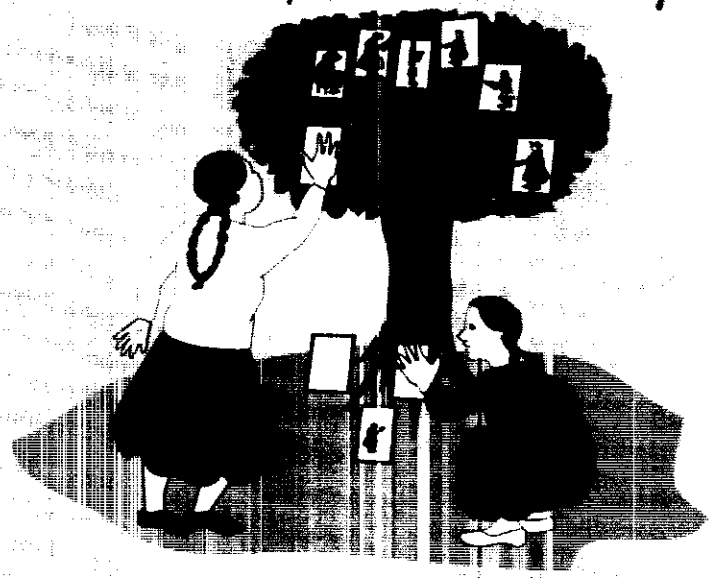
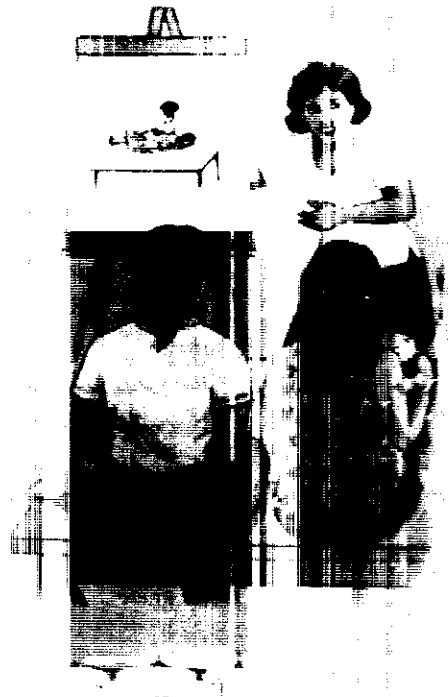
PN-ADB-069

LA ESTRATEGIA DEL PROYECTO REPROSALUD





Manuela Ramos

LA ESTRATEGIA DEL PROYECTO REPROSALUD

"Esta publicación fue relizada con el apoyo técnico y financiero del Proyecto Salud Reproductiva en la comunidad (ReproSalud), bajo los términos del Convenio 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 la autora y no necesariamente reflejan el punto de vista de USAID".

Movimiento Manuela Ramos
Directora: Ana María Yáñez Málaga
Av. Juan Pablo Fernandini 1550
Lima 21, Perú
Telf.: 423-8840
E-mail: postmast@mmramos.org.pe
http:www.manuela.org.pe

Resumen e de las sistematizaciones efectuadas por **María del Pilar Dughi Martínez, Carmen Montero Checa,y Rosario Murillo Hernández**
Impresión: Servicios Gráficos JMD S.R.L.
Depósito Legal N°1501162004-0636
Primera Edición: diciembre 2003
Carátula: Vesna Villafuerte
Ilustración: Lucy Núñez

La Estrategia de Intervención del Proyecto RepreSalud en la Primera Fase

I. Concepción del Proyecto

El proyecto REPROSALUD es una experiencia de trabajo innovadora respecto a la manera de abordar los problemas de salud reproductiva y las inequidades de género que enfrentan las mujeres de comunidades pobres de zonas de exclusión social del Perú.

Después de más de siete años de intervención en zonas rurales y periurbanas del país (1996–2002), se ha capacitado y proporcionado asistencia técnica a mujeres de organizaciones de base, respetando su autonomía, decisión y opiniones propias. Se ha desarrollado una propuesta educativa con metodología participativa y enfoque de género de carácter intercultural, que ha transformado prácticas y concepciones de salud, partiendo de los saberes tradicionales del imaginario social de las mujeres, integrándolos e interactuando con los conocimientos y la información basada en evidencia científica sobre salud.[1]

El objetivo estratégico o propósito del proyecto es lograr que las mujeres incrementen la utilización de intervenciones[2] en salud reproductiva, a fin de obtener tres resultados principales:

- Relaciones de género más equitativas de las mujeres con sus parejas y familias.
- Mayor capacidad y disposición de las mujeres rurales y peri-urbanas para buscar atención de Salud Reproductiva en el sector formal.
- Participación efectiva de las mujeres de OCBs en el proceso de formulación de propuestas de política, adecuación y fiscalización de programas de Salud Reproductiva.

Como parte de los resultados del proyecto, se esperaba tener un impacto positivo en los factores sociales y culturales que afectan la salud de las mujeres, principalmente en las relaciones

---

[1] El inicio del proyecto se produce en septiembre de 1995, y a partir del año 1996 hasta 1999, con tres años completos de operaciones, el acuerdo cooperativo entre el Movimiento Manuela Ramos y USAID, toma la decisión de ampliar la ejecución del proyecto por cinco años más, hasta el año 2005. Los resultados hasta 1999, superaban los resultados programados inicialmente. Se evaluó que a pesar de que RS había sido diseñado a través de un riguroso proceso metodológico, el tiempo previsto de 5 años, para obtener los máximos resultados posibles, no se ajustaba a la magnitud de los frutos que RS podía producir para la salud de las mujeres, razón por la cual se amplió la ejecución del proyecto.

[2] Incluyen las prácticas de autocuidado de las mismas mujeres, asi como la utilización oportuna de los servicios de salud.

tradicionales de género que limitan su autonomía, su acción pública comunitaria y sus habilidades para acceder a los cuidados de salud.

Reajustes globales de los procesos.

Durante los primeros años de ejecución del proyecto, se probaron metodologías y estrategias que no tenían precedentes en otras propuestas semejantes que se hubieran desarrollado en el país -y en otros países andinos- a través de las metodologías tradicionales.

Dos fueron los componentes más saltantes: el proceso de autodiagnóstico aplicado desde una perspectiva de género que permitía que las mujeres pudieran priorizar su problema de salud desde ellas mismas y tomar decisiones propias para superarlo.

Un segundo componente, fue la producción de metodologías y materiales educativos adecuados interculturalmente en los idiomas locales (quechua y aymara) de las mujeres y hombres participantes. La elaboración de los materiales implicó un proceso minucioso de evaluar lo existente en el medio, identificar los materiales más apropiados y hacer el perfeccionamiento y mejoras metodológicas requeridas para que éstos pudieran ser herramientas útiles para el trabajo con mujeres rurales de comunidades consideradas como tradicionalmente excluidas.

El proceso demandó reorientar contenidos e informaciones de tal manera que éstos fueran más asequibles y explicativos que los convencionalmente empleados en otras experiencias de intervención. Esto debido a que los esfuerzos convencionales de la IEC en el Perú respecto a la temática de Salud Reproductiva, no contemplaban las características de la zona indígena rural del país, en la que la gran mayoría de mujeres o han llevado los estudios de educación primaria de manera inconsistente e incompleta, o no tienen escolaridad, por lo que son semianalfabetas o analfabetas y por las mismas razones presentan una limitada competencia lecto escrita.

Además de los ajustes metodológicos referidos a la producción de materiales para la Información - Educación y Comunicación (IEC) que requirió un tiempo de ejecución, fue necesario también en estos años hacer un segundo reajuste respecto a la cantidad de organizaciones comunitarias de base (OCBs) participantes por unidad de tiempo.

El proyecto ReproSalud (RS) inicialmente se propuso incorporar a 195 OCBs contraparte en 8 regiones del país. La implementación de la propuesta a nivel nacional planteó la necesidad de desarrollar un componente de fortalecimiento institucional del Movimiento Manuela Ramos, y su organización financiera y administrativa para un adecuado marco operativo de ejecución del proyecto. Por esta razón, se modificó la estrategia original, de tal manera que la incoporación de OCBs seleccionadas para ejecutar los proyectos comunitarios (PCs), se dieran gradualmente: así en 1996 se habían incorporado 18 OCBs contrapartes y en 1998 éstas ya alcanzaban el número de 114[3].

Un tercer reajuste importante, fue el incluir a los hombres en el proyecto RS. Durante la primera parte del diseño de los PCs, las mismas mujeres manifestaron la importancia estratégica que para ellas tenía, el trabajar con los varones de sus comunidades. Consideraban que era necesario comprometerlos, a fin de evitar que se opusieran a que las mujeres de las comunidades

[3] Movimiento Manuela Ramos (1999) *Documento de Extensión de RS.* Documento Interno. s/e.

participaran en las actividades que impulsaba RS. Así mismo, consideraban también que era vital involucrarlos por varias razones: sus actitudes y además, comportamientos eran barreras para mejorar cambios en los patrones de fecundidad en las mujeres, su participación facilitaría negociar en mejores condiciones las inequidades de género familiares y comunales, aspecto que incluía las alianzas estratégicas de las OCBs y de RS con autoridades políticas de las comunidades a efectos de la sostenibilidad del proyecto a mediano y largo plazo.

Por esta razón, a partir del segundo semestre del segundo año de operaciones de este proyecto (fines de 1,996) la propuesta metodológica y los materiales empleados en el proyecto, se elaboraron no solo para las mujeres, sino también para los varones

Dos componentes fundamentales de la intervención de ReproSalud: la perspectiva de género y la participación de las mujeres.

ReproSalud ha introducido formas de trabajo en Salud Reproductiva que son innovadoras respecto a las metodologías convencionales y que son las que han permitido que la propuesta alcance resultados eficaces. La intervención ha estado sustentada en dos componentes fundamentales: el primero es la calidad de los procesos participativos de las mujeres, y el segundo ha sido la operativización de la perspectiva de género en todos los procesos.

Los procesos participativos

A diferencia de otras experiencias de intervención en comunidades, en las que los procesos participativos se limitan al involucro de la población en la implementación de acciones, y las mujeres son consideradas receptoras pasivas de bienes y servicios antes que como agentes activas de cambio, en RS la participación ha implicado el necesario proceso de empoderamiento de las mujeres. Esto consistió en que las mujeres se ejercitaran en la toma de decisiones en todas los procesos del desarrollo de la intervención: desde la identificación y el análisis de los problemas, hasta el diseño y puesta en práctica de las soluciones. Se trató además de un proceso flexible que favoreció su capacidad de respuesta frente a situaciones nuevas e inéditas por un lado; y por otro, una apropiación gradual de los instrumentos de gestión necesarios para el diseño y la implementación de las estrategias de trabajo en la comunidad, como fueron la formulación de proyectos, su gerencia y ejecución, y la evaluación de sus logros y dificultades.

