

LA ESTRATEGIA DEL PROYECTO REPROSALUD

METODOLOGÍA EDUCATIVA





LA ESTRATEGIA EDUCATIVA DE REPROSALUD

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

Documento elaborado por **Carmen Montero**
con la colaboración de Zoila Cabrera
Impresión: Servicios Gráficos JMD S.R.L.
Depósito Legal N° 1501162003-7021
Primera Edición: diciembre 2003

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

PARTE I : LA EDUCACIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA EN EL MARCO GENERAL DEL PROYECTO

1. Importancia
2. Principios que orientan la labor educativa en el campo de la salud reproductiva
3. Supuestos sobre los que opera
4. Características básicas de la estrategia educativa de ReproSalud
5. Permanencias y cambios: el proceso en el tiempo

El punto de partida: adónde y con quiénes

1. Adónde: los diagnósticos situacionales
 - Definición
 - Objetivos
 - Metodología y procedimientos
 - El proceso en el tiempo
 - Resultados
 - Implicancias de los diagnósticos situacionales para el desarrollo de la estrategia educativa
2. Con quiénes: la selección de las organizaciones comunitarias de base (OCB)
 - Definición
 - Objetivos
 - Metodología y procedimientos
 - El proceso en el tiempo
 - Resultados
 - Implicancias del proceso de selección para el desarrollo de la estrategia educativa

Definiendo las necesidades de aprendizaje: los autodiagnósticos

1. Definición
2. Objetivos

PARTE II: HISTORIA DEL PROCESO

Capítulo 1

Programa de capacitación y módulos de materiales educativos

- 1.1. Estructura y temas del Programa
- 1.2. Organización del programa de capacitación: secuencia variable de las sesiones
- 1.3. Los materiales educativos
 - El proceso de elaboración
 - El resultado: los materiales disponibles

Capítulo 2

Organizándose para educar(se)

- 2.1. Los Equipos Regionales
- 2.2. Los Proyectos Comunitarios de Salud Reproductiva: denominados proyectos comunitarios
 - Definición
 - Proceso de elaboración
 - Características de los proyectos comunitarios
- 2.3. La capacitación del Núcleo Responsable: gestión y administración
 - Capacitación
 - Seguimiento
 - Sugerencias con relación a la capacitación del NR
 - Beneficios del trabajo para el NR

La intervención pedagógica

Capítulo 3

La capacitación de promotoras y promotores

- 3.1. Convocatoria
 - El perfil de las y los candidatos a promotores comunales
 - Estrategia de convocatoria
 - Estrategia de motivación
- 3.2. Características de los talleres
 - Desarrollo general
 - Desarrollo de cada reunión
 - Contenidos
 - Asistencia
 - Cuáles son los temas más fáciles de tocar
 - Cuáles son los temas más difíciles de tocar
 - Tiempo
 - Cuál es el grado de participación en la dinámica pedagógica planteada para

- las reuniones
- El manejo de información y el conocimiento de técnicas pedagógicas

- 3.3. Materiales: las guías y su estructura
- 3.4. Evaluación y elección de promotores
- 3.5. Una vez en actividad: Monitoreo y seguimiento
 - Del Equipo Regional
 - Seguimiento del Núcleo Responsable
- 3.6. Resultados
- 3.7. Balance para mejorar

Capítulo 4

La capacitación de las beneficiarias y beneficiarios

- 4.1. Convocatoria
 - A quiénes convocaban: Criterios de identificación de participantes
 - Estrategia de convocatoria
- 4.2. Características de los talleres
 - Desarrollo general
 - Aceptación del promotor como capacitador
 - De cada reunión
 - Contenidos
 - Asistencia de las/os beneficiarias
 - Cuáles son los temas más fáciles de tocar
 - Cuáles son los temas más difíciles de tocar
 - Tiempo
 - Cuál es el grado de participación en la dinámica pedagógica planteada para las reuniones
- 4.3. Materiales
- 4.4. Resultados
- 4.5. Balance para mejorar

Parte III : Lecciones aprendidas.

Anexos

INTRODUCCION

Este informe da cuenta de cómo, en el transcurso de seis años de trabajo, los equipos de ReproSalud, en convenio con 246 organizaciones de base que actuaron como contrapartes y relacionándose con 2,533 organizaciones asociadas, lograron preparar a más de 8 mil promotores comunitarios quienes a su vez capacitaron a 190 mil mujeres y varones en temas de salud sexual y reproductiva. El reto sin duda fue grande. Las zonas eran rurales, pobres y apartadas, lo que sabía la gente sobre su cuerpo, su sexualidad y el cuidado de su salud era poco, las inhibiciones para tratar estos temas y para buscar atención en los establecimientos de salud cercanos eran muy fuertes.

Actuar sobre esta realidad no fue fácil. Demandó un amplio despliegue de organización, estudio, imaginación, capacidad de diálogo, de propuesta y de adaptación. El proceso se inició con el conocimiento de los problemas que afectaban a las mujeres de cada zona y de las organizaciones de base existentes y potencialmente capaces de asumir el trabajo en cada lugar; luego se desarrolló un valioso y laborioso esfuerzo para que las propias mujeres hablen, precisen y prioricen qué problemas tenía su cuerpo, qué sabían sobre la regla, el embarazo, el parto, la menopausia, cómo vivían su sexualidad, su maternidad, su vida de pareja y qué querían saber para no tener tantos problemas y que todo sea algo mejor.

Recogiendo las necesidades y demandas de las mujeres en materia de salud reproductiva, y dando respuesta a ellas, ReproSalud organizó sus Equipos Regionales, estableció convenios de trabajo conjunto con organizaciones comunitarias de base, definió programas de capacitación y elaboró diversos tipos de materiales educativos. Con estas herramientas en la mano, y en un proceso permanente de propuesta-aplicación-evaluación y reajuste, se desarrolló una vasta experiencia de capacitación presencial: los Equipos Regionales capacitaban a los Núcleos Responsables de cada organización para que ellos mismos – debidamente asesorados -elaboraran sus proyectos de trabajo y estuvieran en condiciones de gestionar y administrar los recursos que les serían asignados; los Equipos Regionales también capacitaron a las promotoras y promotores comunitarios enseñándoles a enseñar sobre las enfermedades de los órganos sexuales, el embarazo y el parto y la anticoncepción. Ellos, los promotores y promotoras, replicarían lo aprendido en talleres con mujeres, varones y jóvenes de las comunidades rurales seleccionadas.

El encargo recibido fue el de sistematizar la estrategia educativa de ReproSalud, no de evaluarla. Pensando por qué sería importante relatar qué se hizo y cómo se hizo encontramos que esto podría servir para que otras personas, de instituciones públicas o privadas, del Perú o de otros países con situaciones sociales y culturales similares a la nuestra, conozcan esta experiencia educativa y accedan al aprendizaje y al material de que se dispone; ellos podrían también replicar, adaptar o mejorar los modos de hacer las cosas según sus necesidades y sus posibilidades concretas. Si este informe llega siquiera a plantear ese interés, habrá tenido sentido hacerlo.

Para sistematizar la estrategia educativa se ha trabajado fundamentalmente con la documentación del Proyecto ReproSalud, es decir con sus planes operativos anuales, informes de ejecución, materiales educativos y con las evaluaciones y estudios referidos al proyecto. Adicionalmente, las visitas de campo realizadas por Zoila Cabrera y Rossana Menacho en Tarapoto (San Martín) y Puno en el mes de noviembre del 2002 nos permitieron recoger datos de primera mano y opiniones calificadas de quienes estuvieron directamente involucrados en las actividades educativas; a los integrantes de los Equipos Regionales, a las promotoras y promotores, a las beneficiarias y beneficiarios nuestro agradecimiento por su colaboración.

El informe está organizando en dos partes. La primera ubica el trabajo educativo en el marco del Proyecto ReproSalud y trata luego sobre el conjunto de tareas con las que se prepara el trabajo educativo, es decir sobre los diagnósticos situacionales en los que se define dónde trabajar, el proceso de selección de las OCB¹ en el que se define con quiénes trabajar, los autodiagnósticos que permitieron identificar las necesidades de aprendizaje, los programas y materiales educativos preparados para la capacitación (Capítulo 1) y, por último se desarrolla el tema de cómo, con los Equipos Regionales, los proyectos comunitarios y los Núcleos Responsables, se organizó y se dividió el trabajo para su ejecución (Capítulo 2). En la segunda parte se presenta la intervención pedagógica, diferenciando entre la capacitación de promotoras y promotores (Capítulo 3) y la capacitación de las beneficiarias/os (Capítulo 4). Por último, sin pretender un juicio concluyente, se incluye una reflexión final en la que se destacan algunos elementos que consideramos importantes.

Tratándose de un Proyecto que se inició siete años atrás, en setiembre de 1995, es claro que las posibilidades de reconstrucción de las acciones realizadas están supeditadas tanto a la existencia de registros escritos, como a la permanencia del personal que acompañó todo el proceso y a la memoria que estas personas guardan de lo hecho. Con estas razonables restricciones, que hemos intentado superar, esperamos haber dado debida cuenta del largo recorrido realizado, de sus rutas de ensayo y corrección, así como de la versión más acabada de la estrategia educativa utilizada por el Proyecto ReproSalud.

¹ Organización comunitaria de base

PARTE I

LA EDUCACION EN
SALUD REPRODUCTIVA
EN EL MARCO GENERAL
DEL PROYECTO

La educación en Salud Reproductiva en el marco general del proyecto

1. Importancia

El propósito central del Proyecto ReproSalud es mejorar la salud reproductiva de las mujeres; en esa perspectiva, se plantea como objetivo principal mejorar el conocimiento del cuidado de la salud reproductiva por parte de las mujeres, medido a través del incremento de la demanda y uso de los recursos e intervenciones en salud reproductiva en zonas rurales y peri-urbanas pobres.

Entendiendo que el bajo nivel de demanda y uso de los servicios de salud y la consecuente incidencia de problemas que afectan la salud de las mujeres tienen a la base la prevalencia de serias carencias de acceso a la información en materia de salud reproductiva, el Proyecto ReproSalud otorga un papel central a la labor educativa.¹

En efecto, los Proyectos comunitarios de salud reproductiva, que constituyen uno de los ejes de trabajo de ReproSalud (ver recuadro), son básicamente proyectos educativos formulados por las mujeres de las Organizaciones Comunitarias de Base - OCB, en virtud de los cuales las mujeres, los varones y los jóvenes de un ámbito determinado son capacitados en tópicos de salud reproductiva que responden a las necesidades priorizadas por las integrantes de la organización.

ReproSalud se organiza a partir de tres ejes de trabajo

- a) Proyectos comunitarios de salud reproductiva:** a través de los cuales las mujeres de organizaciones comunitarias de base desarrollan actividades educativas que responden a los problemas y necesidades prioritarias que tienen mayor incidencia en su ámbito.
- b) Promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos:** se propone promover la participación efectiva de las mujeres para canalizar sus problemas y propuestas de solución ante las instancias de decisión local, regional y nacional. Se busca que las políticas y programas de salud sexual y reproductiva respondan a las demandas de las mujeres y se garantice el pleno ejercicio de sus derechos.
- c) Programas de generación de ingresos:** operan facilitando el acceso de las mujeres al crédito (a través de Bancos Comunales), la producción y la comercialización de sus productos.

² Desde su formulación inicial, en 1995, el documento propuesta del Proyecto indica que la Capacitación (y asistencia técnica) para fomentar habilidades individuales y desarrollo organizativo fueron centralmente previstas "como un elemento esencial para el éxito de ReproSalud" (ver documento, Lineamientos 2.7., p.13)

El proceso en el tiempo: desarrollo de los ejes de trabajo

Durante la primera fase de ReproSalud, entre los años 1996 y 2000, las actividades del Proyecto estuvieron centralmente dirigidas a posibilitar y ejecutar los Proyectos Comunitarios de Salud Reproductiva y los Programas de Generación de Ingresos. Hacia el año 2000 éstos últimos se independizan de ReproSalud.

En una siguiente fase, que se inicia en el 2001 con la extensión del convenio suscrito entre el Movimiento Manuela Ramos y USAID, el Proyecto ReproSalud perfila con mayor nitidez el eje de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos. En este contexto, lejos de abandonar la labor educativa, propone por un lado la ampliación de su cobertura y, por otro lado, el desarrollo de proyectos integrados de educación y defensa de derechos.

Tabla 1

Fases	Años	Ejes de trabajo		
		Proyectos comunitarios de salud reproductiva (educación)	Promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos (advocacy)	Programas de Generación de ingresos (microcrédito)
FASE I	1996			
	1997			
	1998			
	1999			
	2000			
FASE II	2001	Proyectos integrados de educación y defensa		
	al 2005			

2. Principios que orientan la estrategia educativa en el campo de la salud reproductiva

En concordancia con los lineamientos generales del Proyecto ReproSalud, la estrategia educativa en salud reproductiva:

- a) Se compromete con la equidad de género, en tanto:
 - Se propone fortalecer las capacidades de las mujeres para que aumenten la confianza en sí mismas y su comunicación asertiva de modo que puedan ejercer su capacidad de tomar decisiones y queden habilitadas para la promoción y defensa de sus derechos sexuales y reproductivos en el ámbito local, regional y nacional.
 - Promueve el desarrollo de relaciones igualitarias y armoniosas entre hombres y mujeres, basadas en el hecho de que ambos compartan los conocimientos en salud reproductiva y experimenten un cambio de actitudes.
 - Incorpora complementariamente a los varones como destinatarios de las actividades educativas.

- b) Expresa su valoración por la participación de la comunidad, en tanto:
- Otorga la responsabilidad de la definición de los problemas relevantes y ejecución de sus acciones a los miembros de la comunidad.
 - Propicia el desarrollo de habilidades individuales y organizativas.
 - Se asienta en los grupos organizados de la comunidad, principalmente los femeninos, para canalizar sus actividades.
 - Utiliza una metodología participativa.
- c) Promueve el conocimiento y la resolución de los problemas significativos y relevantes de salud reproductiva detectados en cada ámbito, en tanto:
- Parte del estudio de la realidad social en que se realiza la educación: diagnósticos situacionales.
 - Define los contenidos de la capacitación atendiendo e incorporando los conocimientos y las necesidades expresadas y priorizadas por las mujeres: autodiagnósticos.
 - Articula acciones y poderes entre diferentes actores que tienen que ver con los problemas identificados.
- d) Promueve y fortalece el desarrollo organizativo local, en tanto:
- Reconoce a las organizaciones comunitarias de base como interlocutoras y contrapartes legítimas.
 - Propicia el desarrollo de capacidades para que las mujeres puedan plantear sus necesidades y negociar con instituciones y autoridades.
 - Ofrece a las mujeres dirigentes de las OCB formación en materia de gestión y administración de proyectos.
 - Propicia la elaboración y ejecución de proyecto comunitarios que responden a los intereses de las mujeres.
 - Otorga apoyo financiero, social y político a sus iniciativas.
- e) Manifiesta el respeto por las culturas nativas, en tanto:
- Integra el conocimiento de salud moderno con el conocimiento y prácticas tradicionales que no son dañinas para la salud.
 - Recoge las voces de las mujeres, expresadas en su propia lengua materna.
 - Busca dar un tratamiento adecuado a los patrones de socialización culturalmente diferenciados.

3. Supuestos sobre los que opera

La condición de las mujeres

La estrategia educativa de ReproSalud parte de constatar la situación de las mujeres de zonas rurales y peri-urbanas en condición de pobreza, destacando los siguientes aspectos:

- a) Tienen baja autoestima, son socialmente desvalorizadas, son afectadas por la construcción cultural de la maternidad como fundamento de lo femenino y viven la sexualidad como un mecanismo de opresión. No sienten que pueden ser parte activa del diagnóstico y solución de sus problemas o satisfacción de sus necesidades.
- b) Están particularmente afectadas por altas tasas de mortalidad, anemia nutricional, violencia doméstica, altas tasas de fecundidad y de fecundidad no deseada.
- c) No acceden o acceden de manera insuficiente y con dificultad a los recursos y servicios modernos de salud reproductiva.

A pesar de la situación descrita, las mujeres de zonas rurales y peri-urbanas en condición de pobreza muestran un conjunto de fortalezas que favorecen la posibilidad de desarrollar con ellas importantes procesos de cambio. Entre los principales puntos de apoyo para la ejecución de proyectos de salud reproductiva que sean gestionados por ellas mismas estarían:

- El conocimiento que tienen sobre sus propios problemas y los de su entorno.
- Su experiencia organizativa y su capacidad para la gestión de recursos.
- Su condición de administradoras del hogar y ejecutoras principales de aquellas acciones que respondan de mejor manera a las necesidades de sus familias.
- Su honradez.

