

2001

# Sola no eres nada, juntas flotamos: El Movimiento Manuela Ramos

Judith Bruce  
*Population Council*

Debbie Rogow

Follow this and additional works at: [https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments\\_sbsr-pgy](https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-pgy)

 Part of the [Family, Life Course, and Society Commons](#), [International Public Health Commons](#), [Maternal and Child Health Commons](#), [Social Policy Commons](#), and the [Women's Health Commons](#)

---

## Recommended Citation

Bruce, Judith and Debbie Rogow. 2001. "Sola no eres nada, juntas flotamos: El Movimiento Manuela Ramos," *Quality/Calidad/Qualité* no. 10. New York: Population Council.

This Case Study is brought to you for free and open access by the Population Council.

*Sola no eres nada,  
juntas flotamos: El Movimiento*  
**Manuela Ramos**



*té/Quality/Calidad/Qualité/*

# Quality / Calidad / Qualité

*Quality/Calidad/Qualité* es una publicación del Population Council que documenta ejemplos de programas de planificación familiar y salud reproductiva que proveen un nivel de calidad de atención extraordinariamente alto. Esta serie forma parte de un esfuerzo del Council, lo cual pretende mejorar y ampliar el alcance y la calidad de la atención en salud reproductiva a través de iniciativas científicas y prácticas. La base filosófica del programa, y de esta serie, es el derecho fundamental de las mujeres y sus parejas al trato respetuoso, la información, las opciones, y el seguimiento por parte de los proveedores de atención en salud reproductiva. Los folletos reflejan uno de los cuatro impulsos principales del programa: aumentar la calidad de los programas de planificación familiar.

Los proyectos que se incluyen en *Quality/Calidad/Qualité* son seleccionados por un Comité Asesor de individuos que representan una amplia gama de experiencia en el ámbito de la salud reproductiva, y que están comprometidos a mejorar la calidad de atención. Los proyectos se eligen por estar logrando importantes avances en por los menos uno de los siguientes aspectos: ampliar la gama de opciones de métodos y tecnologías anticonceptivas disponibles; proporcionar la información que las clientes necesitan para hacer elecciones informadas y para controlar mejor su salud reproductiva; mejorar la calidad del trato entre proveedor y cliente, promoviendo la continuación del contacto entre ambos; iniciar proyectos innovadores para aumentar la capacidad administrativa y ampliar el nivel de capacitación de los proveedores de servicios a todo nivel; extender la gama de servicios en información más allá de los que convencionalmente se define como “planificación familiar”; y alcanzar, con los servicios de salud reproductiva, a grupos que generalmente no los reciben.

Ninguno de los proyectos incluidos en la serie se está presentando como un modelo para la replicación. Se ofrecen más bien como un ejemplo singularmente creativo de valores, objetivos, y aplicación de ideas. Estas son “experiencias de aprendizaje” que ilustran la necesidad de mantener una actitud autocrítica para anticipar las necesidades de las clientes y para encontrar medios económicos de satisfacerlas. Esta actitud reflexiva se manifiesta en la voluntad de responder a los cambios en las necesidades de las clientes y en las transformaciones económicas y sociales en general. Esperamos que la documentación de las decisiones críticas que estos programas han tenido que hacer ayudará a reforzar en términos prácticos, la evidencia de que la satisfacción del individuo con los servicios de salud reproductiva está fuertemente ligada al logro de objetivos más amplios en salud y población.

**Este número de *Quality/Calidad/Qualité* es una colaboración entre el Population Council y la International Women's Health Coalition (IWHC).**

La publicación original en inglés de este número fue posible gracias al apoyo de la Fundación Ford, la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur, IWHC, y el Population Council. La edición en español ha sido generosamente financiada por la Fundación Prospect Hill y el Population Council.

Las declaraciones y opiniones expresadas en esta publicación son la responsabilidad exclusiva del autor y no de ninguna organización que provea apoyo para *Quality/Calidad/Qualité*.

Esta publicación también está disponible en el Web site del Population Council: [www.popcouncil.org/publications](http://www.popcouncil.org/publications)

La edición en inglés se publicó en 2000. Edición en español No. 10, 2001. ISSN 1097-8194  
Copyright © 2001 The Population Council, Inc.



El Population Council es una organización internacional, no gubernamental, sin fines de lucro, que busca mejorar el bienestar y la salud reproductiva de las generaciones actuales y futuras del mundo para contribuir a un balance más equitativo, investihumano y sostenible entre las personas y los recursos. El Council realiza investigación en los campos de la biomedicina, las ciencias sociales y la salud pública, y contribuye a edificar las capacidades de investigación en los países en vías de desarrollo. El Council fue establecido en 1952; su máximo organismo rector es un consejo directivo internacional. La sede del Council se ubica en la ciudad de Nueva York, en Estados Unidos, apoyando una red global de oficinas nacionales y regionales.

# *Sola no eres nada, juntas flotamos: El Movimiento Manuela Ramos*

Por Debbie Rogow  
Introducción y Postdata por Judith Bruce  
Traducción por Paul Constance

## *Introducción*

Desde sus inicios, a fines de los años sesenta y principios de los setenta, los programas de población se enfocaron en la prestación de servicios de anticoncepción. En menor grado, se preocuparon por la maternidad sana y la supervivencia infantil. Pero en general, muy pocos programas han prestado atención a otros aspectos de la salud reproductiva, tales como las enfermedades del aparato reproductivo, la violencia sexual, o los embarazos no deseados. Es más, los programas de planificación familiar prácticamente no le han prestado atención a las barreras sociales que limitan el acceso de las mujeres a los servicios y las opciones que necesitan. Dichas barreras incluyen la falta de poder de negociación dentro de las relaciones sexuales, el aislamiento social, la violencia doméstica y la falta de recursos económicos.

Tomando por sentado que el acceso es el problema fundamental, los programas tradicionales de planificación familiar adoptaron un paradigma de “oferta.” Es decir, suponían que si los servicios de planificación familiar se ponían a disposición de la gente, la gente los usaría. La distribución de anticonceptivos dentro de los programas de planificación familiar evolucionó de una manera vertical, con tres sistemas paralelos: las clínicas, la distribución comunitaria, y la mercadotecnia social o comercial. Este paradigma de oferta también estuvo muy ligado a la tecnología, ya que en muchos casos las innovaciones en los programas fueron provocadas por un avance técnico (por ejemplo, por la llegada de una nueva técnica para realizar vasectomías). En este entorno se solía suponer que los proveedores debían poseer capacidades clínicas, más que de otro tipo. Asimismo, las discusiones sobre la calidad y efectividad de los servicios se basaban en parámetros básicos, y bastante limitados, sobre la capacidad de los proveedores. Se esperaba que luego de algunos años, al concluir una etapa inicial de implantación, los servicios quedarían “arraigados” y que los resultados (típicamente medidos en base al número de anticonceptivos proporcionados) se empezarían a ver bastante rápido.

Varias décadas después, los investigadores empezaron a demostrar que este paradigma ha producido resultados dispares en la mayoría de los países. Tal es el caso de Perú, donde ocurrieron los hechos narrados en esta edición de *Quality/Calidad/Qualité*. Aunque la prevalencia de uso de anticonceptivos entre mujeres casadas en el Perú excede el 64%, una gran parte de este uso consiste de “métodos tradicionales”—como el ritmo y el coito interrumpido—que no han sido apoyados por la mayoría de los programas de planificación familiar.<sup>1</sup> Además, se calcula que un tercio de todos los embarazos en Perú son interrumpidos por aborto (OMS 1998, p. 56). A esto se suma la posibilidad de que aproximadamente el 60% de los embarazos en Perú sean no deseados, en el sentido de que no ocurren en un momento oportuno para la pareja o aumentan el tamaño de una familia por encima de

---

<sup>1</sup> De las 16.885 mujeres entrevistadas durante un levantamiento del DHS en 1996, 10.840 (64%) dijeron que usaban métodos de anticoncepción. Entre las que usaban, 3.867 (36%) indicaron que usaban un método “tradicional” y 6.974 (64%) indicaron que usaban un método “moderno” (Moyano et al. 1997, p. 63).

lo deseado o planificado. Todo esto indica que, particularmente entre las peruanas pobres, persiste un alto nivel de demanda insatisfecha por los servicios de planificación familiar.

El enfoque estrecho en la entrega de anticonceptivos también ha conducido al descuido de otros aspectos esenciales de la salud reproductiva. Por ejemplo, muchos servicios obstétricos que en años anteriores eran gratuitos hoy requieren pagos en efectivo para cubrir el costo de los suministros, lo cual impide que muchas mujeres pobres puedan dar a luz en un hospital. También cabe señalar que apenas el 7% de las mujeres peruanas se han sometido a una prueba de Papanicolaou por lo menos una vez.

Durante los años en que las iniciativas de población y planificación familiar estaban sentando raíces en Perú, el Movimiento Manuela Ramos también estaba creciendo, y sus integrantes elaboraban sus propias perspectivas sobre las necesidades de la mujer en cuanto a salud reproductiva. Las Manuelas aparecieron en los años setenta como una pequeña organización no-gubernamental (ONG) urbana con inquietudes feministas. Desde el principio, las Manuelas proponían una filosofía muy distinta que colocaba a la anticoncepción dentro de una amplia gama de necesidades de salud reproductiva. Los servicios de atención primaria de salud de las Manuelas siempre ofrecieron pruebas de Papanicolaou, pruebas para infecciones del aparato reproductivo y servicios de orientación. Motivadas por su comprensión de las necesidades de salud reproductiva de las mujeres pobres, las Manuelas también abogaron por la despenalización del aborto.

El Movimiento Manuela Ramos creció constantemente durante los siguientes 20 años. De una colectiva de mujeres limeñas, pasó a ser una organización madura, de visión amplia y proyección nacional. Fue en ese momento que la evolución del grupo tomó una dirección inesperada. Las Manuelas decidieron emprender una colaboración con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID, por sus siglas en inglés) cuyo objeto sería la elaboración de un nuevo tipo de servicio de salud reproductiva que atendiera a las necesidades de mujeres pobres y aisladas. Para tener éxito donde otros habían fallado, el proyecto conjunto, denominado ReproSalud, trataría de responder al perfil social particular de las mujeres pobres, quienes viven principalmente en regiones rurales remotas. La experiencia de ReproSalud ofrece una singular oportunidad para estudiar los principios promulgados por la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo en 1994. El Plan de Acción de la CIPD declaró que la meta de los servicios debía ser la oferta de salud reproductiva y opciones al individuo, e identificó la potenciación de las mujeres como la estrategia clave para lograr un equilibrio entre la población y los recursos naturales. En esta edición de *Quality/Calidad/Qualité*, Debbie Rogow explica porqué las Manuelas fueron capaces de llevar a la práctica este nuevo paradigma, gracias a una singular manera de organizar y potenciar a las mujeres pobres desde una perspectiva de género.

Fue un desafío formidable. Los programas tradicionales de planificación familiar habían fallado precisamente en los lugares donde más se necesitaba de ellos, es decir, en las regiones rurales aisladas donde viven los peruanos más pobres. Prácticamente dos tercios de la población rural de Perú (61%) vive en condiciones de pobreza, mientras que sólo el 37% de la población nacional es pobre según el mismo criterio. Asimismo, el nivel de educación en las regiones rurales es muchísimo más bajo que en las regiones urbanas. El 90% de las mujeres rurales vive en comunidades donde faltan servicios públicos básicos, en contraste con el 17% de sus hermanas en las ciudades. El índice de mortalidad materna es alto en Perú (265 muertes por cada 100.000 nacimientos), aunque está en el medio de los índices de países en vías de desarrollo. Pero hay datos que indican que dicho índice es dos veces más alto en el Perú rural que en el urbano (Moyano et al. 1997, p. 131). No sorprende que las diferencias urbano/rurales en la prevalencia de uso de anticonceptivos (70% y 51%, respectivamente) sigan siendo preocupantes (Moyano et al. 1997, p. 66).

La situación de las peruanas pobres, ya sean rurales o urbanas, es similar en cuanto a la desigualdad en las relaciones entre hombres y mujeres y la inestabilidad familiar (tanto mujeres urbanas como rurales hacen cada vez más denuncias de violencia doméstica, y las mujeres encabezan el 25% de los hogares peruanos). Pero las mujeres pobres rurales tienen la desventaja adicional de estar físicamente aisladas. Muy pocas mujeres rurales tienen ingresos independientes o cuentas bancarias, y en muchos casos no disponen de espacios sociales o físicos donde se puedan reunir e

intercambiar ideas. Las mujeres que viven en regiones muy remotas tienen una limitada capacidad para comunicarse con el mundo externo, y en el Perú este aislamiento se profundiza por el hecho de que la gran mayoría de los habitantes rurales hablan quechua. El español, idioma nacional, suele ser el segundo lenguaje en regiones rurales; y en algunas partes, sólo se hablan idiomas indígenas.

La experiencia de ReproSalud demuestra que cuando se combinan los recursos de una gran entidad donante internacional con los de organizaciones de mujeres locales, es posible evitar la tendencia “verticalista” en los programas de planificación familiar y adoptar un paradigma más orgánico y multifacético. Es más, ReproSalud muestra que este tipo de programa puede producir mejoras impresionantes en muchos indicadores, incluso en el índice de uso de anticonceptivos. Pero ReproSalud es sólo un capítulo en la fascinante historia del Movimiento Manuela Ramos, como se puede apreciar en las siguientes páginas.

*Judith Bruce*

## HISTORIA DEL MOVIMIENTO MANUELA RAMOS

Durante un largo almuerzo y una tarde de sol, tuve el placer de conversar con Victoria Villanueva, Susana Galdós, Frescia Carrasco, y Rosa Espinoza. Victoria, de 63 años, es coordinadora general y una de las fundadoras del Movimiento Manuela Ramos. Susana, otra de las fundadoras, es la actual directora del proyecto ReproSalud. Frescia se adhirió a las Manueles hace 18 años, cuando el grupo todavía era joven. Rosa ha estado con las Manueles durante 13 años. Las cuatro han compartido tantos momentos de la historia que narran, que a veces una completa el comentario de otra.

### *Los primeros años: Cuestionando los supuestos de la vida cotidiana*

La historia del Movimiento Manuela Ramos refleja el crecimiento de los movimientos feministas en muchos países. A fines de los años setenta los peruanos celebraban el regreso de la democracia después de una década de dictadura militar. Las elecciones, una nueva constitución, y una multitud de movimientos obreros se combinaban para crear un ambiente de grandes expectativas. En ese momento siete mujeres limeñas empezaron a cuestionar algunos de sus supuestos sobre la vida cotidiana. Las siete, que en ese entonces tenían entre veinte, treinta, y cuarenta años de edad, se empezaron a reunir todos los martes. Conversando sobre sus vidas, sus sueños, y sus frustraciones, descubrieron que tenían mucho en común.