Los auténticos procesos participativos hacen que la población exprese y defienda sus intereses y permite también el fortalecimiento de las capacidades locales (fortalecimiento de organizaciones sociales, desarrollo de liderazgos políticos, estrategias de negociación con diferentes interlocutores y audiencias, etc;). En los proyectos comunitarios (PCs) implementados por las mujeres de organizaciones sociales de las comunidades, ellas fueron las gestoras, las que se encargaron del diseño e implementación de las estrategias, y del reajuste y modificación de las mismas cuando fue necesario para alcanzar los objetivos que se trazaron. El personal técnico de Reprosalud actuó como agente facilitador, aportando información y los instrumentos metodológicos y de conocimientos necesarios para instrumentar los procesos.

El desarrollo de un marco conceptual para la participación de la comunidad, implica también la creación de indicadores y herramientas que permitan hacer un seguimiento,

evaluar y sistematizar los resultados y los procesos[4]. Un factor exitoso en las intervenciones de ReproSalud, ha sido el que la planificación y la gerencia de los PCs, haya estado conducido por las propias mujeres. De esta manera se han podido ir construyendo los indicadores de resultados de una manera más adecuada al contexto de las culturas comunitarias. Así, para lograr mejores resultados en los PCs se involucró a autoridades comunales para planificar las acciones, que se contextualizaron según los calendarios agrícola festivos de las comunidades.

En la evaluación y sistematización de los PCs, las mujeres participantes calificaron a través de instrumentos estandarizados sus propias actuaciones y los logros obtenidos, de tal manera que ellas determinaron si estaban en condiciones y capacidad de ampliar su marco de acción. Así, la evaluación de su autoeficacia en tareas simples, contribuyó a ir mejorando la confianza en su trabajo y reforzó su organización. Inicialmente ejecutaro PCs de menor complejidad en los que abordaban un solo problema de Salud Reproductiva, y posteriormente decidieron ejecutar PCs más complejos en los que abordaron dos y tres problemas de Salud Reproductiva, con un mayor manejo de recursos financieros y una mayor cobertura de población beneficiaria. El incremento del número de mujeres en los PCs también les dió más fuerza como grupo social, puesto que unas mujeres apoyaron e incentivaron a otras a participar. Asimismo, los resultados tangibles y objetivos de los PCs, hicieron que su actuación fuera cada vez más respetada y valorada como agentes de cambio, tanto por la comunidad como por sus propias familias. Estos procesos participativos en todos los niveles de decisión y ejecución de las acciones comunitarias se han convertido en el tiempo, en aprendizajes de gestión social, aspecto que facilita el que las mujeres puedan ir transformando sus condiciones de vida y de salud de manera sostenible en el tiempo.

La adecuación intercultural de las estrategias metodológicas

El idioma local y el método

El trabajo con las mujeres en las zonas quechuas y aymaras se desarrolló en su propio idioma. El hecho tiene relevancia fundamental, puesto que el proceso educativo tanto de las actividades cognitivas (conocimiento) como metacognitivas (experiencial) de aprendizaje, se desarrollan a partir de la imaginería simbólica del lenguaje.

Las integrantes de los equipos regionales de RS, dan cuenta de cómo no existe traducción literal de ciertas palabras castellanas tales como *derechos* o *deberes,* para las cuales, es necesario traducir significados a partir de otras palabras de las lenguas locales. Para ello, debían agregar un sufijo aymara o quechua a las palabras a fin de traducirlas apropiadamente. Por otra parte, los saberes y la información de las mujeres que provienen del mundo andino, presentan una visión de la fisiología corporal holística que no contempla la separación del cuerpo y la mente como ocurre en el mundo occidental[5]. Tienen sus propios términos y referencias simbólicas para los procesos biológicos, por lo que conocer éstos, implica una metodología que sea

[4] FRIEDMAN, S. y AMMASSARI S. (1999) *Participación y empoderamiento de la comunidad. Documento de trabajo, Sección de Género, Trabajo con Aliados y Participación.* División de Programas. UNICEF: New York. Impresión. s/e.

comprensiva con la lengua de la hablante. De esta manera es posible relacionar lo congnitivo con lo metacognitivo de la experiencia educativa. Al respecto, resulta ilustrativo el testimonio de una promotora regional:

> *A ellas les habían enseñado que al marido tenían que hacerle caso. Siempre les habían dicho que una vez casadas debían obedecer al esposo. Ellas asumían los deberes como derechos, nos costó bastante hacerles entender. Cuando les preguntábamos por sus derechos ellas nos decían: tengo derecho a cocinar, a atender a mi esposo...no tenían la misma idea que nosotras de lo que es un deber y un derecho, y era difícil explicarlo al principio porque no hay traducción literal en aymara que los diferencie.*
>
> ER

Lo vivencial

Un segundo aspecto importante en las estrategias metodológicas, fue partir de lo cognitivo hacia lo metacognitivo, relacionando la información con las vivencias personales y familiares. Luego de cada sesión de capacitación, se dejaban compromisos a las participantes, a fin de que reflexionaran lo que habían aprendido durante el día a partir de la práctica de vida. De esta manera la información se convertía en una herramienta instrumental:

> *Comenzábamos a preguntar: ¿quién quiere comentar cómo les fue? recuerdo mucho a una señora que dijo ¿sabe qué?, yo he llegado a la casa y mi esposo me preguntó ¿qué has aprendido? En una actitud de ver qué había hecho. El esposo entonces dijo, espera un ratito, llamó a todos los hijos, los hizo sentar y la señora comenzó a contar: las mujeres y los hombres tenemos los mismos derechos, tenemos que compartir. Entonces el esposo dijo, qué bien, entonces a partir de ahora, vamos a hacer las cosas así en la casa, y ellos* (los hijos) *también van a aprender igual, que sea bien para todos. Entonces comenzaron a cambiar las cosas en la casa.*
>
> ER

La reflexión vivencial permitió ir descubriendo aspectos positivos de las capacitaciones y también las dificultades con las que se encontraban las mujeres frente a la experiencia de participar en los proyecto comunitarios. Especialmente en los primeros proyecto comunitarios las resistencias de esposos, autoridades y de las mismas mujeres fueron mayores según se verá más adelante.

La confidencialidad

El abordaje de la fisiología reproductiva y de la sexualidad, implicó también, en algunos casos la revelación de vivencias íntimas de las participantes que implicaba desarrollar una metodología de confianza grupal, a fin de facilitar la expresión de interrogantes o inquietudes respecto a los temas tratados.

> *Trabajábamos algo importante en cuestión de compromisos: lo que se conversaba ahí no tenía por qué salir para ser comentado. Una candidata a promotora nos dijo en el*

[5] Sin embargo, coincide con la definición de OMS: *Salud como el bienestar físico, mental y social y no sólo como ausencia de enfermedad*

taller: bueno, les voy a contar que ahora yo aprendí lo que son esto de los derechos a cuidarnos; y yo hace años utilizo un método y mi esposo no sabía porque yo lo usaba a escondidas, pero con esta capacitación yo digo ¿por qué tengo que ocultar esto, por qué me tengo que sentir mal? Y yo he ido y le he dicho a mi esposo que tenemos derecho y ahora yo te aviso que utilizo métodos hace cinco años. Ella asumió a partir de la capacitación que eso no tenía por qué ser prohibido.

ER

Con la sabiduría de su cultura hace que aparezca como confusión, en vista que deber y derecho son partes de un mismo tema crítico para la vida de las personas.

El valor del respeto

Desarrollar la confianza en una dinámica de aprendizaje que toma en cuenta lo vivencial, significó también p omprensión que pudieran tener sobre los temas tratados. Según lo que indican las integrantes de los equipos regionales, la actitud de respeto también fue parte de las estrategias procesales de RS, particularmente en lo que refiere al entrenamiento a las promotoras comunitarias.

Tal y como se ilustra en el anterior fragmento, el hecho de ser respetadas y de respetar, constituyó un valor de relación interpersonal no sólo entre promotoras y beneficiarias. Las integrantes de los equipos regionales refieren que después de participar en las capacitaciones y otras actividades de ReproSalud, las mujeres también exigían a los trabajadores de salud, ser escuchadas y bien tratadas en los servicios. Así mismo, esta actitud respetuosa también se planteaba en los procesos pedagógicos:

Todas las personas a veces pensamos que mientras más difícil hablamos somos más profesionales. Y las promotoras comunitarias a veces parecía que querían asimilar esa actitud. Teníamos que decirles que no se estaban yendo a lucir, sino a enseñar y tenían que hacerlo de la manera más sencilla posible, sin soberbia. No se trataba de repetir y repetir lo aprendido, sino que el logro estaba en qué cambios generábamos en las personas. Y para ello, tenían que entender que debían ser sencillas y no despreciar a las demás por el hecho de ser promotoras.

ER

La consideración de las prácticas de salud interculturales

El trabajo de recreación de los saberes y prácticas locales de salud propio de las concepciones de las mujeres, distinguiendo visiones inocuas y también erradas respecto a los procesos de fisiología reproductiva, fueron parte de un proceso de aprendizaje de adecuación cultural:

Por ejemplo, en un principio hay mucho miedo de las mujeres a que ingresen cosas extrañas al cuerpo. Cuando se hablaba de la regla blanca, en los autodiagnósticos se decía que era culpa de la mujer tener la regla blanca, por la suciedad, por tener mucho hijos, porque el parto no fue bien atendido, porque pasó el agua fría, porque le dio el sol, pero en muchos casos no aparecía el hombre como culpable de esa regla blanca.

Cuando viene la capacitación y decimos que también es por eso, cuando se les explica qué significa tener el pene sucio, qué significa, cómo hay que hacerse la higiene, entonces las mujeres se quedaban impresionadas. Superan esa parte, saben que realmente no es exclusivo de la mujer sino de la pareja, y hay que hacerse el PAP. Y ese aparato frío que entre a la vagina no es bueno para ellas, porque a partir de eso pueden hasta tener cáncer, supuestamente. Cuando van al control, en la campaña grande, y se hacen el PAP y salen los resultados negativos, se dan cuenta de lo que significa haberlo hecho, haber conocido y haberlo hecho. Pero hasta que no salieran los resultados del PAP, ellas seguían creyendo que no era cierto, y una vez que veían el resultado negativo se convencían en la práctica que la regla blanca también tenía que ver con los varones.

ER

La autopercepción de las promotoras regionales

Otro aspecto que se destaca en las estrategias, fue la autopercepción de los equipos técnicos de RS en relación a su trabajo con las mujeres. Las promotoras regionales, algunas de ellas formadas desde una perspectiva biomédica que no siempre toma en cuenta las adecuaciones culturales, y que suele ser directiva y etnocéntrica, también cambiaron sus propias maneras de valorar la experiencia metodológica de intervención:

Estoy pensando que si nuevamente trabajara en un hospital, ya no podría tratar a las mujeres como antes. Sino que trataría de que todo el personal entienda cómo se debe tratar a las mujeres, o cuáles son sus necesidades y cómo hacerlo con otro enfoque, otra mirada. Me ha ayudado bastante el hecho de haber sido capacitada y capacitar, recoger primero de ellas su opinión y sus conocimientos.