Los servicios de salud

En relación a los servicios de salud reproductiva a los que podrían acceder las mujeres de zonas rurales y peri-urbanas pobres, se parte de las siguientes constataciones:

- a) Están subutilizados
- b) Ofrecen una atención de baja calidad, con escasa capacidad de resolución de los problemas de las mujeres.
- c) No responden a las condiciones de vida de las mujeres ni a sus características socioculturales. (Dificultades de desplazamiento, horario de atención, barreras socioculturales)

Bases para un encuentro

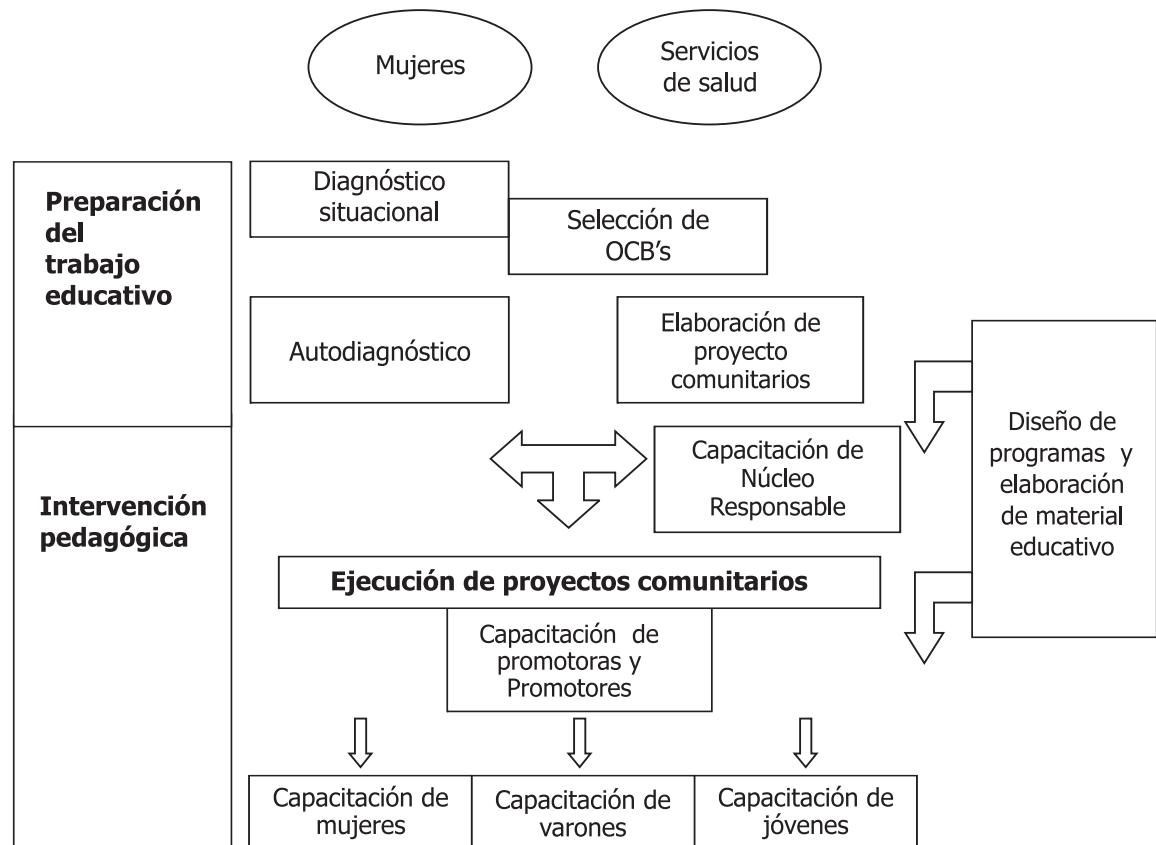
En atención a la situación descrita, la lógica que articula las labores educativas de ReproSalud, se sustenta en la idea que si las mujeres están informadas sobre salud reproductiva:

- Adquirirán mayor seguridad y confianza para la toma de decisiones.
- Tendrán mayor fortaleza para ejercer la defensa de sus derechos sexuales y reproductivos.
- Aumentará su disposición a hacer uso de los servicios de salud.
- Establecerán una mejor relación con los proveedores de salud.
- Se incrementará la demanda y uso de los recursos de salud reproductiva.

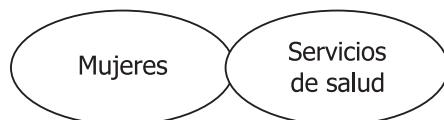
Todo ello se potencia a su vez si ellas comparten ese saber con sus parejas y juntos asumen la responsabilidad frente a los asuntos de salud reproductiva.³

GRÁFICO 1: COMPONENTES Y RELACIONES

Escenario 0



Nuevo escenario



³ En el Informe Anual (2001:10), se proponen cuatro hipótesis para estudios cualitativos de evaluación de impacto que resulta interesante registrar por ser ilustrativas de los supuestos sobre los que opera el proyecto. Las hipótesis son las siguientes:

1. A mayor involucramiento de las mujeres y sus familias en el Proyecto mayor sensación de bienestar físico, mental y cultural.
2. A mayor involucramiento de las mujeres y sus familias en el Proyecto mayor la autonomía y el empoderamiento de las mujeres.
3. A mayor involucramiento de las mujeres y sus familias en el Proyecto mayores son los activos que ellas poseen para acceder a un abanico más amplio de alternativas en el terreno de la Salud reproductiva así como otros terrenos de ejercicio de derechos y satisfacción de necesidades.
4. A mayor presencia del Proyecto en las comunidades de intervención, mayor el acceso de las mujeres al tejido de organizaciones locales y mayor acceso a las posibilidades que éstas ofrecen para responder a las demandas de las mujeres o para ser utilizadas a favor de las mujeres, individual y/o colectivamente ("empoderamiento colectivo").

4. Características básicas de la estrategia educativa de ReproSalud

En términos generales, la estrategia educativa de ReproSalud es concebida y aplicada como un proceso gradual, flexible y continuo, que se va adecuando a las necesidades y avances particulares de las propias mujeres y que va ampliando su cobertura territorial conforme a las necesidades, metas y programación del Proyecto.

Con el propósito final de favorecer el cambio de actitudes y lograr nuevos comportamientos respecto a la salud reproductiva, el proyecto ReproSalud asume una metodología de capacitación que facilita el acceso a la información a través del interaprendizaje y la interacción permanente entre las/los participantes y entre ellas/os y las facilitadoras o promotoras comunitarias.

La modalidad educativa adoptada por ReproSalud es de capacitación presencial¹. Esta modalidad si bien podría haber significado un esfuerzo organizativo muy grande y laborioso y eventualmente un “incremento de costos”, es probable que haya significado también un “incremento de resultados”. Dados los objetivos del Proyecto y la situación que se pretendía revertir, es previsible que sólo a través de la interacción, el interaprendizaje, la socialización directa de información y la motivación *in situ* se podía asegurar la adquisición de una información nueva, diferente, restringida usualmente al ámbito privado y de compleja significación.

La interacción entre los participantes y el objeto de conocimiento se favoreció diseñando una estrategia educativa que tuviera como punto de partida las vivencias, conocimientos y percepciones de las participantes. Este componente se incorpora luego no sólo para dar relevancia y significación a los contenidos que comprende el programa de capacitación sino también para dar fluidez e interés a la secuencia metodológica. Así, en la secuencia metodológica de las sesiones de capacitación:

- . Se visibiliza la utilidad y complejidad de la información, partiendo del interés de las participantes y organizando la información en reuniones estructuradas en pasos sencillos que orientan la interacción en función a los objetivos y contenidos a aprender.
- . Se propone experiencias de aprendizaje variadas que combinan el trabajo individual, en parejas, grupal y en plenarias para favorecer la socialización y el cambio de conductas.
- . Se verifica lo entendido y aprendido para reforzar los aprendizajes.
- . Se apoya la interacción en materiales educativos que facilitan la fijación y recordación de la información.

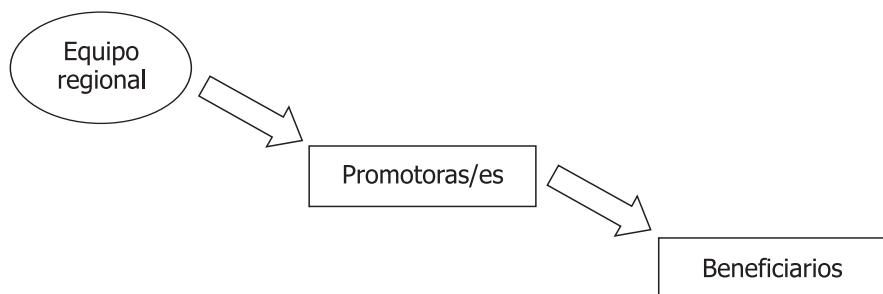
La interacción entre las/los participantes y las/los facilitadores se vio favorecida por el diseño de una relación eminentemente participativa, horizontal e igualitaria que revaloraba los conocimientos y experiencias de los participantes y favorecía el desarrollo de la autoestima como un componente indispensable para aceptar los nuevos conocimientos pero sobretodo para favorecer nuevas actitudes y comportamientos con relación a la salud reproductiva.

⁴ En educación se trabajan las acciones educativas en función a dos modalidades básicas que definen la interacción entre los participantes y los docentes, capacitadores o enseñantes: la modalidad presencial, interpersonal o cara a cara y la modalidad a distancia. En la primera se da una relación personal y directa entre el que enseña y el que aprende. En la segunda, que se puede realizar a través de materiales impresos, videos, casetes, internet, o cualquier otro medio, no existe necesariamente la relación directa y personal entre enseñante y aprendiz. En la educación se suelen combinar ambas modalidades en aras de garantizar un efectivo aprendizaje.

Un elemento central en el éxito de la estrategia educativa es el haber complementado la modalidad cara a cara con el desempeño como capacitadores de personas que pertenecían a cada ámbito de ejecución del Proyecto. Sobre esta base se logró generar la empatía indispensable, la confianza necesaria y el conocimiento de los usos, costumbres y modismos propios, para conversar, aclarar y comprender tópicos nuevos, usualmente no abordados de manera abierta y masiva.

La estrategia educativa supuso también realizar un trabajo de capacitación en el que los sujetos actuantes fueron tres: 1. los equipos regionales, 2. los promotores y 3. los beneficiarios, sean mujeres, varones o jóvenes mujeres y varones.

Para todos ellos el proceso de capacitación fue permanente y acumulativo. En cada lugar se capacitó primero a los equipos regionales, luego a los promotores mujeres, varones y jóvenes y por último éstos desarrollarían un proceso de capacitación con las mujeres, varones y jóvenes de cada comunidad.



Un tipo de capacitación presencial, y con contenidos significativos fue entonces el hilo conductor de la estrategia educativa de ReproSalud.

5. Permanencias y cambios: el proceso en el tiempo

El desarrollo del eje de proyectos comunitarios de salud reproductiva significó, a grandes rasgos, la realización de un conjunto de actividades que permitieron, en primer lugar, preparar el montaje de un vasto sistema de capacitación en tópicos de salud reproductiva y, en segundo lugar ejecutar – de manera gradual y continua – las labores de capacitación.

Para la **preparación del sistema de capacitación** se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- La institucionalización y organización del sistema, a través de la conformación de los Equipos Regionales,
- El conocimiento de las zonas de intervención, a través de los diagnósticos situacionales
- La selección de las OCB contrapartes mediante un proceso de concurso
- La identificación de las necesidades de las mujeres, con los autodiagnósticos
- El diseño de los programas de capacitación y la elaboración de materiales educativos
- La elaboración de proyecto comunitarios y la capacitación del Núcleo Responsable de cada OCB.

Tabla 2

Fases	Años	Proyectos comunitarios de salud reproductiva: preparación					
		Diagnóstico Situacional	Selección de OCB	Auto-diagnóstico	Programas y materiales	Elaboración de proyectos comunitarios	Capacitación Núcleo Responsable
FASE I	1996						
	1997						
	1998						
	1999						
	2000						
FASE II	2001						
	al 2005						

Por otro lado, la **intervención educativa** propiamente dicha se realizó a través de las siguientes actividades:

- Capacitación de Promotoras Mujeres
- Talleres de Capacitación a Mujeres de las OCB y de la Comunidad
- Capacitación de Promotores Varones
- Talleres de Capacitación a Varones de la Comunidad
- Capacitación de Promotores Jóvenes
- Talleres de Capacitación a Jóvenes varones y mujeres

Tabla 3

Años	Destinatarios de la intervención educativa			
	Promotoras Promotores	Beneficiarios		
		Mujeres	Varones	Jóvenes
1996				
1997				
1998				
1999				
2000				
2001				
al 2005				

Desarrollo de actividades

En el transcurso del año 96, que marca propiamente el inicio de ejecución del proyecto, se avanza en la elaboración de los diagnósticos situacionales y en la validación de metodologías para la

selección de las OCB y la realización de los autodiagnósticos, todo lo cual constituiría la base para la estrategia educativa. Entre los años 96 y 98 se continúa con estas tareas, abarcando nuevos ámbitos de aplicación y realizando ciertos ajustes de simplificación en las metodologías de trabajo.

Conforme se iba cumpliendo el ciclo de las tareas preparatorias de la capacitación, y de manera casi simultánea, se va definiendo lo que sería el Programa de Capacitación de ReproSalud. Es así que, en el transcurso de 1997 se perfilan con mayor claridad – y se van validando - programas que precisan los contenidos, la metodología y el tiempo de capacitación así como los materiales requeridos y los instrumentos de evaluación.

Hasta ese entonces los proyectos comunitarios en salud reproductiva habían sido exclusivamente pensados para las mujeres. La experiencia misma del trabajo y la demanda de las mujeres llevó a ReproSalud a que hacia el año 98 se iniciara la incorporación de los varones. Ello implicó la elaboración y validación de una estrategia de intervención adecuada para los varones así como la elaboración de los respectivos materiales educativos.

El Informe Anual de 1999 registra un hito importante en relación al proceso educativo en tanto “Está ya culminando el proceso educativo que, desde la evaluación hecha para justificar la extensión, demostró su impacto y logros. Ahora tiene el reto de *ampliar su cobertura*, bajando costos y profundizando en los temas más requeridos por las mujeres. Los materiales educativos en su mayoría han sido probados así como las estrategias educativas. Toca ahora repetirlas y hacer el seguimiento.”

En esta lógica, ReproSalud plantea que el reto al año 2000 será “preparar una metodología educativa que se pueda masificar y llegar a más beneficiarias de manera indirecta. Preparar el camino para desarrollar servicios comunitarios de salud con MINSA u otras instituciones que trabajan en la zona.” En consecuencia, en el transcurso del 2000 se registra el desarrollo de las redes de promotoras y defensoras comunitarias en salud sexual y reproductiva, como instancias organizativas de segundo nivel que agrupan a las promotoras de las OCB que han trabajado en el Proyecto. Las redes se constituirían teniendo como referente el establecimiento de salud y cumplirían funciones de preventión de la salud reproductiva y de interlocución entre la comunidad y el sector salud. Con esta propuesta se perfila entonces una fórmula para asegurar la continuidad de las acciones del Proyecto avanzando hacia el establecimiento de relaciones con los servicios de salud.

Logros alcanzados al año 2000 (IA 2000: 2,3)

Beneficios que dan integralidad y sostenibilidad a la propuesta:

- . El incremento de conocimientos y por lo tanto de nuevas prácticas en poblaciones muy pobres resulta más beneficioso en términos de inversión, pues son poblaciones con alta fecundidad y donde se concentra la más alta mortalidad materna e infantil.
- . El empoderamiento de las mujeres para establecer diálogo con las autoridades y los proveedores hace que ambos puedan analizar y priorizar necesidades, lo que *redunda en un mayor uso de los servicios*.
- . Las nuevas destrezas en lo administrativo y lo gerencial que ha ganado la organización comunal y la propia institución.
- . El beneficio para las organizaciones de mujeres de manejar una estrategia de análisis de problemas de su comunidad, que involucra el planteamiento de alternativas por y desde la comunidad.
- . El manejo de habilidades para mejorar su salud y la recuperación de sus conocimientos y prácticas saludables que significa valoración de su cultura que conlleva el incremento de la autoestima.

- . El involucramiento de los varones y de las y los jóvenes sin generar conflictos culturales en el ámbito de la comunidad que ha significado la disminución de inequidades de poder.
- . Se han generado niveles de diálogo y apertura de los servicios, tanto en el ámbito local como regional.
- . Se ha llevado la realidad de las mujeres rurales a los ámbitos académicos y de servicios.

Terminado el año 2000, se asume que “queda pendiente el acceso a los servicios como un reto”, (IA 2000:3), lo que implica perfeccionar los mecanismos que faciliten el enlace de las mujeres organizadas con los establecimientos de salud.

El 2001 es reconocido como un punto de inflexión en el Proyecto y el inicio de una nueva fase:

“...iniciamos una nueva estrategia de intervención, fortaleciendo las organizaciones de mujeres para entrar en un proceso de relación más fuerte con el sector salud...y (para que) a su vez se conviertan en defensoras de sus derechos sexuales y reproductivos.” (IA 2001:1).

En este contexto, se fortalecerá el desarrollo de proyectos integrados que desarrollan tanto actividades de educación en salud reproductiva como labores de promoción y defensa pública. (IA 2001:8,9) Asimismo, se fomenta la relación entre Manuela Ramos y las DISAS de las sedes del Proyecto para intercambiar información sobre las mujeres del departamento, crear espacios de diálogo que permitan desarrollar propuestas que amplíen la cobertura e incorporen las necesidades de las mujeres en los programas de salud y para promover la participación de las mujeres de las OCBs en el planeamiento, ejecución y evaluación de actividades de Salud reproductiva (IA 2001:11).

De allí en adelante, en el transcurso del 2002, ReproSalud se propuso fortalecer más las capacidades de las organizaciones de las mujeres para negociar sus demandas e iniciar el trabajo conjunto con el sector salud, ejercer una vigilancia ciudadana de los acuerdos entre ambas partes, diseñar nuevas estrategias para masificar la información producida, difundir y transferir resultados para que sean replicables, transferir la experiencia (IA 2001:2,3).