Conscientes de que otras mujeres también podrían beneficiarse del proceso de descubrimiento personal que estaban practicando, las integrantes del grupo crearon un formato de taller que permitiría extender el concepto. Se pusieron en contacto con asociaciones de madres en barrios pobres y encontraron que, a pesar de las diferencias de clase, esas mujeres sentían muchas de las mismas inquietudes. Los temas de autoestima, identidad, trabajo, sexualidad, y salud reproductiva aparecían una y otra vez, produciendo discusiones apasionadas.

En 1980, las integrantes del grupo se constituyeron como una organización no gubernamental (ONG) con el propósito de

contribuir al naciente movimiento feminista, convencidas de que las mujeres de bajos ingresos podían proveer un liderazgo esencial. Como homenaje a todas las voces anónimas que supieron hacerse oír durante esos primeros talleres, el grupo eligió el nombre Movimiento Manuela Ramos. En el Perú, dicho nombre se considera tan común que suele utilizarse para significar la mujer universal, algo así como la “fulana” de algunos países latinoamericanos o la “Jane Doe” de los Estados Unidos.

La estrategia de las Manueles era capacitar mujeres líderes en los barrios de Lima. “Le decíamos capacitación porque no se nos ocurrió una expresión mejor,” explica Frescia, actual coordinadora del programa de salud de las Manueles. “Pero en realidad se trataba de talleres de reflexión.” Lo que denominaban el “curso básico” resultaba ser bastante intensivo. Se trataba de casi 40 horas, divididas en dos sesiones por semana durante dos meses, en las que se discutían tres temas principales:

- Identidad: sexualidad, el cuerpo, y relaciones hombre/mujer;
- Autoestima: historia de la mujer y sus derechos, la doble jornada (trabajo remunerado fuera del hogar y no remunerado adentro), y el hecho de que la mayoría de las mujeres tiene “dos jefes”; y
- Organización: el aprendizaje de destrezas que las mujeres necesitan para abogar por el cambio.

Según el interés de las participantes, también se discutían los temas de salud y el cuidado de los niños.

Durante los primeros tres años el grupo completó nueve cursos. Con el fin de garantizar la continuidad y generar un proceso de retroalimentación con las participantes (quienes también eran líderes en sus propias comunidades), las Manueles agregaron un curso de seguimiento para líderes donde se las capacitaba para educar a otras mujeres y para servir como recursos dentro de sus propias comunidades. Al completar el curso (que duraba 60 horas a lo largo de un mes) las mujeres seguían asistiendo a reuniones anuales y en algunos casos mensuales. Así, las Manueles lograron construir una red de clubes de madres y administradoras de programas de alimentación popular que permitía el intercambio sostenido de información.







Esta experiencia desafió a las Manuelas tanto en lo personal como en lo político. Explica Frescia: “Queríamos abrir un espacio de comunicación honesta, en ambas direcciones, de modo que las mujeres pudieran internalizar lo que estaban aprendiendo y expresar sus necesidades. Nos tomó bastante tiempo lograrlo.” Susana coincide: “Tuvimos que aprender muchas cosas paso a paso. Lo cierto es que nos relacionamos de una manera muy intensa con esas mujeres. Fue una experiencia que nos obligó a enfrentar nuevos temas y a reflexionar sobre cómo nos afectaban en nuestras propias vidas.” Como ejemplo, Victoria menciona una ocasión en la que salió a las carreras de un taller: “Una de las mujeres me miró y me preguntó por qué tanto apuro. Me dijo, ¿Acaso tus hijos no pueden ayudar en casa? ¿Por qué no te quedas con nosotras media hora más? No se me olvida ese momento.”

Las cuatro se ríen al recordar cómo aprendieron sobre sus cuerpos, un aspecto de la concienciación que mujeres en todas partes del mundo estaban explorando en esos años. Victoria recuerda que “Una vez nos dimos cuenta que no conocíamos el tamaño de las trompas de Falopio. ¿Eran del grosor de un fideo? ¿Acaso eran tan delgadas que no se las puede ver? Después del taller tuvimos una

tremenda discusión sobre el tema. ¡Nos peleamos varias horas antes de ir a buscar la respuesta!”

Durante varios años las Manuelas siguieron trabajando principalmente con clubes de madres y otros grupos comunitarios. Alquilaron un edificio en un barrio obrero de Lima que siempre olía a chocolate, gracias a una fábrica aleña. El modesto apoyo económico que tenían les llegaba principalmente de Europa, y particularmente de ICCO, una organización eclesíastica progresista en Holanda que ha apoyado a las Manuelas desde 1981 en adelante. “Nos la pasábamos trabajando en los barrios de Lima, sin hacer mucho ruido,” recuerda Victoria. “Nuestros amigos de la izquierda política nos decían que estábamos perdiendo el tiempo con temas poco importantes como la sexualidad. Y la verdad es que aparte de ellos nadie nos conocía.”

En 1983, algunas de las Manuelas asistieron a una conferencia regional del feminismo latinoamericano. Allí conocieron a otras mujeres que estaban impulsando proyectos similares que ayudaban a las mujeres a valorarse más y a mejorar sus vidas. Fue una experiencia transformativa. Como explica Victoria, “Estas mujeres tenían un nombre para lo que todas estábamos haciendo. Le decían feminismo.”



## Ofreciendo más servicios

A medida que la crisis económica y política del Perú se fue profundizando en los años 80, las integrantes del Movimiento Manuela Ramos vieron que las mujeres en los barrios marginales de Lima tenían que hacer frente a la desaparición paulatina de los servicios públicos. “Además, las mujeres nos estaban empezando a hablar sobre la violencia doméstica”, dice Victoria. “En esos años no había ninguna ley en contra de la violencia doméstica. A la misma vez, la mujer estaba obligada a obtener el permiso de su marido para trabajar. El Código Civil colocaba a las mujeres en una posición completamente subordinada.”

Dado que las Manuelas ya se habían comprometido a la causa de la potenciación de las mujeres, resultó bastante fácil decidir cuáles deberían ser sus próximos pasos. Entre 1983 y 1986 el grupo extendió su trabajo en varios barrios marginados. Al principio trataron de capacitar a las mujeres para trabajos no tradicionales como la carpintería, pero como recuerda Frescia:

*¡Las mujeres no querían saber nada de eso! Querían aprender a coser a máquina y a aplicar maquillaje, todo lo que tuviera que ver con ser mejores madres y esposas. No veíamos cómo podíamos cuestionar el papel femenino tradicional por un lado y reforzarlo por el otro. Cuando fuimos a la comunidad de Pamplona Alta, las mujeres nos hablaron de sus necesidades de salud. Decidimos que ese tema encajaría mejor con lo nuestro.*

Frescia reflexiona un poco más sobre los orígenes del programa de salud: “En realidad, empezamos con la sexualidad. Me parece que en esa época ni siquiera habíamos oído hablar del concepto de salud reproductiva. Pero lo que vimos fue la falta de servicios más completos, de una atención más respetuosa, y de más información. Fue así que empezamos en Pamplona Alta.”

Pamplona Alta había surgido de una serie de “invasiones” de terrenos marginales por parte de colonos pobres. Dichas invasiones suelen ocurrir de un día para otro en las polvorientas laderas que todavía quedan vacantes en las afueras de Lima. Los pobladores aparecen de

repente; cada cual ocupa un pequeñísimo lote y construye una choza precaria, en muchos casos con pedazos de cartón. Con el tiempo los que tienen más suerte o recursos van reconstruyendo sus casas con materiales más sólidos y los vecinos van organizando los servicios que le dan vida a un barrio.

En Pamplona Alta, las Manuelas instalaron una clínica para mujeres, un programa de servicios legales, y por último, un pequeño proyecto de generación de ingresos. De algún modo el proyecto logró combinar costura y política: las mujeres cosían unos collages decorativos tradicionales conocidos como “arpilleras”, que en este caso ilustraban la vida y las aspiraciones de las creadoras. Las personas que pasaban por la sede de las Manuelas podían comprar arpilleras que ilustraban toda una gama de temas, desde violencia doméstica y salud femenina hasta bellos jardines y días de feria.

Las Manuelas capacitaron a 23 mujeres del barrio para operar un servicio de atención primaria de salud. Les enseñaron a ser promotoras comunitarias y recepcionistas, e incluso a ofrecer servicios clínicos. Conscientes de que la mayoría de las peruanas tenían más hijos de lo que deseaban, la Manuelas ofrecían lo que probablemente era la mejor selección de métodos anticonceptivos en todo Perú. Estos incluían métodos de barrera (incluso diafragmas, conseguidos a través de feministas en Brasil)<sup>2</sup>, píldoras, dispositivos intrauterinos (DIUs), DepoProvera<sup>™</sup>, e instrucciones completas sobre el monitoreo de la fecundidad (el ritmo sigue siendo el método más usado en Perú). La clínica también remitía casos para esterilización y, más tarde, para Norplant<sup>®</sup>.

Además de anticoncepción, el servicio también proporcionaba atención integral en salud reproductiva y cuidado prenatal. El servicio incluía pruebas para cáncer e infecciones de transmisión sexual (ITS), a pesar de que en esos tiempos las pruebas de Papanicolao y las pruebas para ITS eran prácticamente desconocidas en la atención rutinaria de mujeres pobres. Muchos años antes de que se hablara de estas cosas, las Manuelas

<sup>2</sup> Ver Margarita Díaz y Debbie Rogow, 1995. “The Coletivo: A Feminist Sexuality and Health Collective in Brazil,” *Quality/Calidad/Qualité*, No. 6. Nueva York: Population Council.



ya creían que la orientación y el respeto personal eran fundamentales para la entrega de servicios de salud reproductiva de alta calidad, y que la sexualidad estaba estrechamente ligada a casi todos los aspectos de estos servicios. Por lo dicho, la capacitación del personal incluía información y destrezas básicas para la educación y consejería en sexualidad, tales como técnicas para escuchar al cliente, aspectos de la sexualidad humana, las dinámicas del género y el derecho a decir no, el placer sexual, la masturbación, y los aspectos culturales de la sexualidad humana.

Dominga Florián Pachas y Cristina Yachachón Verasteguo fueron dos de las primeras residentes de Pamplona Alta que las Manueles emplearon para manejar el servicio de salud en 1989. Hoy estas dos mujeres siguen recibiendo vecinas en el servicio, que en la actualidad funciona dentro de un atractivo local construido por las Manueles el año pasado. Dominga cuenta cómo llegó a trabajar con el movimiento:

*Tengo 53 años, de modo que tenía 44 entonces. De mis siete hijos vivos, en ese entonces todavía tenía cinco viviendo en casa. Yo era la directora del Vaso de Leche (un programa de alimentación comunitaria) aquí en Pamplona Alta. Las Manueles pusieron avisos para promotoras de salud y yo fui una de las elegidas. Nos capacitaron durante seis meses. ¡No fue nada como lo que me esperaba! Yo pensé que se iba a tratar de aspectos*

*muy específicos de salud, pero cubría muchas cosas. Lo que más recuerdo, aun hoy, fue la parte sobre autoestima. Esto era algo nuevo para todas nosotras, pero tan importante. También me acuerdo de la sesión sobre ayuda comunitaria; nosotras tenemos tantos problemas aquí, con la enfermedad y las condiciones sociales.*

*He aprendido a hacer tantas cosas aquí. Hoy soy capaz de recetar medicamentos y hacer exámenes del seno, pruebas de Papanicolaou, y exámenes pélvicos. Siempre le ofrecemos un espejo a la mujer para que pueda ver cómo es el cuello del útero. Yo no hago citología para infecciones, pero algunas de las otras promotoras sí lo hacen. Yo también soy capaz de retirar DIUs, curar heridas, y proporcionar educación sobre planificación familiar. Nosotras ofrecemos píldoras, DepoProvera, pastillas espumantes, condones, y DIUs. Explicamos el ritmo y el monitoreo de la fecundidad, y también remitimos casos para Norplant, ligaduras tubales, y vasectomía.*

En 1989 yo fui a Perú como parte de una evaluación internacional de servicios de orientación en planificación familiar. Visitamos los servicios de planificación familiar más prestigiosos del país y observamos los intercambios entre clientes y proveedores. Más tarde hicimos una visita informal al servicio de salud de las Manueles en el polvoriento barrio



de Pamplona Alta. Una colega que me acompañaba quedó impresionada al observar cómo trabajaban Dominga y sus compañeras. Los servicios que vimos ese día eran “los mejores del país, pero nadie los conoce”, dijo mi colega. Sin embargo las mujeres locales los apreciaban. Dominga recordó el caso de una mujer que llegó quejándose de secreciones anormales y dolor abdominal:

*Cuando la examinamos vimos que el cuello del útero estaba inflamado. Los médicos le recetaron un medicamento y le dijeron que debía abstenerse del coito durante varias semanas. Cinco días después la mujer volvió y pidió hablar conmigo. Estaba preocupada porque su marido insistía en tener relaciones sexuales. Él decía que ella parecía estar bien y que él no veía ninguna herida. Yo le dije que vinieran los dos a la clínica, y dos días después hicimos el seguimiento con el marido presente. Nuevamente, él dijo que ella no tenía ninguna herida. Con el consentimiento entusiasta de la mujer, ofrecí mostrarle el problema al marido (ella había visto la inflamación en su útero durante la primera visita). Hicimos el examen. Mientras observaba el cuello del útero, el marido preguntó, “¿Qué es este agujero?” No podía creer que los bebés pudieran pasar por ahí.*

*Se me ocurrió decirle que yo también había tenido una infección como esa una vez. Por un*

*buen rato el señor no pudo separar sus ojos de ese útero. Luego dijo, “Quite esa cosa de metal [el espéculo] para que mi mujer pueda estar más cómoda. Ahora entiendo.” Le dijo a la mujer que descansara. Nosotras lo felicitamos por haberla acompañado. Luego la mujer se recuperó, y los dos todavía son muy amables conmigo cuando nos cruzamos en el mercado.”*

Cristina, una de las colegas de Dominga, coincide en cuanto a la importancia de la educación y la orientación:

*Los hombres son tan machistas. Piensan que las mujeres son la fuente de todas sus infecciones. Por eso les muestro el pene de plástico que tengo. Les pregunto qué tanto saben acerca de algún tipo de infección. Ellos me dicen que se duchan todos los días para no quedar infectados. Pero yo de todos modos les explico cómo es. ¡Hasta les enseño cómo deben correr el prepucio del pene para lavarse mejor!*

Otros casos son más tristes. Cristina me cuenta sobre una lavandera parapléjica que vive en el barrio:

*El mes pasado, ella estaba volviendo de entregar ropa a las siete de la tarde cuando un joven la violó. Le robó todo, también. La dejó tirada en una zanja de modo que no tenía cómo salir hasta que alguien la encontró. Esta semana*



*nos vino a ver, llorando. Siempre me resulta difícil entenderla cuando habla, pero hice lo posible. Ella estaba muy preocupada porque todavía no le había llegado la regla. Le hicimos una prueba de embarazo y resultó positiva. Lloró más todavía. Para colmo, también había contraído una infección. Parece que ella volvió esta mañana, pero yo no estaba en la clínica. Va a volver más tarde. Todavía no sabemos qué va a pasar.*

Para fines de la década de los ochenta, las Manuelas habían llegado a ser más visibles, tanto por sus servicios como por su participación en protestas públicas. Muchos críticos se burlaban de ellas y trataban de marginarlas. Victoria reflexiona sobre ese tiempo:

*Nosotras hablábamos sobre relaciones de género, y eso ponía nerviosos a los varones. Además, en esos tiempos mucha gente tenía una visión ingenua y caricaturizada del feminismo. Decían que éramos mujeres divorciadas, que odiábamos a los hombres, que no nos importaba la familia. ¡Lo cómico era que casi todas estábamos casadas y estábamos cuidando chicos!*

## **La etapa política**

Como ocurre con muchas ONG, las Manuelas empezaron a evolucionar cuando se

dieron cuenta que su capacidad de provocar el cambio mediante la oferta de servicios se veía limitada por las estructuras sociales y legales del Perú. El programa legal del movimiento, que había estado dedicado a ofrecer asistencia a mujeres víctimas de violencia doméstica, empezó en ese momento a organizar marchas de protesta. Tuve la oportunidad de observar una de esas marchas en el barrio pobre de Villa El Salvador a principios de los años noventa. Cerca de 1.000 mujeres (casi todas las mujeres del barrio que no se hallaban en otro lugar de trabajo) participaron en la marcha. Las acompañaban orquestas de música, titeres gigantes, y payasos. Prácticamente todos los residentes de Villa El Salvador marchaban o miraban. Sin duda esa noche no faltaron temas de conversación en las mesas del vecindario. Posteriormente el programa legal de las Manuelas empezó a trabajar con jueces y policías y ayudó a promover legislación que ampliaría las protecciones legales de mujeres víctimas de abuso físico y sexual.

Al poco tiempo, el programa de salud de las Manuelas experimentó una evolución similar. Susi Chávez, la promotora que dirigía los servicios de salud de las Manuelas en Pamplona Alta y la sede en Lima, conserva recuerdos intensos de esa etapa. Un día se supo que había ocurrido una nueva "invasión" de pobladores en



Pamplona Alta. Alguien le dijo a Susi que una mujer en el nuevo asentamiento estaba con fiebre y perdía sangre de la vagina. Evidentemente la mujer había sido sometida a un aborto clandestino recientemente, pero se negaba a abandonar el pedacito de terreno que había ocupado por temor a perderlo. Con la ayuda de Susi, la mujer pudo conseguir un antibiótico y posteriormente recibió atención médica.

Las Manuelas conocían cada vez más mujeres que querían hacerse un aborto, y con el tiempo el grupo se convirtió en uno de los principales promotores para la toma de conciencia sobre el aborto como problema de salud pública en el Perú. El aborto es ilegal en Perú en toda circunstancia excepto cuando se puede demostrar que la vida de la madre está en peligro. En algunos casos, la policía ha llegado a colocar oficiales en las salas de emergencia de hospitales, con el fin de asegurar que los médicos no estuvieran registrando malpartos sospechosos. Las Manuelas siempre habían trabajado de una manera abierta y dentro de la ley, y estaban conscientes de la importancia de no comprometer su capacidad de acción en el futuro. Por lo dicho, optaron por la estrategia de llamar la atención sobre las consecuencias que el aborto clandestino tiene para las mujeres. Patrocinaron eventos por el Día de la Mortalidad Materna, demandaron el tratamiento humanitario de mujeres que sufrían complicaciones de abortos clandestinos y, en general, ayudaron a aumentar la conciencia pública sobre la realidad del aborto en el Perú.

Las Manuelas percibían que la atención en salud reproductiva al alcance de la mayoría de las mujeres era deficiente, y que esto se debía más a la indiferencia que a la falta de fondos. Ese análisis las llevó a insertarse en el quehacer de las entidades peruanas dedicadas a la planificación familiar. El documento que publicaron en 1998, para celebrar 20 años de actividad, cuenta cómo fue esa etapa:

*En ese momento [finales de los años ochenta] hicimos hincapié en la creación y el fortalecimiento de servicios de alta calidad. Con ese fin formamos consorcios, redes, y agrupaciones que permitieron que las organizaciones de mujeres influyeran en los procesos y las decisiones de la política. Este desafío nos obligó a analizar, sistematizar, y publicar la experiencia que habíamos adquirido*

*en derechos humanos, salud sexual y reproductiva, capacitación, y generación de ingresos. Otra prioridad fue la creación de canales de comunicación propios y contactos con los medios masivos que nos permitieran modificar la opinión pública en cuanto a la equidad en las relaciones de género.*

De repente las Manuelas parecían estar en todos lados. Publicaban revistas, organizaban reuniones, participaban en sesiones del Congreso nacional, y aparecían en programas de radio y televisión. Estaban constantemente promoviendo la calidad en la atención, reformas sobre el aborto, servicios de salud reproductiva más completos y una mayor conciencia sobre la sexualidad y la equidad de género. Sin embargo, durante toda esta etapa el programa de salud de las Manuelas nunca tuvo más que cinco o seis empleadas a tiempo completo.

Una de las primeras experiencias de las Manuelas en el ámbito de la política general ocurrió cuando la misión de la USAID en Perú elaboró una nueva estrategia de población para los próximos cinco años. La estrategia enfatizaba métodos de largo plazo y dependientes del proveedor. En esa época, sólo los DIU y la esterilización reunían esos requisitos. Las Manuelas se indignaron cuando se enteraron de la estrategia, y llamaron a que los grupos de planificación familiar y las nacientes comunidades feministas la criticaran en público. También pagaron para publicar un editorial en un periódico y organizaron un foro multisectorial sobre el tema. Al final, la estrategia sólo fue implementada parcialmente, antes de ser reemplazada con un plan cuya visión sobre el tema era mucho más amplia.

Poco a poco las Manuelas fueron invitadas a participar en diversas actividades locales en planificación familiar, aunque fuera de una manera simbólica. En 1990, habiendo acumulado mucha experiencia tanto en la entrega como en la reforma de servicios, las Manuelas empezaron a participar activamente en la política. Apoyaban candidatos específicos, exigían declaraciones sobre los derechos de la mujer de parte de todos los candidatos a puestos nacionales, y seguían cultivando sus redes de cooperación entre organizaciones de mujeres en todo el país.

No era un momento óptimo para construir un movimiento de mujeres en Perú. Entre la



represión militar y el terrorismo, quedaba muy poco espacio para el activismo democrático. Sendero Luminoso, el más grande de los grupos terroristas, estaba tomando control de los barrios pobres más jóvenes y menos organizados. Sendero proporcionaba algunos servicios básicos que el gobierno no había logrado instalar, y así se convertía en el gobierno local *de facto*. No obstante, a los terroristas les resultaba más difícil lograr sus metas en barrios donde las comunidades ya estaban organizadas autónomamente, casi siempre por grupos de mujeres líderes como las que habían participado en los primeros talleres de las Manuelas. Por lo dicho, los dirigentes de Sendero decidieron que las organizaciones de mujeres en barrios urbanos marginales representaban un obstáculo a sus planes, y empezaron a amenazar a las activistas locales. La directora de uno de los programas Vaso de Leche fue asesinada durante ese período, y las Manuelas también recibieron amenazas de muerte.

## EL PROYECTO REPROSALUD

Las activistas en salud femenina y los profesionales en salud reproductiva saben, desde hace mucho tiempo, que sus esfuerzos por ofrecer anticoncepción o tratar enfermedades de transmisión sexual se ven impedidos por

ciertos factores. Estos incluyen la limitada movilidad social de las mujeres, el escaso poder de negociación que las mujeres tienen con sus parejas y proveedores de servicios, e incluso la baja autoestima. No obstante, la experiencia práctica de grupos como el Movimiento Manuela Ramos había empezado a demostrar que era posible superar estos obstáculos.

En las vísperas de la conferencia de El Cairo<sup>3</sup>, la USAID nombró a Susan Brems para dirigir su División de Salud, Población y Nutrición en Perú. Susan, cuya formación fue en salud pública y antropología social y cultural, había dedicado toda su carrera al desarrollo internacional. En Perú, Susan decidió crear un proyecto de salud reproductiva que iría mucho más allá del paradigma tradicional de distribución de anticonceptivos, partiendo de una visión integral de la salud reproductiva y la potenciación de las mujeres. Con la ayuda de Barbara Feringa, una becada en población que en ese momento proporcionaba asistencia técnica a la Oficina de Población de la USAID, Susan elaboró una solicitud de propuestas para un proyecto capaz de tener éxito donde otros habían fallado: en las regiones más pobres del

---

<sup>3</sup> La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) fue convocada en El Cairo, Egipto, en 1994.





Perú. Con un presupuesto de \$25 millones de dólares durante cinco años, este proyecto representaría casi un tercio de la cartera de programas de población de la misión de la USAID en Perú. Los dos tercios restantes estaban programados para seguir apoyando iniciativas de planificación familiar del gobierno y el sector privado, con un énfasis en la mejora de la calidad de servicios existentes.

### **Diseño**

Susan ofrece una explicación sencilla de los orígenes del proyecto ReproSalud:

*Acá no hay nada nuevo en cuanto a salud reproductiva. Lo nuevo es que con las asignaciones de El Cairo, estamos aplicando lo que se ha aprendido en el campo del desarrollo. Muchos años de trabajo e investigación en desarrollo han conducido a las mismas lecciones básicas en cuanto a la importancia de la participación comunitaria y el trabajo desde abajo hacia arriba. Todo el mundo habla sobre estos conceptos tan fundamentales, pero en el terreno se los practica muy poco. La participación comunitaria suele pervertirse en un sistema en el que la gente local hace todo el trabajo sin que el proyecto les pertenezca de verdad. Es muy fácil convocar una asamblea popular, pero construir una verdadera capacidad de trabajo al nivel local es algo muy distinto.*

*[Luego de El Cairo] fue necesario borrar nuestros supuestos tradicionales sobre qué hace que mejore la situación de la gente. Hemos tenido que reconocer que muchas de nuestras actividades están socialmente construidas, por ejemplo, por el género y el poder. Necesitábamos un paradigma diferente.*

En vez de invertir en opciones tradicionales, tales como las nuevas tecnologías y la extensión de la entrega de servicios, ReproSalud se comprometió con el desarrollo social y económico de las mujeres para que puedan controlar sus propias vidas. Dice Susan, “Los problemas como la esquistosomiasis [una enfermedad causada por parásitos] se pueden controlar con una sola intervención técnica. Pero la planificación familiar y la salud reproductiva requieren contacto personal repetido.”

ReproSalud ingresaría a comunidades en lugares del Perú donde el gobierno y los servicios privados de planificación familiar apenas habían logrado encontrar clientes. Usando encuestas individuales, y “talleres autodiagnósticos” para grupos en cada comunidad, el personal del programa recogería información sobre los esquemas sociales de las mujeres, sus convicciones religiosas, y sus principales necesidades e inquietudes, todo con un enfoque en la salud reproductiva. Como parte de este proceso, las mujeres identificarían el aspecto de la salud



reproductiva que más les preocupaba. Posteriormente un club de madres o un programa de alimentación local, funcionando como subcesionario o socio de ReproSalud, propondría una solución al problema con la asistencia técnica y los fondos proporcionados por el personal central del proyecto.

Dicho proceso subrayaba la importancia de tres principios:

**Saber es poder.** Representantes de grupos locales asistirían a sesiones de capacitación para aprender sobre sus cuerpos y sobre el problema de salud que había sido identificado. Estas mujeres luego volverían a sus comunidades en capacidad de líderes y le enseñarían lo que habían aprendido a sus vecinas.

**La acción colectiva es poder.** El personal del proyecto trabajaría con organizaciones locales para ayudarlas a demandar mejoras en la atención en centros de salud pública locales, especialmente en lo relativo al problema de salud identificado.

**Dinero es poder.** En algunas regiones, el proyecto colaboraría con organizaciones locales para promover iniciativas de generación de ingresos y con bancos para establecer programas de crédito comunitarios. El 16% del presupuesto del proyecto fue destinado a estos fines, un hecho sin precedentes en los proyectos de población de la USAID en Perú. Se esperaba que el dinero generado por estas actividades permitiera que las mujeres compraran los remedios que antes resultaban demasiado caros y que quizás también les sirviera para renegociar cuestiones cotidianas con sus parejas.

### Autodiagnósticos

Los autodiagnósticos son procesos de investigación participativa que utilizan juegos y ejercicios de grupo diseñados para ayudar a las mujeres a analizar sus propias vidas, identificar sus necesidades en salud, y reflexionar sobre cómo perciben la atención médica que reciben. Las sesiones son animadas por una promotora de ReproSalud quien utiliza el idioma principal de la comunidad (ya sea quechua o español). El grupo utiliza la imagen de un árbol para analizar el problema elegido. El tronco del árbol representa el problema, las ramas representan sus consecuencias, y las raíces representan las causas subyacentes. Los autodiagnósticos requieren cuatro o cinco sesiones de cuatro horas cada una. La promotora graba las sesiones para su posterior transcripción y análisis sistemático, lo cual proporciona material para el componente de investigación etnográfica del proyecto. En este sentido los autodiagnósticos buscan producir nuevos conocimientos en base a un proceso en el que las mujeres adquieren una comprensión fundamental sobre sus propias vidas.

Si todo funcionaba según lo programado, las vidas de muchas mujeres cambiarían de maneras profundas, aunque silenciosas. La salud reproductiva, la movilidad social, la autoestima y la sensación de control sobre el destino propio de muchas mujeres mejorarían sustancialmente. La teoría detrás de este proyecto era que la salud reproductiva de las mujeres está estrechamente ligada a su situación social y económica. Por lo



dicho es difícil que accedan a los servicios de salud disponibles sin que antes hayan participado en un diálogo sobre el contexto social de sus vidas. Es por eso que los programas enfocados exclusivamente en el lado de la oferta nunca alcanzan su potencial. ReproSalud optó por la vía más larga—y lenta—de promover el desarrollo sensible al género. Lo hizo con el fin de potenciar a las mujeres para que pudieran promover sus propias elecciones reproductivas y su salud a través de cambios en el comportamiento personal y una mayor capacidad de influir en los servicios locales de salud.