ER

Yo he asumido el trabajo como una práctica personal. En el espacio que me muevo siempre empiezo preguntando qué piensan y después de eso he aprendido a decir te sugiero, propongo, pienso que es de tal manera, pero finalmente tú tomas la decisión. Eso lo hago en la casa y en los diferentes espacios. Y una de las cosas que he valorado bastante en este proyecto y que nos han enseñado desde el principio, es cómo debemos comportarnos en la comunidad, cómo relacionarnos con la gente.

ER

La valoración del método por los prestadores de salud

Como parte de los logros del método, también es relevante mencionar que algunos establecimientos de salud han valorado la eficacia de una intervención comunitaria que toma en cuenta la recuperación de las formas de enseñanza - aprendizaje que han llevado a cabo las promotoras comunitarias a partir de sus propias metáforas culturales.

Entonces la señora les había explicado todo el proceso, todo lo que había aprendido en el taller educativo y el personal había dicho, estas señoras saben más que nosotras. Incluso, ahora, el personal técnico llama a las promotoras para que le expliquen a una señora cómo funciona todo el proceso de las ampollas (anticonceptivas), *porque es*

una metodología bien bonita y bien sencilla: que la orden viene de la cabeza y cuando nos ponemos la ampolla, ésta da la orden para que no produzca la semilla.

ER

Operativización de la perspectiva de género a través de la intervención de los proyectos comunitarios de ReproSalud.

La perspectiva de género significa tener en cuenta que las características adscritas a hombres y mujeres - sobre la base de diferencias biológicas - devienen en pautas socialmente admitidas y valoradas sobre la forma de ser y actuar de las personas, así como de la manera en que se entablan las relaciones de unas con otras. De tal manera que el género se perfila como resultado de un conjunto de normas culturales sobre el comportamiento de hombres y mujeres, mediado por las instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas de una sociedad dada[6]. Visto así, el concepto de género es un instrumento que permite analizar las relaciones de poder que existen entre mujeres y hombres y comprender las dimensiones sociales, culturales y subjetivas en la que se encuentran las mujeres como sujetos sociales en el contexto de las comunidades, sus mayores o menores dificultades de participación en los espacios públicos, las resistencias sociales que despierta el cuestionamiento de sus roles tradicionales, y los procesos de toma de decisión en los ámbitos familiares y en las relaciones conyugales.

La intervención de las mujeres en los PCs de Salud Reproductiva, significó un largo proceso de negociación no sólo con las autoridades comunales, sino también con las propias familias. Inicialmente las mujeres encontraron resistencias en los varones, quienes en muchos casos percibían con desconfianza los roles más protagónicos que estas comenzaban a asumir a partir de la gestión de los PCs. Las diferentes estrategias que adoptaron las mujeres, permitieron que los varones y las autoridades comunales pudieran convertirse en aliados de sus propuestas y coadyuvaran a los objetivos de mejorar la Salud Reproductiva de las mujeres de la comunidad. En el ámbito conyugal, las mujeres también encontraron dificultades para ejercer sus preferencias reproductivas y de anticoncepción, lo que implicó que desarrollaran diversas estrategias para producir cambios actitudinales en los esposos y en las dinámicas familiares a fin de lograr el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Como ya se ha mencionado, la comprensión de estos procesos es posible a través de una metodología con perspectiva de género, que toma en cuenta las diferencias de percepción, poder e interacción social entre hombres y mujeres de las comunidades. Significa analizar no sólo como las mujeres *son miradas* por los otros integrantes de la comunidad (parejas, padres, autoridades comunales) o de los servicios (prestadores de salud), sino también cómo ellas *se miran* a sí mismas, en sus capacidades y en sus roles. El hecho de que las mujeres fueran las conductoras de los procesos de gestión y ejecución de PCs, que ellas tomaran la decisión respecto a la participación de los varones en las actividades educativas, y que las estrategias pedagógicas de intervención fueran diferenciadas de acuerdo a las condiciones de vida particulares de hombres y mujeres en las comunidades, han sido factores que permitieron que Reprosalud a lo largo de sus años de funcionamiento, haya podido superar las metas propuestas para el Proyecto.

---

6 LAMAS, M. (1996) *Introducción.* En: El género, la construcción cultural de la diferencia sexual, Marta Lamas, Compiladora. Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa : México.

II. Estrategia de Intervención de la Primera Fase

Estructura orgánico administrativa del proyecto

Siendo Reprosalud un proyecto de intervención nacional, su estructura orgánico administrativa y de gestión, cuenta con un equipo central (EC) ubicado en la sede principal institucional del Movimiento Manuela Ramos de Lima, y equipos regionales (ER) ubicados en cada una de las sedes regionales del país[7] .

A continuación se hace un resumen general de las procesos de la intervencion del proyecto en las regiones, que se pasará a analizar y detallar en los siguientes ítems del presente informe.

Procesos de la intervención

1. Diagnóstico situacional (DS)

El equipo regional de RS con el apoyo y asesoramiento del equipo central, realizaba un levantamiento de información en los distritos más pobres de las regiones de intervención del proyecto, con el objetivo de conocer fortalezas o debilidades que pudieran facilitar o dificultar el trabajo y que permitieran elegir a los que tenían más potencialidades.

Conforme a la metodología establecida, se utilizó tanto fuentes secundarias (estadísticas, informes, documentos) como información cualitativa de primera mano recogida por entrevistas.

Para la realización de los DS se cumplió con las siguientes actividades:

- Preselección de los distritos en los que se realizaría el DS.
- Diseño de instrumentos de recolección de información: datos requeridos, pautas para el levantamiento de información cualitativa.
- Capacitación de equipos regionales y técnicos para la realización de los DS.
- Levantamiento de información.
- Procesamiento, análisis y elaboración de informes.

Siendo el propósito de los DS permitir la selección de las áreas de intervención de ReproSalud, los indicadores distritales más relevantes recibieron un peso determinado para la conformación

---

[7] Actualmente el equipo central está compuesto por: Coordinadora Técnica, Coordinadora Política, Asesora de Capacitación, Responsable de monitoreo y evaluación, Responsable de Promoción y Defensa de Salud Reproductiva, y Capacitadora Nacional (dado que no es información relevante para los propósitos de la presente consultoría, no se incluye en esta descripción la plana de profesionales que se ocupan del componente financiero y contable del proyecto y que son parte del personal de planta del Movimiento Manuela Ramos. Las funciones del EC durante la primera fase de RS, incluyeron el diagnóstico de necesidades, supervisión, monitoreo, evaluación y directrices políticas y técnicas del proyecto a nivel nacional. El equipo regional a su vez, estaba conformado por: Coordinadora Regional (encargada del control de ejecución y calidad de las actividades a nivel de la región), Promotoras Regionales (cuyo número variaba según región: en Puno al inicio del proyecto fueron 2 promotoras regionales en la zona quechua y 2 en la zona aymara; y a partir del año 1998 fueron siete promotoras regionales). Las PR son las encargadas del seguimiento de cada uno de los PCs que le son asignados, (y que en esta primera fase fueron un aproximado de 5 PCs asignados por cada promotora regional). Asistente Contable (encargado del soporte técnico financiero de los PCs de la región) y eventualmente capacitadoras/es contratados específicamente cuando era necesario fortalecer la cobertura de actividades educativas en algunas regiones.

de un índice. Los valores que arrojó este índice permitieron clasificar y priorizar todos los distritos estudiados.

Criterios de selección de los distritos

Variables	Peso asignado
Tasa global de fecundidad muy alta (más de 5) o alta (más de 4)	20
Pobreza, Necesidades Básica Insatisfechas (NBI) y ruralidad	30
Concentración poblacional, número de hogares	20
Accesibilidad, comunicación (caminos),	15
Existencia de organizaciones de mujeres	15
TOTAL	**100**

Fuente: IA 1996:11,12; PO 1996:5,6

A partir de la experiencia de realización de los DS se fueron ajustando algunos de los lineamientos originalmente previstos. Así por ejemplo, a partir de la práctica misma, se definen cuestiones como las siguientes:

- La dificultad de acceso al lugar por carencia de vías de comunicación, en los casos en que demorara más de 8 horas de viaje, y la falta de seguridad por presencia de violencia política y de narcotráfico son condiciones eliminatorias de un distrito.

- Para reducir el tiempo y los recursos que demandan los DS, se trabaja primero y las fuentes de información secundarias;. Luego de analizada esta información, y de ser necesario, se procede a la recolección de fuentes primarias a través de visitas y entrevistas en cada lugar.

- Que el proceso de selección de distritos seguiría una secuencia según la cual, en una primera fase se seleccionan los distritos según su Tasa Global de Fecundidad, pobreza y tamaño poblacional (número de hogares o habitantes); la relación de distritos seleccionada es luego evaluada según la existencia de organizaciones comunitarias de base (OCB) autónomas y la accesibilidad. Son criterios opcionales de selección, la existencia de establecimientos de salud y el potencial de desarrollo del distrito.

A partir de los DS realizados fue posible seleccionar como zonas territoriales de intervención aquellas que registraron una Tasa Global de Fecundidad -TGF- de nivel muy alto y alto; importantes niveles de pobreza y satisfactorios indicadores de concentración poblacional.[8] Asimismo, la mayor parte de los distritos seleccionados contó con condiciones de accesibilidad aceptables. En suma, se identificó un conjunto de distritos en los que la intervención de ReproSalud resultaría pertinente y factible.

Por otro lado, gracias a los diagnósticos se obtiene también la relación de organizaciones sociales de base que existen en cada distrito y que serían en la siguiente etapa convocadas para ejercer como contrapartes del proyecto.

[8] El grueso de los distritos seleccionados tiene un volumen poblacional de entre 2,000 y 10,000 habitantes.

2. Convocatoria pública y concurso de selección de la OCB.

Se considera como organizaciones comunitarias de base –OCB– a los Clubes de Madres, Comités del Vaso de Leche, Comedores Populares u otra asociación de mujeres del mismo nivel, por ejemplo, los Comités de Damas. A través del proceso de selección se busca definir cuáles serán las organizaciones comunitarias de base que en cada una de las zonas de aplicación asumirán la función de contrapartes del Proyecto ReproSalud.

El equipo regional coordina con autoridades locales comunales y de salud para convocar al conjunto de organizaciones de base de mujeres a participar en un concurso de selección.

Para la selección de las OCB se tomó como referencia básica la relación de organizaciones identificadas en el diagnóstico situacional de cada uno de los distritos.

Las OCBs candidatas presentaban una breve información de su organización y acciones que realizaban (formato llenado por equipo regional) y certificaban la legitimidad comunal y/o legal de su constitución a través de documentos y/o cartas de autoridades locales.