Un punto relacionado con la estrategia educativa que merece ser destacado en este período es el que abre la posibilidad de “complementar, reforzar y ampliar la cobertura desarrollada en la primera etapa” a través de dos actividades: programas radiales de 15 minutos realizados en base a guías elaboradas y video cartas que promuevan el intercambio de experiencias entre mujeres dirigentes de distintas regiones. Como se ratifica en la propuesta respectiva, tales actividades se realizarían “...independientemente de la importancia e imposibilidad de sustituir un proceso interactivo de “educación interpersonal” (IA 2001:9,10).

El proceso en cifras: resultados cuantitativos 1996 - 2001

Tabla 4

Distritos seleccionados	OCB contrapartes	Autodiagnósticos	Proyectos Comunitarios
91	246	245	434

Fuente: Proyecto Resposalud. Informes Anuales.

Gráfico 2
1996 - 2001: Beneficiarias/os de acciones de salud reproductiva de ReproSalud según sexo

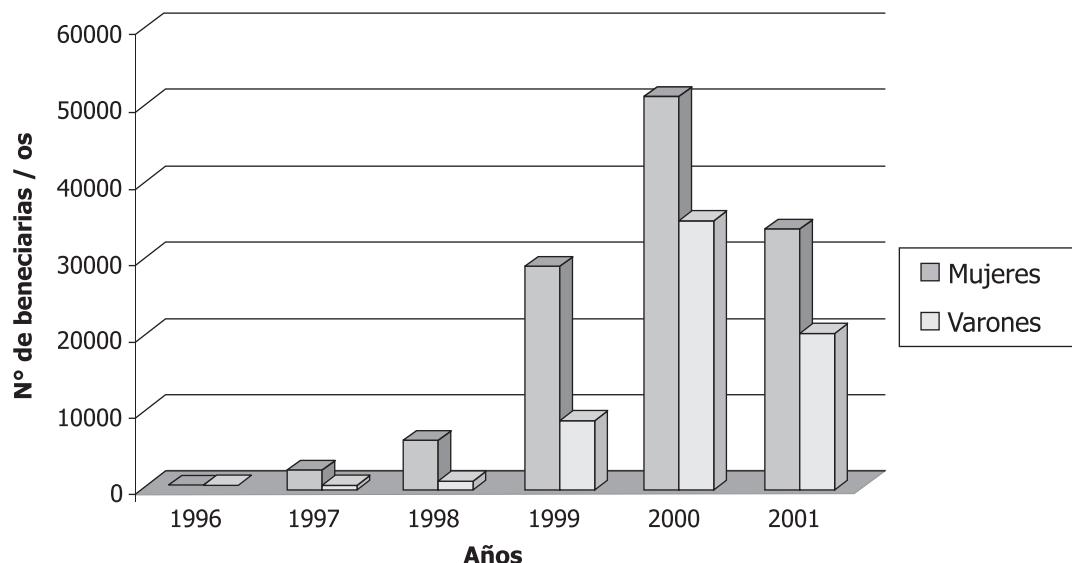


Tabla 5
Beneficiarias/os de acciones de salud reproductiva de ReproSalud, por años según sexo

Años	Mujeres	Varones	Total	%	% Acumulado
1996	206	82	288	0.2	0.2
1997	2,351	431	2,782	1.4	1.6
1998	6,195	1,531	7,726	4.0	5.6
1999	29,342	9,076	38,418	20.2	25.8
2000	51,427	35,284	86,711	45.5	71.3
2001	34,139	20,556	54,695	28.7	100.0
TOTAL	123,660	66,960	190,620	100.0	

Fuente: Proyecto ReproSalud. Estadísticas.

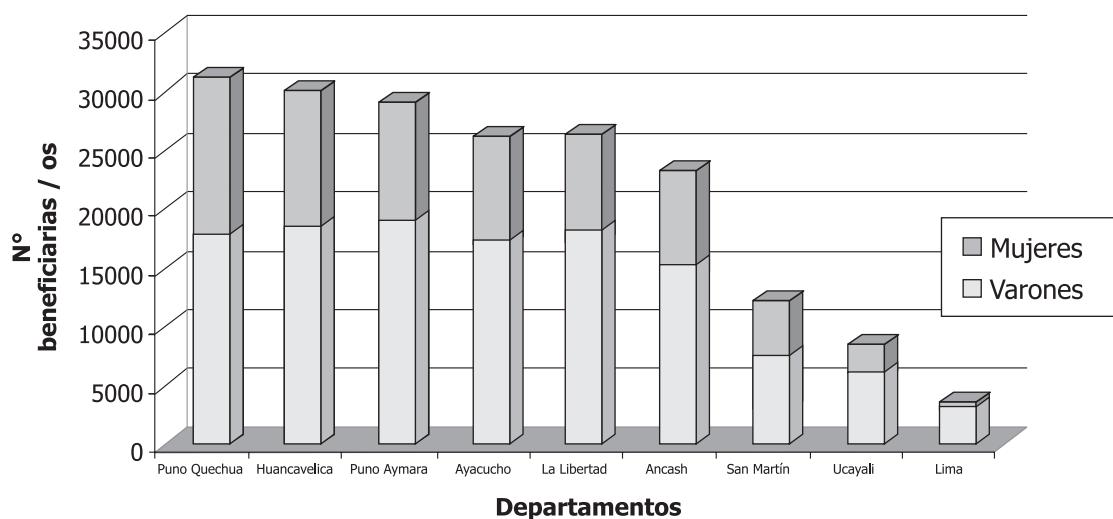
Cobertura territorial

El Proyecto ReproSalud se desarrolló en 91 distritos ubicados en 9 zonas de intervención. Como se aprecia en la Tabla 6, el peso más importante de la intervención educativa se puso en departamentos pobres de la sierra, tales como Puno (zona quechua), Huancavelica, Puno (zona aymara) y Ayacucho, los que en conjunto representan el 61.3% de las mujeres y varones capacitados por el Proyecto. Si a ello se suma los distritos de sierra de los departamentos de La Libertad y Ancash, la cifra alcanza el 87.2%. Participaciones bastante menores han tenido las zonas de selva de San Martín y Ucayali (cerca del 11% en conjunto) y los distritos peri-urbanos del departamento de Lima.

Tabla 6
Beneficiarios de ReproSalud por departamentos, según sexo

Departamentos	Mujeres	Varones	Total	%
Puno Quechua	17,962	13,259	31,221	16.4
Huancavelica	18,580	11,607	30,187	15.8
Puno Aymara	19,071	10,040	29,111	15.3
Ayacucho	17,470	8,823	26,293	13.8
La Libertad	18,325	8,027	26,352	13.8
Ancash	15,273	7,858	23,131	12.1
San Martín	7,541	4,564	12,105	6.4
Ucayali	6,172	2,341	8,513	4.5
Lima	3,266	441	3,707	1.9
TOTAL	123,660	66,960	190,620	100.0

Gráfico 3
1996 - 2001: Beneficiarias/os de acciones de salud reproductiva de ReproSalud por sexo y departamento



El punto de partida: adónde y con quiénes

1. Adónde: los diagnósticos situacionales

Un primer paso en el proceso de preparación de las acciones educativas lo constituyó la realización de los diagnósticos situacionales (DS) en los distritos de las zonas rurales y peri-urbanas pre-definidas como áreas posibles de ejecución del Proyecto.

Definición

El diagnóstico situacional fue concebido como un procedimiento de estudio de la realidad de cada zona que permitiría, por un lado, conocer cuáles eran las características más relevantes de la posible zona de intervención y, por otro lado, ratificar o desestimar la pertinencia y factibilidad de desarrollar el proyecto en dicha zona.

Objetivos

Los DS se plantearon los siguientes objetivos:⁵

- Identificar las Organizaciones Comunitarias de Base (OCB) existentes y conocer su potencial de organización y gestión de proyectos.
- Identificar a las ONGs que trabajan con organizaciones de base, a los proyectos de USAID y a otras instituciones que realizan actividades relevantes de salud y generación de ingresos.
- Identificar las actividades productivas o generadoras de ingresos con potencial de mercado y que puedan ser sujetas de crédito.
- Conocer el panorama político en cada región.

En relación a la estrategia educativa, los DS aportarían entonces elementos valiosos para establecer:

- Cuáles eran las posibilidades de inserción y desarrollo del Proyecto en cada zona.

⁵ Plan Operativo1996a.

Metodología y procedimientos

Los DS fueron realizados por los Equipos Regionales de ReproSalud, bajo la conducción y con la asesoría técnica del Equipo Central del Proyecto.

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

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

- Preselección de los distritos en los que se realizaría el DS.
- Diseño de instrumentos de recolección de información: datos requeridos, pautas para el levantamiento de información cualitativa.

Tabla 7
Criterios de selección de los distritos

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

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

El proceso en el tiempo

Entre los años 1996 y 1999, los diagnósticos situacionales se fueron realizando en cada conjunto de distritos conforme se proyectaban nuevos ámbitos de intervención de ReproSalud.

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

- Que la dificultad de acceso al lugar por carencia de vías de comunicación, en los casos en que demorara más de 8 horas de viaje, y la falta de seguridad por presencia de violencia política y de narcotráfico sean condiciones eliminatorias de un distrito.
- Que para reducir el tiempo y los recursos que insumen los DS, se trabajen primero y prioritariamente las fuentes secundarias; luego de analizada esta información, y de ser necesario, se plantearía la recolección de fuentes primarias a través de visitas y entrevistas en cada lugar.

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

Tabla 8
Avances en la selección de distritos

Años	Actividades preparatorias	Realización Selección distritos	Acumulado
1996	Formulación de criterios fundamentales	49	49
1997	Cambios en metodología e instrumentos	2	51
1998		13	64
1999		27	91
2000			*

* El equipo técnico considera que ya no es necesario ejecutar DS porque ya llegaron a 91 distritos en 33 provincias y han cubierto la meta. (IA 2000:5).

Resultados

A partir de los DS realizados fue posible seleccionar como zonas territoriales de intervención aquellas que mayoritariamente registraron una Tasa Global de Fecundidad - TGF de nivel muy alto y alto; importantes niveles de pobreza y satisfactorios indicadores de concentración poblacional.⁶ Asimismo, la mayor parte de los distritos seleccionados contó con condiciones de accesibilidad aceptables. En suma, se identificó un conjunto de distritos en los que la intervención de ReproSalud resultaría pertinente y factible.

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

Implicancias de los diagnósticos situacionales para el desarrollo de la estrategia educativa

La realización de los DS y la selección de los distritos que de ellos se desprende, determinó desde un inicio las características a las que debía adecuarse la estrategia educativa de ReproSalud.

En efecto, la priorización de zonas rurales y peri-urbanas con altas tasas de fecundidad y altos niveles de pobreza coincidiría necesariamente con la presencia de mujeres con alta probabilidad de tener niveles educativos relativamente limitados y con la presencia de poblaciones cultural y lingüísticamente heterogéneas. Esto último demandaría de los programas educativos a aplicar la consideración de factores tales como el nivel de manejo de materiales escritos por parte de las/los participantes, su lengua y sus usos, costumbres y tradiciones en materia de patrones de socialización y salud reproductiva.

⁶ El grueso de los distritos seleccionados tiene un volumen poblacional de entre 2,000 y 10,000 habitantes. gb

En cierto modo, en el proceso de selección de las zonas de intervención se estableció indirectamente un grado importante de distancia entre la situación que se buscaba cambiar y la meta que se pretendía alcanzar, todo lo cual planteaba un gran reto.

Podríamos sin embargo añadir que no se trató del máximo grado de distancia posible en tanto se estableció a priori que no serían seleccionados aquellos distritos que tuvieran serios problemas de accesibilidad (más de 8 horas de trayecto). Es decir, las zonas del territorio nacional más aisladas no serían materia de la intervención, todo lo cual tiene pleno sentido ya que estaba también en juego la factibilidad del Proyecto.

2. Con quiénes: la selección de las OCB

Definición

Se considera como organizaciones comunitarias de base - OCB a los Clubes de Madres, Comités del Vaso de Leche, Comedores Populares u otra asociación de mujeres del mismo nivel, tipo por ejemplo, los Comités de Damas (IA 1996:19).

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

Objetivo

A través del proceso de selección se buscó definir cuáles serían las organizaciones comunitarias de base que en cada una de las zonas de aplicación ejercerían la función de contrapartes del Proyecto ReproSalud.

Metodología y procedimientos

El proceso de selección de las OCB se realiza siguiendo las pautas establecidas para tal fin y las tareas preparatorias que hacen posible esta labor; entre ellas cabe mencionar las reuniones de información sobre ReproSalud y sus estrategias de trabajo sostenidas con las OCB, el establecimiento de un sistema de puntuación a los criterios de selección (IA 1996) y la elaboración de un folleto Bases del Concurso para la Selección de las OCB de Mujeres (IA 1996).

Para la selección de las OCB se tomó como referencia básica la relación de OCB identificadas en el diagnóstico situacional de cada uno de los distritos y además se contó con el apoyo de autoridades locales que las convocaban.

Se realiza luego un proceso de concurso, el mismo que tiene dos etapas: una primera en la que se califica los expedientes que informan sobre las características básicas de cada organización; una segunda en la que las mujeres integrantes de las organizaciones preseleccionadas realizan ante un jurado calificador la dramatización (sociodrama) de un proble-

ma de salud reproductiva. En la concepción del proceso, se estimó que esta última actividad, el sociodrama, sería el mecanismo a través del cual se evaluaría el grado de cohesión de la organización, condición fundamental para ser incorporada al Proyecto ReproSalud.

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

Para el Equipo Central la utilización de los sociodramas como instrumento de evaluación y selección de las contrapartes, supuso al principio una opción que jugaron sin prever con exactitud sus resultados. Están sí sumamente contentas de las respuestas de las organizaciones y de los resultados obtenidos para definir de manera acertada la elección de las contrapartes. Como se señala en el Informe de 1997, "Los sociodramas han mostrado ser una forma muy eficiente y permite hacer una completa valoración de la capacidad organizativa, la experiencia de las mujeres para conducir sus actividades y las formas de participación que se dan al interior de la OCB. Por estas razones, en las dramatizaciones o sociodramas se define a las OCBs ganadoras." (IA 1997: 5)

El proceso en el tiempo: avance del proceso de selección de OCB

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

TABLA 9
Avances en la selección de OCB

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

Resultados

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

Implicancias del proceso de selección para el desarrollo de la estrategia educativa

Así como los diagnósticos situacionales definieron los ámbitos de trabajo a los que debía adecuarse la estrategia educativa, el proceso de selección de las OCB definió el tipo de organización con que se trabajaría, sus características, sus grados y niveles de articulación con otras organizaciones y autoridades. Al ser mayoritariamente organizaciones funcionales, constituidas en el marco de programas estatales de alivio a la pobreza y relacionadas con instituciones del Estado para acceder al subsidio, es presumible que en la mayoría de casos se trató de organizaciones con cierta experiencia de negociación y administración de recursos.

Definiendo las necesidades de aprendizaje: los autodiagnósticos

1. Definición

El autodiagnóstico (AD) es el proceso de investigación participativa que permite generar conocimientos sobre la vida y la salud reproductiva de las mujeres desde sus propias lógicas de pensamiento.

Este es el procedimiento que desarrolla ReproSalud para que las mujeres de las OCB identifiquen y prioricen sus problemas en salud reproductiva, constituyéndose a la vez en la primera actividad con que las OCB se inician como contrapartes del proyecto (PO 1996:8).

2. Objetivos

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

En tal sentido, los autodiagnósticos debían:

- Promover que las mujeres identifiquen y seleccionen problemas de salud reproductiva para definir las intervenciones que ellas van a desarrollar en ese ámbito.
- Recoger información que permita realizar sugerencias para mejorar los programas y políticas que se dirijan a mejorar la vida de las mujeres y en particular su salud reproductiva.
- Acercar a los proveedores de salud a las perspectivas y experiencias de las mujeres, a sus propios modos de pensar y entender su vida y su salud reproductiva.
- Identificar temas prioritarios de investigación social y biomédica, que permitan profundizar, ampliar y contrastar los hallazgos de los autodiagnósticos.
- Definir con precisión los contenidos del programa y el material educativo.

3. Metodología y procedimientos

Para la realización de los AD se utiliza una metodología participativa que involucra como actores a los sujetos de la investigación; de manera simultánea se va generando el conocimiento y se está desarrollando la intervención: el autodiagnóstico implica organización, movilización, sensibilización, reflexión y toma de conciencia sobre situaciones o problemas.

La metodología participativa

"La participación (es) cada vez más activa y consciente y se va logrando paulatinamente en la medida que las mujeres perciben que sus opiniones constituyen la fuente y el motivo principal del AD. Nos acerca además a las experiencias más subjetivas y personales de ellas, a sus sentimientos, motivos y percepciones individuales, valorando de esta manera sus experiencias y sus propios modos de ver y explicar los sucesos, así empezamos a recuperar de las mujeres del campo y a vivir con ellas esta experiencia colectiva de reflexión, valoración y autoafirmación de sus capacidades y potencialidades" (IA 1996: 27)

"Se ha logrado mayor confianza y relación entre el equipo y las mujeres, se han priorizado los problemas de salud reproductiva más importantes de la comunidad, y las mujeres han comprobado que a partir de este método pueden reconocer y compartir sus conocimientos y experiencias en salud reproductiva." (IA 1996:27)

Preparación de los AD

El proceso de preparación de los autodiagnósticos comprendió una serie de pasos previos (IA 1996:24) entre los que se cuentan las siguientes actividades:

- La realización de una Pre-prueba que permitiera validar las guías de cada sesión, identificar el nivel de comprensión de los temas planteados, el tiempo empleado y la utilidad de los materiales usados.
- La realización de una Prueba Piloto para validar el contenido y secuencia de todas las sesiones del AD. Con la Prueba Piloto se precisó además el número adecuado de participantes, el tipo de participantes (sólo mujeres), la composición del equipo responsable, el tiempo de las sesiones (no mayor de 3 horas) y que el horario debía ser definido por la OCB.
- La capacitación de los Equipos Regionales.