Duff Gillespie, director de la División de Salud, Población y Nutrición de USAID en Washington, E.E. U.U., resume del siguiente modo su perspectiva sobre la postura de su agencia:

*ReproSalud no representa un cambio en la postura global de la agencia en cuanto a [los principios] de El Cairo. Más bien refleja un cambio en el clima en que operamos. La apertura actual nos permite hacer las cosas de una manera distinta, saliendo del esquema tradicional de la planificación familiar y la salud reproductiva. Nuestra política oficial alienta cualquier intento de adoptar nuevas perspectivas y dejar atrás paradigmas estrechos de entrega de servicios,*

*reemplazándolos con programas más integrales basados en la demanda.*

## **Implementación**

Susan Brems sabía que necesitaría un socio singular para llevar a cabo este proyecto. “Necesitábamos una organización capaz de realizar tareas dentro de un cronograma intenso, con un enfoque específicamente local, y que no requiriera un anteproyecto totalmente definido. [Queríamos una organización que tuviera] experiencia en todos los aspectos principales del proyecto, desde activismo en salud hasta educación de ‘autoayuda’ y generación de ingresos, todo desde una postura de género y potenciación de la mujer”, dice Susan. Era un desafío impresionante, para el cual el Movimiento Manuela Ramos estaba particularmente bien dotado.

A pesar de las críticas de algunos sectores del movimiento de salud feminista (por colaborar con la USAID y por correr el riesgo de fracasar y provocar una crisis organizacional dentro de las Manueles), el grupo decidió presentar una propuesta para el proyecto. Estaban convencidas de que a pesar de los desafíos que el proyecto implicaría, eran capaces





de llevarlo a cabo. No sorprende que la decisión de USAID de seleccionar a las Manuelas también provocó críticas, especialmente entre organizaciones tradicionales de planificación familiar que dudaban que una organización feminista establecida en la capital pudiera llevar a cabo un proyecto enorme y ambicioso entre los quechuas andinos y los pobladores de la región amazónica del Perú.

Las Manuelas no tenían experiencia con los complejos procedimientos de los contratos de USAID, por lo cual se pasaron la mayor parte del primer año del proyecto aprendiendo a gerenciar el proyecto. Susana Galdos, quien fue nombrada directora de ReproSalud, ofrece algunos ejemplos:

*Tuvimos que contratar una tremenda cantidad de personas. Nosotras habíamos funcionado con el mismo grupo de personal durante años, y éramos muy unidas. Ahora teníamos que instalar oficinas regionales en todo el país y encontrar gente de la región que hablara el idioma local, que tuviera la capacidad técnica para llevar a cabo sus funciones, y que además compartiera nuestra perspectiva de género. Esto resultó muy difícil. Contratamos a algunas personas de primera categoría pero también a algunas que no encajaron bien.*

*También tuvimos que comprar varios vehículos pesados, capaces de atravesar caminos primitivos. Dado que el proyecto era financiado por los Estados Unidos, tuvimos que comprar vehículos fabricados en ese país. No te puedes imaginar la cantidad de papeleo y los gastos involucrados en conseguir esos vehículos, ni hablar de la dificultad de conseguir repuestos.*

La misión de USAID proporcionó apoyo mediante Barbara Feringa, una asesora técnica que trabajó para ReproSalud a tiempo parcial. Barbara ayudó a las Manuelas a encontrar alternativas a los muchos desafíos administrativos y burocráticos; sin ella, no cabe duda que el entusiasmo característico de Susana Galdos se hubiera agotado en algún momento. Por su parte, Barbara dice que aunque las Manuelas no tenían sistemas administrativos adecuados, su capacidad natural de gestión les ayudó a atravesar el período de crecimiento acelerado.

Las Manuelas decidieron que tendrían que depender de mujeres formadas dentro de su

propia organización para llenar los cargos directivos de ReproSalud, aunque esto necesariamente reduciría el personal del programa de salud existente. Además de Susana Galdós, Susi Chávez, y Susana Moscoso, varias otras Manuelas pasaron a trabajar en ReproSalud, de modo que sólo Frescia Carrasco quedó como coordinadora de las actividades de salud clínica y políticas independientes de la USAID.

Una de las consecuencias negativas de la colaboración de las Manuelas y la USAID ha surgido hace poco porque el gobierno de los Estados Unidos—presionado por políticos opuestos al aborto en ese país—ha vuelto a aplicar una política que prohíbe el financiamiento de cualquier proyecto que proporciona abortos, deriva para abortos, o incluso promueve reformas relativas al aborto. Para no abandonar a miles de mujeres que han sido potenciadas por medio del proyecto ReproSalud, las Manuelas han tenido que sacrificar su posibilidad de expresarse libremente en referencia al aborto y por otro lado, han tenido que reducir su acción sobre este tema que estiman es una de las grandes causas de humillación, morbilidad, y muerte entre las mujeres peruanas.

## ***Saliendo al campo***

Las Manuelas abrieron oficinas en nueve regiones que fueron seleccionadas por tener altos niveles de pobreza, bajos niveles de uso de anticoncepción, y poco terrorismo. Contrataron coordinadoras regionales que a la vez reclutaron promotoras y administradoras locales. Las promotoras visitaban aldeas preseleccionadas, formaban contactos con clubes de madres y grupos de Vaso de Leche, y les contaban que una organización llamada Manuela Ramos quería ayudarlas a mejorar su salud y su calidad de vida.

Yo visité mujeres que trabajaban con ReproSalud a través de clubes de madres en varias partes del país. Todas me contaban sobre su primer contacto con el proyecto. En una aldea quechua, las mujeres me dijeron, “Este grupo llegó y nos dijo que estaba a nuestra disposición. No podíamos creer que no quisieran nada de nosotros. Lo normal es que venga alguien y nos diga que van a hacer algo por nosotros. Pero más tarde resulta que tenemos que pagar.” Esta reacción fue parecida a la que las Manuelas encontraron cuando empezaron a trabajar en



Lima. La directora de un club de madres en la ciudad capitalina lo recordó así: “Mi vecina me dijo, ‘¿Qué sentido tiene que vayamos? Tú sabes que nosotras en realidad no les importamos a ellas’. Pero yo había leído acerca de esta Dra. Manuela Ramos en los diarios y había visto algo al respecto en la televisión. Ella era muy famosa y resulta que quería venir a nuestro barrio. De modo que yo la quería ver. ¡No sabía que se trataba de una organización!” Y una mujer en la ciudad amazónica de Pucallpa dijo simplemente, “Me escucharon y me dijeron que querían apoyarme en lo que me importaba a mí. Nadie nunca me había hablado así.”

El próximo paso consistía en invitar a todos los grupos de mujeres existentes en los pueblos de un territorio dado a que sometieran una simple aplicación. Dicho documento debía incluir una historia del grupo y una descripción de un problema de salud reproductiva específico. En cada territorio respondieron 15 grupos. El personal regional de ReproSalud luego elegía cinco grupos finalistas y los invitaba a “competir” por la oportunidad de servir como socio local del proyecto. La competencia consistía en presentar un breve sketch o sociodrama sobre el problema que habían identificado.

Yo asistí a una de estas competencias de sociodramas en un pueblito quechua en los Andes peruanos. Uno por uno cada grupo presentó su

sketch. Cada agrupación estaba compuesta en promedio por 20 mujeres y media docena de niños (uno de los grupos, cuyos miembros caminaron ocho horas para llegar al evento, incluía unos cuantos maridos también). Algunos de los sociodramas fueron presentados en español, otros en quechua. Algunos trataron con la falta de atención prenatal adecuada, otros con la necesidad de conseguir anticonceptivos. Algunos fueron muy bien preparados y actuados, mientras que otros resultaron bastante improvisados. Pero todas las presentaciones fueron divertidas: mujeres tímidas se vieron transformadas en maridos borrachos, madres dando a luz, y vecinas regañonas. Al concluir las presentaciones se sirvió un almuerzo y se anunció que las decisiones finales llegarían por carta la semana siguiente.

Susana Moscoso, directora asociada de ReproSalud, explica cómo los sociodramas muestran el nivel de organización social de un grupo: “Nos preguntamos, ¿el grupo dio la impresión de que se tomó el tiempo necesario para pensar sobre el tema, para ensayar, para asegurar que todas llegaran? ¿Planearon los disfraces? No nos importa si resultaron ser buenas actrices. Lo que estamos evaluando es si son capaces de identificar un problema y trabajar cooperativa y efectivamente para tratar de resolverlo. Con los sociodramas resulta muy fácil ver esas cosas.”



Una vez elegido el grupo ganador, el personal de ReproSalud recolectaba datos cuantitativos sobre la comunidad mediante encuestas que incluían a hombres y mujeres y cubrían temas como empleo, ingresos, salud reproductiva (historia y situación actual), utilización de los servicios de salud, prácticas anticonceptivas y sexualidad. Datos cualitativos se recogían en “autodiagnósticos”, o sesiones participatorias en las que se identificaba el tema de género o salud reproductiva que más preocupaba a las mujeres de la comunidad (ver recuadro “Autodiagnósticos”).

El problema más común resultó ser los “descensos” o flujos vaginales. En otras aldeas “demasiados hijos” aparecía como la preocupación principal, seguida por las complicaciones del parto, el aborto, y el embarazo entre adolescentes. Dos temas que surgieron en los autodiagnósticos en prácticamente todo el país fueron la violencia doméstica y la mala calidad de la atención en el puesto de salud local.

Dado que las Manuelas creen que se debe escuchar a las mujeres e involucrarlas de una manera creativa en su propio “diagnóstico”, los talleres diagnósticos resultaron ser mucho más que una herramienta de investigación. En efecto, se convirtieron en una intervención de por sí mismas. Los talleres fueron tan revolucionarios para algunas mujeres que el personal se dio cuenta que cualquier encuesta

realizada después del taller ya no se podía usar para producir datos de línea de base, porque a esa altura ReproSalud ya había empezado a provocar un cambio en la vida de dichas mujeres.

En la próxima etapa las promotoras locales de ReproSalud ayudaban a las organizaciones asociadas a elaborar un plan de trabajo. En una típica sesión, una docena de mujeres y varios bebés se sentaban y, mientras espantaban moscas con las manos, articulaban metas generales, objetivos específicos y medibles, y actividades concretas. También definían cuántas personas, qué materiales, y cuánto tiempo se necesitaría para cada actividad. Toda esta información quedaba resumida en grandes hojas de papel. El personal de ReproSalud posteriormente calculaba un presupuesto y transferió fondos a la organización local.

A esa altura cada grupo de mujeres eligió un equipo administrativo y uno de enseñanza, los cuales luego recibieron capacitación con sus pares de otras comunidades. Cada equipo administrativo aprendió contabilidad básica, cómo hacer informes financieros, gerencia general, y liderazgo. Los equipos de enseñanza aprendieron sobre infecciones del aparato reproductivo, anticoncepción, o cualquiera que fuera el tema que su comunidad había identificado como prioritario, además de técnicas pedagógicas básicas como el aprendizaje participativo. Ambos programas de capacitación duraban una semana en promedio.



El equipo administrativo luego empezó a manejar el proyecto, mientras que las nuevas capacitadoras volvieron a sus comunidades y, con la asistencia de las promotoras de ReproSalud, empezaron a enseñarle a sus vecinas todo lo que habían aprendido. El proyecto estaba en marcha.

Durante sus dos primeros años en el terreno, ReproSalud identificó a 79 clubes de madres como socios y empezó el proceso de crear subcesionarios. Varios clubes ya han completado su primer proyecto y han iniciado un segundo ciclo de actividades.

El plan de ReproSalud estaba completamente basado en el trabajo con mujeres. Sin embargo, casi desde el principio varias mujeres cuestionaron esta postura, porque querían incluir a sus esposos en los talleres educativos. En algunos casos, las mujeres querían combatir la oposición de los hombres. Pero resultaba más común que las mujeres llegaran a casa tan entusiasmadas sobre lo que estaban aprendiendo en los talleres, que sus esposos expresaban interés por saber de qué se trataba.

Inicialmente hubo preocupación sobre las consecuencias de quitarle recursos a actividades para las mujeres, pero al poco tiempo el personal de ReproSalud modificó el diseño del proyecto según los pedidos de las propias mujeres. Benno de Keijzer, un antropólogo y médico de México experto en la temática de hombres y género, fue contratado para guiar esta iniciativa. Pero muy pronto quedó claro que sería necesario reclutar y orientar hombres que conocieran la cultura y el lenguaje local, para que pudieran servir como capacitadores. También hacía falta diseñar materiales específicos para usar en los talleres para hombres. El personal del proyecto seleccionó un grupo de hombres que representaba las distintas regiones del país y los convocó a un taller nacional de “capacitación para capacitadores.” El objetivo central del taller fue crear una oportunidad para que los participantes reflexionaran sobre su propia sexualidad, para que luego pudieran ayudar a otros hombres a pensar sobre sexualidad y salud reproductiva. Tal como en los talleres para mujeres, fue este proceso de reflexión el que permitió que el material influyera en la vida de los participantes. Estos capacitadores luego prepararon a otros hombres promotores/educadores en comunidades locales. Generalmente, las esposas de esos hombres

también estaban involucradas en ReproSalud. Finalmente, siguiendo el modelo de ReproSalud, los promotores locales ofrecieron talleres (con la ayuda de capacitadores) para los hombres en sus propias comunidades.

Estos talleres fueron tremendamente exitosos. Los hombres apreciaban la oportunidad de aprender más sobre sus cuerpos y su sexualidad, y también estaban muy interesados en conocer maneras de promover la armonía en sus familias. Este último objetivo provocó intensas discusiones sobre alcoholismo y violencia, sexo forzado, y comunicación. A la larga, la capacitación de hombres como educadores de otros hombres en sus propias comunidades resultó ser uno de los aspectos más notables del trabajo de ReproSalud. (Ver recuadro, “Género y talleres de salud para hombres”, para una descripción de algunos de los ejercicios en estos talleres).

### ***Programa de generación de ingresos***

El programa de generación de ingresos tiene dos componentes: un programa de microcréditos y otro de desarrollo y mercadeo de productos. Inicialmente el personal de ReproSalud había pensado trabajar con organizaciones de microcrédito establecidas, pero al final resultó más práctico trabajar con bancos comerciales. En la actualidad el programa trabaja con 20 bancos en cuatro regiones. Fue bastante difícil establecer una relación de trabajo entre los bancos y las organizaciones de mujeres locales. Ninguna de estas mujeres había estado dentro de un banco antes. Pensaban que por ser campesinas no estarían vestidas del modo correcto para hacerlo, y también les preocupaba el hecho de no hablar bien en español. El personal de ReproSalud en muchos casos acompañó a las mujeres durante sus primeras visitas al banco, para mostrarles cómo funcionaba y que no tenían por qué preocuparse.

