posibilidad de lograr cambios en un contexto de relaciones de género desiguales e inequitativas, en el marco de las cuales las mujeres tienen enormes dificultades para tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo y salud.

Esto explica que la necesidad de involucrar a los hombres haya partido de las propias mujeres. Pero también fue importante que en cada región las propias mujeres plantearan las estrategias adecuadas para involucrar a los hombres. Por ejemplo, en la zona amazónica las mujeres pidieron trabajar con ellos mucho más tardíamente, no constituyendo un tema tan prioritario como para aquellas de las zonas quechua y aymara.

Esto demuestra que no sólo se trata de partir de una construcción de las relaciones de género de manera general y abstracta, sino de tomar en cuenta cómo estas relaciones son experimentadas por las mujeres y hombres desde sus propios contextos y desde el conocimiento particular de su situación. No se trata, entonces, de dar respuestas homogéneas, sino de que cada contexto y situación condicione, de alguna manera, las particularidades de una determinada intervención.

En efecto, el tiempo les ha dado la razón a las mujeres, y el incluir a los hombres deja lecciones importantes:

* Este acápite fue elaborado por Ximena Salazar, tomando en cuenta las conclusiones de los tres niveles de sistematización anteriormente presentados, así como los aportes y sugerencias de Carmen Yon.

- Haber puesto en práctica un enfoque relacional a partir de las propias demandas de las mujeres y no como producto de una exigencia externa, ha permitido que la reflexión y el cambio partan desde las propias experiencias y representaciones sobre la reproducción y la sexualidad de hombres y mujeres rurales participantes en el proyecto.
- El haber partido tomando en cuenta las particularidades socioculturales de las comunidades involucradas, respetando y tomando en cuenta el punto de vista de la gente, ha permitido que las alternativas hayan emergido a partir de interpretaciones de la propia población. De esta forma, se ha podido reconstruir con los hombres mismos los procesos de constitución de las relaciones de poder, tanto en la reproducción como en la sexualidad.
- El iniciar un trabajo con los hombres para mejorar la salud de las mujeres o para permitir que la salud reproductiva de las mujeres mejore, si bien no basta, ha demostrado que hace posible, de manera fluida y natural, tocar aspectos relativos a la salud de ellos mismos. Así se han generado cambios en el terreno de la salud de los propios hombres debido a que ellos se han dado cuenta de que ésta es importante: esto se ha traducido, por ejemplo, en su preocupación por el cáncer de próstata y por las infecciones de transmisión sexual, así como en un cuestionamiento de sus comportamientos y los riesgos que éstos conllevan.
- Un cuarto y último aspecto importante es que en este proceso, a pesar de los temores iniciales, las mujeres han continuado siendo las protagonistas, han permanecido liderando los subproyectos y marcando el paso de su propio cambio, haciendo que los hombres, no solamente se conformen con ello, sino que lo acepten y hasta lo aplaudan y fomenten.

Las claves del cambio

Tres han sido los elementos principales que han impulsado estos cambios: la metodología utilizada, los promotores comunitarios y las mujeres.

- La metodología utilizada ha sido fundamental para lograr quebrar las resistencias y temores iniciales. Ésta contó con las siguientes características: i) incluyente, porque en las capacitaciones estuvieron involucrados diferentes actores y actoras de la comunidad: los hombres, incluidas las autoridades, y las mujeres; asumiendo todos los compromisos en el cumplimiento de su rol; ii) flexible, porque se adaptaba a las necesidades y requerimientos de los(as) participantes, tomándose en cuenta horarios, idioma, culturas locales; y donde todo era asumido como un recurso para lograr mayor entendimiento y compromiso con lo aprendido; iii) participativa, no solamente en un sentido metodológico, sino porque todos los actores participaron activamente en el éxito de las capacitaciones. Lo cual tiene que ver con la acción conjunta de actores y actoras para el éxito de ésta; iv) horizontal y reflexiva porque se trató de un aprendizaje común en el que los unos aprendían permanentemente de los otros.
- La labor de los promotores comunitarios fue la clave para el involucramiento de los hombres en el Proyecto. Ellos lograron capitalizar sus propias experiencias y recursos adquiridos en los talleres en los que se capacitaron para hacerla extensiva a los otros hombres beneficiarios y ayudarlos a que superaran sus propias resistencias y temores hacia la capacitación y el proyecto. El trabajar con promotores rurales capacitados ha demostrado ser la mejor estrategia para llegar a los otros hombres de su comunidad.

- Finalmente, es interesante notar el compromiso de las mujeres con las capacitaciones de los hombres, además del rol protagónico de éstas, quienes con su entusiasmo y colaboración permitieron continuar con el trabajo con los hombres y estimular a las autoridades.

Dificultades y retos

El proceso descrito no ha estado exento de dificultades y dudas, que nos plantean como retos frente a los importantes avances logrados.

En este momento ReproSalud está en condiciones de ofrecer una propuesta que es posible replicar en otros ámbitos del país con similares características a las de sus zonas de intervención. En ese sentido, queda también clara la necesidad de tomar en cuenta la diversidad cultural, y los retos que ésta plantea, tanto en el trabajo con las mujeres como con los hombres.

El resultado ha sido positivo, pero no podemos dejar de mencionar temores y resistencias que todavía persisten en algunos hombres y que en este proceso de cambios –que se dan a mediano plazo– podrían constituir limitantes u obstáculos para consolidar las transformaciones que ya se iniciaron.