Ejecución y sesiones

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

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

las características lingüísticas y culturales de las mujeres de cada zona, se utiliza la lengua materna de las participantes.

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

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

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

4. El proceso en el tiempo

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

Tabla 10
Avances en la ejecución de los autodiagnósticos

Años	Ejecución AD	Acumulado
1996	17 OCB	17
1997	37 OCB	54
1998	58 OCB	112
1999	86 OCB	198
2000	48 OCB	246

5. Resultados

Los autodiagnósticos permitieron, en primer lugar, identificar los problemas específicos de salud reproductiva que afectaban a las mujeres. En los autodiagnósticos realizados entre 1996 y 1999, con las diferentes OCB de las zonas de trabajo, fueron identificados y señalados con mayor frecuencia problemas que remitían a cuestiones de enfermedades de los órganos sexuales, muchos hijos y problemas relacionados con el embarazo y el parto.⁷

⁷ ReproSalud. Informes Anuales.

- Regla blanca, descensos
- Cáncer en la matriz
- Inflamación del vientre
- Prolapso/isiadura/quebradura
- Edad crítica, menopausia
- Muchos hijos
- Embarazos no deseados
- Aborto
- Sufrimiento en el parto
- Sufrimiento en el embarazo
- Problemas en el embarazo
- Retención de placenta

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

Además, los AD permitieron por un lado, ratificar y consolidar el conocimiento que se tenía sobre la situación de las mujeres (ver recuadro) y, por otro, contar con un material muy valioso para la difusión en foros públicos y la comunicación con los tomadores de decisiones y los servicios de salud.

Como se señala en el Informe Anual de 1997

"Las áreas críticas identificadas en estos primeros AD están referidas a:

- Escaso conocimiento que tienen las mujeres sobre lo que les ocurre en su cuerpo y en su salud reproductiva;
- Efectos de una mala información o información distorsionada de algunos agentes claves, tales como miembros de la iglesia, proveedores de servicios, familiares, parejas, etc.;
- Barreras de las parejas de las mujeres que impiden el acceso a recursos y servicios de salud reproductiva;
- Problemas en la calidad del servicio: escaso acceso, servicios ineficientes, con pobre infraestructura, ubicados fuera del alcance de las mujeres, tanto territorialmente, en costos u horarios, escaso nivel de resolución, maltrato, descrédito, etc.;
- Problemas que se ubican desde las propias mujeres: baja autoestima, temor y desconfianza a los servicios y a los proveedores, antecedentes biomédicos que condicionan la existencia de problemas y complicaciones en salud reproductiva, algunos patrones culturales inadecuados referidos principalmente al autocuidado de la salud." (IA 1997:5)

En otro orden de cosas, por lo que significaron los diálogos entre y con las mujeres tocando temas delicados, privados, no antes dichos, el resultado de los autodiagnósticos es especialmente valorado.⁸

Los AD han permitido

“...un conocimiento de la visión y sentimientos de las mujeres con relación a SR y servicios. ” (IA 1998:1)

“...difundir las voces de las mujeres y poner la “regla blanca” como un problema eje de otros y no trabajado por los servicios.”

“...muchos testimonios dan cuenta de cómo el proceso ha ayudado a las mujeres a mejorar su autoestima y a cuestionar abusos que sufren de sus parejas o de proveedores de servicios” (IA 1996:27)

“iniciar el proceso educativo a las mujeres y mejorar la capacitación” (IA 2000:7)

6. Implicancias de los autodiagnósticos para el desarrollo de la estrategia educativa

Dado que uno de los objetivos de los AD era identificar lo que las mujeres de las organizaciones comunitarias de base sabían, querían y requerían saber en materia de salud reproductiva, sus resultados tendrían relación directa con la capacitación.

En efecto, a partir de los AD se definen con mayor precisión el programa de la capacitación, los requerimientos de información básica a los que debían acceder las mujeres como pre-requisito para enfrentar otros conocimientos, los tópicos específicos a desarrollar, la dosificación de los contenidos de la capacitación de acuerdo a características educativas y culturales de las participantes, los materiales educativos requeridos para el desarrollo de la estrategia educativa.

Finalmente, con el desarrollo de los autodiagnósticos se da también inicio a la intervención educativa en tanto se propicia que las mujeres de las organizaciones comunitarias de base OCB ejercent y desarrollos sus capacidades para reflexionar, expresarse y tomar decisiones acerca de los problemas que consideran más importantes. En tal sentido, es una suerte de ensayo de lo que podrían ser más adelante las acciones de capacitación dejando claramente establecido que ellas serían el punto de partida y de llegada de un Proyecto que, en tanto valora sus conocimientos, eleva su autoestima.

“La intervención del proyecto a través de los AD comienza a originar cambios de actitudes, de opiniones y modificar los términos y normas de las relaciones entre las organizaciones e instituciones del lugar...” (IA 1996:27)

⁸ Ver: YON L., Carmen. Preferencias reproductivas y anticoncepción. Hablan las mujeres andinas. Movimiento Manuela Ramos, Lima, 2000. BANT, Astrid y Angélica MOTTA. Género y salud reproductiva. Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali. Movimiento Manuela Ramos, Lima, 2001.

PARTE II

HISTORIA DEL PROCESO

Capítulo 1

Programa de capacitación y módulos de materiales educativos

En términos generales, el módulo de capacitación puede ser definido como un conjunto de contenidos organizados alrededor de un tema común que responde a un objetivo de aprendizaje. A su vez, en términos más concretos, suele identificarse el módulo con el conjunto de pautas de enseñanza y materiales educativos relacionados con tales contenidos.

Consistente con esta definición, la capacitación modular sería aquella en la cual el programa de capacitación a realizar con un grupo determinado de destinatarios está compuesto por módulos independientes, cada uno de los cuales tiene un propósito diferenciable, que se utilizan de manera flexible, adecuada a los requerimientos del grupo.

En el caso de la estrategia educativa desarrollada por ReproSalud, ésta no parece haberse definido a priori ni de manera intencional como una capacitación modular, sin embargo, conforme el proceso fue desarrollándose y perfeccionándose, termina prácticamente perfilada como tal.

1.1. Estructura y temas del Programa

El programa de capacitación comprende un Módulo Básico y un Módulo Específico de Problemas Seleccionados.

En el Módulo Básico se tratan temas generales que permiten acceder a información considerada como pre-requisito para entender los tópicos posteriores. Los temas tratados en el Módulo Básico son:

- 1) Género y roles
- 2) Anatomía reproductiva de la mujer
- 3) Anatomía reproductiva del varón
- 4) Fisiología reproductiva

En atención a la heterogeneidad de problemas priorizados y necesidades de información que formulan las mujeres de las diversas zonas de intervención, el programa desarrollado en cada proyecto comunitario se diversifica. Esto significa que se identifican tópicos y contenidos específicos por temas que serán trabajados con cada grupo de mujeres según lo que ellas consideran que es lo más importante y lo que ha sido priorizado y programado en el respectivo proyecto comunitario.

El Módulo Específico comprende aquellos temas que aludían a los problemas identificados en los autodiagnósticos. Estos temas eran:

- 1) Descensos vaginales o agua blanca
- 2) Tener hijos deseados es un derecho
- 3) Por un embarazo y parto saludables
- 4) Cómo cuidarnos después del parto
- 5) Conociendo cómo cuidarnos
- 6) Conociendo sobre los métodos anticonceptivos
- 7) Conociendo más sobre métodos anticonceptivos
- 8) Por qué sufrimos prolapsos
- 9) Podemos prevenir el prolapsos
- 10) Tenemos derecho a vivir sin violencia
- 11) ¿Qué sabemos sobre el cáncer?
- 12) ¿Cómo prevenir el cáncer del cuello del útero o matriz?

Adicionalmente, el programa de capacitación de las promotoras y promotores comunitarios, incluye un Módulo para desarrollar habilidades de enseñanza y comunicación. Éste trata sobre los siguientes temas:

- 1) Cómo se organiza una reunión educativa
- 2) Hacer una práctica de capacitación

Por último, para la capacitación de los jóvenes, varones y mujeres, se cuenta con un programa especial contenido en el Módulo para la Capacitación de Jóvenes cuyos temas son los siguientes:

- 1) Hablando sobre nosotras y nosotros
- 2) Conociendo nuestros cuerpos
- 3) Lenguaje de autoestima
- 4) Hablando sobre las relaciones entre jóvenes
- 5) Conociendo los métodos anticonceptivos
- 6) Conociendo las enfermedades de los órganos sexuales
- 7) La violencia contra la mujer
- 8) Reconociendo nuestros derechos sexuales y reproductivos

1.2. Organización del programa de capacitación: secuencia variable de las sesiones

La secuencia de capacitación de las mujeres y varones se inicia en todos los casos con un Módulo Básico (Módulo I) que es desarrollado a lo largo de 4 sesiones o reuniones, una por cada tema. La diferenciación se introduce en las reuniones siguientes, según la opción del Módulo Específico que se haya propuesto desarrollar la OCB en cada proyecto comunitario.

En el transcurso del desarrollo de ReproSalud, conforme se realizaba la intervención educativa y se iba ganando una experiencia que enriquecía el manejo de la estrategia aplicada, se fueron ajustando y complementando los planes educativos. De ellos es posible identificar básicamente dos versiones: lo que habría sido una versión original, utilizada en los primeros años de ReproSalud y lo que vendría a ser la versión final con que se

cuenta en la actualidad.

La versión original del Programa⁹

	Reunión 1	Reunión 2	Reunión 3	Reunión 4
Módulo Básico	Género y roles	Anatomía reproductiva de la mujer	Anatomía reproductiva del varón	Fisiología reproductiva

Módulo Específico de problemas	Reunión 5	Reunión 6	Reunión 7
Opción 1	Descensos vaginales o agua blanca		
Opción 2	Tener hijos deseados es un derecho	Por un embarazo y parto saludables	Cómo cuidamos después del parto
Opción 3	Conociendo cómo cuidarnos	Conociendo sobre los métodos anticonceptivos	Conociendo más sobre métodos anticonceptivos
Opción 4	Por qué sufrimos prolapsos	Podemos prevenir el prolapsos	
Opción 5	¿Qué sabemos sobre el cáncer?	¿Cómo prevenir el cáncer del cuello del útero o matriz?	
Opción 6	Tenemos derecho a vivir sin violencia		

Módulo para formación de Promotoras/es	Reunión 1	Reunión 2
	Cómo desarrollar una reunión educativa	Practicamente cómo hacer una reunión educativa

La versión final¹⁰

El cambio de programa registrado en la versión final se refiere básicamente a la organización y agrupación del Módulo Específico de problemas de manera tal que quedan definidos con mayor claridad 3 ejes temáticos: uno sobre enfermedades de los órganos sexuales, otro sobre embarazo y parto saludables y uno último sobre anticoncepción.

Módulo Básico	Reunión 1	Reunión 2	Reunión 3	Reunión 4
Mujeres	Género y roles	Anatomía reproductiva de la mujer	Anatomía reproductiva del varón	Fisiología reproductiva
Hombres	Género y roles	Anatomía reproductiva del varón	Anatomía reproductiva de la mujer	Fisiología reproductiva

⁹ Elaborada a partir de las Guías de Capacitación. 1999.

¹⁰ Elaborada a partir de los materiales impresos, 2000 y 2001.

Módulo Específico de problemas	Reunión 1	Reunión 2	Reunión 3
Opción 2: Embarazo y parto saludables	Tener hijos deseados es un derecho	Por un embarazo y parto saludables: cómo organizar el parto, reconocer las señales de peligro en el embarazo	Por un embarazo y parto saludables: saber cómo se desarrolla un parto normal, reconocer las señales de peligro en el parto
	Reunión 4	Reunión 5	
	Cómo cuidarnos después del parto: qué hacer si hay retención de placenta, el puerperio, señales de peligro, cuidados del recién nacido lactancia	Cómo cuidarnos después del parto: derecho a cuidados especiales, responsabilidad del hombre, atención de los servicios de salud	
Módulo Específico de problemas	Reunión 1	Reunión 2	Reunión 3
Opción 3: Cómo cuidarnos para tener los hijos que querramos (anticoncepción)	Conociendo cómo cuidarnos, responsabilidades de la mujer, el varón y la preja, para qué sirven los métodos	Conociendo sobre los métodos anticonceptivos: calendario, ovulación, lactancia	Conociendo sobre métodos anticonceptivos: píldora, inyección, implantes
	anticonceptivos Reunión 4	Reunión 5	
	Conociendo sobre métodos anticonceptivos: T de cobre, tableta vaginal, condón	Conociendo sobre métodos anticonceptivos: operación (mujer y varón), cómo escoger un método	
Módulo Específico de problemas	Reunión 1	Reunión 2	
Opción 4	Tenemos derecho a vivir sin violencia		

Módulo para formación de Promotoras/es	Reunión 1	Reunión 2
	Cómo desarrollar una reunión educativa	Practicamente cómo hacer una reunión educativa

Módulo para capacitación de jóvenes	Reunión 1	Reunión 2	Reunión 3	Reunión 4
	Hablando sobre nosotras y nosotros	Conociendo nuestros cuerpos	Lenguaje de autoestima	Hablando sobre las relaciones entre jóvenes
	Reunión 5	Reunión 6	Reunión 7	Reunión 8
	Conociendo los métodos anticonceptivos	Conociendo las enfermedades de los órganos sexuales	La violencia contra la mujer	Reconociendo nuestros derechos sexuales y reproductivos

Secuencia metodológica básica de cada reunión

Primera

- a. Bienvenida
- b. Qué queremos lograr en esta reunión
- c. Contenidos
- d. Sumando conocimientos
- e. Medir lo aprendido
- f. Compromisos
- g. Despedida

Siguientes

- a. Bienvenida
- b. Avance de compromisos
- c. Qué queremos lograr en esta reunión
- d. Contenidos
- e. Sumando conocimientos
- f. Medir lo aprendido
- g. Compromisos
- h. Despedida

Última

- a. Bienvenida
- b. Avance de compromisos
- c. Qué queremos lograr en esta reunión
- d. Contenidos
- e. Sumando conocimientos
- f. Medir lo aprendido
- g. Compromisos
- h. Resultados de nuestro taller
- i. Darnos fuerza
- j. Compartir información con la familia y la comunidad
- k. Despedida

1.3. Los materiales educativos

En toda estrategia educativa los materiales constituyen el soporte necesario para proporcionar la información y lograr los aprendizajes que se pretende alcanzar. En el caso de la estrategia educativa de ReproSalud, los materiales, que son diversos y complementarios, cumplen funciones de soporte a la enseñanza, a los aprendizajes y a la evaluación de resultados.

El proceso de elaboración

El conjunto de materiales para la educación en salud sexual y reproductiva actualmente disponibles es el resultado de un proceso de elaboración, prueba y ajuste colectivo que permitió irlos perfeccionando de modo tal que han logrado ser aceptados – a juicio de los usuarios entrevistados - como buenos, útiles, fáciles, claros y pertinentes.

En un inicio, en el año 96, se realizó un esfuerzo de recopilación de los materiales sobre temas de salud sexual y reproductiva existentes en el medio; la idea original de inventariar el material disponible fue cambiada por la realización de un Concurso sobre “Los mejores materiales educativos en salud reproductiva” (IA 1996:30). En 1997, se realizó el concurso en el que participaron 20 instituciones y 13 dependencias del MINSA; como resultado del concurso se clasificaron 89 materiales.¹¹

Los materiales educativos que participaron en el concurso no respondían plenamente a las necesidades de información que habían expresado las mujeres a través de los autodiagnósticos, motivo por el cual ReproSalud tuvo que asumir la tarea de preparar los materiales educativos que servirían para la formación de las promotoras comunitarias, así como los materiales educativos de apoyo que se distribuyeron a las mujeres y varones beneficiarios de las actividades educativas.

Salvo en el caso de los folletos sobre métodos anticonceptivos, se coordinó con la institución ganadora para reproducir el material incorporando la información requerida por las mujeres. De estos folletos “Se han impreso 28,000 folletos para la sierra, 7,000 para la selva”. IA 1997:17); asimismo, se elaboraron hojas informativas y folletos referidos a cada uno de los temas específicos de las guías (“los que son entregados a las mujeres que asisten a los talleres para que sirvan de refuerzo al conocimiento y para facilitar su socialización en la familia”. IA 1997:17).

El proyecto ha definido con claridad los módulos de materiales requeridos y los contenidos que debía abordar cada módulo temático en función de las demandas de conocimientos planteadas por las mujeres. Se identificó también la necesidad de tener guías diferenciadas para promotores varones y promotoras mujeres, la importancia de contar con materiales gráficos que apoyen la capacitación, sobretodo para facilitar el trabajo con personas iletradas, la necesidad de elaborar materiales específicos para tratar los temas y problemas que surgían en los autodiagnósticos y materiales adecuados al sexo y edad de los beneficiarios (mujeres, varones, jóvenes).

En una suerte de diálogo permanente y fluido entre quienes elaboraban-enviaban los materiales y quienes – en las regiones – hacían uso de ellos, se fueron perfeccionando y adecuando los contenidos, lenguaje, estilo y forma definitiva que adquirían los materiales de ReproSalud. Un ejemplo revelador de esta capacidad de adaptación lo da el dato de que siendo muy importante para las mujeres saber y comprender lo que hacía cada método anticonceptivo en su cuerpo, se incorporó este punto a los documentos elaborados.