Aunque la intención del sistema de crédito era permitir que las mujeres crearan microemprendimientos y cubrieran sus propios gastos de salud, en la práctica muchas mujeres han usado los créditos para una gran variedad de necesidades, como son los gastos del transporte familiar o remedios para un esposo enfermo. El programa funciona bajo el supuesto

## Género y talleres de salud para hombres

A la mayoría de los hombres les sorprende el taller. Lo que esperan es capacitación técnica, pero lo que encuentran es un proceso mediante el cual se miran a sí mismos y a su cultura con un ojo más crítico. Uno de los primeros ejercicios se llama "El cuerpo masculino." Se trata de una técnica que provoca el descubrimiento de la relación entre los rasgos predominantes de la masculinidad y las consecuencias o costos que éstos tienen para el cuerpo y la salud. El grupo explora la relación entre el papel masculino tradicional y los problemas de salud, por ejemplo:

- la relación entre el papel de "jefe, responsable, trabajador (o adicto al trabajo), y fuerte" y la soledad, la tensión, el estrés, las enfermedades cardíacas, la gastritis, y el abuso del alcohol;
- la asociación entre ser un "Don Juan" y tener enfermedades de transmisión sexual y SIDA; y
- la relación entre el machismo y una postura defensiva, el alcoholismo, la cirrosis, y la violencia.

Otro ejercicio se denomina "El túnel del tiempo." Por medio de una fantasía dirigida, los participantes retroceden en el tiempo y repasan su propia historia, visualizando los momentos, la gente, y los mensajes que tuvieron el mayor impacto sobre lo que son en la actualidad. El ejercicio se lleva a cabo de manera artística: los participantes deben crear un collage con dibujos, recortes, y textos. Luego los collages son examinados por el grupo entero. Para la

mayoría de los hombres, esta resulta ser la primera vez que piensan de una manera sistemática sobre las dinámicas de género en sus propias vidas y que comparten experiencias con otros hombres en un ambiente libre de competencia y bebidas alcohólicas.

Dichos ejercicios sirven como punto de partida, permitiendo que el grupo examine más detenidamente el papel de los hombres en la violencia, el alcoholismo, la sexualidad y la paternidad. Las sesiones posteriores tratan anatomía y fisiología sexual y reproductiva, los derechos de la mujer, los roles de género, y la anticoncepción. También se discuten los problemas particulares de salud reproductiva que las mujeres de la comunidad identificaron como prioritarios durante los talleres autodiagnósticos (por ejemplo, las infecciones del aparato reproductivo), y el papel de los hombres en el abuso dentro de la familia. En cuanto a este último tema, que a muchos hombres les cuesta mucho enfrentar, el objetivo es sensibilizarlos en cuanto al maltrato o el abuso que ellos mismos pueden haber sufrido o presenciado. De ahí, suele ser más fácil que consideren la violencia que ellos infligen en otros. Dice Benno de Keijzer:

La clave es hacer que se conecten con sus propias emociones y con las ideas culturales que sirven como base para la violencia hacia la familia. En ReproSalud hemos visto lo que está quedando claro en otros países: que hay cada vez más hombres dispuestos a reflexionar y vivir de una manera distinta.

de que no le corresponde a la institución crediticia (en este caso ReproSalud) determinar si el pedido de préstamo de una mujer es viable. Si una mujer considera que su mejor inversión consiste en ayudar a su esposo, de modo que él vuelva a generar ingresos, la decisión es suya. Hasta la fecha la gran mayoría de los préstamos han sido usados para apoyar actividades comerciales o para cancelar préstamos anteriores. Los grupos locales de mujeres garantizan todos los préstamos, y el índice de pago de los mismos es, en promedio, del 97,8%. En febrero del 2000 estaban participando un total de 183 bancos, y el

programa de microcrédito podría llegar a ser autosostenible a fines del año, lo cual sería mucho antes que lo normal para los programas de microcrédito.

### ***Desarrollo de productos para el mercado***

Uno de los emprendimientos más grandes apoyados por el programa de crédito se encuentra en la ciudad amazónica de Pucallpa. Luego de realizar un estudio sobre materiales locales y oportunidades de exportación, el grupo decidió empezar a fabricar escobas decorativas hechas con hojas de palmeros y papel artesanal



hecho con hojas de plátano. Marilena Da Souza fue elegida líder del equipo del proyecto porque, aunque recién se había integrado al grupo, había completado la escuela secundaria y había trabajado algunos meses como enfermera. Marilena resume así su historia:

*Me casé a los 17, justo después de que empecé a trabajar. Mi marido no quería que yo trabajara, de modo que me volví ama de casa y tuve cuatro hijos. Quedándome sola en casa, me empecé a sentir aislada y deprimida. El año pasado empecé a venir al club de madres, aunque mi marido se oponía. Durante mi primera visita, ¡me hicieron secretaria! Estando con las otras mujeres una no se siente tan sola; una se empieza a entusiasmar, a sentir más confianza. Entonces la gente de ReproSalud vino a contarnos sobre el proyecto. El grupo me nombró coordinadora.*

*Para mí es una gran responsabilidad. Las mujeres tuvieron que aprender que había que venir a trabajar. Todos los días. Tenemos que ser responsables.*

El grupo acaba de vender su primer embarque de escobas para exportación. Piensan usar el dinero para comprar “cosas que hasta ahora no podíamos pagar—cuotas escolares, atención médica. Vamos a celebrar con una gran fiesta.”

Por lo general, las actividades de desarrollo de productos de ReproSalud están empezando a rendir frutos. Algunos proyectos ya están recibiendo pedidos de empresas internacionales. Sin embargo, la inversión de tiempo y dinero requerida para asegurar que estos emprendimientos sean sustentables y rentables es enorme, especialmente teniendo en cuenta que la microempresa no es el área de especialización





principal de las Manueles. Por lo dicho, ReproSalud ha decidido que no va a extender las actividades de desarrollo de productos más allá de las cinco regiones donde ya se ha empezado a trabajar.

### **Acciones políticas**

Dado que ReproSalud es un proyecto de planificación familiar, una de sus metas principales es contribuir a la mayor utilización de servicios de planificación familiar. Pero mientras las mujeres vean que los servicios locales de salud reproductiva son de mala calidad, no los van a usar. Como resultado, uno de los componentes claves del proyecto consiste en ayudar a los clubes de madres y los grupos Vaso de Leche a exigir mejoras en la atención médica local de una manera más efectiva.

En la región de Huaraz, donde hay muchas quejas sobre los puestos locales de salud, un grupo de madres quechuas ha estado reclamando mejoras en los servicios. Una joven promotora de ReproSalud habló así de la confianza cada vez mayor del grupo:

*Ellas van y se plantan delante del funcionario [de salud pública]. Al principio, uno puede ver que él piensa que ellas no saben nada sobre planificación familiar. Pero luego ellas le explican su análisis de los problemas y las causas, sus necesidades, y sus planes. Y entonces, de repente, ¡él se da cuenta de cuánto saben! Para mí, ese es el mejor momento.*

Nydia Villavicencio Ríos, la coordinadora de ReproSalud para la región amazónica de Ucayali, explica:

*Las mujeres dicen que las enfermeras les insultan y les dicen, 'Esto le va a doler. ¡Lo debería haber pensado antes!' Por cierto, nunca le hablarían así a una mujer de clase media. Como consecuencia el 70% de las mujeres que viven en ciudades y el 90% de las que están en regiones rurales se quedan en sus casas cuando dan a luz. Cuando por primera vez conocí a estas mujeres, tenían miedo de ir al centro de salud y hablar francamente con el doctor. ¡Ahora van directo al alcalde! Le golpean la puerta, entran a paso firme, suben las escaleras, y le comunican sus inquietudes. Le cuentan sobre el trabajo que están haciendo y le dicen qué necesitan '¡Una escuela, Señor Alcalde!' Yo tengo un lugar en el corazón que se enorgullece al ver eso.*

### **Impacto**

El lanzamiento de ReproSalud generó otra pregunta importante: ¿Cómo evaluar este tipo de proyecto? A pesar del sentido común que gobierna los conceptos de diseño de ReproSalud, la evaluación de su impacto ha resultado ser uno de los desafíos más complejos. Como explica Susan Brems:

*En la USAID practicamos la gestión por resultados, pero ésta es un arma de doble filo. Por un lado, estamos gastando el dinero de los contribuyentes y debemos demostrar que se está logrando algo. Pero por el otro, resulta que el proceso del desarrollo es tan importante como el producto del mismo. Cuando nos tratamos de apurar, como ha ocurrido con muchos proyectos— incluso varios financiados por USAID— sacrificamos la sustentabilidad en el plazo largo. El proceso que conduce al desarrollo sustentable es lento. Tenemos que equilibrar los dos enfoques.*

Surgen grandes preguntas filosóficas y metodológicas: ¿En qué plazo de tiempo tiene sentido anticipar un aumento en el uso de anticonceptivos? ¿A quién es apropiado considerar un beneficiario del proyecto? Si resulta que no se registra un aumento en el uso de anticonceptivos, ¿se podrá justificar el proyecto en base a mejoras en la salud y el estatus de las mujeres? ¿Cuáles son los mejores indicadores de la potenciación de las mujeres?

Cuando se trata de evaluar un proyecto de este tipo, ¿cuál es la combinación óptima de investigación cualitativa y cuantitativa?

Liz Maguire, antigua directora de la Oficina de Población de la USAID en Washington, sabía que las Manuelas tenían que abrir nuevos caminos en cuanto a la elaboración de medidas de evaluación efectivas. “Este programa es distinto”, dice. “Necesitamos aspectos cuantitativos para la evaluación, pero también cualitativos. Tenemos que documentar el proceso, permitiendo que las mujeres hablen y permitiendo que nosotras las escuchemos. Nuestra inquietud es saber qué podemos aprender en esta maravillosa oportunidad.”

A Duff Gillespie le siguen preocupando más los resultados cuantitativos:

*Muchos grupos internacionales tienden a identificar resultados “loables” para mostrar el éxito de un proyecto, dejando de lado la necesidad de demostrar un vínculo con el cometido fundamental del proyecto. En el ámbito de la población ese cometido sigue siendo, básicamente, el cambio en el comportamiento relativo a la fertilidad.*

Pero aunque el número de beneficiarios directos de este proyecto de 25 millones de dólares puede ser limitado, los beneficios a largo plazo de grandes proyectos tradicionales, enfocados al cambio “desde arriba”, también son cuestionables. Como señala Judith Bruce en la introducción a esta edición, los modelos

tradicionales de planificación familiar en muchos casos han fallado y han desperdiciado recursos. Incluso cuando logran algún éxito, dice Susan Brems, “los proyectos ‘desde arriba’ suelen consumir mucho dinero en transporte, vehículos, y sueldos para el personal directivo.”

Sin duda, un proyecto como ReproSalud es mucho más difícil de evaluar que uno en el que se registran cuerpos o el número de anticonceptivos que pasa por un galpón de almacenamiento. Observa Susan: “Las mediciones como los APP (años de protección por pareja) se utilizan precisamente porque no es fácil medir cosas que implican un cambio profundo y sostenible.” Como académica y representante de una entidad donante, Susan tiene un interés ineludible en evaluar el impacto de ReproSalud. Pero a la misma vez queda claro que piensa que los desafíos de la evaluación no deben debilitar el compromiso con hacer correctamente las cosas.

## LOS PRIMEROS RESULTADOS

No obstante, cuando las Manuelas decidieron solicitar una extensión del proyecto por cinco años más, la necesidad de proporcionar algún tipo de documentación preliminar aumentó. El equipo de ReproSalud decidió realizar su primera actividad de evaluación de impacto a nivel local en tres regiones andinas donde el proyecto había trabajado por lo menos





un año. A este esfuerzo cualitativo se sumaron estudios cuantitativos de conocimientos anteriores y posteriores de la participación en los talleres comunitarios. También se analizaron estadísticas de utilización de servicios a lo largo del tiempo, tomando como base los registros de los puestos de salud que servían los pueblos de dichas regiones. Todos los resultados, resumidos a continuación, fueron notables, tomando en cuenta el poco tiempo en que el proyecto ha operado.

## **Estudios de impacto cualitativo**

Usando una entrevista semiestructurada como guía, se entrevistó a mujeres, hombres, jóvenes, dirigentes locales, autoridades de salud y funcionarios municipales sobre el progreso y el impacto preliminar del proyecto en cuanto a las metas de promover (1) la potenciación de las mujeres y (2) el uso de anticonceptivos. Para medir la potenciación de las mujeres, los investigadores identificaron indicadores al nivel individual, familiar, y comunitario (ReproSalud 1998). Dado que este proyecto busca potenciar a las mujeres para que propicien su propia salud reproductiva, los comportamientos que beneficiaban la salud fueron incluidos como un indicador más de la potenciación. Los datos recolectados sobre resultados en planificación familiar incluyeron cambios en el conocimiento, las actitudes, y el uso de anticonceptivos.

## **Resultados en cuanto a la potenciación**

**Potenciación al nivel individual.** Los indicadores de la potenciación de las mujeres al nivel individual incluyeron:

- mejoras en la autoestima;
- control del dinero por parte de la mujer;
- conocimiento de sus derechos; y
- conocimiento y comodidad con el cuerpo y el sistema reproductivo propio.

Además de estar asociados con el bienestar general, estos indicadores suelen estar ligados a comportamientos positivos en salud reproductiva y al uso de la planificación familiar. Los siguientes extractos vienen de los testimonios de varias mujeres:

*Una vez por mes venimos de a pie o por autobús a la ciudad de Huaraz para sacar un poco*

*de nuestro dinero del banco.... La primera vez que entramos teníamos miedo. No estábamos vestidas como la gente del banco. Nosotras hablamos quechua. Y además no estábamos acostumbradas a trabajar con dinero en efectivo. (Pausa) Pero ahora ya no nos sentimos nerviosas. (Una gran sonrisa le ilumina la cara). Ahora nos gusta.*

Aurelia, coordinadora de proyecto en  
Canchabamba

*Le puedo asegurar, mi orgullo me acompaña a casa.*

Marilena, joven coordinadora de la fábrica de escobas en Pucallpa

*Antes éramos como burras, no sabíamos nada. Ahora me siento útil por lo que sé, por el hecho de que yo también puedo saber algo. Antes, no sabíamos nada, éramos olvidadizas y llorábamos, llorábamos. Ahora conocemos las partes del cuerpo y cómo funcionan, los métodos anticonceptivos, cómo se produce un bebé, cómo cuidarse y comer para tener un bebé sano; cómo enseñarles a las otras mujeres y saber si una mujer necesita ir al centro de salud; los derechos de la mujer, que nadie nos puede maltratar, ni siquiera nuestros esposos, y aprender a respetarnos a nosotras mismas.*

Paula, de 43 años y siete hijos, promotora en Huaripampa Bajo

*Yo no conocía los derechos: Que nuestros maridos no nos peguen, que no nos obliguen a tener relaciones sexuales. Decidir el número de hijos. Conocer las partes de nuestros cuerpos, por adentro y por afuera. Usar el método [anticonceptivo] que preferimos.*

Cirila, de 53 años, 12 hijos nacidos, presidenta de una Organización de Comunidad Basada (OCB)<sup>4</sup> en Chuyo

Si tuviera que elegir una sola impresión que resalta al hablar con las mujeres que están trabajando con ReproSalud a través de sus clubes, sería que tienen un sentido más grande de su capacidad de negociación y una mejor autoestima.