Posteriormente en un acto público, las OCBs seleccionadas por su experiencia de trabajo (generalmente eran cinco), escenificaban a través de una dramatización, sus problemas de salud y la manera en que los podrían solucionar. La dramatización permitía evaluar la capacidad de convocatoria y organización de las OCBs finalistas y poder elegir a una de ellas, para que luego asumiera la responsabilidad de la intervención comunitaria en sociedad con las otras.

Dentro de la estrategia educativa de ReproSalud, puede diferenciarse dos tipos de OCB según el rol que cumplen en su relación con el proyecto: unas se constituyen en contrapartes que establecen los convenios con Manuela Ramos y formulan y conducen los proyectos comunitarios educativos; las otras OCB se desempeñan como asociadas a las contrapartes y es con ellas que se desarrollan las actividades de educación de cada proyecto comunitario en un ámbito de intervención determinado.

Luego de dos años de iniciado el proyecto ReproSalud, en el año 97 se introducen ciertas modificaciones al proceso de selección estableciéndose. 1) En la Etapa 1 del concurso, «Los equipos regionales harán una primera calificación de las OCBs, eligiendo como finalistas a las 5 que tengan mayor puntaje. Son criterios de calificación: la experiencia organizativa, capacidad de convocatoria y experiencia en gestión de actividades sociales. Esta calificación tiene carácter cancelatorio, sólo sirve para definir las 5 OCBs que pasan a la segunda etapa». 2) En la Etapa 2, «Sólo participarán las finalistas quienes presentan en un sociodrama el problema de salud reproductiva que consideran más importante en su comunidad. La calificación en esta fase no tendrá en cuenta el puntaje anterior y estará a cargo de dos integrantes del jurado calificador de Lima y tendrá en cuenta la opinión de la Coordinadora Regional» (PO 1997:5). Por último, en el año 98, se establece que serían los Equipos Regionales los responsables de seleccionar a las OCB, con un jurado conformado por personal del establecimiento de salud y la coordinadora regional.

Para el Equipo Central la utilización de los sociodramas como instrumento de evaluación y selección de las contrapartes, supuso al principio una opción que jugaron sin prever con exactitud sus resultados. Están sí sumamente contentas de las respuestas de las organizaciones y de los

resultados obtenidos para definir con acierto la elección de las contrapartes. Como se señala en el Informe de 1997, «Los sociodramas han mostrado ser una forma muy eficiente y permite hacer una completa valoración de la capacidad organizativa, la experiencia de las mujeres para conducir sus actividades y las formas de participación que se dan al interior de la OCB. Por estas razones, en las dramatizaciones o sociodramas se define a las OCBs ganadoras.» (IA 1997:5)

La selección de las OCB se fue realizando de manera gradual y acumulativa conforme lo fue requiriendo el avance del proyecto. Casi la totalidad de organizaciones seleccionadas como contrapartes mantuvieron a lo largo de todo el período su convenio con ReproSalud.

Tabla 9
Avances en la selección de OCB

Años	Selección OCB	Acumulado
1996	18	18
1997	43	61
1998	55	116
1999	77	193
2000	50	243

Como resultado del proceso de selección se llegó a identificar a las OCB que actuarían como instituciones contrapartes de ReproSalud y deberían identificar e incorporar a las otras OCB de su ámbito de acción.

Por ser los Clubes de Madres la forma de organización popular femenina más común en las áreas rurales y aun en las peri-urbanas, la mayoría de OCB seleccionadas corresponde a este tipo de organización. En el proceso mismo de selección se obtuvo un conocimiento de las fortalezas y debilidades organizacionales de las OCB.

La OCB ganadora se comprometía en un acto público a realizar acciones de Salud Reproductiva en su comunidad, con el apoyo técnico y financiero de RS.

3. Autodiagnóstico.

La OCB elegida (contraparte) realizaba el autodiagnóstico, es el proceso de investigación participativa que permite generar conocimientos sobre la vida y la salud reproductiva de las mujeres desde sus propias lógicas de pensamiento.

En palabras de las personas responsables del Proyecto, mediante el Autodiagnóstico se busca «que las mujeres de manera colectiva, solidaria y democrática, sean quienes definan sus prioridades en materia de salud reproductiva y que esto las ayude a avanzar en su autoconciencia e identidad para promover cambios favorables» (PO 1997:9).

En tal sentido, los autodiagnósticos debían:

- Promover que las mujeres identifiquen y seleccionen problemas de salud reproductiva para definir las intervenciones que ellas van a desarrollar en ese ámbito.

- Recoger información que permita realizar sugerencias para mejorar los programas y políticas que se dirijan a mejorar la vida de las mujeres y en particular su salud reproductiva.
- Acercar a los proveedores de salud a las perspectivas y experiencias de las mujeres, a sus propios modos de pensar y entender su vida y su salud reproductiva.
- Identificar temas prioritarios de investigación social y biomédica, que permitan profundizar, ampliar y contrastar los hallazgos de los autodiagnósticos.
- Definir con precisión el programa de la capacitación, los requerimientos de información básica a los que debían acceder las mujeres como pre-requisito para enfrentar otros conocimientos, los tópicos específicos a desarrollar, la dosificación de los contenidos de la capacitación de acuerdo a características educativas y culturales de las participantes, los materiales educativos requeridos para el desarrollo de la estrategia educativa.

Los autodiagnósticos se realizan bajo la responsabilidad directa de tres facilitadoras: una «principal» que conduce la sesión y las plenarias, una observadora y una asistente de la principal. A su vez, todas se desempeñan como facilitadoras de los grupos de discusión.

Participan en el proceso de elaboración de cada autodiagnóstico entre 15 y 25 mujeres, miembros de la organización comunitaria de base que fue elegida como contraparte. Para los trabajos en grupo, se dividen en grupos de 5 a 6 mujeres. Adecuándose a las características lingüísticas y culturales de las mujeres de cada zona, se utiliza la lengua materna de las participantes.

El autodiagnóstico se realizó originalmente en talleres de 6 sesiones y fue finalmente simplificado para realizarse en 5 sesiones. El proceso de trabajo en los talleres de autodiagnóstico trataba sobre los siguientes temas:

- Presentación y contexto
- Qué sabemos las mujeres sobre los procesos de salud reproductiva
- Experiencias sobre problemas de salud reproductiva.
- Selección del problema de salud reproductiva más importante.
- Qué sabemos y cómo enfrentamos el problema de salud reproductiva más importante.

Para orientar y apoyar la realización de los autodiagnósticos siguiendo pautas estandarizadas que pudieran ser replicadas en cada lugar, se elaboró una Guía del Autodiagnóstico, la misma que contenía indicaciones generales sobre la conformación y características del equipo que facilita su realización, las grabaciones y registro de la información, el trabajo en grupos, el desempeño del equipo que facilita los autodiagnósticos y el desarrollo de cada sesión.

Con un procedimiento de prueba, validación y ajuste de la guía, técnicas y materiales requeridos para el autodiagnóstico, así como con ciertas labores de reforzamiento de la capacitación de los equipos responsables del Autodiagnóstico, entre los años 96 y 2000 se llegaron a realizar un total de 246 autodiagnósticos.

Tabla 10
Avances en la ejecución de los autodiagnóstico

Años	Ejecución OCB	Acumulado
1996	17 OCB	17
1997	27 OCB	54
1998	58 OCB	112
1999	86 OCB	198
2000	48 OCB	246

Los autodiagnósticos permitieron, en primer lugar, identificar los problemas específicos de salud reproductiva percibidos por las mujeres. En los autodiagnósticos realizados entre 1996 y 1999, con las diferentes OCB de las zonas de trabajo, fueron identificados y señalados con mayor frecuencia problemas que se referían a cuestiones relacionadas con enfermedades de los órganos sexuales, muchos hijos y problemas relacionados con el embarazo y el parto.[9]

Adicionalmente las mujeres expresaron también problemas de maltrato y violencia como manifestaciones asociadas a los otros problemas de salud reproductiva.

En otro orden de cosas, el resultado de los autodiagnósticos es especialmente valorado porque significaron los diálogos entre y con las mujeres tocando temas delicados, privados, no antes dichos y menos aún tomados en cuenta.[10]

Los resultados del autodiagnóstico eran presentados públicamente por la OCB contraparte ante otras organizaciones de mujeres (denominadas OCBs asociadas pues también apoyarán a la OCB contraparte en la ejecución del proyecto) y ante las autoridades locales.

Los autodiagnósticos además fueron la fuente de información desde las mujeres para elaborar los materiales educativos del proyecto.

4. Proyecto comunitario de salud reproductiva.

4.1. Elaboración del documento del proyecto

Usando la infamación obtenida por el Autodiagnóstico, y con la asesoría técnica del equipo regional de Reprosalud, la OCB elaboraba un proyecto comunitario (PC) en el que las mujeres decidían cómo afrontarían el problema más importante de salud reproductiva que habían identificado. Determinaban con quiénes trabajarían, así como cuáles serían las coordinaciones que tendrían que llevar a cabo para implementarlo. Inicialmente, los primeros PCs tenían un presupuesto entre que fluctuaba entre 2,500 y 6500 dólares.[11]

9 ReproSalud. Informes Anuales.

10 Ver: YON L., Carmen. Preferencias reproductivas y anticoncepción. Hablan las mujeres andinas. Movimiento Manuela Ramos, Lima, 2000. BANT, Astrid y Angélica MOTTA. Género y salud reproductiva. Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali. Movimiento Manuela Ramos, Lima, 2001.

11 LA OCB contraparte financiaba el 10 % del presupuesto del Proyecto comunitario.

4.2. Aprobación del proyecto comunitario y elección de la gerencia del Núcleo Responsable.

El equipo regional de Reprosalud enviaba el PC elaborado al equipo central (EC), donde se evaluaba la coherencia técnica (objetivos, actividades y cronograma) y financiera (presupuesto solicitado) de la propuesta. Una vez dada la conformidad, se nformaba de la aprobación del proyecto comunitario a la OCB contraparte.

Las mujeres de la OCB a través de una asamblea de socias, aprobaban formalmente el proyecto, designaban a las tres personas que se encargarían de coordinar y gerenciar el PC: la Presidenta de la OCB, la Coordinadora del proyecto comunitario y la Tesorera (denominado Gerencia del Núcleo Responsable). Estas personas eran capacitadas en técnicas de gestión e instrumentos contables a fin de estar preparadas para la administración y conducción del PC.

Posteriormente, la OCB contraparte comunicaba a las otras OCBs asociadas, autoridades comunales, de salud y otras instancias de la localidad, las características y el detalle del proyecto comunitario que se desarrollaría en la comunidad.[12]

4.3. Convenio entre la OCB y ReproSalud.

Se firmaba un convenio entre la OCB contraparte y Manuela Ramos a fin de ejecutar el proyecto comunitario, el que se llevaba a cabo entre los 5 y 10 meses siguientes, y para el cual, Reprosalud propocionaba el apoyo técnico y financiero.