¹¹ Informe Anual 1997. p.17

A modo de ilustración, algunas referencias concretas:

“Aunque estaba previsto que el módulo de educación básica en salud sea realizado por algunas de las organizaciones que ganó en el concurso sobre materiales, sin embargo se evidenció la dificultad para interpretar y engarzar adecuadamente género y salud reproductiva, por ello se decidió que la elaboración del módulo sea tarea del equipo central (IA 1997:8)

“Los proyecto comunitarios requieren permanentemente materiales de apoyo para las actividades educativas, por lo cual en la medida en que vayan priorizándose otros problemas de salud reproductiva y se elaboren guías para la capacitación en temas específicos se seguirá elaborando material gráfico necesario. Este material en las primeras experiencias de aplicación son validados, con la finalidad de introducir (las modificaciones) que sean necesarias” (PO 1998:28)

“...se adquirirá el material que ya está elaborado por otras entidades, siempre y cuando cumplan con las especificaciones técnicas que los proyectos comunitarios requieren” (PO 1998:28)

“Se seguirá elaborando y editando Hojas Informativas y Folletos, como material de apoyo que se va a entregar a las mujeres, varones y jóvenes de ambos sexos participantes en las actividades educativas que se desarrollan en los proyectos comunitarios” (PO 1998:29)

“Se continuará perfeccionando y elaborando material de apoyo para que las promotoras, promotores y jóvenes desarrollos sus reuniones educativas (rompecabezas, láminas u otros)” (PO 1998:29)

“Luego de la validación de los materiales gráficos y educativos en la capacitación se tiene previsto seguir reimprimiéndolos con las modificaciones que sean necesarias” PO 1998, p.29

En la práctica los materiales más importantes utilizados en la capacitación han tenido – por lo menos - dos versiones impresas. En la primera versión fueron elaborados y trabajados como Guías de Capacitación en las que se privilegió el contenido y la diagramación pautada y clara, sobre las ilustraciones, el gráfico y el dibujo. En la segunda versión, se incorporan todas las ventajas de un material didáctico que presenta contenidos claros, una secuencia organizadora de los aprendizajes, una diagramación diseñada con pautas comunes a cada sesión/ reunión/capítulo, y un conjunto de ilustraciones y dibujos que complementan y apoyan el texto de los documentos¹². En cualquier caso se trata de materiales directos, sencillos y debidamente contextualizados al medio social y cultural al cual se dirigen.

Podría argumentarse que, dado el nivel educativo de las beneficiarias, sean promotoras o miembros de la comunidad, la cantidad de texto escrito es excesivo. Sin embargo, tanto los Equipos regionales como el equipo central sostienen que esto no constituye una limitación ya que cuando las usuarias no pueden leerlos de manera directa suelen recurrir a miembros de su familia. Además sostienen que fueron las propias mujeres las que solicitaron tener un material “con más letras”, lo que podría estar asociado al referente de los textos escolares a los que suele asignárseles un valor en sí mismos.

¹² El material del Módulo Básico elaborado para los promotores y promotoras comunitarias ofrece por ejemplo una variedad de técnicas para favorecer la participación y el aprendizaje (rompecabezas, historias de casos, análisis de láminas, trabajos grupales), tiene además abundantes ayudas visuales (láminas, dibujos, afiches, gráficos) y es complementado con cuadernillos y folletos para uso de las/los participantes.

El resultado

Materiales disponibles para el Módulo Básico

Los materiales educativos para desarrollar el Módulo Básico comprenden materiales para la enseñanza, para la lectura y para la evaluación.

Los materiales para la enseñanza son las Guías Ilustradas, preparadas para ser manejadas por las promotoras mujeres y los promotores varones.

Nº	Material	Tema	Destinatario	Año
1	Guía Ilustrada	Módulo Básico	Promotora comunitaria	3 ^a Ed. 2002, Mayo
2	Guía Ilustrada	Módulo Básico	Promotora comunitaria	2 ^a Ed. 2003, Marzo

En segundo lugar tenemos, el material de lectura para uso de los participantes en la capacitación:

3	Material de lectura	Las mujeres conocemos nuestro cuerpo	Mujeres	3 ^a Ed. 2002, Mayo
4	Material de lectura	Conociendo el cuerpo del hombre	Mujeres	1 ^a Ed. 2003, Marzo
5	Láminas de Apoyo		Participación en capacitación	
6	Hojas Informativas (formato: afiche)	- Cuando nacemos los niños y niñas sólo somos diferentes por el sexo - Si queremos y nos enseñan, las mujeres también podemos hacer esto - Si queremos y nos enseñan los hombres también podemos hacer esto - Derechos sexuales y reproductivos	Participación en capacitación	

Para la evaluación del conocimiento se cuenta con Pruebas de entrada y salida, con sus respectivas cartillas de instrucciones y hojas de respuestas de los participantes.

7	Cuaderno con instrucciones	Evaluación PE/S N° 1	Mujeres	1 ^a . Ed 2000
8	Cuaderno con instrucciones	Evaluación PE/S N° 1	Varones	1 ^a . Ed 2000
9	Cuaderno con dibujos	Evaluación PE/S N° 2	Participantes en capacitación	6 ^a . Ed 2000, Set

Materiales disponibles para el Módulo Específico de problemas seleccionados

Enfermedades de los órganos sexuales

Nº	Material	Tema	Destinatario	Año
1	Guía Ilustrada	Enfermedades de los órganos sexuales	Promotora comunitaria	2 ^a Ed. 2002, Mayo
2	Guía Ilustrada	Enfermedades de los órganos sexuales	Promotora comunitaria	1 ^a Ed. 2000, Mayo
3	Material de lectura	Sabemos cuidar nuestros órganos sexuales	Mujeres	2001, Junio
4	Láminas de apoyo	Guía del módulo		
5	Prueba E/S			

Embarazo y parto saludables

Nº	Material	Tema	Destinatario	Año
1	Guía Ilustrada	Embarazo y parto saludables	Promotora comunitaria	2 ^a Ed. 2002
2	Guía Ilustrada	Embarazo y parto saludables	Promotora comunitaria	1 ^a Ed. 2000
3	Material de lectura	Embarazo y parto saludables	Mujeres	4 ^a Ed. 2001
4	Material de lectura	Organizando el parto	Mujeres	2001, Junio
5	Láminas de apoyo	Guía del módulo		
6	Prueba E/S			

Anticoncepción

Nº	Material	Tema	Destinatario	Año
1	Guía Ilustrada	Cómo cuidarnos para tener los hijos que queremos	Promotora comunitaria	a ^a Ed. 2002, Mayo
2	Guía Ilustrada	Cómo cuidarnos para tener los hijos que queremos	Promotora comunitaria	2 ^a Ed. 2001, Mzo
3	Material de lectura	Cómo cuidarnos para tener los hijos que queremos	Mujeres	2001, Noviembre
4	Folleto, V/Sierra	El condón y la tableta vaginal	Mujeres, varones	2 ^a Ed. 1999
5	Folleto, V/Sierra	La T de cobre	Mujeres, varones	2 ^a Ed. 1999
6	Folleto, V/Sierra	La inyección	Mujeres, varones	2 ^a Ed. 1999
7	Folleto, V/Sierra	La píldora	Mujeres, varones	2 ^a Ed. 1999 Abril
8	Folleto, V/Sierra	Ligadura de trompas y vasectomía	Mujeres, varones	2 ^a Ed. 1999
9	Folleto, V/Sierra	El método de la lactancia	Mujeres, varones	2 ^a Ed. 1999
10	Folleto, V/Sierra	El método del calendario	Mujeres, varones	2 ^a Ed. 1999 Abril
11	Láminas de apoyo	Guía del módulo	Mujeres, varones	3 ^a Ed. 1999
12	Prueba E/S			

Violencia

Nº	Material	Tema	Destinatario	Año
1	Guía	Tenemos derecho a una vida sin violencia	Promotoras	1999
2	Material de lectura	Querer bien es nunca maltratar	Mujeres	3 ^a Ed. 2001, Dic.

Para la capacitación de jóvenes

Nº	Material	Tema	Destinatario	Año
1	Guía Ilustrada	Conversando y aprendiendo sobre nuestra vida	Promotor y promotora	2 ^a Ed. 2001. Mzo
2	Cuaderno con instrucciones	Prueba de E/S N° 1	Jóvenes	1 ^a Ed. 2000. Abr
3	Cuadernos con dibujos	Prueba de E/S N° 2	Jóvenes	3 ^a Ed. 2000. Jul
4	Láminas de apoyo			

Otros temas y propósitos

Nº	Material	Tema	Destinatario	Año
1	Material de lectura	Participación, liderazgo, promoción y defensa pública	Mujeres de base	1a Ed. 2001, Nov
2	Guía Ilustrada	Organización y Liderazgo	Dirigentes comunitarias	1a Ed. 2002, Ago

Material para registrar información sobre salud de las mujeres

Nº	Material	Tema	Destinatario	Año
1	Cuaderno de Registro	Conocimiento la salud de las mujeres	Promotora	s/d

Capítulo 2

Organizándose para educar (se)

2.1. Los Equipos Regionales

La estructura organizativa de ReproSalud tiene en los Equipos Regionales un soporte fundamental para el desarrollo de su estrategia educativa; son estas instancias descentralizadas las que, con la dirección y asistencia permanente del equipo central, asumen la responsabilidad directa para la organización y ejecución del trabajo en cada ámbito de intervención del Proyecto. Los integrantes del Equipo Regional son los representantes locales de ReproSalud, convocan y entablan relación con las organizaciones comunitarias de base así como con las autoridades de cada localidad y los funcionarios del sector salud¹³. Por lo tanto, de su actuación, de sus “contactos”, de su aceptación, de su capacidad para afrontar y vencer las resistencias, habría dependido en gran parte el éxito del Proyecto.

Si bien la estructura y funciones de los Equipos Regionales de ReproSalud no son materia de esta sistematización, por su incidencia en las labores de capacitación queremos solamente hacer una breve referencia a su conformación.

La conformación de los Equipos Regionales fue variada y, aparentemente, las personas responsables de la coordinación en cada región tuvieron cierta potestad para definir el perfil del personal con el que trabajarían, aunque la selección se hizo en común acuerdo con el equipo central. En la mayoría de casos se constituyeron equipos multidisciplinarios que privilegiaron la formación en ciencias sociales y en profesiones médicas, en otros se privilegió la selección de docentes porque, como declaró una coordinadora regional entrevistada, “el contenido se aprende, pero el manejo de técnicas pedagógicas requiere de una formación especializada”.

En general el trabajo se inició en cada zona con un número limitado de personal. Este se fue incrementando conforme se amplió la cobertura de beneficiarias y se fueron estableciendo nuevos ámbitos de trabajo. Cuando las demandas del trabajo fueron excesivas se recurrió a capacitadores volantes; es decir a capacitadoras que sin tener un ámbito específico a su cargo acudían en función de la demanda a apoyar a aquellas promotoras regionales que tenían mayor cantidad de proyecto comu-

¹³ La estrategia de aproximación a los establecimientos de salud partía de la presentación del Proyecto, de firmar un convenio de colaboración, de establecer relaciones de información con las autoridades y el personal de salud sobre lo que se iba realizando, así como desarrollar talleres con el personal sobre los requerimientos de salud de las mujeres obtenidos en los autodiagnósticos, la calidad de atención, la violencia como problema de salud pública y género.

nitarios. De esta manera, mientras la capacitadora “principal” capacitaba en la comunidad A, la volante capacitaba en la comunidad B, siempre bajo la conducción de la responsable del lugar.

Para seleccionar a los promotores y promotoras de los Equipos Regionales se contó con el apoyo de la sede de Lima. El perfil básico requerido establecía un conjunto de habilidades, no sólo profesionales sino también personales, como son:

- Hablar el idioma propio de la zona si era el caso
- Conocer programas de cómputo
- Tener sensibilidad social para el trabajo con mujeres de zonas rurales
- Tener sensibilidad de género
- Tener deseos de aprender

Para la selección de los promotores varones del Equipo Regional, iniciada en el segundo semestre del 98, se contó siempre con la participación de un especialista enviado desde Lima. El perfil exigido a los varones fue similar al de las mujeres.

2.2. Los Proyectos Comunitarios de Salud Reproductiva

Definición

Los proyectos comunitarios son las propuestas elaboradas y ejecutadas por las organizaciones comunitarias de base contrapartes de ReproSalud, en función a las necesidades identificadas y priorizadas por las mujeres de cada zona. Los proyectos comunitarios constituyen la columna vertebral de ReproSalud en tanto es a través de ellos que las mujeres de las organizaciones de base se involucran formalmente en el Proyecto y asumen la conducción de actividades educativas que las ayudarán a enfrentar los problemas que tienen prioridad en su ámbito.

Proceso de Elaboración

Para la elaboración de los proyectos comunitarios se realiza en cada lugar un taller de capacitación en el que participan las dirigentes de la OCB contraparte elegidas en asamblea como integrantes del Núcleo Responsable, así como las presidentas de las OCB asociadas. El taller se desarrolla en 4 sesiones y toma como material central de trabajo los problemas de salud sexual y reproductiva de la comunidad identificados en el autodiagnóstico.

Sesiones del Taller

- I. Selección de la causa más importante a trabajar
- II. Definición de los objetivos del Proyecto Comunitario
- III. Selección de las actividades
- IV. Detalle de actividades y cronograma.¹⁴

Se cuenta además con un material que orienta a las responsables en la elaboración de los proyectos comunitarios y que indica cómo deben ser redactados.

¹⁴ Tomado del Manual para la Elaboración de Proyectos Comunitarios educativos.

Esquema de Redacción del Proyecto Comunitario

1. Portada: Datos del proyecto comunitario y de la OCB – Identificación de responsable
2. Nuestra OCB y lo que vamos a trabajar. Antecedentes y justificación
3. Lo que queremos lograr con el proyecto comunitario. Objetivo – Metas – Indicadores.
4. Actividades que vamos a desarrollar. Actividades – Riesgos – Fortalezas
5. Actividades que vamos a realizar en los meses que dura el proyecto comunitario. Cronograma
6. Lo que necesitamos para desarrollar el proyecto comunitario. Presupuesto
7. Cómo vamos a organizarnos para trabajar el proyecto comunitario. Organigrama y funciones
8. Anexos que debe contener el proyecto comunitario. Del aspecto técnico - del aspecto presupuestal
9. Documentos para la calificación del proyecto comunitario.

Características de los proyecto comunitarios

Los proyecto comunitarios se desarrollan con la ayuda técnica y financiera del equipo de ReproSalud de Manuela Ramos, a través de sus Equipos Regionales. La conducción de cada proyecto comunitario es responsabilidad de su núcleo responsable, integrado por 1 Coordinadora, 1 Tesorera y la Presidenta de la OCB; a este grupo se suman las Promotoras comunitarias. Tanto la Coordinadora como la Tesorera son elegidas en asamblea de la OCB.

Cada proyecto comunitario dura en promedio 9 meses, al término de los cuales, previa evaluación de resultados¹⁵, la OCB puede formular otros(s) proyecto comunitario(s) de continuidad.

Los proyecto comunitarios comprenden diverso tipo de actividades:

- Actividades de capacitación para cada uno de sus tipos de beneficiarios
- Actividades de asistencia técnica y monitoreo para apoyar el desarrollo de la capacitación y verificar el cumplimiento de las actividades
- Actividades de implementación de los locales de las organizaciones de base y/o locales comunales para mejorar las condiciones materiales del trabajo educativo
- Actividades de evaluación para la medición de los resultados y logros alcanzados.
- Jornadas de atención en salud en coordinación con los establecimientos de salud de las localidades
- Actividades de información a las autoridades comunales y distritales
-

Cada proyecto comunitario desarrolla 3 tipos de taller de capacitación para cada uno de sus beneficiarios adultos, es decir:

- Tres tipos de taller para promotoras mujeres
- Tres tipos de taller para beneficiarias mujeres

¹⁵ "La evaluación de los proyectos comunitarios cuantifica los resultados de las actividades y el cumplimiento de funciones que son responsabilidad del núcleo responsable y de los equipos regionales como grupo. La ejecución de la evaluación es un proceso que involucra a los núcleos responsables, equipos regionales y personal de la sede central." (ReproSalud, Evaluación de Proyectos comunitarios, Lima, 1999:2). En la evaluación se toma en cuenta el cumplimiento de actividades (que incluye los conocimientos logrados en la capacitación resultantes de las Pruebas de Entrada y Salida), las actividades realizadas para lograr apoyo y compromiso de autoridades y personal de salud y las actividades que fortalecen la organización.

- Tres tipos de taller para promotores varones
- Tres tipos de taller para beneficiarios varones

Lo que define en este caso el tipo de taller es el tema específico que trata. En todos los casos en el primer tipo de taller se trabaja el Módulo Básico, considerado como pre-requisito, y un tema del Módulo Específico de problemas seleccionados. El segundo y tercer Talleres son sobre contenidos específicos del módulo de problemas seleccionados.¹⁶

Algunos proyectos comunitarios también consideran la capacitación a jóvenes de ambos sexos. En este caso pueden o no formarse previamente promotores comunales especiales. Los talleres de jóvenes se desarrollan en las escuelas o en los locales de las organizaciones comunales, tienen una duración variable de 5 a 8 reuniones y se inician con los temas de autoestima y asertividad para desarrollar luego aquellos otros temas que sean priorizados por los propios jóvenes participantes.