**Potenciación en la familia.** La potenciación al nivel de la familia se evaluó según cambios en las siguientes áreas:

<sup>4</sup> "OCB" se refiere en forma general a las organizaciones comunitarias de base. ReproSalud clasifica a todos los clubes de madres y grupos Vaso de Leche como OCB una vez que se involucran con ReproSalud.

- violencia doméstica;
- satisfacción en cuanto a la sexualidad;
- vida familiar en general, incluso procesos de comunicación y toma de decisiones más abiertos e igualitarios; y
- la movilidad social y geográfica de las mujeres.

*Violencia doméstica.* En lo que quizás sea el resultado más impresionante registrado en todo el estudio de evaluación, parecería que la intervención de ReproSalud, con menos de un año de actividad, ha conducido a una dramática disminución en los niveles de consumo de alcohol, la violencia doméstica, y el sexo forzado en todas las aldeas que visitamos. Aunque una pequeña minoría de las entrevistadas (cuyos maridos no habían participado en la capacitación para hombres) indicaron que el comportamiento violento de sus parejas no había cambiado, la gran mayoría (tanto hombres como mujeres) habló de manera abierta y durante largo rato sobre este cambio.

*Treinta hombres fueron capacitados. En la comunidad hay unos 100 más. Los maridos que han sido capacitados comprenden mejor. Antes, nos obligaban a tener relaciones de una forma brutal. Nos pegaban, especialmente cuando estaban borrachos. Ahora ya no lo hacen. Yo veo este cambio entre mis primas. Ellas me dicen, “Gracias a Dios que vino esta ayuda, que mi marido comprende y hemos dejado atrás esa vida y él sabe cómo preguntar.” Yo me siento muy orgullosa.*

Eusebia, de 32 años, tesorera del subproyecto en Acopalca

*Antes, cuando nuestros esposos nos pegaban, nos quedábamos quietas y llorábamos. Ahora no tenemos miedo. Podemos hacer una denuncia; algunas mujeres lo están haciendo. Antes, no. Sólo cocinábamos y llorábamos. Mi marido era muy difícil conmigo antes. Ahora resulta que fue a la capacitación para hombres. Y es más afectuoso.*

Rosa María, de 35 años y siete hijos, asistió al taller en Huarimayo

*Al principio lo tuve que pensar. Lo tuve que conversar con los otros hombres en el grupo. Más o menos decidimos juntos. Los que cambiamos somos más respetados por las mujeres. Yo no*

*extraño el alcohol. Mis pies solían dolerme cuando bebía; además, ahora trabajo mejor.*

Alberto, de 55 años y 11 hijos, es funcionario municipal en Huaripampa Bajo

*Yo pienso que es cierto que los hombres están bebiendo menos y maltratando a las mujeres menos porque ahora entienden. Incluso en mi propia familia y en las familias de mis parientes. Antes yo veía mucho de eso, pero ahora ya no. Esto me hace sentir feliz. Cuando era joven, yo vi cuando mi padre lastimó a mi madre y sentí mucha ansiedad. Yo siempre tenía miedo cuando mi padre bebía. Yo quisiera enseñarle a los jóvenes sobre el abuso, para que ya no haya más.*

Crispín, de 20 años, promotor juvenil en Canchabamba

*Sexualidad y vida familiar.* Los conocimientos, las actitudes y las experiencias relativas a la sexualidad y la vida familiar también están cambiando.

*La capacitación abrió el tema de cómo tener relaciones, cómo tener... placer. Él aprendió sobre el clítoris (sonríe). Es un gran cambio.*

Juana, de 49 años, coordinadora en Acopalca

Marilena, coordinadora de la fábrica de escobas, cuenta cómo su marido se sentía amenazado por el hecho de que ella trabajara:

*Él dijo, “Tú tienes más educación que yo. Ahora vas a ganar más dinero que yo. Estás vistiendo los pantalones en esta familia.” Pero ahora él está de campaña para alcalde del distrito y yo lo estoy ayudando con la campaña. Mis hijos han aprendido a hacer más. Ayudan a cocinar y limpiar. ¡Y ahora mi marido también quiere aprender a hacer las escobas!*

Nydia Villavicencio Ríos, la coordinadora regional de Ucayali, explica cómo el contacto con el proyecto ReproSalud afecta las relaciones de género en los matrimonios de las mujeres: “Las mujeres dicen, ‘Antes, cuando mi marido llegaba borracho a casa yo le tenía que servir [sexualmente]. Ahora sé que él no me puede tomar a la fuerza, porque yo tengo el derecho’. Y cuando hablamos con los hombres, estamos encontrando que están dispuestos a cambiar.”

**Potenciación al nivel comunitario.** La evaluación sobre la potenciación de las mujeres al nivel comunitario encontró mejoras en:

- la unidad interna de los grupos de madres;
- el estatus y la actividad de los grupos y sus miembros;
- el nivel de influencia del grupo en el cabildeo del gobierno municipal; y
- la actividad y efectividad del grupo al exigir mejoras en la calidad de la atención de los servicios locales de salud.

*Ahora, en las asambleas comunales, muchas más mujeres opinan, cualquiera opina. Antes los hombres decían '¿Por qué las mujeres se tienen que meter?' Ahora los varones ya no nos dicen nada.*

Angélica, de 37 años y tres hijos, ex-presidenta de la OCB en Harimayo

*Nuestra comunidad nunca ha tenido una mujer como presidente. Sí, yo podría ser presidente. Yo mejoraría muchas cosas aquí.*

Domitila, de 33 años y cuatro hijos, presidenta de la OCB de Huaripampa Bajo

*ReproSalud está trabajando en Huarimayo. Las mujeres están jugando un gran papel. El trabajo que hacen es totalmente práctico. Están cansadas de trabajar y de ser dominadas por sus hombres. Vinieron aquí pidiendo ayuda para construir su casa [sede] y les estamos ayudando. Las líderes están aquí todo el tiempo, ¡y son muy exigentes! (sonríe). Las líderes son muy buenas. A pesar de todo el machismo, logran hacer cosas. Yo tengo confianza en las mujeres.*

Alcalde García  
Titular de la Municipalidad de Chavin

Las opiniones sobre la magnitud del cambio positivo en los servicios de salud variaron mucho, incluso dentro de las mismas comunidades. Muchas mujeres pensaban que los servicios habían mejorado, mientras que otras decían que no había cambiado nada. Los gerentes de hospitales y centros de de salud parecían apreciar la contribución de ReproSalud y el apoyo que el proyecto estaba brindando.

*Antes, la gente en el hospital nos amenazaba y nos decía que teníamos que usar anticoncepción. Nos trataban así, nos despreciaban. Ahora la situación es mejor.*

Primitiva, de 32 años y tres hijos, tesorera del subproyecto en Huarimayo

*Antes no nos atendían bien en el hospital... decían que las estábamos molestando. Le dijimos al director que tenemos derechos, que nos atiendan mejor. Ahora nos atienden bueno y rápido.*

Angélica, de 37 años y tres hijos, ex-presidenta de la OCB en Huarimayo

*Al principio teníamos miedo de acudir al director del hospital. Nos hacía temblar. Pero nos recibió bien. El director nos dijo que no quería que la gente del campo fuera tratada mal. Ahora no tenemos miedo. Pero la situación no ha cambiado. No han hecho nada. Las recepcionistas nos tratan peor. Las enfermeras también son malas. Los doctores son mejores, una vez que nos ven. Pienso que seguiremos haciendo presión y que la situación va a cambiar. Poco a poco.*

Eusebia, de 32 años, tesorera del subproyecto en Acopalca



*Las mujeres se quejaban de que no se las trataba con respeto y que tenían que esperar demasiado... estamos mejorando el movimiento de pacientes. Ahora se les da una tarjeta y empiezan a pasar. Antes teníamos un proceso más lento en el manejo de sus documentos. De modo que ahora esperan menos. También hemos capacitado a todos los niveles del personal en cuanto a cómo tratar a los pacientes. Tenemos una caja de sugerencias que revisamos para hacer mejoras. Los formularios tienen dibujos para que las mujeres analfabetas también puedan aportar sugerencias.*

Lucy Ribera, enfermera encargada de salud de la mujer en el Hospital de Huari

**Potenciación para promover la salud reproductiva.** El último aspecto de la potenciación estudiado por la evaluación fue la capacidad de las mujeres de promover su propia salud reproductiva a través de:

- comportamientos que promueven la salud en el hogar;
- la utilización de servicios (lo cual también se examinó por separado con análisis cuantitativos); y
- el intercambio efectivo con proveedores individuales de servicios de salud.

Se registraron cambios positivos para cada uno de estos indicadores.

*Antes, no sabíamos nada sobre cómo cuidarnos. Cómo mantener limpias nuestras vaginas. Ahora todas sabemos. Nos lavamos con agua limpia. No ponemos nada adentro. Ni siquiera jabón. Antes, yo solía ponerme jabón adentro.*

Eusebia, de 32 años, tesorera del subproyecto en Acopalca

*El doctor me dijo que la descarga vaginal ocurre a causa de la ansiedad. ¡Yo le dije que fui a una capacitación y que sé que no es por eso! Entonces se quedó callado.*

Victoria, de 32 años y cinco hijos, Acopalca

*La semana pasada una mujer vino a hablarme sobre agua blanca.<sup>5</sup> Primero me describió el problema. Luego me pidió el tratamiento. ¡Esto me sorprendió! Con las otras mujeres tenemos que preguntar, tenemos que animarlas para que hablen. No nos quieren contar nada. Pero las mujeres que han sido*

*capacitadas por ReproSalud hablan abiertamente sobre sus cuerpos. No tienen inhibiciones.*

Lucy Ribera, enfermera encargada de salud de la mujer en el Hospital de Huari

## **Resultados anticonceptivos**

El segundo componente de la evaluación trató de determinar qué cambios habían ocurrido en relación a la anticoncepción, y específicamente en el conocimiento, las actitudes, y el uso de los mismos. Los resultados indican un cambio profundo. La idea de la planificación familiar había ganado muchísima credibilidad durante el año anterior en todas las comunidades que estudiamos. Las posturas individuales van desde las que comenzaron con un anticonceptivo hasta las que lo están considerando por primera vez.

*Después de mi primer hijo, me cuidaba con la regla. Quedé embarazada, y de ahí utilicé hierbas. Cuando no me llegaba la regla, me tomaba la hierba y al día siguiente me venía la regla. Cuando fuimos a la capacitación sobre cómo cuidarse, mi marido decidió que la inyección sería la mejor opción. Desde que nació mi último hijo, hace dos meses, estamos controlando [con la inyección].*

Primitiva, de 32 años y tres hijos, tesorera del subproyecto Huarimayo

*En la capacitación de ReproSalud nos hablan sobre cómo protegernos con el calendario, con píldoras, con el condón, con la operación en el brazo [Norplant], la T de cobre, la operación [esterilización] para el hombre y para la mujer. Lo que me dijeron fue distinto de lo que me dijeron en el centro de salud... en ReproSalud nos hablan en quechua, nos dedican más tiempo, nos dan más detalles.*

Elda, de 34 años, embarazada con su quinto hijo, asistió al taller en Huaripampa Bajo

*Desde que fuimos a las charlas, mi mujer y yo nos cuidamos. Yo prefiero así natural, bajo de regla de mujer, y bueno, de vez en cuando ya pues el condón. Antes no hemos sabido nada. Antes no cuidamos nada.*

Sabino, de 52 años, padre de cuatro hijos, funcionario municipal, asistió al taller en Chuyo

*Los varones han cambiado. Antes éramos todos como animales. Ahora, ellos han cambiado y yo he cambiado. Conocemos todo sobre nuestros cuerpos. Él dice que no alcanza el trabajo para alimentar a los niños. Ahora yo sé lo que es*

<sup>5</sup> El término "agua blanca" se utiliza por las mujeres locales para describir la descarga vaginal.



*controlar con la inyección. Si no tengo eso, voy a usar las T de cobre. Si eso no funciona, entonces uso la píldora. Cualquiera de éstos.*

Aurea, de 33 años y siete hijos, asistió al taller en Chuyo

*ReproSalud ha ayudado a estas mujeres a confiar en la planificación familiar, a querer aprender, a sentirse valoradas. Incluso si ReproSalud se retira de la comunidad el año que viene, el número de mujeres que usa planificación familiar va a seguir aumentando. Porque lo cierto es que algo ha cambiado, y con ese cambio no hay manera de retroceder.*

Rosa Manrique, enfermera técnica en Canchabamba

Los resultados de la evaluación fueron muy parecidos a los que surgieron de un estudio realizado en varios países por el Fondo Global para la Mujer. Ese estudio evaluó proyectos que promovían la potenciación y la planificación familiar entre organizaciones de mujeres. Al igual que la experiencia en Perú, el estudio encontró que las mujeres veían la adquisición de autoestima y confianza propia como requisitos previos para lograr cambios en la vida familiar y comunitaria, y que la participación en organizaciones de mujeres fomenta ese tipo de crecimiento individual. Los autores del estudio sostuvieron que, al no prestarle atención a estos factores personales, los expertos en desarrollo no logran comprender los complicados procesos mediante los cuales las mujeres y sus organizaciones pueden provocar cambios positivos.

Los resultados de estas evaluaciones se suman a un cuerpo cada vez más nutrido de literatura especializada que está derrumbando el supuesto tradicional de que no tiene sentido intervenir en cosas tan intangibles y profundamente arraigadas como las dinámicas de género y la autoestima. Por cierto, una mejor autoestima y un sentido más amplio de lo que se puede lograr hoy son características emblemáticas de las mujeres—y los hombres—cuyas vidas han sido tocadas por ReproSalud.