4.4. Ejecución del proyecto comunitario

Capacitación de promotoras comunitarias de salud reproductiva

En esta primera fase del proyecto de Reprosalud, la mayoría de los PCs eran básicamente educativos, basados en una metodología de réplica. Comuneras/os de la localidad, serían capacitados en temas de salud reproductiva y entrenados en metodologías educativas para a su vez replicar los talleres educativos a otros miembros de la comunidad.

Con este fin, la OCB contraparte y las asociadas, debían elegir a las personas (mujeres y varones) que luego de ser capacitadas, serían los encargados de realizar las réplicas educativas, (denominados promotoras o promotores comunitarios).

La OCB contraparte y las OCBS asociadas proponían candidatas para ser capacitadas como promotoras comunitarias,[13] las que seguían un entrenamiento que era calificado con pruebas de entrada y salida, con el objetivo de evaluar el éxito del proceso educativo, así como las

---

12 Tanto las OCBs Contrapartes como las Asociadas (OCBs invitadas a participar por la OCB contraparte), hacían la misma labor educativa en la comunidad. La diferencia entre ambas, era que la OCB Contraparte, ganaba legitimidad pública y experiencia en la administración y gestión del proyecto.

13 En esta primera fase del proyecto, se proponían candidatas de las organizaciones de mujeres (OCBs asociadas) y varones candidatos propuestos también por las OCBs o por las Asambleas Comunales de la localidad. Cada grupo, de mujeres y de varones, recibía la capacitación de forma diferenciada.

habilidades y las destrezas de las participantes para comunicar y educar. Una vez finalizada la capacitación, se realizaba la selección de las personas que se convertirían en promotores comunitarios entre todos los candidatos[14], y que pasaban a formar el Núcleo Responsable del proyecto comunitario.

Entre los 5 y 10 meses siguientes, la OCB contraparte (responsable del proyecto comunitario), en coordinación con las OCBs asociadas, y a través de la acción de las promotoras y promotores comunitarios ya capacitadas, replicaba los talleres educativos con otras mujeres y varones de la comunidad.

La acción de las promotoras comunitarias no consistió únicamente en difundir información y promover una mayor conciencia en las mujeres, sino también en desarrollar acciones como agentes de salud (coordinando con los establecimientos de salud para el desarrollo de campañas, identificando y refiriendo a gestantes en riesgo y, muchas veces, facilitando mecanismos de referencia de casos, entre otras actividades).

Coordinación con los servicios de salud

Durante la ejecución del PC, se coordinaba y establecían relaciones con los establecimientos de salud existentes en la localidad, a fin de informar, en primer lugar del desarrollo del proyecto comunitario, y para facilitar posteriormente, acuerdos y compromisos de mejora en la oferta de servicios que beneficiaran la salud reproductiva de las mujeres.

Coordinación con autoridades comunales y locales

En el transcurso de la ejecución de proyecto comunitario, la gerencia del proyecto, realiza coordinaciones periódicas con las autoridades comunales y locales, con el fin de mantenerlos informados de los avances del proyecto y para solicitar su apoyo en caso necesario. En muchos casos se han realizado jornadas de información y sensibilización con varones y autoridades para que puedan colaborar con el proyecto.

4.5. Evaluación del proyecto comunitario de Salud Reproductiva

Cumplido el plazo de ejecución del proyecto comunitario, la OCB contraparte, conjuntamente con el equipo regional de Reprosalud, evaluaban los resultados de las actividades realizadas y el funcionamiento del Núcleo Responsable (gerencia y promotoras). El proyecto era calificado por el grupo que participó de la evaluación y sobre esa base se decidía si la OCB contraparte podía continuar gestionando otro PC, inclusive con mayor presupuesto.[15]

Durante el proceso de evaluación se entrevistaba a las socias de la OCB contraparte, de las OCBs asociadas, a autoridades comunales y de salud locales. Finalmente, se revisaban los

[14] Por razones metodológicas se diseñó que un promotor trabajaría la réplica del taller educativo con 20 a 25 personas. De tal manera que si se iba a intervenir con 50 personas, se requerían 2 promotores comunitarios. Para elegir a 2 promotores comunitarios, las OCBs enviaban a 4 candidatos (la proporción habitual entre candidatos a promotor comunitario y promotores comunitarios seleccionados era de 2 a 1).

[15] El éxito alcanzado según metas del proyecto comunitario, se evaluaba a través de un proceso de calificación con un puntaje estandarizado para cada una de las actividades cumplidas.

autodiagnósticos realizados en la primera etapa de la intervención, a fin de establecer los problemas que podían seguir trabajándose a continuación en un sucesivo segundo o tercer proyecto comunitario.

III. Algunos resultados de la Primera Fase

El proyecto ha beneficiado hasta el 2001, a 123,917 mujeres y 66,370 varones, lo que hace un total de 190,287 personas, en 8 departamentos del país, en zonas de sierra y selva principalmente.[16]

La cantidad de beneficiarias y el impacto geográfico del proyecto se muestra según los concentrados poblacionales de mujeres en Edad Fértil (MEF) en los diferentes departamentos en los que se ha intervenido.

Región	MEF del departamento según censo 1993 (1) (N)	MEF incorporadas entre 1996 y 2001 (N)	Impacto en MEF departamental %
Ayacucho	**108,595**	**15,078**	**13.88**
Huancavelica	**82,582**	**16,257**	**19.69**
Ancash	**229,311**	**13,159**	**5.74**
La Libertad	**329,120**	**15,220**	**4.62**
Puno	**250,836**	**30,291**	**12.08**
San Martín	**122,522**	**5,728**	**4.68**
Ucayali	**71,441**	**5,201**	**7.28**
	1,194,407	100,934	

1. Mujeres en Edad Fértil (MEF), según último Censo Nacional:1993.

De acuerdo al cuadro anterior, se percibe un mayor impacto de Reprosalud en los departamentos de Huancavelica, Ayacucho y Puno respectivamente, en donde las coberturas poblacionales para las MEF llegan al 19.57%, 13. 83% y 12% del total departamental.

Respecto a las características educativas de la población con quienes se ha trabajado, por lo mismo que pertenecen a regiones pobres del país, la mayoría han tenido escasas oportunidades de acceso a educación formal. Según se ilustra en la siguiente tabla, entre las mujeres beneficiarias se cuenta con un 20% de mujeres analfabetas, mientras que en el caso de los varones, los analfabetos representan al 4 % de ellos.

[16] Manuela Ramos (2001) *Informe anual 2001. Reprosalud.* Documento Interno. s/e. (Comprende los Departamentos de Ancash, Ayacucho, Huancavelica, La Libertad, Lima, Puno, San Martín y Ucayali)

Porcentaje de mujeres y varones que saben leer y escribir (Reprosalud, 2001)[17]

Categorías	% de Mujeres	% de Varones
Saben leer y escribir	75	94
No saben leer ni escribir	20	4
Sin Información	5	1.9

Así mismo, el nivel educativo de la población con quien trabaja Reprosalud está concentrado mayoritariamente en niveles básicos de escolaridad según se aprecia en la siguiente tabla.

Nivel Educativo de mujeres y varones (ReproSalud, 2001)

Categorías	% de Mujeres	% de Varones
Sin instrucción	19.9	3.9
Primaria incompleta	27.6	22.0
Primaria completa	20.6	21.8
Algún grado de secundaria	28.8	51.2
Sin información	3.1	1.1
Total	100	100

En los primeros años del desarrollo de RS se incluyó un componente adicional de microcréditos y desarrollo de productos (principalmente artesanía), a fin de facilitar el empoderamiento de las mujeres y potenciar el manejo de recursos económicos propios que permitieran mejorar el cuidado de su salud reproductiva. Desde 2000, microcréditos inició su autosuficiencia siguiendo un desarrollo propio. Desde el año 2000 el programa de desarrollo de productos se denomina MERCOMUJER y recibe apoyo de la Unidad de Departamento para la Pequeña Empresa de USAID en Washington.

Durante la primera fase de desarrollo del proyecto, la principal estrategia de RS estuvo concentrada tanto en la identificación de los principales problemas de salud reproductiva de las mujeres a cargo de las OCBs, como en su capacitación educativa y de gestión comunitaria para enfrentarlos. Entre los resultados que podemos contar entre las mujeres están los siguientes:

Efectividad en las estrategias de intervención

- Incremento de conocimiento de mujeres y hombres respecto a su cuerpo y reproducción.
- Incremento de conocimientos del respeto de los derechos de la mujer con respecto al control de su fecundidad.

[17] Movimiento Manuelar Ramos (2001) *Informe de OCBs ganadoras, asociadas, beneficiarias, promotores y características socieconómicas.* Documento Interno. s/e.

- Cambio de actitudes frente a los actos de reproducción y la planificación familiar.
- Mejora la comunicación con los esposos sobre el sexo, la reproducción y la planificación familliar.
- Incremento del conocimiento sociocultural con relación a los servicios prestados por el MINSA.
- Incremento y mejor uso de la planificación familiar.

Resultados adicionales en las mujeres.

- Incremento en el conocimiento de los derechos de la mujer.
- Incremento en la habilidad y comodidad para expresar sus necesidades en público.
- Incremento en la habilidad para negociar con sus esposos y otros hombres de la comunidad.
- Incremento para identificar y priorizar sus problemas y desarrollar soluciones para ellos.
- Incremento en la confianza y aptitudes para manejar recursos financieros y humanos.
- Incremento en las aptitudes involucradas en la toma de decisiones.
- Incremento en su autoestima, así como por las otras mujeres.
- Reducción en el temor a represalias de sus esposos y otros en la comunidad y,
- Reducción en el fatalismo sobre sus vidas y futuro.

Resultados adicionales en los hombres.

- Mejora de actitudes frente a la violencia familiar, lo cual aparentemente lleva a reducir los actos de violencia frente a las mujeres.
- Mejora de actitudes sobre el consumo de alcohol, lo cual reporta la reducción del consumo de alcohol.
- Incremento en el reconocimiento por los derechos sexuales y de reproducción de las mujeres.
- Disminución en la tolerancia a tener actos sexuales forzados, y un incremento en el valor de la sexualidad de la mujer, lo cual reporta una mayor armonía en las relaciones sexuales, e incremento en la voluntad de compartir labores de la casa y responsabilidades sobre la crianza de los hijos.

IV. Lecciones Aprendidas

Respecto al objetivo estratégico de ReproSalud

- El desarrollo de proyectos que incluyen componentes educativos y de gestión financiera, con una población de mujeres en zonas de gran pobreza y exclusión, incluso con altos niveles de analfabetismo y limitada cultura lecto escrita, siempre es posible si se encuentran las metodolologías y los instrumentos apropiados.

- Uno de los más grandes logros de RS ha sido demostrar la operacionalización de la perspectiva de género en las intervenciones de Salud Reproductiva y en los procesos participativos comunitarios.

- Una parte importante del logro de resultados de RS fue la estrategia de seleccionar instancias colectivas (OCBs contrapartes) como agentes dinámicos de conducción de los procesos de cambio. Ello no sólo permitió el desarrollo de liderazgos y el fortalecimiento del rol de las organizaciones de mujeres como agentes de gestión comunitarias, sino que además permitió que éstas se convirtieran en autoridades locales.