Cada OCB contraparte puede elaborar de 1 a 3 proyectos comunitarios. Siempre el primer taller de formación de promotores, independientemente del número de proyecto comunitario, debe incluir la capacitación en el módulo básico, en un módulo específico así como los 2 temas que prepararán para su desempeño como capacitadores.

El primer proyecto comunitario planteado por una OCB incorpora o atiende a las organizaciones y mujeres de las comunidades cercanas. Los posteriores proyectos comunitarios van incluyendo progresivamente a nuevas comunidades. Por ejemplo en el caso de la comunidad de Rumizapa (San Martín) en su primer proyecto comunitario incorporó a 3 comunidades asociadas, en el segundo a 4 (3 nuevas y 1 antigua) y en el tercero a 7 comunidades (4 nuevas y 3 antiguas). En el caso del Club de Madres de Azángaro (Puno), en el primer proyecto comunitario trabajó con 4 OCB asociadas, en el segundo con 8 (4 nuevas y las 4 anteriores).

La OCB que ha trabajado ya un proyecto comunitario, suele incluir en sus nuevos proyectos comunitarios a promotoras de la comunidad capacitadas anteriormente de modo tal que aprovecha al personal que tiene cierta experiencia ganada. En algunos casos se optó por hacer que las promotoras "antiguas" participen también en el taller de formación, conjuntamente con las nuevas postulantes a promotoras; se dice que eso les sirve de refuerzo y favorece la optimización de los resultados del trabajo de capacitación. Se estima además que la presencia de promotoras experimentadas en los talleres de capacitación enriquece a las nuevas postulantes ya que les permite contar, durante el taller de formación, con información de primera mano sobre las características del trabajo que van a realizar, sus diferentes modalidades y estrategias así como formas de uso de materiales. En algunos casos, como en Puno, el Equipo Regional opina que ese mecanismo implica un aumento en los costos, además "para nosotros era un refuerzo y para ellas fue repetitivo".

2.3. La capacitación del Núcleo Responsable: gestión y administración

Sobre el Núcleo Responsable de cada proyecto comunitario, personas entrevistadas en San Martín y Puno coinciden en señalar que "las integrantes del NR asumen sus funciones con una gran responsabilidad".

¹⁶ Si en los autodiagnósticos se hubiera priorizado algún otro tema concreto que escapa a los Módulos establecidos en el programa y que de ser seleccionados en los proyecto comunitarios, son abordados en las capacitaciones.

La Coordinadora es la encargada de ejecutar el proyecto en coordinación con las promotoras y de supervisar los asuntos contables de administración de los recursos económicos donados por ReproSalud. Con este propósito, la Coordinadora recibe capacitación en temas de gestión y administración del proyecto comunitario; además participa de los talleres de formación y reforzamiento de las promotoras mujeres, pues se supone que para efectuar el seguimiento y las labores de apoyo a las promotoras, debe estar ampliamente informada sobre el trabajo pedagógico.

Capacitación

Esta labor se realiza bajo la responsabilidad de cada Equipo Regional. A la capacitación del Núcleo Responsable asistían sus 3 integrantes (coordinadora, tesorera, presidenta de la OCB contraparte) y las presidentas de las OCB asociadas. En el caso de las tesoreras se estableció que debían participar 2 candidatas para designar luego a una en el cargo.

Todas ellas son capacitadas en 4 contenidos básicos¹⁷:

- Tareas o responsabilidades de cada integrante del NR (11 subtemas)
- Cómo realizar las actividades para que salgan bien y el Proyecto tenga éxito
- Cómo se deben hacer los informes de actividades (11 subtemas)
- Cómo se reciben los recursos y cómo administrar el dinero y los materiales.

El Taller de capacitación del Núcleo Responsable se programó originalmente para realizarse en 4 reuniones consecutivas de 3 horas cada una, cuyo horario era decidido por las propias participantes. Las dos primeras reuniones ofrecían capacitación técnica para conocer la gestión del Proyecto y las dos siguientes enseñaban el manejo contable.

Luego, con el avance del proyecto se fueron realizando algunos ajustes quedando el programa de 4 reuniones para aquellos NR nuevos, que recién iniciaban su participación en el Proyecto. Así por ejemplo en Puno, las reuniones se redujeron a 3 y finalmente bastaba con 2. Esta reducción se explica porque en la medida que "las OCB contraparte son las mismas de proyecto comunitarios anteriores, ya habían sido capacitadas y no valía la pena duplicar esfuerzos y presupuesto". A partir de 1999 propusieron incorporar a las promotoras comunales a esta capacitación ya que ellas deben rendir cuentas del dinero que manejan para refrigerios y movilidad.

El material para la capacitación al NR es el Manual o Guía, el mismo que sirve luego para facilitar el reforzamiento de los aprendizajes y la consulta de temas puntuales. Además se elaboran papelógrafos con los principales instrumentos de manejo económico como recibos, presupuestos, registros contables para hacer las explicaciones y luego realizan prácticas de uso. Una metodología similar se utiliza para la parte técnica en lo que toca actividades, cronograma e informes. En este sentido realizan una capacitación teórico-práctica que les permite constatar los aprendizajes alcanzados y efectuar los reforzamientos que fueran necesarios.

La Tesorera del NR recibe adicionalmente, de parte del Equipo Regional, asesorías mensuales que refuerzan sus aprendizajes y la apoyan en su labor.

Seguimiento

El seguimiento y monitoreo al desempeño del Núcleo Responsable es responsabilidad directa del Equipo Regional, atendiendo ambos ejes de trabajo, es decir, las actividades que se realizan y los asuntos contables.

A su vez, el seguimiento de las actividades de capacitación que ejecutan las promotoras y promotores comunitarios a los beneficiarios de base del proyecto comunitario (mujeres, varones, jóvenes) es realizado por las integrantes del NR. Esta labor de seguimiento la hacen en parejas, conformadas de manera indistinta por la Coordinadora, la Presidenta de la OCB y la Tesorera. Ellas realizan acciones de monitoreo para verificar el cumplimiento de las actividades programadas, así como un trabajo de asesoría y asistencia técnica para reforzar el trabajo hecho por las promotoras. La labor de seguimiento incluía también la supervisión del uso dado a los recursos asignados para refrigerio. En este sentido fueron muy cuidadosas en el uso de los recursos y en la rendición de cuentas. Verificaban además el número de participantes y el cumplimiento del horario.

A cada taller se le hacía 3 seguimientos. Como dicen las entrevistadas “este era un trabajo duro ya que a veces coincidían las capacitaciones a las mujeres, a los varones y a los jóvenes”. Sin embargo era cumplido con responsabilidad por las integrantes del NR. El NR recibía por cada visita un monto que le permitía cubrir sus gastos de movilidad y alimentación.

Sugerencias con relación a la capacitación del NR

La parte de gestión económica o manejo presupuestal era, a juicio de las promotoras, muy tediosa. Ahora es más sencilla ya que se han simplificado los documentos. Y es que durante el desarrollo del trabajo ha existido una permanente revisión y simplificación de los manuales y materiales. En el caso de la capacitación al NR la simplificación abarcó tanto a la parte de manejo económico como a la parte de elaboración técnica de los proyecto comunitarios, la llamada “parte literal del proyecto comunitarios” y que alude a los objetivos, sus actividades, metodología e informes.

En la actualidad han sugerido una modificación para los actuales proyectos integrados y es la de incorporar en la capacitación del NR a las promotoras comunitarias ya que ellas gestionan la ejecución de sus talleres, lo que incluye manejo de presupuesto. Esto supone capacitar primero a candidatas a promotoras y luego hacer la capacitación al NR con ellas incluidas.

Beneficios del Trabajo para el NR

Para las integrantes del NR una de las ganancias que han obtenido, a nivel de su organización, es haber logrado equipar y mejorar el local, ya que el proyecto comunitario contemplaba recursos para ello.

También señalan como una ganancia a nivel personal, el haber mejorado su autoestima y sentirse parte de un trabajo de mujeres para mujeres. En tal sentido la imagen que tienen de si mismas, del Programa, de sus proyecto comunitarios, es sumamente positiva.

¹⁷ Tomado del Manual para capacitar al NR

Capítulo 3

La capacitación de promotoras y promotores

Los Talleres de capacitación de promotoras y promotores son las actividades educativas a través de las cuales se forma a miembros de las OCB y/o de las comunidades locales para que se desempeñen como formadores de las mujeres, varones y jóvenes en los temas de salud sexual y reproductiva.

La tarea es sin duda difícil y de alta responsabilidad. Los promotores y promotoras serán quienes más adelante dirigen los Talleres educativos comunitarios, serán también las personas que están presentes en cada lugar para ejercer otras funciones afines como son por ejemplo, remitir a las mujeres a los servicios de salud cuando sea necesario, recopilar y suministrar información sobre la calidad de los servicios, evaluar permanentemente las necesidades de salud reproductiva, recoger y transmitir los puntos de vista de las usuarias acerca de la calidad en los servicios, entre otras.

La capacitación de las promotoras y promotores ha sido responsabilidad de cada Equipo Regional, quien realizaba un 1er. Taller dirigido a un conjunto de candidatas a promotores. A partir de las evaluaciones obtenidas en este Taller inicial, se seleccionaba a un grupo de promotoras, las mismas que participarían de dos talleres adicionales.

En el caso de los varones el proceso fue similar pero al inicio se incluía una sesión de “árbol de problemas” que sirviera como introducción al tratamiento e identificación de los problemas de salud reproductiva expresados por las mujeres en los autodiagnósticos.

El programa y los materiales (ver Capítulo 5) usados en la capacitación de promotores y promotoras son los mismos que se usarían luego para que ellos repliquen la capacitación a las beneficiarias y beneficiarios de base. Es decir, como corresponde al diseño establecido, se espera que quienes van a ejercer la función de capacitadores hayan pasado por una experiencia similar a la que deberán ellos realizar.

Adicionalmente, en el 1er. Taller de formación y selección de promotores se trabajaba también el Módulo que los habilita como capacitadores y que desarrolla los temas sobre “Cómo desarrollar una reunión educativa” y “Practicando cómo hacer una reunión educativa”.

A juicio de los integrantes de Equipos Regionales entrevistados, el primer taller de formación es estratégico, no sólo porque selecciona promotores sino también porque “sensibiliza a las dirigentes, motiva para la acción y capacita para poder continuar con el proceso en su conjunto”.

3.1. Convocatoria: Perfil del promotor, estrategia de selección e incentivos

El perfil de las y los candidatos a promotores comunales

Las condiciones establecidas para las candidatas a promotoras fueron:

- Que pertenezca a una organización, sea contraparte o asociada
- Que tenga liderazgo
- Que hable el idioma materno de ser el caso
- Que disponga de tiempo

Complementariamente se tomaron en cuenta otras características; tuvo importancia por ejemplo, "que sea amable", "que tenga facilidad de palabra", "capacidad de convocatoria", "que se lleve bien con la gente", "que sepa leer y escribir".

«Han mirado la facilidad de palabra para poder llegar a las personas, tenemos facilidades para hablar. Era invitación personal, yo era secretario de actas de una institución deportiva, los otros candidatos también pertenecían a organizaciones» (promotor varón de Tarapoto)

El saber leer y escribir no fue en todos los casos una condición indispensable, pero - a juzgar por lo opinado por el Equipo Regional de Tarapoto - sí era una condición necesaria. Según informan algunos entrevistados, el ser analfabeto no constituye una limitación para desempeñarse como promotora en la medida en que se utiliza material gráfico que permite asociar la imagen con la información escrita. También se alude a la capacidad de memoria que tienen los promotores comunales, habilidad que les permite recordar los contenidos sin referencia a la palabra escrita. Por último, quienes sustentan a favor de la participación de personas analfabetas, manifiestan que ellas cuentan con el apoyo de otras promotoras letradas o que recurren a la ayuda de sus esposos e hijos para que les lean los materiales cuando lo estiman necesario. Por lo demás, señalan, "hay promotoras que demuestran excelentes cualidades de comunicación" y "el material de lectura es sólo un apoyo ya que el mismo proceso de capacitación garantizaba que las promotoras aprendieran".

Este es sin duda un punto polémico¹⁸. Es claro que para ser capacitado como beneficiario de base del programa puede no ser insuperable la barrera del analfabetismo. Pero, considerando que las y los promotores requieren no sólo adquirir nueva información sino también tener solvencia en su manejo y reforzarla para capacitar adecuadamente a las beneficiarias, es evidente que la sola memoria no basta; las posibilidades de olvido, de confusión y hasta de posibles errores en una materia nueva y delicada existen. De allí la importancia de incluir como criterio de selección el ser alfabeto.

Por último debe destacarse que la experiencia previa en tareas de capacitación no fue una condición para ser seleccionado como posible promotor comunal.

¹⁸ Y quizás, en términos prácticos, poco relevante. El porcentaje de analfabetos que son promotores comunales es mínimo. Para el caso de la zona quechua de 500 promotoras las analfabetas no pasan de 5 y para la zona aymara de 600 promotoras 1 era analfabeta.

Estrategia de convocatoria

Para convocar a los candidatos a promotores, los Equipos Regionales en cada lugar coordinaron con las integrantes de los Núcleos Responsables de las OCB a efectos de definir a quiénes convocar, cuándo convocar y quiénes se responsabilizarían de esta tarea.

La convocatoria a las candidatas era asumida, por lo general, por la Presidenta de la organización, tomando como referencia el perfil general definido por el Equipo Regional. Era importante que las candidatas a promotoras tuvieran además, el respaldo de sus organizaciones para el trabajo que desarrollaría después.

«Se convocabía a las más activas, las que sabían llegar mejor a la gente» (promotoras mujeres de Tarapoto)

«Nos invitaron para trabajar con el Núcleo responsable del Club de Madres para combatir algunas irregularidades que había de repente de maltrato» (promotor varón de Tarapoto)

El número de personas invitadas a participar en el primer Taller dependía del número de mujeres o varones que se programaba capacitar en el proyecto comunitario, tomando en consideración que se requeriría 1 promotora/or por cada 25 beneficiarias/os. Con el propósito de tener mejores condiciones de selección, se convocabía siempre el doble de lo que se requería.

Estrategia de motivación

El hecho de cumplir la función de promotora o promotor comunitario implicaba un reconocimiento especial a su labor. Es decir, se estableció un sistema de incentivos en el que se incluían tanto incentivos económicos como sociales. Aparentemente los Equipos regionales han tenido autonomía para definir los incentivos.

Incentivos económicos: consistían en una asignación promedio de 10 nuevos soles, para el promotor comunitario responsable, por cada reunión de capacitación. El promotor de apoyo podía o no recibir incentivos económicos. Cuando los recibía era el equivalente a la mitad de lo recibido por el responsable. Adicionalmente los promotores recibieron en cada reunión refrigerio y gastos de movilidad.

Incentivos sociales: el ser capacitador/a de su propia comunidad elegido y aceptado por ella, implicó adquirir un nivel de prestigio y liderazgo gratificante para cualquier poblador que participa del interés por mejorar la calidad de vida de su comunidad.

3.2. Características de los talleres

Desarrollo general

Como se señaló, los temas tratados en los Talleres de capacitación de promotores y promotoras fueron los del Módulo Básico, el Módulo de temas específicos y el Módulo referido a cómo aprender a capacitar.

Los Talleres se desarrollaron a lo largo de 11 reuniones seguidas, conforme al siguiente programa:

- 4 reuniones para el Módulo Básico
- 4 reuniones para el Módulo de temas específicos
- 2 reuniones para hacer una sesión educativa y la demostración.
- 1 reunión de evaluación de logros

Para la realización de “la clase modelo”, los “estudiantes” disponían de uno o dos días para la preparación. Luego, para la práctica de capacitación que cada postulante hacía ante sus compañeras, disponía de 15 minutos. La práctica era calificada siguiendo pautas de evaluación pre-establecidas.¹⁹

La capacitación se realizaba centralizadamente en el distrito al que pertenecía la OCB contraparte; ahí acudían las candidatas de las OCB asociadas.

Las estrategias de ejecución de la capacitación eran variadas. Las fechas y horarios de las capacitaciones estaban condicionadas al tiempo de que disponían las participantes y eran acordadas colectivamente en la primera reunión del taller. Esta precisión es válida tanto para la capacitación a promotoras como para beneficiarias. Generalmente se trabajaba 3 horas por día en días consecutivos.

Las promotoras capacitadas y experimentadas son generalmente consideradas en los proyecto comunitarios posteriores, a los que además se incorporan otras candidatas a promotoras procedentes de las nuevas comunidades y organizaciones que participan en estos proyecto comunitarios. Todas ellas, nuevas y antiguas, repiten la capacitación del Módulo Básico, lo que a nuestro juicio y siguiendo el patrón encontrado en las capacitaciones a docentes es positivo pues mientras más se reitere la información, mayores son los logros en la adquisición y puesta en práctica de los conocimientos.

Para la formación de los promotores jóvenes se ha utilizado otra vía. En el caso de los jóvenes la capacitación se coordina con los colegios. Se trabaja en un horario distinto, adecuado a los estudiantes, es decir, las reuniones se realizan en las tardes (de 3 a 6 p.m., después de la salida del colegio) o sábados y domingos. Cuando es un colegio netamente rural las sesiones de capacitación suelen hacerse los fines de semana, trabajando mañana y tarde. Existió una sola experiencia de formación de promotores en que se trabajó de madrugada, de 4 a 7 a.m., en sesiones de 3 horas. Este caso fue en Puno.