## **RESULTADOS CUANTITATIVOS**

Los primeros datos cuantitativos fueron generados por encuestas a una selección de participantes en talleres comunitarios (antes y después del taller). Las respuestas mostraron un

mejor conocimiento de cómo funcionan los métodos anticonceptivos. También revelaron mejoras notables en el porcentaje de entrevistadas que sabía cuál es la etapa fértil en el ciclo mensual (de 29% a 50%); el porcentaje que había tenido una discusión reciente sobre la planificación familiar (de 60% a 98%); y el porcentaje que había expresado la intención de empezar a usar un método durante el próximo año (de 40% a 68%).

Simultáneamente a la evaluación cualitativa descrita anteriormente, la cual se llevó a cabo entre 8 y 12 meses después de concluidos los talleres, se realizaron estudios para medir el impacto en la utilización de servicios. Se analizaron los registros de locales de atención en planificación familiar durante dos meses previos al inicio de la actividad de ReproSalud, y luego durante los mismos dos meses un año después de los talleres. Este análisis corroboró los resultados cualitativos. Aunque los registros no son de la mejor calidad y los números absolutos son pequeños, se documentaron aumentos impresionantes en la utilización de servicios anticonceptivos entre residentes de pueblos donde ReproSalud está trabajando. En un hospital se registró un aumento del 400% en visitas de planificación familiar por residentes de la comunidad local donde estaba trabajando ReproSalud, comparado con un aumento del 51% en las visitas de residentes de comunidades rurales cercanas que no participaban en el proyecto, y una disminución en el número de visitas de residentes del centro urbano en donde el hospital estaba situado.

Los registros de otro hospital mostraron un aumento del 100% en las visitas de planificación familiar de residentes de la comunidad donde trabajaba ReproSalud, comparado con un aumento del 39% en las visitas de residentes de otras comunidades rurales cercanas y un aumento de 26% entre residentes urbanos locales (Rogow y Díaz 1999). Las Manueles están recolectando más datos y completando análisis adicionales para corroborar y complementar la evaluación inicial. También está programado repetir las encuestas de línea de base cuando se termine el proyecto. No obstante, los resultados iniciales indudablemente apoyan el uso de modelos integrales que permiten que la mujer controle su fecundidad en un contexto de potenciación general. Si los resultados de la evaluación inicial son con-

firmados por otros estudios en otras partes de Perú y a lo largo del tiempo, los investigadores podrán extraer importantes lecciones sobre las poblaciones “difíciles de alcanzar” que han demostrado poco interés en la anticoncepción.

## **ANÁLISIS DE ERRORES Y DEFINICIÓN DE DESAFÍOS**

Aunque tuvieron mucho éxito, los miembros del equipo de ReproSalud también cometieron bastantes errores en la ejecución del proyecto, los cuales están más que dispuestas a reconocer. Según Susana Moscoso, “El error más serio fue intentar hacer demasiado al principio.” Susana opina que las Manueles no deberían haber tratado de establecer los componentes de salud reproductiva y generación de ingresos del proyecto a la misma vez que se estaban tratando de establecer institucionalmente. También le parece que trataron de trabajar en demasiadas regiones geográficas al comenzar el proyecto, incluso cuando quedó claro lo difícil que sería conseguir personal local idóneo. Susan Brems coincide con Susana, y agrega que si hubieran trabajado en menos regiones las Manueles hubieran podido entender mejor qué tipo de infraestructura se necesitaba para manejar cada oficina regional—antes de abrir tantas.

También surgieron problemas técnicos. Como se señaló anteriormente, los talleres auto-diagnósticos ocurrieron antes que las primeras encuestas de línea de base para la evaluación. Pero dado que los talleres eran de por sí una especie de intervención, resultó difícil determinar si los resultados de las encuestas se podían usar como línea de base para las evaluaciones. Posteriormente ReproSalud empezó a realizar las encuestas antes que los talleres.

La idea detrás de las encuestas de línea de base era poder repetir las varias años después con el propósito de determinar si habían ocurrido cambios. Sin embargo, no se sabía con exactitud qué tipo de cambios se podía esperar, y medir, durante ese plazo. Al principio se pensó que el uso de anticonceptivos, los comportamientos a favor de la salud, y los aspectos económicos serían los indicadores clave. Pero al poco tiempo las Manueles vieron la necesidad de agregar indicadores intermedios para medir mejoras en la movilidad social y el poder de decisión.

Otro problema tenía que ver con la cantidad de tiempo requerido para que las mujeres pasaran de la etapa en que se interesaban por aprender sobre un problema específico, a la etapa donde efectivamente habían aprendido lo suficiente como para resolver el problema. El proceso mediante el cual las mujeres aprendían a ser educadoras comunitarias, planificadoras de programas, administradoras de fondos y defensoras de derechos solía consumir seis o siete meses. ReproSalud no sólo le estaba “enseñando a pescar a una mujer hambrienta.” ¡También le estaba enseñando cómo fabricar un equipo de pesca y cómo encontrar un río!

Además, el personal de ReproSalud tomó por sentado que el proyecto trabajaría exclusivamente con mujeres. Las evaluaciones verificaron que la inclusión de hombres tendría un efecto potente en cuanto a la promoción del cambio en las dinámicas de género. Los hombres que participaban en los talleres posteriormente decían que estos les habían llevado a profundos cambios personales, los cuales eran corroborados en entrevistas con sus esposas.

También se ha descubierto que la promoción de actividades políticas resulta más difícil—y menos susceptible a intervenciones programáticas directas—que las actividades educativas o de generación de empleo. Como lo expresa Susana Moscoso, “Nuestro trabajo en el ámbito de las políticas es más lento que otros tipos de trabajo. Al fin de cuentas, estamos construyendo democracia.”

Por último, cabe señalar que el Movimiento Manuela Ramos pagó un precio durante el proceso de implementación de ReproSalud. El tener que triplicar el número de personal causó una especie de shock institucional. Asimismo, el enorme aumento en el presupuesto de sólo uno de los programas de la organización (a tal punto que el presupuesto total de las Manueles se multiplicó por cinco) provocó mucha confusión administrativa. Por ejemplo, no quedó claro si las mujeres recién contratadas para trabajar en ReproSalud también pertenecían al Movimiento Manuela Ramos. Con el transcurso del tiempo, la mayoría de las mujeres en el personal regional del proyecto no sólo han llegado a identificarse como Manueles—muchas también se identifican como feministas.



Poco a poco los programas de las Manuelas en salud, orientación legal, y generación de ingresos han empezado a interactuar con los de ReproSalud. Por ejemplo, el servicio de salud de Pamplona Alta manejada por las Manuelas se ha convertido en una sucursal de ReproSalud; el programa legal ha empezado a ofrecer servicios en la oficina de ReproSalud en la región de Puno; y el programa de generación de ingresos está estudiando maneras de combinar fuerzas con las actividades de microempresa de ReproSalud.

El aislamiento del personal regional representa otro desafío. Aunque se espera que propicien un movimiento de auto-protección de la salud y que supervisen programas de crédito y microempresas, las promotoras regionales sólo cuentan con el apoyo de sus pares y de sus supervisoras, las coordinadoras regionales. Además, las coordinadoras regionales sólo se reúnen en grupo cuatro veces por año. “En esas ocasiones nos enfocamos en los problemas y no nos detenemos para hablar de los éxitos”, dice Nydia Villavicencio Ríos, coordinadora para Ucayali. “Yo siento la necesidad de que mis colegas vengan y vean lo que estamos haciendo. A veces me siento sola.”

En algunas ocasiones el proyecto también enfrentó oposición política. El personal de ReproSalud encontró mucha resistencia en algunas regiones andinas donde el programa de esterilización del gobierno había provocado fuertes controversias. Un club de madres que no participó en el programa difundió un rumor según el cual el personal de ReproSalud formaba parte de la campaña de esterilización. En otros lugares las autoridades católicas inicialmente trataron de disuadir a los clubes de madres de que participaran en el proyecto. Pero cuando los sacerdotes y las monjas se enteraron que las mujeres mismas escogían el problema que querían resolver, ya no pudieron decir que el programa era una imposición de grupos externos. Por último, las Manuelas también tuvieron que manejar la envidia y el resentimiento de algunas agencias que no habían sido invitadas a participar, y de funcionarios del ministerio de salud que habían esperado tener más influencia sobre las actividades del proyecto. En cada caso el personal de ReproSalud intentó dialogar con los que criticaban el proyecto, y poco a poco, en la mayoría de los casos, pudieron dirimir las diferencias.

El éxito de ReproSalud, en la última instancia, depende en gran parte de un factor que el proyecto no puede controlar: la voluntad del gobierno de mejorar la calidad de los servicios. A pesar de la presión que puedan llegar a ejercer, las mujeres sólo aumentarán su utilización de los servicios locales de salud si esos servicios mejoran en respuesta a sus reclamos. Este tipo de cambio ha resultado ser lento en el mejor de los casos. Como lo explica Nydia Villavicencio Ríos, parada al lado de un árbol de plátano que están por cosechar para producir papel artesanal, “Incluso con todo lo que hemos logrado, este es un proceso lento. Estamos cambiando a la gente. Estamos cambiando instituciones.”

Susana Galdos cree que ReproSalud ayudará a crear comunidades con familias más sanas y felices. Según ella, el proyecto va a abrir el camino para solucionar problemas que durante décadas parecían insuperables—problemas como los altos niveles de embarazos no deseados y la violencia doméstica. Además Susana anticipa que ReproSalud producirá una rica cosecha de mujeres líderes, mujeres con la capacidad, el coraje, y la experiencia que se requieren para impulsar el cambio.

Todos están de acuerdo que ReproSalud ha abierto nuevos caminos en sólo un par de años, pero también se reconoce que no hay manera de lograr todos los objetivos del proyecto en los cinco años inicialmente programados. Por eso USAID ha decidido extender el proyecto por cinco años más. Aunque la salida de Susan Brems y Bárbara Feringa de USAID/Perú probablemente reducirá el nivel de apoyo técnico que las Manuelas reciben de USAID, las Manuelas confían en su capacidad de seguir adelante. El último capítulo de ReproSalud todavía no se ha escrito.

## **EL MOVIMIENTO MANUELA RAMOS EN LA ACTUALIDAD**

Hoy en día la sede del Movimiento Manuela Ramos ocupa un atractivo edificio de tres pisos en Lima. El edificio, pintado en una combinación de azul, amarillo, y marrón, está rodeado de un soleado patio. En un rincón del mismo se ubica la tienda de artesanías de las Manuelas. En un día reciente, dos mujeres conversaban en el patio con una productora de cerámicas, explicándole cómo la tienda le podía

ayudar a vender. Las oficinas generales de las Manuelas están en el segundo piso del edificio; las de ReproSalud en el tercero. Aunque las Manuelas han contratado a más de 100 personas para trabajar en el proyecto ReproSalud, el equipo original del movimiento comprende sólo 40 empleadas, tres de las cuales formaron parte del grupo que se empezó a reunir los martes por la noche 20 años atrás. Dice Rosa Espinoza, “La gente siempre nos pregunta sobre la estabilidad de nuestro personal. Pero lo que pasa es que nosotras no estamos trabajando por un sueldo [los sueldos de las Manuelas son bajos]; estamos trabajando por una idea. Valoramos la oportunidad de hacer que nuestras ideas sean realidad a través de este trabajo. Y lo hemos hecho todo de una manera colectiva.”

Las fundadoras originales de la organización sienten orgullo al recordar cómo las Manuelas fueron ganando importancia y credibilidad. “Las organizaciones que criticaron nuestro enfoque en las cuestiones de vida personal, en fin... 20 años después ya dejaron de existir, mientras que nosotras seguimos creciendo”, recuerda con una risa Victoria Villanueva. Las Manuelas aparecen mencionadas en los diarios casi todos los días y reciben invitaciones de la comunidad médica para dar conferencias, consejos, y cooperación sobre una variedad de iniciativas de salud. También tienen mucha credibilidad en el Congreso de Perú, donde sus opiniones en temas de salud reproductiva tienen mucho peso. Durante una crisis provocada por la mala calidad técnica y las inadecuadas prácticas de consentimiento informado del programa nacional de esterilización, un parlamentario llegó a demandar, de manera grandiosa, que “la Dra. Manuela Ramos nos dé testimonio sobre esta crisis.” Todos los demás congresistas se rieron porque todos, menos el que acababa de hablar, sabían que Manuela Ramos no es una persona, sino una organización, y que además el nombre significa “fulana.” Es más, cuando el Movimiento Manuela Ramos cumplió su 20<sup>do</sup> aniversario el año pasado, el Congreso de Perú le otorgó una medalla en reconocimiento de sus contribuciones a la salud.

Las Manuelas también siguen ampliando sus actividades no relacionadas a la salud. Por encima del presupuesto de aproximadamente \$4

millones de dólares anuales del proyecto ReproSalud, la organización gasta \$1 millón por año en apoyo de servicios y actividades políticas. Como explica Victoria:

*Hemos ayudado a lograr que se aprobaran varias leyes progresistas. Pero la implementación de estas leyes sigue siendo un problema. En algunos casos, hay gente en regiones rurales que ni siquiera se ha enterado de la existencia de estas leyes. En otros casos, los sectores de poder están demorando la implementación. Por eso estamos dedicándonos a promover y monitorear el cumplimiento de las nuevas leyes.*

Por ejemplo, hasta 1997 la ley en Perú especificaba que un hombre no podía ser arrestado por violar a una niña mayor de 14 años si posteriormente se casaba con ella. En el caso de una violación en grupo, todos los violadores quedaban en libertad si sólo uno de ellos estaba dispuesto a casarse con la víctima. En algunos casos, el culpable quedaba libre con sólo ofrecerse en matrimonio a la víctima, incluso si ella se negaba. Rosa explica, “Muchos legisladores y periodistas piensan que la violencia doméstica es algo normal en las comunidades indígenas. Pero en base a nuestro trabajo con estas mujeres, te puedo asegurar que ellas no ven el tema de ese modo.”

Otro ejemplo en este sentido es la nueva ley peruana que requiere que los partidos políticos reserven para mujeres el 25 por ciento de los escaños en sus listas de candidatos. Con el propósito de hacer cumplir esta ley, las Manuelas han formado una agrupación no partidaria de organizaciones de mujeres que están cooperando en la identificación de candidatas y en la movilización del voto femenino. Las Manuelas también se han interesado en la formación de futuras generaciones de mujeres líderes. “No hemos tenido una estrategia para incorporar a la juventud”, reconoce Susana. “Recién ahora estamos empezando a comprender cómo podemos ser un recurso para las jóvenes. Al fin y al cabo, ¡nosotras nos estamos quedando viejas!” Agrega Victoria: “Queremos que las jóvenes se involucren en la política.”