En primer lugar, la actitud de muchos de ellos, sobre todo beneficiarios de réplicas, quienes están poniendo en práctica un rol que todavía no sienten suyo y aún no terminan de asimilar que no subordinación no es necesariamente superioridad, que puede haber relaciones entre iguales; y por ello tienen cierta dificultad para vivir con una mujer “empoderada” y se siente “mandoneados”. En segundo lugar, la presión de los pares que mantienen ideas tradicionales sobre los roles y relaciones de género es todavía fuerte y si a los promotores les es duro enfrentar a este “adversario”, los participantes de las réplicas se sienten todavía más vulnerables ante la burla y el escarnio caracterizados, entre otras cosas, por el apelativo de “sacolargo”, aunque en algunos contextos se está relativizando su contenido peyorativo.

Acá bastantes hay que le molestan, pero eso es normal... hablando acá ya te molestan así de broma ya, porque esa es una costumbre que han hallado, a cualquier persona le dicen saco, así es su costumbre de hablar ya, aunque no sean, a veces le ven, de repente está cocinando aunque sea... "oye saquito", le dicen. Antes sí se amargaban, te podían mandar a rodar, pero ahora ya no, todos se hacen bromas, normal ya (Promotor Nueva Esperanza, Ucayali).

Se trata de un proceso que tiene a favor un mayor empoderamiento de las mujeres y el inicio de un proceso de cuestionamiento y cambios de los hombres. Sin embargo, lo ya señalado nos sigue planteando nuevos retos de reflexión y acción para la segunda etapa del trabajo de ReproSalud y en general, para pensar en la sostenibilidad de intervenciones que buscan cambios en las relaciones de género.

Como conclusión final, se puede decir que el trabajo con hombres de ReproSalud ha permitido llevar a la práctica muchos planteamientos teóricos y ha demostrado que con una actitud de cooperación horizontal y participativa –no asistencialista ni paternalista–, es posible lograr cambios que redunden en el bienestar, salud y calidad de vida de mujeres y hombres. El reto es ahora fortalecer estas transformaciones tanto en el plano de la consolidación de formas de relación más equitativas y de prácticas saludables, como de modelos de identidad género de mujeres y hombres menos rígidos y excluyentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DEFENSORÍA DEL PUEBLO (1998). *Anticoncepción quirúrgica voluntaria I. Casos investigados por la Defensoría del Pueblo*. Serie Informes Defensoriales. Informe N° 7. Lima.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO (1999). *La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos II. Casos investigados por la Defensoría del Pueblo*. Serie Informes Defensoriales. Informe N° 27. Lima.

DE KEIJZER, Benno (1997). *La masculinidad como factor de riesgo*. En: *Género y violencia*, El Colegio de Sonora. México.

DE KEIJZER, Benno (1999). *Los derechos sexuales y reproductivos desde la dimensión de la masculinidad*. En: FIGUEROA, Beatriz (Coord.) *México diverso y desigual: enfoques sociodemográficos*. El Colegio de México y Sociedad Mexicana de Demografía. México.

DE KEIJZER, Benno (2000). *Paternidad y transición de género*. En: FULLER, Norma (Editora) *Paternidades en América Latina*, Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.

FERRANDO, Delicia: *Perú: Salud Reproductiva en comunidades. Educando y empoderando a mujeres de escasos recursos. Evaluación de impacto de medio término del proyecto RepróSalud*. MEDS Project Monitoring, Evaluation and Design Support. Febrero, 2002. Lima.

FERINGA, Barbara (2000). *Two years in the field*. Mimeo, USAID. Lima.

FIGUEROA, Juan Guillermo (1998). *La presencia de los hombres en los procesos reproductivos: algunas reflexiones*. En: LERNER, Susana (editora). *Hombres, Sexualidad y Reproducción*. El Colegio de México. México.

FULLER, Norma (1998). *Significados y Prácticas sobre descenso vaginal entre mujeres de áreas rurales y nativas del Perú*. Estudio realizado por encargo de RepróSalud, Lima.

GARCIA, Brígida (1995). *Dinámica Familiar y Calidad de Vida*. V Reunión Nacional de Investigación en Demografía. SOMEDE. México.

KIMMEL, Michael (1992). *La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes*. En: *Fin de siglo: género y cambio civilizatorio*, Ediciones de las Mujeres, N° 17, Isis Internacional. Santiago.

OPS (1991). *Las condiciones de salud de las Américas*, Washington. DC.

POPULATION COUNCIL (1998). *"Hombres como socios en salud"*, Mimeo. Lima.

REPROSALUD (1999-2000), *Guías ilustradas para el promotor comunitario*, Movimiento Manuela Ramos, Lima, con los temas:

- Módulo Básico (contiene elementos básicos de anatomofisiología, roles de género y derechos sexuales y reproductivos).
- Módulo "Enfermedades de los órganos sexuales".
- Módulo "Cómo cuidarnos para tener los hijos que queremos".
- Módulo "Embarazo y parto saludables".
- Módulo "Aprendiendo a vivir sin violencia".

SHEPARD, Bonnie, Delicia FERRANDO y Arlette BELTRÁN: *Evaluación de medio término del Proyecto ReproSalud*. Resumen Ejecutivo de Resultados. MEDS Project Monitoring, Evaluation and Design Support. Marzo, 2002. Lima.

YON, Carmen (2000). *Hablan las Mujeres Andinas: Preferencias reproductivas y anticoncepción*. Movimiento Manuela Ramos, Lima.

YON, Carmen (2001). *Ahora ya no queremos ser machistas*. En Redess Jóvenes N°4, Año 2, Abril. Lima.