- Aún a pesar de que las organizaciones sociales de mujeres han nacido por necesidades ligadas a la sobrevivencia, son capaces de trascender el asistencialismo y desarrollar el liderazgo de acciones políticas orientadas hacia cambios estratégicos de equidad de género. Esto también fue posible porque existió el antecedente de una experiencia organizativa previa que posteriormente permitió que las mujeres pudiera sortear con éxito las dificultades que surgieron durante la acción comunitaria.

- El reconocimiento de la sabiduría popular como parte de los procesos participativos de identificación de necesidades, se evidenció en los hallazgos de los autodiagnósticos, en los que los problemas identificados por las mujeres, coincidían con los problemas identificados por las estadísticas nacionales (en el caso de Huancavelica y Puno, lugares en donde existen las cifras más altas tasas de mortalidad maternas, se identicaron como principales los problemas derivados del embarazo y el parto).

- La valoración de las necesidades de las mujeres y de sus problemas de salud, no siempre concuerdan con la oferta de servicios formales de salud. Esta situación se ilustra con la identificación que las propias mujeres hicieron de sus problemas de salud tales como los producidos por las infecciones vaginales que afectan su calidad de vida, y cuya envergadura no es tomada en cuenta por la oferta formal de salud.

- Por lo tanto se puede afirmar que las mujeres responden activamente con mayor involucro y motivación frente a problemas que a ellas les interesan, porque afectan su salud, su trabajo y su vida cotidiana.

- Las mujeres han demostrado que pueden convertirse en conductoras de procesos de cambio social en las comunidades a través de la identificación y resolución de sus problemas, y de la convocatoria a autoridades comunitarias y de salud.

Respecto al marco de resultados de ReproSalud

- El cambio en los procesos sociales que significan una transformación de las relaciones equitativas de género y una mejor utilización de intervenciones en salud reproductiva de las mujeres, debe venir de las propias mujeres involucradas. Por ello, la estrategia de metodología participativa del proyecto RS, ha sido esencial para que las mismas mujeres conduzcan sus propios procesos sociales.

- Partir de la propia experiencia de las mujeres y que fueran ellas mismas que identificaran las resistencias y oposiciones de los varones en la consecución de los objetivos de los PCs, demostró la importancia de una intervención en la que se priorize inicialmente el trabajo con mujeres a fin de transformar gradualmente y contrarrestar los efectos de las relaciones inequitativas de género en las comunidades.

- La consecución de los resultados ha estado sustentada en un proceso de apropiación de conocimientos y actitudes que han llevado a cabo las mujeres, a través de experiencias de capacitación y reflexión, como pasos previos a la acción práctica.

- Se ha demostrado la importancia del desarrollo gradual de aprendizajes que incluye no solo los componentes estratégicos de planificación en la gestión operativa de los proyectos, sino el reconocimiento de las necesidades políticas por las mismas mujeres quienes se comienzan a plantear roles de liderazgo y conducción política en sus comunidades (como presidentas de los comités de desarrollo social de las comunidades, o en otros casos como candidatas políticas en las elecciones regionales para los gobiernos locales y elegidas como Juezas de Paz no Letradas) y participando en experiencias de concertación intersectorial.

- El fortalecimiento de las OCBs a través de su acción pública y el aprendizaje de procesos de gestión comunitarias se ha manifestado en el reconocimiento de su liderazgo por instancias del Estado, como es el Ministerio de Salud.

- Las estrategias de intervención han hecho posible el acercamiento entre los servicios de salud y las mujeres, demostrando que se logra una mejor relación entre la oferta de servicios y la demanda de las mujeres a través de cambios de adecuación cultural en los dos ámbitos : desde los prestadores de salud y también desde las mujeres.

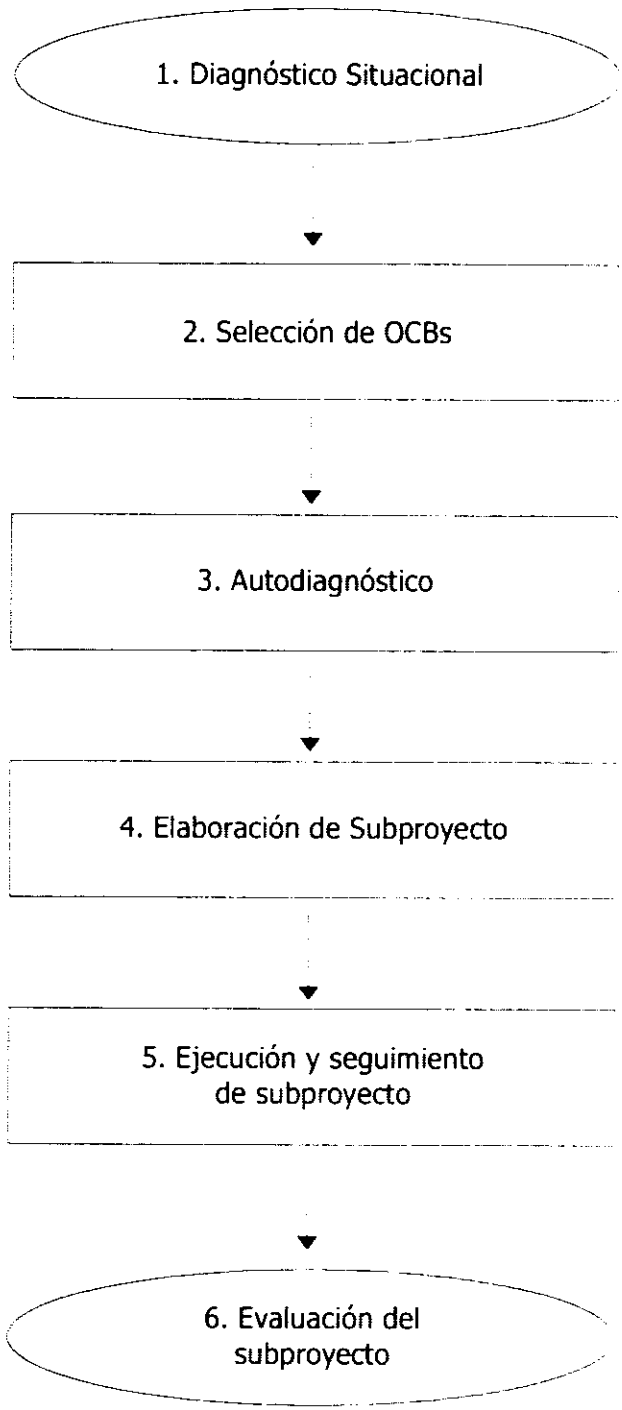
- El logro de resultados está relacionado con el empoderamiento de las mujeres, lo que facilita la toma de conciencia ciudadana respecto a sus necesidades y sus derechos.

Por las razones señaladas, también se infiere que la sostenibilidad de la participación de las mujeres se afirma a través de la promoción de una cultura de derechos y de ciudadanía, la que a su vez está asociada a la resolución de problemas de Salud Reproductiva y al derecho de demandar servicios de calidad