Por el momento, queda claro que a las Manuelas no les hace falta trabajo—ni tampoco energía.

## LECCIONES APRENDIDAS

El proyecto ReproSalud es singular en muchos aspectos, pero sobre todo porque representa una de las raras veces en que una ONG feminista ha unido fuerzas con una gran organización internacional como USAID para ejecutar un programa de intervención de grande escala. La colaboración del Movimiento Manuela Ramos y USAID no sólo demuestra que esto se puede hacer con éxito; también proporciona importantes lecciones para agencias donantes, organizaciones internacionales, y ONG de mujeres. Estas lecciones serán de especial interés cuando dichas entidades monten iniciativas de gran escala para promover mejoras en la salud reproductiva de las mujeres y aumentar el sentido de potenciación de las mismas. Las primeras tres lecciones son institucionales; las segundas tres son sustantivas.

**1. Aunque la organización detrás del Movimiento Manuela Ramos no es muy grande, sus integrantes tenían experiencia previa en casi todos los aspectos del trabajo contemplado por el proyecto.**

**2. Las Manuelas pudieron llenar los puestos gerenciales del proyecto ReproSalud con mujeres que ya trabajaban para el movimiento: un grupo estable y de mucha experiencia. Esto garantizó la coherencia del nuevo equipo y su solidaridad con el resto de la organización.**

**3. La USAID proporcionó apoyo técnico y profesional continuo a las Manuelas, algo sumamente importante dado que ellas no tenían experiencia en el manejo de un programa cooperativo de semejante envergadura y complejidad.** Esto fomentó un proceso gradual de aprendizaje de procesos administrativos sin interrumpir el desarrollo del programa en el terreno. Barbara Feringa hace

hincapié en este punto: “El apoyo institucional para fomentar el éxito de las organizaciones feministas fue una parte necesaria del proceso de construcción de confianza” entre las dos organizaciones, dice.

**4. La claridad de los propósitos fue esencial al éxito del proyecto.** Como señala Susana Moscoso, “Nosotras iniciamos este trabajo con la filosofía correcta: la participación directa de las mujeres en el mejoramiento de sus propias vidas.” Susan Brems concuerda: “Vea qué importante que son las infecciones del aparato reproductivo para las mujeres peruanas. Resultó ser la principal preocupación de las mujeres en este proyecto. Sin embargo, estas infecciones no han sido consideradas importantes por muchos especialistas en salud pública y población.”

**5. Para escuchar a las mujeres se necesita un proyecto flexible.** Las mujeres sugirieron un trabajo paralelo con los hombres, aunque esto no era parte del diseño original del proyecto. Pero el haber agregado este componente es visto hoy como uno de los elementos críticos en el cumplimiento de las metas del proyecto. El hecho de que el proyecto fuera capaz de incorporar este cambio habla bien tanto de las Manuelas como de USAID, y de la voluntad de ambos de responder a las necesidades expresadas por las participantes en el proyecto.

**6. Varios elementos programáticos han resultado ser fundamentales al éxito del programa.** Además de la inclusión de los hombres, la acción colectiva y el fortalecimiento de la autoestima parecen ser especialmente importantes. Según Marilena, la coordinadora de la fábrica de escobas en la región amazónica: “Sola no eres nada. Si piensas que no eres nadie, no eres nadie. Juntas tenemos coraje, tenemos nuevas ideas. Juntas flotamos.”

## *Postdata*

Con ReproSalud, el Movimiento Manuela Ramos está llevando a cabo lo que quizás sea el primer proyecto de gran escala, sensible al género, diseñado específicamente para quitar las barreras que impiden el acceso a la buena salud reproductiva por parte de las mujeres más marginadas, quienes viven principalmente en regiones rurales. (Dichas barreras pueden ser sociales o parte de los servicios de salud en sí). Todavía falta tiempo para que el campo de la población pueda aprender de esta experiencia y pulir los elementos que resultan críticos para el éxito de este tipo de programa. A fines de los años sesenta Reimert (Rei) Ravenholt, director en ese entonces de la Oficina de Población de la USAID, describió cinco etapas en el desarrollo de los programas de planificación familiar: (1) la construcción de locales (etapa de “ladrillos y cemento”); (2) la entrega de anticonceptivos (incluyendo importantes inversiones en nuevos anticonceptivos en los años sesenta y setenta); (3) la capacitación de trabajadores (los cuales a menudo, aunque no siempre, servían exclusivamente como promotores de planificación familiar); (4) la entrega de servicios; y (5) la evaluación de resultados. Luego Ravenholt postuló que se requería por lo menos cinco años antes de empezar a ver resultados en programas de planificación familiar organizados sobre este tipo de esquema tradicional (Ravenholt y Chao 1974).

Es importante aplicar la misma visión de largo plazo a ReproSalud, un proyecto que ha marcado las pautas para su desarrollo pero que está usando indicadores y procesos internos muy distintos. Una de las diferencias más importantes reside en que las etapas iniciales de su estrategia programática requieren la construcción de una infraestructura social (en vez de física) capaz de alcanzar y movilizar a las mujeres. Uno de los principales desafíos ha sido darle una voz a las mujeres mediante la creación de espacios protegidos, fuera del hogar, donde pudieran estar juntas, empezar a discutir y analizar sus propias experiencias y establecer sus propias prioridades, todo dentro de un contexto de apoyo estructurado. A través de este proceso ha sido posible consolidar un nuevo ambiente social para las mujeres, y las organizaciones de mujeres (algunas antiguas y otras nacidas en la apertura de este nuevo ambiente) han empezado a elaborar programas con la intención de darle más autoridad económica y social a la mujer. Estos incluyen clubes de ahorro, microcréditos, y educación vocacional.

Trabajar de una manera tan nueva, en lugares donde otras iniciativas han fallado o ni siquiera han sido intentadas, requiere una marcada etapa de aprendizaje. Es lamentable que la “etapa diagnóstica”, tan celebrada en la literatura especializada sobre el desarrollo, casi nunca se aplica con seriedad cuando los programas se ejecutan en el terreno. Sin embargo ReproSalud fue diseñado específicamente para permitir que ocurriera esta etapa de aprendizaje. Según el documento de proyecto de la USAID, “ReproSalud lleva a cabo actividades extensas, en contextos locales específicos, con el fin de asegurar que los servicios de planificación familiar sean útiles para mujeres locales que son difíciles de alcanzar” (USAID 1995). Los objetivos y el modo de operación de ReproSalud tratan de corregir deficiencias (tanto en la calidad y el contenido de los servicios como en el sistema social) que impiden que las mujeres actúen según sus propios intereses. Es notable que una iniciativa de población apoyada por la USAID haya reservado el 16% del presupuesto de ReproSalud para intervenciones no relacionadas a la salud reproductiva. A medida que la etapa diagnóstica del proyecto ha identificado necesidades no relacionadas a la salud, estos fondos han permitido que el proyecto responda a las inquietudes de las mujeres.

La naciente infraestructura de mujeres creada por las Manueles ha empezado a tener intercambios con el sistema formal de salud del gobierno peruano. Como resultado, una comunidad cada vez más elocuente de mujeres está empezando a reclamar que los servicios de salud existentes atiendan a sus necesidades en cuanto a la seguridad del embarazo y el parto, la regulación voluntaria de la fecundidad, el diagnóstico y tratamiento de las infecciones del aparato reproductivo, y la comunicación más igualitaria y abierta entre parejas sexuales y matrimoniales. Y por último, las mujeres están insistiendo que se las trate con respeto.

Por medio de ReproSalud, el Movimiento Manuela Ramos ha elaborado un proceso paralelo de intercambio con las parejas masculinas de mujeres rurales, en respuesta al pedido de dichas mujeres. Este hecho es de particular trascendencia, dado que los métodos anticonceptivos masculinos, o aquellos que requieren de participación masculina (como la abstinencia periódica, los condones, el coito





interrumpido, y la vasectomía) representan más de un tercio de toda la anticoncepción practicada en Perú. Al escuchar a las mujeres y al aprender de ellas, ReproSalud ha establecido un diálogo con los hombres al nivel comunitario. Ese diálogo busca cambiar las percepciones de los hombres sobre sus parejas y sobre sus responsabilidades por mejorar la calidad de la vida familiar.

Después de siete años de actividad, ReproSalud puede dar una mirada crítica a los resultados de su trabajo hasta la fecha. Se han visto mejoras notables en los conocimientos de las mujeres y en los comportamientos a favor de la salud, así como en apoyo que reciben de sus parejas masculinas. También han mejorado las oportunidades económicas y sociales de las mujeres afectadas por el proyecto, y se han fortalecido la rendición de cuentas y la obligación asumida por los servicios de salud hacia sus clientes.

Muchos de los debates que precedieron la CIPD en 1994 trataron de determinar si las reducciones voluntarias en la fecundidad de comunidades pobres se debían lograr sólo mediante anticonceptivos o sólo mediante el desarrollo. Pero las mujeres pobres jamás deberían ser obligadas a elegir entre servicios de salud reproductiva y desarrollo económico y social, porque necesitan las dos cosas. El Movimiento Manuela Ramos nos ha mostrado cómo construir, a gran escala, lazos sinérgicos entre la salud reproductiva de las mujeres y los ámbitos sociales y económicos de sus vidas. Al apoyar proyectos de gran escala como ReproSalud y al fortalecer la capacidad de organizaciones como el Movimiento Manuela Ramos en otras partes del mundo, podremos lograr impresionantes avances en la reducción de la fecundidad no deseada, a la vez que logramos mejoras concretas en la salud y el bienestar social de las mujeres pobres.

## Reconocimientos

La autora desea agradecer a Benno de Keijzer por haber proporcionado la información utilizada en la sección titulada “Talleres sobre género y salud para hombres”, y por sus descripciones del proceso de desarrollo de dichos talleres. Los redactores quisieran agradecer también a Mariella Sala del Movimiento Manuela Ramos por su revisión de la traducción.

## Referencias

Moyano, Jorge Reyes, Luis H. Ochoa, Vilma Sandoval F., Hans Ragggers, y Shea Rutstein. 1997. Encuesta demográfica y de salud familiar. Calverton, MD: DHS/Macro International Inc.

Organización Mundial de la Salud. 1998. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality Due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data*, 3<sup>rd</sup> ed. Documento no. WHO/RHT/MSM/97.16. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Ravenholt, R.T. y John Chao. 1974. “Family planning programs: World fertility trends, 1974”, *Population Report*, serie J, no. 2, pp. J21–J39. Washington, D.C.: George Washington University Medical Center, Population Information Program.

ReproSalud. 1998. “Algunos resultados estadísticos de las entrevistas con promotoras y promotores”, informe no publicado.

Rogow, Deborah y Alejandro Diaz. 1999. “ReproSalud: Evaluation of project impact in the Chavin region: A case study”, informe de viaje no publicado para USAID/Lima y ReproSalud.

USAID. 1995. Project paper for USAID Project 527-0335, Reproductive Health in the Community (ReproSalud). Lima, Peru: United States Agency for International Development, Mimeo.

## Lectura adicional

Andina, Michele, y Barbara Pillsbury. 1998. “Trust: An approach to women’s empowerment: Lessons learned from an evaluation on empowerment and family planning with women’s organizations,” informe. Los Angeles, CA: Pacific Institute for Women’s Health.



## ***Sobre las autoras***

**Judith Bruce**s Senior Associate de la División de Programas Internacionales del Population Council en Nueva York.

**Debbie Rogow** ha trabajado como asesora superior e investigadora internacional en salud reproductiva durante más de 15 años. Su colaboración con el Movimiento Manuela Ramos se ha llevado a cabo a través de la International Women's Health Coalition, USAID/Pop Tech, Futures, y el Population Council.

### ***Grupo de Asesores de Quality/Calidad/Qualité***

Errol Alexis	Judith F. Helzner	Nancy Newton	Cynthia Steele
Gary Barker	Katherine Kurz	John Paxman	Gilberte Vansintejan
Judith Bruce	Ann Leonard	Saumya Ramarao	Beverly Winikoff
Françoise Girard	Liz McGrory	Julie Reich	Margot Zimmerman
Nicole Haberland	Suellen Miller	Debbie Rogow	
Joan Haffey	Isaiah Ndong	Jill Sheffield	

<b>Fotografía:</b>	Debbie Rogow y <i>ReproSalud</i>
<b>Tipografía e impresión:</b>	Graphic Impressions
<b>Coordinación editorial y de producción:</b>	Monica Rocha

---

### ***Quality/Calidad/Qualité . . . Folletos Disponibles Actualmente***

*Celebrating Mother and Child on the Fortieth Day: The Sfax Tunisia Postpartum Program* por Francine Coeytaux, Introducción y Conclusiones por Beverly Winikoff, 1989. (Disponible en inglés; texto en español y francés disponible en formato mecanografiado)

*Man/Hombre/Homme: Meeting Male Reproductive Health Care Needs in Latin America* por Debbie Rogow; Introducción y Conclusiones por Judith Bruce y Ann Leonard, 1990. (Disponible en inglés y español)

*Gente Joven/Young People: A Dialogue on Sexuality with Adolescents in Mexico* por Magaly Marques, Introducción por John M. Paxman y Conclusiones por Judith Bruce, 1993. (Disponible en inglés y español)

*The Coletivo: A Feminist Sexuality and Health Collective in Brazil* por Margarita Diaz y Debbie Rogow, Introducción por José Barzelatto, 1995. (Disponible en inglés, portugués y español)

*Doing More with Less: The Marie Stopes Clinics of Sierra Leone* por Nahid Toubia, Introducción por Grace Eban Delano, 1995. (Disponible en inglés)

*Introducing Sexuality within Family Planning: The Experience of Three HIV/STD Prevention Projects from Latin America and the Caribbean* por Julie Becker y Elizabeth Leitman, Introducción por Mahmoud F. Fathalla, 1997. (Disponible en inglés y español)

*Using COPE to Improve Quality of Care: The Experience of the Family Planning Association of Kenya* por Janet Bradley, Introducción por Judith Bruce, Soledad Diaz, y Carlos Huevo, Postdata por Kalimi Mworja, 1998. (Disponible en inglés y español)

(Cada edición en inglés contiene un resumen de una página en francés y español)

Solicitamos sus comentarios e ideas sobre proyectos que podrían ser incluidos en futuras ediciones de *Quality/Calidad/Qualité*. Si desea recibir ejemplares adicionales de esta edición o quisiera ser incluido en nuestra lista portal, favor de escribir a: *Quality/Calidad/Qualité*, Population Council, One Dag Hammarskjold Plaza, New York, NY 10017 USA, e-mail qcq@popcouncil.org