“Una cosa es el compromiso de ellos y otra el colegio”

¹⁹ Esta hoja de calificación considera 10 criterios y 4 puntajes. Los criterios son: trato amable; paciencia para escuchar; reconocimiento de errores; hablar con palabras sencillas, pronunciar bien y expresar bien las ideas; orden para preparar sus temas; utilizar ejemplos para hacerse comprender; ser solidario cuando se siente triste o se pone mal; tener sensibilidad de género; motivar la participación; estimular el trabajo en grupos. Los puntajes a alcanzar son 4: 0 para No tiene; 1 para Apenas lo tiene; 2 para Más o menos lo tiene; 3 para Actúa conforme lo requerido.

Desarrollo de cada reunión

a. Contenidos: Por la naturaleza del tema, ¿cómo introducir el tema para generar un clima de confianza?

Los temas de educación sexual y reproductiva trabajados en ReproSalud plantean evidentemente un reto difícil para ser tratados en espacios colectivos. La naturaleza de los temas los ubica más claramente en el ámbito privado, en la conversación reservada, o en el campo de aquello que nunca se trata con otras/os. Por lo tanto, no siendo algo que uno converse naturalmente, era un tema difícil de introducir.

Así lo han percibido las capacitadoras responsables de formar a las promotoras y las promotoras mismas. Además, el ser parte de una experiencia de este tipo ha implicado para muchas de ellas alguna situación de conflicto en sus hogares; sin embargo, como señalan, a pesar de los temores y enfrentamientos con sus parejas las mujeres decidieron continuar y enfrentar el problema. Ayudó a ello el interés por los asuntos tratados y la apreciación de que esta experiencia de capacitación sería más seria y mejor (“...en otras capacitaciones a las que he asistido las cosas eran superficiales”).

“...cuando se comienzan a tocar temas de este tipo las mujeres se enfrentan a un cuestionamiento de sus ideas y sus costumbres, se preguntan qué está pasando, a dónde nos va a llevar, qué va a haber al día siguiente. Vienen entonces frente a la interrogante. Todas dicen que han tenido miedo, todas han estado en algún momento calladas.”

Contribuyó también a abordar el tema de la capacitación el trabajo de sensibilización desarrollado durante los autodiagnósticos. “Cuando se realizaron los autodiagnósticos, ellas habían visto figuras de desnudos, de ETS, de las partes íntimas del cuerpo. La primera reacción frente a las láminas era doblarlas, cerrarlas inmediatamente”. Para contrarrestar este efecto se hablaba con mucha naturalidad de que eso era lo que pasaba con las mujeres.

«Nos daban confianza, nos hacían participar, utilizaban el mismo lenguaje» (promotoras de Tarapoto)

Las sesiones se iniciaban con una presentación de la capacitadora y luego se acordaba cuál sería la forma de tratamiento entre todas (por ejemplo llamarse compañeras, hermanas). Se trabajaba a continuación el tema de cómo tratar el cuerpo y los órganos sexuales asumiendo que son parte de uno mismo, así como lo es la cara u otras partes. De esta manera, poco a poco, las participantes empiezan a decir cómo conocen sus órganos sexuales, con qué nombres los conocen en la comunidad.

Se lograba generar una sensación de comodidad que fue incorporada como un efecto demostración de cómo podrían hacer ellas con sus beneficiarias. Sin embargo hay que señalar que esta sensación fue adquiriéndose paulatinamente y a medida que se iban conociendo el clima era cada vez de más confianza y seguridad.

Una estrategia para romper el temor, el miedo que sentían algunas, consistió en ubicar a las líderes, a aquellas que al hablar motivaban a las demás y servían de ejemplo a todas. A ello se añade el uso de las dinámicas para relajar, para combatir la tensión. “Éramos campeonas en dinámicas y juegos para relajar. Al tercer día se empiezan a relajar y al 5to. día ya no se quieren ir”. El temor y el miedo iniciales ha sido una constante en todas las capacitaciones realizadas.

Las situaciones más difíciles se presentan en la prueba de entrada. Algunas señoras se sintieron horrorizadas, y ya no continuaron. Cuando se les buscaba para indagar qué había pasado, contaron que "al socializar con el esposo ellos dijeron que son sonseras, cochinadas" y ya no volvían. No fueron muchas pero hubo. En otros casos la prueba la pasaban, pero frente a los órganos sexuales de la mujer volvían a presentarse casos de deserción, eran muy pocos, pero se dieron. En el conocimiento del cuerpo del hombre había también algunos reparos.

Para otras la situación era de incomodidad y de vergüenza. Sin embargo lograron establecer el clima de confianza a través de actividades lúdicas de expresión en papelógrafos rescatando la información que manejaban sobre sus propios cuerpos y el cuerpo del varón, así como con materiales expresamente construidos como rompecabezas y láminas mudas y que asociados a los juegos habrían sido una forma de quebrar la formalidad y aproximarse a una interacción más favorable y amigable.

Otra técnica utilizada fue la narración de las propias experiencias de vida, recogiendo la información sobre la situación personal de las participantes. Esto tampoco era fácil. "Cuando hablábamos del tema de muchos hijos, algunas no querían decir que eran solteras, entonces decíamos ¿Y cuantas madres solteras hay? y yo levantaba mi mano, la primera madre soltera soy yo, entonces se quedaban mirando y levantaban la mano".

Un elemento importante que se introdujo y dio buenos resultados fue el hecho de explicitar que no se intentaba juzgar ni enjuiciar a nadie, "la vida es de matices, todo lo que hacemos no es bueno ni malo, sino todo lo que hacemos genera una consecuencia y lo que nosotros queremos hacer es que lo que hagamos tenga buenas consecuencias".

Siempre se tuvo una actitud de no juzgar, de expresar una relación de igualdad, de hacer sentir a las mujeres que se es una más de ellas, que se sientan del mismo nivel que la capacitadora. Eso, ese tipo de trato, - a juicio de la capacitadora entrevistada - facilitó que las señoras hablen.

Las promotoras consideran que el clima de confianza, la interacción entre todas y el hablar el mismo lenguaje fueron elementos claves para el desarrollo del trabajo.

b. Asistencia

La asistencia de las candidatas a promotoras a los talleres de capacitación fue permanente pese a la intensidad del mismo: tres horas diarias durante 11 días. Las resistencias a su participación en las sesiones de capacitación provinieron inicialmente del esposo aunque manifiestan que paulatinamente fueron superadas. El deseo de aprender y el espacio de interacción generado entre las promotoras fueron elementos importantes que contribuyeron a que no desertaran de los talleres.

"Normalmente era el esposo el que ponía problemas; eran incomprensivos y nosotros no sabíamos nuestros derechos"

"Fue el esposo porque no comprendía. Pero los vencimos y por eso estamos aquí."

"Lo difícil era el tener que trabajar todos los días y para asistir era muy difícil. Tenía que dejar de trabajar y yo quería aprender a defendernos. Por eso ahora soy diferente."

"Ahora el esposo ya nos entiende"

c. Cuáles son los temas más fáciles de tocar

Los métodos de planificación familiar los perciben como los más fáciles de tocar. De hecho son temas más conocidos, que comprometen menos y que han sido crecientemente tratados en público.

d. Cuáles son los temas más difíciles de tocar

La mayoría de puntos presentaba cierta dificultad. Los temas en general eran complejos y no solían tratarse entre las mujeres de la comunidad. Quienes lo hacían eran consideradas mañasas o "seguramente tendrían muchas relaciones sexuales". Tocar estos tópicos de manera abierta y clara aludiendo incluso a sensaciones generaba algunas reticencias. Hablar de su cuerpo y del cuerpo del hombre era algo novedoso para la mayoría de las mujeres. Era algo que nunca habían aprendido, ni tocado nunca.

Para el Equipo Regional, no era sólo un asunto de temas sino también de palabras difíciles: términos como cervicitis, vagina, clítoris, no eran palabras mayormente conocidas.

e. Tiempo

El tiempo, a juicio de las entrevistadas, es el pertinente. Consideran que las 3 horas programadas para cada sesión están bien organizadas. A veces se puede prolongar pero es raro que se reduzca. En general la duración efectiva de las sesiones depende de las características de las participantes más que de la secuencialidad y los tiempos establecidos. "Las tres horas casi nunca eran tres horas, eran un poquito más, pero la gente se quedaba".

f. Cuál es el grado de participación en la dinámica pedagógica planteada para las reuniones

La opinión generalizada es que los talleres y las Guías de capacitación son muy ágiles, que presentan una variación permanente de estímulos y que combinan adecuadamente la teoría y la práctica. Dentro de esta secuencia metodológica, se logra una mayor participación cuando se realiza el trabajo grupal. En este caso juega un papel esencial la interacción entre los integrantes del grupo, la confianza que se logra establecer, el efecto que tiene la experiencia de cada integrante. Esto es más interesante y participativo que el trabajo individual, que el hablar en plenario u otro tipo de actividad.

Las mayores dificultades se presentan en las exposiciones "plenarias" dado el temor a hablar frente al resto; "sin embargo cuando ya notaban que nosotras al momento de recibir los conocimientos no íbamos a decir esto está bien, esto está mal y solo asentíamos y preguntábamos si alguien quería completar, entonces se animaban, las aplaudíamos".

g. El manejo de información y el conocimiento de técnicas pedagógicas

El desempeño eficaz de todo buen capacitador supone dos condiciones necesarias: manejo del tema y dominio de técnicas pedagógicas. Es decir saber su contenido y saber comunicarlo para lograr aprendizajes.

Estas condiciones – por lo que hemos podido apreciar en el campo – aparentemente no habrían sido visualizadas de manera uniforme por los Equipos Regionales. En el caso de Tarapoto, se privilegió la mirada pedagógica, incorporando en el equipo a personas con experiencia docente. En el caso de Puno la misma composición del Equipo Regional parece llevarlo a enfatizar más el contenido y tipo de Proyecto que su componente pedagógico. La evidencia mayor la advertimos al observar el desarrollo de las prácticas demostrativas, “la clase modelo”, de las candidatas a promotoras en Azángaro, Puno (Noviembre, 2002). Allí fue posible apreciar que las postulantes a promotoras manejaban muy poco las técnicas pedagógicas. En su desempeño expresaron casi total inmovilidad al frente del aula, el uso de tonos monocordes, ausencia de un clima motivacional estimulante y casi una permanente exposición de contenidos repetidos - creemos - sin una mayor comprensión. Las dinámicas aprendidas fueron utilizadas más en su dimensión de juego que como un recurso pedagógico para motivar, reforzar o iniciar nuevos aprendizajes. Asimismo se observó que los trabajos grupales fueron utilizados de manera mecánica, sin incentivar realmente la interacción y la búsqueda de aprendizajes. Es cierto que el tiempo dado para la demostración era corto –15 minutos- pero la demostración suponía incluir la capacidad de seleccionar y dosificar tanto los contenidos como las experiencias de aprendizaje. Es cierto también que el tiempo de observación fue limitado y queda por supuesto la duda de si las candidatas observadas fueron o no seleccionadas como promotoras.

En todo caso, esa experiencia nos lleva a pensar que la propuesta de ReproSalud es bastante demandante para las mujeres que ejercen como promotoras. Se apuesta a que sean ellas las que a partir de lo que dicen, opinan o proponen las participantes, “construyan” el concepto, definición o contenido a trabajar. Esto supone una buena formación pedagógica, habilidad de comunicación y un buen manejo de contenidos. ¿Se desenvuelven bien en estos niveles?. A juicio del Equipo Regional se maneja más el contenido.

3.3. Materiales

Confirmando lo ya dicho en relación a los materiales y a su proceso de elaboración y validación continua, la información recibida de los Equipos Regionales nos habla de que las guías también tienen su historia. Primero fueron hechas en una reunión nacional, en 1997, donde se convocó a las promotoras regionales para ver como se podía llegar mejor a las mujeres. Se hizo un bosquejo y éstas se fueron mejorando siempre sobre las modificaciones sugeridas por los Equipos Regionales, de modo que cuando se iban aplicando no había que hacerle mayores ajustes ya que las nuevas versiones incorporaban los aportes propuestos. A medida que se iba avanzando las guías se iban adaptando.

Opinan las integrantes del Equipo Regional que los materiales son de fácil comprensión y que ayudan para la capacitación de las promotoras y las réplicas que hacen con las beneficiarias. Gracias a las guías y a los otros materiales las promotoras tienen orientación y cuentan con su material gráfico, por ejemplo las láminas, que son muy importantes ya que a partir de ellas es que logran la participación de las beneficiarias.

En opinión de quienes los usan, las guías, los manuales, los folletos están ilustrados de manera tal que generan el menor rechazo; son a color y están diagramados de manera ágil lo cual los hace atractivos. Son manuables y de fácil lectura, cuando se maneja tanto la lectura mecánica como comprensiva.

Para familiarizarse con los gráficos e ilustraciones como ya mencionamos, los autodiagnósticos jugaron un papel de “punta de lanza”, de “ablandamiento”. De manera que durante los talleres los materiales fueron recibidos con mayor naturalidad.

Las guías y su estructura

La opinión del Equipo Regional respecto a la efectividad de contar con un material pautado de manera precisa es positiva. Les ayuda, les señala los pasos a seguir y les facilita el logro de los objetivos que se han propuesto en cada reunión. Todos los pasos incluidos en la Guía son los necesarios.

Por lo dicho se puede pensar que las capacitadoras y promotoras han tenido limitadas posibilidades para salirse de la secuencia metodológica propuesta en las Guías y flexibilizar su intervención. Todo aparece bastante pautado, con la información básica disponible y con materiales de apoyo para el desarrollo puntual de todo el proceso. En este marco, resulta difícil pensar que se haya puesto en práctica una concepción modular de la capacitación, que favorece organizaciones distintas y diferentes de los contenidos y así como el establecimiento de secuencias propias y pertinentes en función de las características de los participantes.

Sin embargo, las promotoras han aprendido a utilizar las pruebas de entrada como medio para identificar los vacíos y las necesidades de capacitación de cada grupo. Si bien la guía tiene una secuencia metodológica, desde que son capacitadas las promotoras aprenden a que esta es flexible y deben aplicarla a las características y necesidades de cada grupo.

3.4. Evaluación y elección de Promotoras/es

La evaluación de las / los promotores participantes en la capacitación comprendía una evaluación teórica a través de los resultados de la prueba de entrada y de salida; y una evaluación de la práctica a través de la “clase modelo”.

En las primeras pruebas de evaluación se utilizaron preguntas, luego vinieron las pruebas gráficas; en cualquier caso las pruebas debían ser respondidas de manera individual. Cuando se terminaba el Módulo Básico y el Módulo Específico se aplicaba una prueba de evaluación. Luego se desarrollaba la sesión de capacidades educativas y después la práctica, ésta también se evaluaba y tenía un puntaje.

Se calificaba otorgando un peso uno a la parte de contenidos y un peso dos a la parte de comunicación, de educación. Esto refleja la importancia asignada a la habilidad para comunicarse, ya que podría haber personas que habían aprendido muy bien los contenidos pero que no podían transmitir lo aprendido.

Terminado el proceso de evaluación se enviaba a los participantes una carta donde se les comunicaba su elección sin precisar puntajes. Se evitaba así problemas.

“Nos había pasado una vez que la que ocupó el primer puesto en conocimientos no fue seleccionada”.

Una pequeña dificultad se presentaba al momento de seleccionar a las clasificadas. Pese a que todas tenían claridad respecto a que eran candidatas, en el momento de hacer la clasificación había cierta disconformidad debido a la idea que predomina en la gente de que la que más sabe, debía ser elegida. Sin embargo quien destacaba en conocimientos no necesariamente era quien tenía facilidad para transmitirlos. En este sentido, a la hora de seleccionar a las promotoras, pesó más el aspecto pedagógico.

Una vez nombradas promotoras cada una debía trabajar con 25 mujeres para replicar su experiencia.

3.5. Una vez en actividad: Monitoreo y Seguimiento

El seguimiento a la labor que realizan los promotores y promotoras comunales es responsabilidad del Equipo Regional de ReproSalud y del Núcleo Responsable de la OCB.

Del Equipo Regional

En realidad la responsabilidad del Equipo Regional es hacer seguimiento al Núcleo Responsable y es éste quien supervisa a las/los promotoras comunales. El Equipo Regional hace directamente seguimiento cuando toma conocimiento de la existencia de situaciones que así lo ameriten.

«Nosotros en la semana que ellos estaban dando la capacitación llegábamos a la comunidad para asegurarnos de que ellos estuvieran haciendo adecuadamente la capacitación. Hacíamos un acompañamiento. Luego por ejemplo, de que hubieran hecho tres o cuatro sesiones o sea un módulo, nos volvíamos a reunir y hablábamos con ellos si habían tenido alguna dificultad, si habían entendido bien los temas, si tenían todavía algunas dudas, si les hubieran preguntado algunas cosas que ellos no habían podido responder, porque esa es una de las cosas que les decíamos «si ustedes no saben una respuesta, digan que la van a buscar, se van a enterar, para después decirles la información adecuada, nunca hay que mentir ni inventar, era una de las normas». Entonces nosotros hacíamos esa reunión de reforzamiento y después volvíamos a hacer acompañamiento y al final hacíamos una última reunión de ese proceso.»
(E.R. Tarapoto)

El Equipo Regional hace también seguimiento a las OCB contrapartes y a las asociadas. Interesa sobretodo ver la forma en que se llevan a cabo las réplicas de la capacitación y conocer el grado de participación de las/los beneficiarias. No se logra llegar a todos los talleres pero sí a todas las OCB. Como estrategia privilegian el seguimiento a aquellas promotoras que sienten que necesitan mayor asistencia técnica y las que consideran que requieren una mirada más próxima. A las que a su juicio están suficientemente preparadas o

pueden cumplir mejor con su labor, no son consideradas de manera inmediata. En este seguimiento conversan con las promotoras, con las beneficiarias y constatan los resultados del taller.