FLUJOGRAMAS

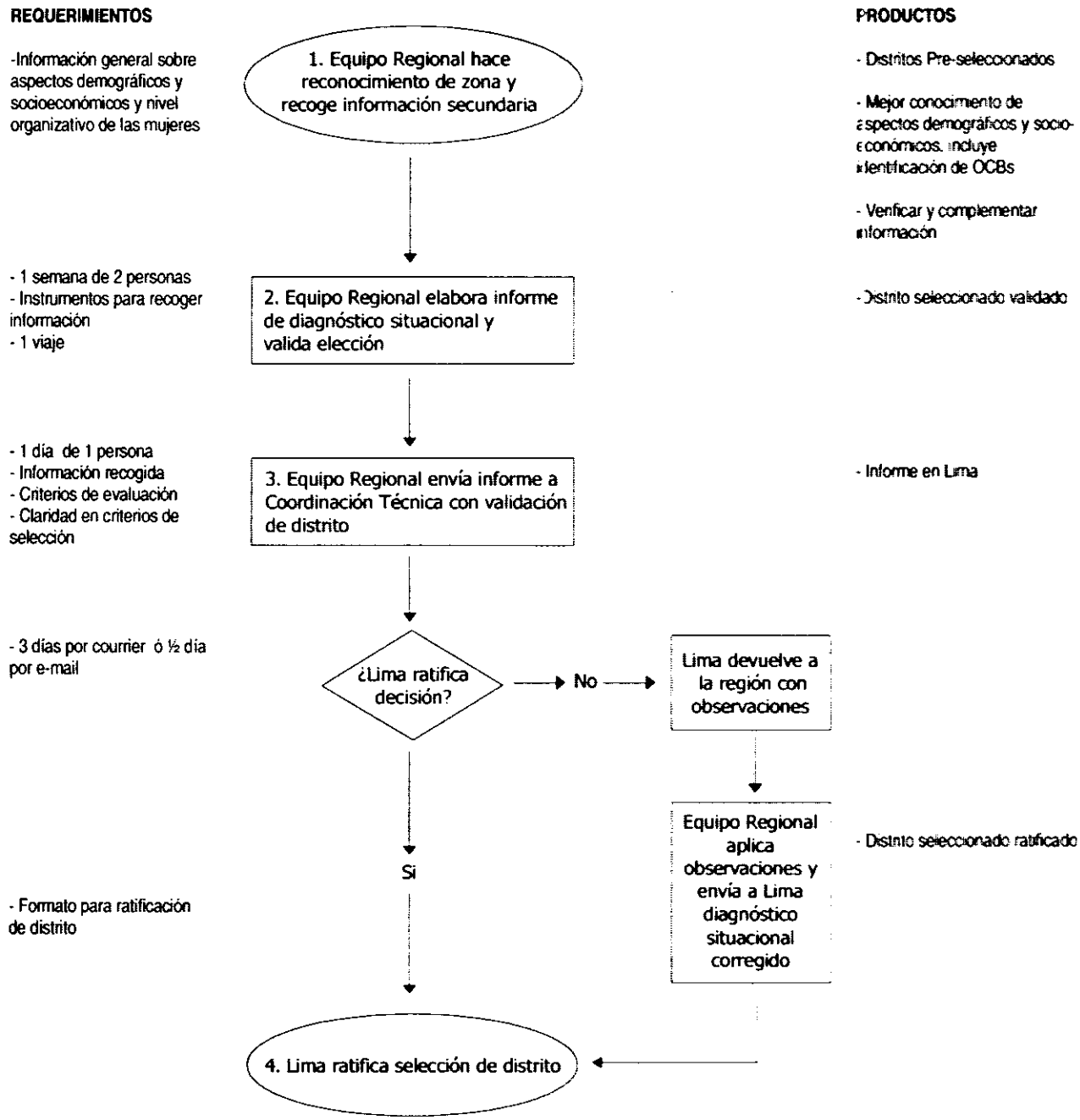
PREVIOUS PAGE BLANK

FLUJOGRAMA DE LA INTERVENCIÓN DEL PROYECTO REPROSALUD



PREVIOUS PAGE BLANK

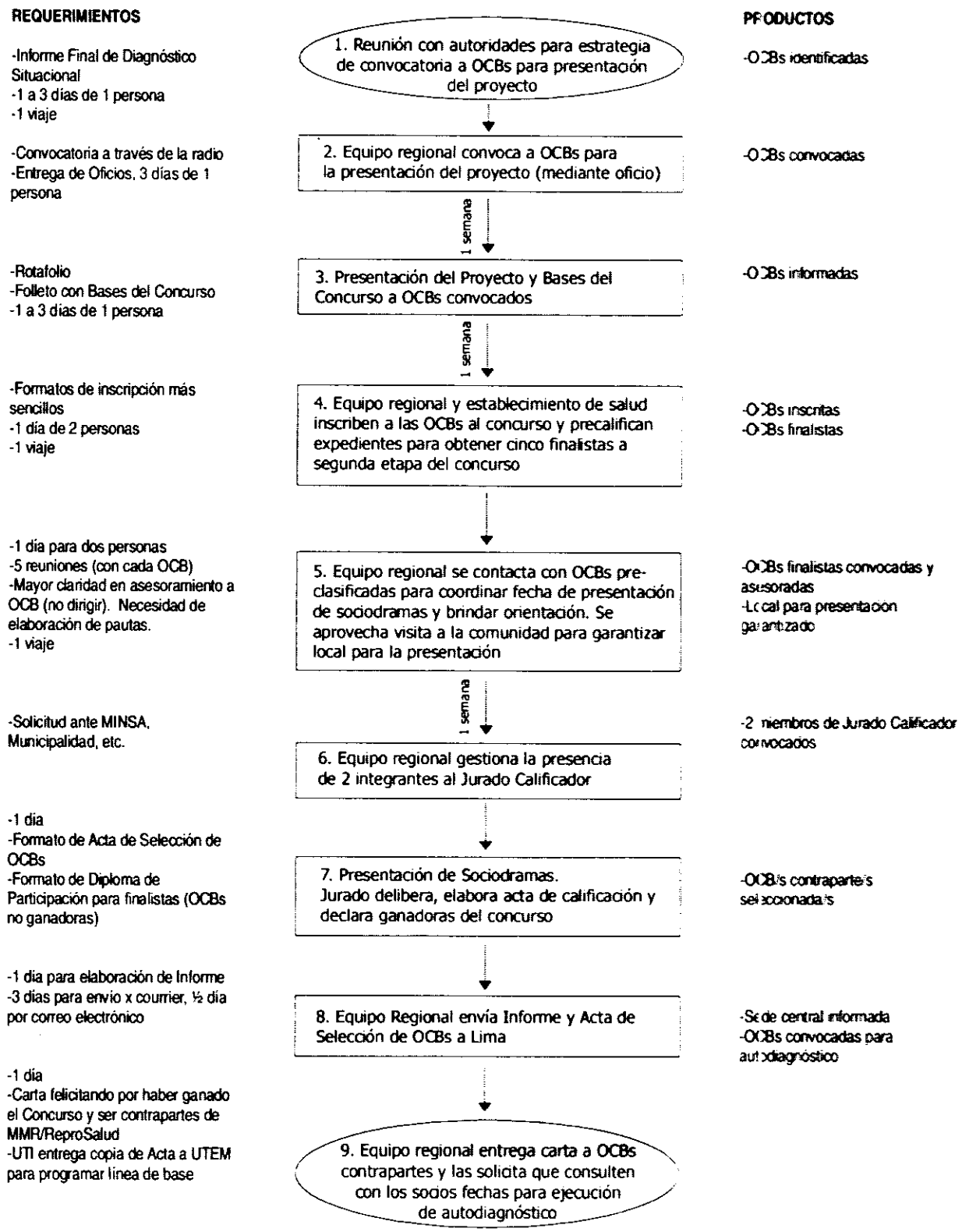
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL



Meta de tiempo: 15 días hasta la ratificación del distrito

PREVIOUS PAGE BLANK

SELECCIÓN DE OCBs



Meta de tiempo: 21 días como máximo en este proceso

PREVIOUS PAGE BLANK

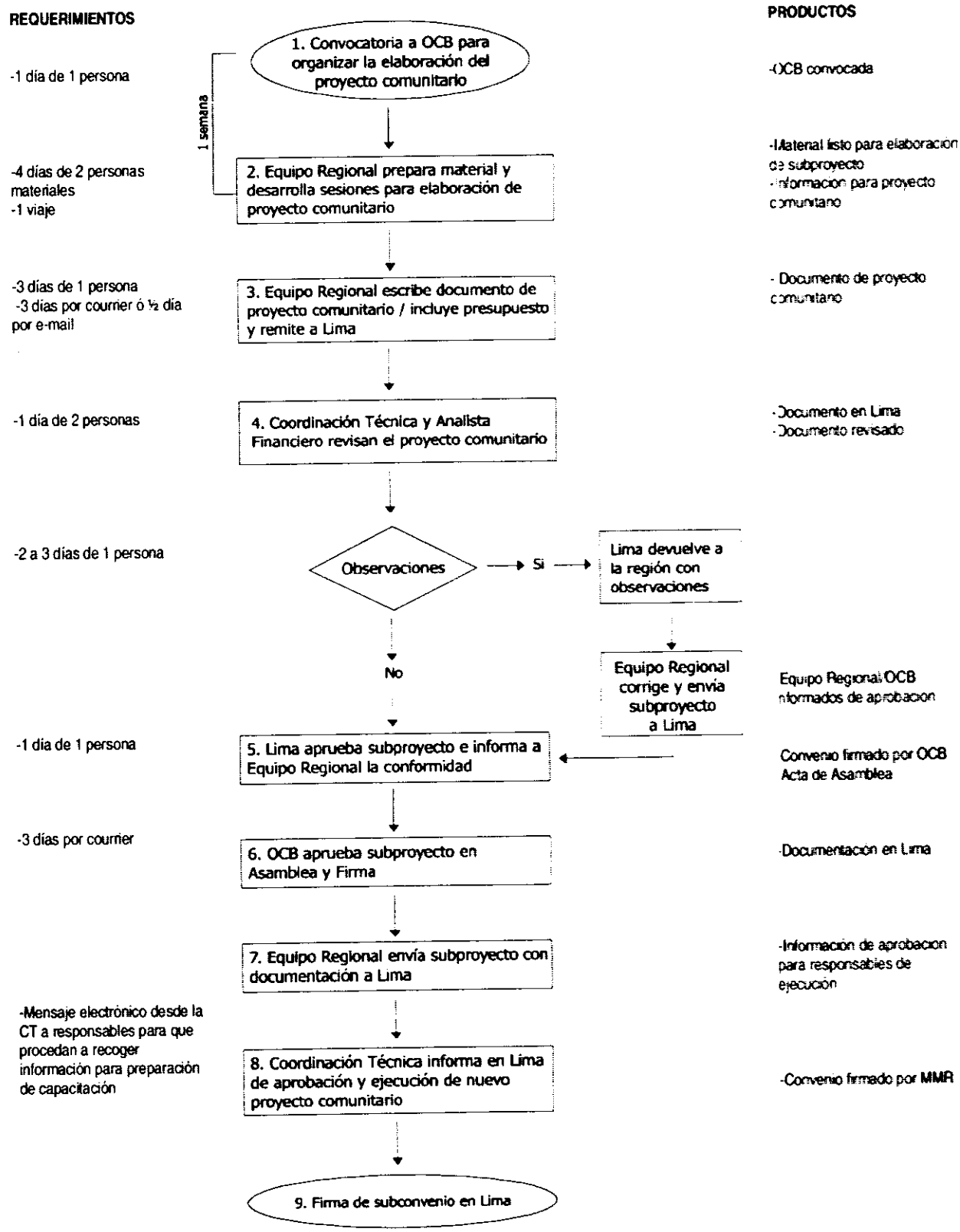
AUTODIAGNÓSTICO

REQUERIMIENTOS		PRODUCTOS
-1 día de 1 persona -1 viaje	1. Equipo Regional acuerda con la OCB fecha para realizar autodiagnóstico	-Fechas para realizar autodiagnóstico
	2 días	
-1 día de 1 persona -Rotafolio -Papelógrafos -1 viaje	2. Equipo Regional presenta proyecto ReproSalud a OCB y comunidad. Organiza la realización del autodiagnóstico con la OCB	- OCB/comunidad informada del proyecto ReproSalud -OCB organizada para realizar autodiagnóstico
	2 días	
- Viaje de 4 días de 3 personas - Equipo capacitado -Materiales: Guía autodiagnóstico, grabadoras, cuadernos de observaciones, cartulinas, cintas, colores, etc. -Refrigerios	3. Equipo Regional facilita sesiones de autodiagnóstico	- Mujeres que reflexionan sobre su condición de mujer y salud reproductiva -Mayor conocimiento para equipo regional sobre mujeres y sus percepciones -Problema seleccionado
1 persona 1 día 1 viaje	4. Equipo regional coordina con OCB devolución de resultados	-Resumen para devolución
-1 a 2 días de 1 a 2 personas -Resumen -Materiales, autodiagnósticos -1 viaje	5. OCB entrega y dialoga resultados con apoyo de equipo regional a la OCB/comunidad y autoridades	-Fecha de entrega de resultados -OCB/Comunidad informadas de resultados de autodiagnóstico -Autoridades informadas de resultados de autodiagnóstico -Informe Final preliminar
Resumen de Autodiagnóstico Notas de observación, grabaciones transcritas. Equipo capacitado 1 día para envio	6. Promotora responsable entrega informe final a Equipo Regional, Investigadora coordinadora su envío a sede	- Informe Final enviado a sede central
	7. Sede central revisa, procesa y analiza información para alimentar capacitación, advocacy e investigación	

Meta de tiempo: 10 días

PREVIOUS PAGE BLANK

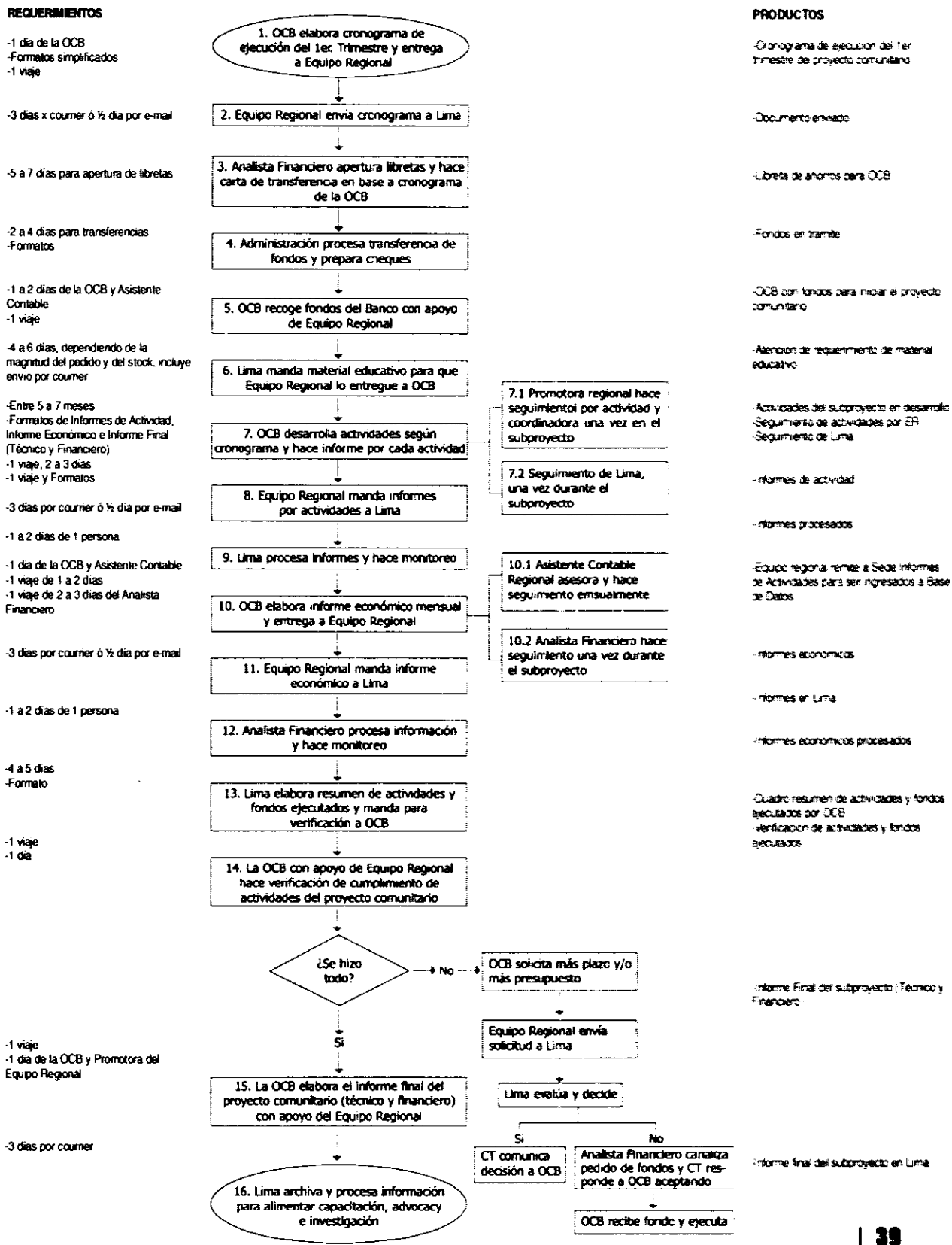
ELABORACIÓN DEL PROYECTO COMUNITARIO



Meta de tiempo: 20 días

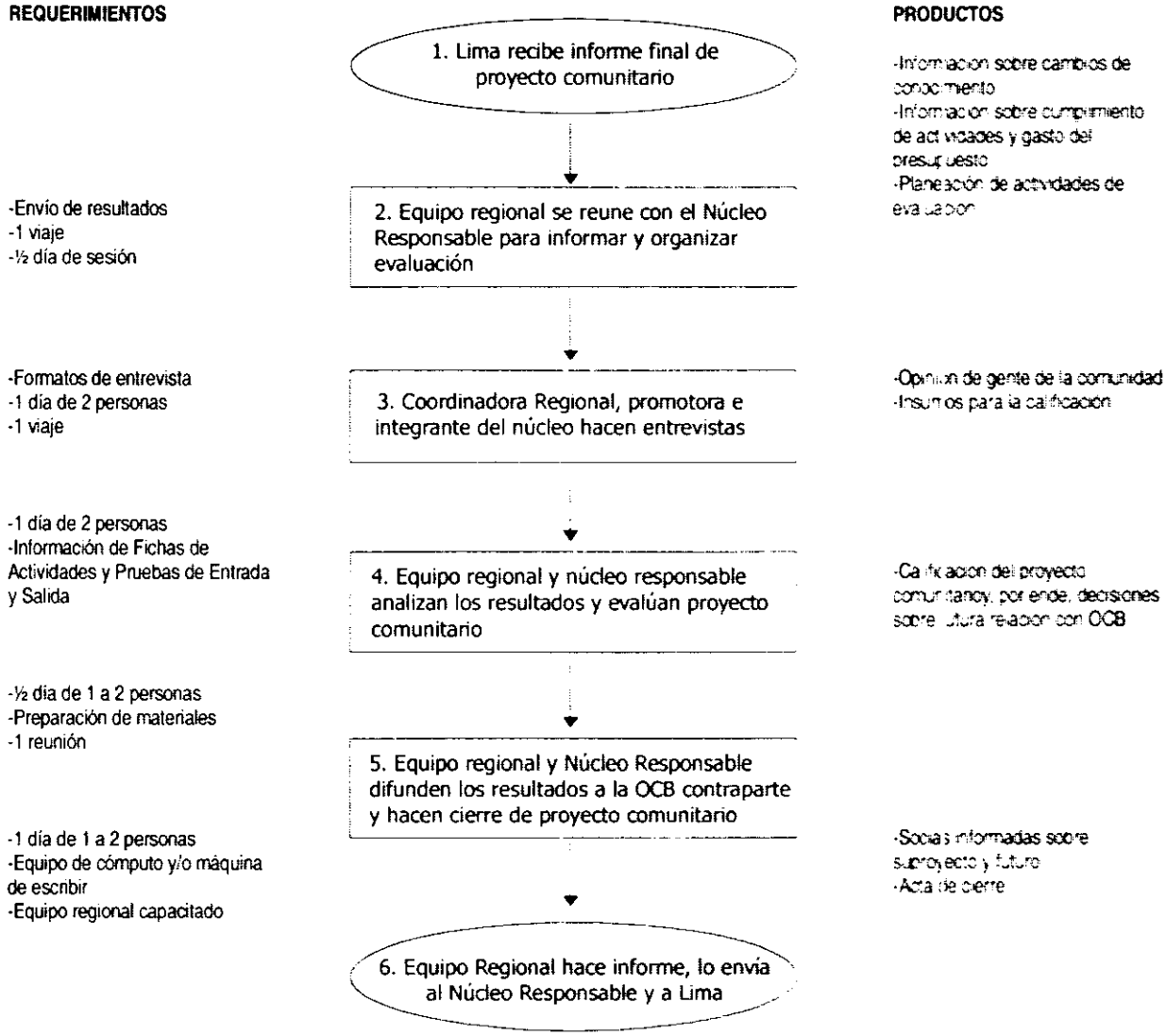
PREVIOUS PAGE BLANK

EJECUCIÓN Y MONITOREO DE PROYECTO COMUNITARIO



PREVIOUS PAGE BLANK

EVALUACIÓN DE PROYECTOS COMUNITARIOS



Meta de tiempo: 1 semana

PREVIOUS PAGE BLANK

Personal que participó en la experiencia

El proyecto **ReproSalud** ha sido conducido y ejecutado por el siguiente equipo técnico:

Oficina Central
Susana Galdos Silva. Coordinadora Técnica hasta setiembre del 2001
Susana Moscoso Cavallini, Coordinadora adjunta hasta setiembre del 2001,actual Coordinadora Técnica
Ella Carrasco Reyes, Asesora de Capacitación
Carmen Yon Leau, Asesora de Investigación
Julio Castro Gómez, Asesor de Advocacy
Flor de Belén Angulo Tuesta, Ex Coordinadora Regional de San Martín, Responsable de Promoción y Defensa en Salud Reproductiva
Nydia Villavicencio Ríos, Ex Coordinadora Regional de Ucayali, Capacitadora
Balbina Cárdenas Yucra, Capacitadora

Oficinas Regionales
Ancash
Emilia Calisaya Medina, Coordinadora Regional
Flor de Liz Guerrero Milla
Hermelinda Patricio Palma
Nancy Rubela Quiroz Sánchez
Nancy Tamara Celmi
Zoila Zúñiga Huerta
Efrosina Quito Molina

Ayacucho
Celina Salcedo Martínez, Coordinadora Regional
María Lorena Hermoza Sotomayor
Silvia Huamaní Yanqui
Juana Arce Aguado
Lilia Arana Hinostroza
Doris Azurza Callirgos
Carmen Rosa García Alarcón
Maristela León Ramírez
Giovanna Velarde Bedriñana

PREVIOUS PAGE BLANK

En las Oficinas regionales: Dante Poma Robles, Karina Menacho Julca, Ruth Araucano Rodríguez, Ana María Huerta Morales, Julio García Alvarado, Zaida Sulca Avilés, Nori Gonzáles Olivares, Javier Vidalón Palomino, Walter Robles Pretel, Mariana Barriga Gamarra, Elizabeth Chillce Jayo, Maritza Huamán GUadalupe, Magy Echevarría Cuadros, Angélica Paco Apaza, Carlos Cueva Tamayo, Luis Alberto GArcía Vergara, Martín Esquivel Paredes, Eusebia Nina Melendres, Gualberto Apaza Supo, Fanny Quispe Portugal, Beneranda Quilca Vargas, María Esther Catacora Velazco, Victoria Chura Aliaga, Dulio Trigo Sánchez, Aydee Ramos Chahuares, Davis Linares García, Teodoberto Sánchez Torres, Jorge López Pezo, Angel Mori Silvano, Tony Reátegui Saavedra.

También colaboraron temporalmente en el proyecto Mary Fukumoto Sato, Susana Chávez Alvarado, Teresa Muñoz Cabrera, Oscar Contreras Rozas, Blanca Figueroa Galup, Sandra Vallenas Béjar, Obdulia Polar Ponce, Fany Ruiz Reyes, Irene Benites Monago, Magna Chilcce Jayo, Ada Luz Rojas Marín, Lucy León Mendoza, Edith Ortiz Contreras, Gladys Molina Aybar, Reida Mitma Ramírez, Verónica Castillo Grisson, Pilar Cruz Sifuentes, Victoria Zaravia Ticllacuri, Dula Ñaña Soldevilla, Rosa Elvira Gamboa Vilcarano, Eva Luz Macedo Humerez, Yolanda Parisuaña Ito, María Isabel Vargas Lanque, Milagro Váldez Jaén, Basiana Bravo Zamalloa, Genoveva Huanacuni Churacutipa, Yanet Calumani Blanco, Violeta Aguinaga Moreno, María Elena Castañeda Vergara, Norma Irene González Zevallos, Catalina Pérez Chavarri, Marleny Pérez Morales, María Lourdes Mendoza Facundo.

Este libro se terminó de imprimir
en Febrero de 2004
en los talleres de Servicios Gráficos JMD s.r.l.
Av. José Gálvez 1549 - Lince
472-8273 / 470-6420 / 470-0899