Acompañando el proceso de seguimiento se realizó también el reforzamiento al trabajo de capacitación que venían realizando las promotoras. Este reforzamiento se hacía una vez al mes con presencia del Núcleo Responsable. La promotora tenía un registro donde anotaba lo que le habían preguntado y lo que había respondido en la capacitación efectuada a las beneficiarias. En la reunión mensual la promotora comunitaria sacaba su lista de consultas y se le preguntaba cómo había respondido y se le daba la asistencia técnica necesaria.

Seguimiento del Núcleo Responsable

Como ya se señaló el Núcleo Responsable se encargaba de hacer un seguimiento más permanente a las promotoras comunales, haciendo un promedio de tres visitas a los talleres de mujeres y varones. Las visitas a la capacitación de los jóvenes dependían del número de talleres que se ejecutaran.

«El núcleo responsable, nos caía en cualquier momento. Ellos escuchaban para ver si se les estaba dando la información como debe ser. A veces ellas entraban y preguntaban a los participantes y si algunos de los participantes no estaba conforme ellos tenían que reforzar» (Tarapoto)

3.6. Resultados

Las promotoras tienen un discurso de identidad y defensa de las mujeres bastante estructurado y común, lo que evidencia un nivel de sensibilización y compromiso.

Las promotoras, los promotores, los jóvenes cambian sus hábitos y prácticas como producto de su formación, en todo sentido, especialmente en torno a ellas y ellos, a sus familias que es donde se ve el mayor impacto. Las mujeres suelen conversar con sus parejas y eso aparentemente facilita no solo la comprensión de la situación y los problemas de las mujeres sino que incrementa la colaboración en la casa. Los testimonios de las mujeres señalan como frases importantes el "ya no es tan malo", "ahora colabora haciendo el desayuno". Los testimonios de los varones dicen "antes creíamos que sabíamos todo y resulta que no sabíamos nada".

También – según señalan - se nota el cambio en el aseo, en la apariencia personal.

Los testimonios de las mismas promotoras lo atestiguan, ellas sienten que ellas mismas han cambiado y lo mismo atestiguan los vecinos: "cambian las promotoras mucho más que las beneficiarias".

El trabajo de promotoras les ha permitido aprender mucho más tanto de las capacitaciones como de las señoritas que han capacitado, de los varones, de los jóvenes. Manifiestan que han podido cambiar su modo de ser, pensar y actuar.

«Los señores han avanzado bastante. Antes eran machistas y ahora quieren seguir avanzando. Queremos estar reunidos para seguir avanzando.» (Tarapoto)

Se dan también cambios aunque de manera más lenta en la frecuencia con que van a los establecimientos de salud, cosa que es el objetivo final del Proyecto.

"Van pero los logros aún están en proceso a diferencia de lo de roles, que ha sido más inmediato"

Para el caso de los promotores jóvenes éstos adquirieron mucha soltura, mucha seguridad, tuvieron varias experiencias muy bonitas. En algunos casos debieron enfrentar a profesores y padres de familia que se oponían a que los alumnos *"hablaran de esas cosas"* (salud reproductiva), a que "un niño de 14 ó 15 años iba a enseñarles esas cosas a unos de trece, catorce, a los menores". En otros casos sin embargo había padres que sí defendían y decían que era necesario porque a ellos les resultaba difícil hablar "de eso". "Creemos que sí fue muy valioso" dicen.

3.7. Balance para mejorar

En general las promotoras regionales expresan que tal como se desarrolló el proceso no cambiarían nada. Todo fue novedoso, exitoso y bueno.

Señalan con claridad la necesidad de continuarlos dados los éxitos obtenidos, los requerimientos de los hombres, mujeres y jóvenes de sus comunidades (esto fue ratificado en las observaciones de campo) y sus propios requerimientos de seguir avanzando en el mejoramiento de la salud de las mujeres de su comunidad.

Según ellas, en este momento, no debería cambiarse nada en tanto han ido mejorando conforme se avanzaba. No se ha esperado el final para constatar qué salía, qué se cambiaría, qué se mejoraría.

"Hace una semana nomás han cambiado el formato de una ficha. Eso da la satisfacción de haber ido siempre validando en el camino, mejorando, simplificando, comprobando, todo aquello que facilitara siempre el camino y garantizara los resultados."

Capítulo 4

La capacitación de las beneficiarias y beneficiarios

La capacitación a los beneficiarios mujeres, varones y jóvenes es responsabilidad de los promotores comunitarios. Las promotoras comunitarias capacitan a las mujeres, los promotores comunitarios a los varones y los promotores jóvenes (hombres y mujeres) capacitan a los jóvenes. En el caso de los jóvenes, éstos fueron capacitados a veces por los mismos promotores de mujeres y varones y también por los integrantes de los Equipos Regionales.

En general la capacitación a las mujeres y varones fue una réplica de las capacitaciones recibidas por los promotores comunitarios. Ellos capacitaban en función a los contenidos recibidos en sus capacitaciones, siguiendo las pautas de sus manuales, utilizando sus láminas y materiales y sobretodo aplicando la metodología con la que habían sido formados. Sin embargo, es claro que a pesar de que se repetía un formato similar, la situación era distinta. En este caso, a diferencia de la capacitación a promotoras y promotores, los "maestros" eran nuevos y menos calificados que los anteriores (miembros del Equipo Regional) y "los alumnos" eran mujeres y varones de base, presumiblemente menos preparados que los dirigentes y líderes de opinión seleccionados como candidatos en el proceso anterior.

Cada tipo de beneficiario participaba en tres 3 talleres: uno asumido como pre-requisito y que incluía los temas del Módulo Básico y un tema del Módulo Específico y los otros 2 talleres con temas específicos identificados en el proyecto comunitario. Los jóvenes solían recibir un solo taller que respondía a un programa especial elaborado para ellos.

El número de reuniones por taller variaba en función al contenido de la capacitación. El primer Taller solía efectuarse en 8 reuniones y los otros en 4 o 5 reuniones.

Los talleres buscaban fundamentalmente brindar información sencilla, actualizada y pertinente de modo de sensibilizar y provocar un cambio de comportamientos en relación a la salud reproductiva de los participantes, su familia y su comunidad. En este sentido debe valorarse el aporte del Proyecto en tanto logró lo que buscaba: introducir en el ambiente un tema de vital importancia para la familia como es la salud reproductiva de la mujer y la familia; incorporar a los varones no sólo en el conocimiento si no en la responsabilidad compartida frente a la salud de la mujer; romper el tabú con relación al tema, a las actitudes, comportamientos y hábitos que favorecían la ignorancia, las enfermedades y el conformismo; hacer a las mujeres responsables de sus propios cuerpos y decisiones.

Mirar el Proyecto como un proyecto educativo “formal” que lo que buscaba era “resultados de aprendizaje” es reducir su concepción, alcance y posibilidades. Visto como una experiencia educativa de sensibilización, de difusión de información, de participación, tal como lo fue, permite ubicar sus resultados en su real dimensión de inicio de un cambio en las percepciones que tienen las personas sobre sí mismas, su sexualidad y salud.

4.1. Convocatoria: criterios de identificación de participantes y estrategias de convocatoria

A quiénes convocaban: Criterios de identificación de participantes

Al inicio se invitaba a todas las mujeres de la comunidad. Esta amplitud de convocatoria supuso contar con personas muy mayores que por su misma edad tenían mayores rechazos tanto a los temas como a los materiales con los que se trabajaba. Fue así que luego se fijó como criterio prioritario el que fueran en el caso de las mujeres las que estaban en edad fértil y para los varones que fueran padres de familia. El tope de edad privilegiado era en su mayoría de 50 años.

Estrategia de convocatoria

Para cada taller de capacitación las promotoras tenían la responsabilidad de convocar a 25 mujeres participantes, tanto de sus organizaciones como de la comunidad. Utilizaban para ello diferentes estrategias, desde asambleas de la organización, reuniones de las APAFAS o avisos radiales, hasta invitaciones individuales casa por casa. Este trabajo también supuso dificultades al inicio del proyecto comunitario ya que había ciertas resistencias a participar ya sea por el tema o por la desconfianza usual que suele existir frente a ser capacitados por sus pares.

A decir del Equipo Regional, al iniciarse los proyecto comunitarios las promotoras tuvieron que enfrentar el primer reto: conseguir sus 25 participantes – número mínimo establecido. Esto implicó cierto desaliento de las promotoras, cuando, como sucedió, constataron un rechazo inicial a su convocatoria; en esos casos solicitaron apoyo del Equipo Regional. Frente a esto una estrategia asumida por el ER y que les dio resultados inmediatos fue solicitar a las promotoras que convocaran a 50 posibles participantes, es decir el doble de lo previsto, y que registraran en un cuaderno los nombres de todas las personas que habían visitado. Esto fue suficiente para revertir la situación tanto de desaliento como de dependencia del Equipo Regional. Al respecto las integrantes del Equipo Regional eran claras: debían enseñar a las promotoras a resolver por ellas mismas las dificultades y problemas y sólo cuando hubieran agotado todas las alternativas podrían contar con su apoyo directo.

«Nosotros buscábamos a los participantes, salíamos así sector por sector, porque había un promotor que era de barrio alto y otro de barrio bajo, buscábamos así hasta tener 25 en algunos casos 30, 33, había mucho interés, pero no dábamos para más también, el refrigerio era para 25, pero hacíamos alcanzar.

Invitábamos de casa en casa y aprovechábamos las reuniones de Apafa, las reuniones clubes deportivos, invitando de que va a haber charlas y que se inscriban.» (promotores de Tarapoto)

4.2. Características de los Talleres

Desarrollo General

Las promotoras y promotores tenían la responsabilidad de organizar y ejecutar talleres para las mujeres y varones de su comunidad y de las comunidades de las OCB asociadas.

Trabajaban en parejas. Una actuaba de facilitadora/facilitador principal y otra/otro actuaba como asistente de apoyo. En su comunidad de origen aparecían como responsables y en las otras, como apoyo.

Las capacitaciones se hacían en cada comunidad. Esta situación supuso enfrentar una variedad de estrategias de ejecución. Han desarrollado actividades en la tarde, la noche y en las mañanas, siendo esta opción la más frecuente. Han trabajado de manera continua todos los días, de manera interdiaria, y también una vez por semana que solía ser los domingos.

Lo usual era que las promotoras regresaran a sus casas, pero también se presentaron casos en que la lejanía de los caseríos demandó su permanencia en el lugar; cuando esto ocurría aprovechaban los fines de semana para realizar un mayor número de reuniones.

El horario se decidía con las participantes en la primera reunión. Se adecuaba a las posibilidades de tiempo de las participantes, combinándose la frecuencia de reuniones con el horario de las mismas.

Los horarios fluctuaban entre todos los días en las tardes básicamente de 3 a 6, o en las noche de 7 a 9. Hay que notar que los horarios no reflejan las 3 horas indicadas como mínimo para cada reunión. Sin embargo algunas promotoras señalan que el tiempo puede acortarse o alargarse de acuerdo a las características e interés de los participantes.

Las horas de la mañana en el campo son las mejores ya que la dinámica familiar comienza temprano con un desayuno/almuerzo. Las madres están libres hasta las 2 o 3 de la tarde en que vuelven los niños de la escuela. La carga fuerte se tiene en los tiempos de siembra y cosecha, los meses de julio, agosto son meses disponibles de las señoritas ya que no hay chacra. La práctica de las señoritas es que después de que terminan de preparar el desayuno alistan a los niños para que vayan a la escuela y ellas quedan libres llevando el ganado a sus pastizales y pueden ir a las capacitaciones. El horario puede ser de 10 a 1 o de 11 a 2 de la tarde.

En las noches sólo se trabajaba con varones. De 5 de la tarde a 8 y 30 de la noche. Las negociaciones con los participantes se llevaban para tener reuniones siempre consecutivas por eso se buscaban semanas que no interfirieran con otras obligaciones.

En Comunidades especiales, como por ejemplo en Pucará (Puno) donde gran parte de la población trabaja como ceramista, se trabajaba en la tarde a partir de las 5 o se empezaba muy temprano a las 5 de la mañana.

El Núcleo Responsable de cada proyecto comunitario es el que le provee de los papelógrafos, las láminas, los plumones, las guías, es decir de todos los materiales necesarios para desarrollar el taller. Además debe garantizar la provisión de refrigerios.

Aceptación del promotor como capacitador

El problema del rechazo se ha enfrentado. Según nos han relatado, sucedió con un capacitador varón. Cuando la población se dio cuenta que el promotor sí sabía realizar bien su trabajo, se logró superar el problema. Frente a los cuestionamientos no se cambia de promotor, lo que se hace es demostrar que sobre el tema materia de capacitación, sí se sabe más que los demás.

"Hay comentarios, cuestionamientos directos no suele haber"

En el caso de las mujeres cuando ha habido algún tipo de rechazo ha sido más por problemas de una supuesta "autoridad moral" cuestionada, como sucedió con una promotora comunitaria que era madre soltera. El Núcleo Responsable tiene en tales situaciones un papel protagónico para conciliar criterios y evitar conflictos, y sirve asimismo para revisar comportamientos no adecuados.

A pesar de estos casos, en general los promotores no requieren ser cambiados. Y quienes tuvieron problemas de aceptación adoptaron estrategias adecuadas para legitimarse ante la población. Por ejemplo para abrirse las puertas han recurrido al apoyo de los profesionales de los centros de la salud como una manera de verse reforzadas como capacitadoras; también han recurrido al apoyo del Equipo Regional como una forma de resolver la aceptación.

Conforme van avanzando en el proceso de trabajo y las promotoras/es demuestran lo que saben, son aceptadas con facilidad. Ayuda a esto el manejo de técnicas pedagógicas variadas, el manejo de información que se encuentra disponible en sus manuales y guías de promotoras así como la indicación explícita de reconocer "que no se conoce" la respuesta cuando esto es así y el compromiso de buscar la información requerida. Es decir de no asumir una actitud autosuficiente. Aparentemente esta transparencia frente a los participantes, frente a lo que se conoce y se desconoce así como la actualización de la información de que disponen habría jugado a favor de su aceptación como capacitadores locales.

Es más, la mayoría de las actuales capacitadoras viene desde los primeros proyectos comunitarios gestionados, de manera tal que se aprovecha al máximo su experiencia.

"sino que a veces cuando no se tiene información tomábamos nota y decíamos que íbamos a buscar información, tomábamos nota para consultar con el profesor o con alguien del proyecto para dar la respuesta respectiva".

"aquí había ciertos comentarios de que quiénes son ellos para que puedan dar charlas, nosotros sabemos más que ellos, pero poco a poco hemos conversado con ellos de que una cosa es haber recibido charlas y saber difundirlas, había al principio ese rechazo tanto a varón como a las damas, pero llegamos a conversar y convencer de que no todo se sabe"

De cada reunión

- a. **Contenidos: Por la naturaleza del tema, cómo introducen el tema para generar un clima favorable**

Como en el caso de la capacitación de candidatas a promotoras, se reconoce que en la capacitación a mujeres beneficiarias fue también positivo haber tenido el antecedente del autodiagnóstico.

Cuando se hizo el autodiagnóstico ellas tenían que decirlo todo y el equipo responsable se limitaba a tomar notas sin juzgar, "entonces ellas sintieron que se podía hablar de cualquier cosa sin que alguien te diga eso está mal, eso les daba mucha seguridad". El otro punto es el uso del mismo lenguaje, en tanto los facilitadores son del lugar "nosotras somos de acá y usábamos las mismas maneras, nos entendíamos en el mismo lenguaje, los giros, entonces cuando ellos hablaban nosotros entendíamos lo que querían decir y nosotros hablábamos el mismo lenguaje".

Para generar el clima de confianza con las mujeres beneficiarias, las promotoras buscaban en el primer contacto o reunión, recuperar el conocimiento que tenían respecto a su cuerpo y las denominaciones con las que usualmente las conocían.

No era tan fácil. Al principio tenían vergüenza de hablar, de expresar lo que sabían. Poco a poco se fue generando un clima más natural para el tratamiento de los temas, una relación de confianza que facilitó el abordarlos de manera más natural y con menos reparos.

"Al principio en mi comunidad para las mujeres mayores es algo novedoso y algo no tocado. Nosotros comenzamos preguntando sobre el conocimiento del cuerpo. Dios mío cómo ahora se habla de estos temas. Por qué ahora lo hacen y no lo hicieron antes, no hubiéramos tenido problemas como los hemos tenido".

Para enfrentar esta situación se suele utilizar como estrategia el que la promotora cuente su propia experiencia de capacitación y el provecho que había obtenido, cómo ha vivido la misma situación frente al tema, frente a los contenidos. Esto ayuda muchísimo. Y refuerza el planteamiento de la importancia de la socialización de las experiencias para establecer un vínculo de confianza e identificación entre la capacitadora y las participantes que favorezca los aprendizajes.

El nivel educativo de las participantes les ha significado algunas limitaciones ya que han tenido muchas mujeres analfabetas. El primer escollo lo enfrentaban al inicio mismo del taller, en la Prueba de Entrada, ya que demanda tener que leerles las instrucciones a las participantes y asegurarse de que entendían para poder responder. En algunos casos las limitaciones para escribir fueron enfrentadas "llevándoles la mano" para que fueran ellas mismas las que marcaran su alternativa. En la Prueba de Salida la dificultad era relativamente menor en la medida que la memorización de los dibujos y su significado facilitaba la identificación de las alternativas. En la actualidad este problema está aparentemente resuelto al tener pruebas de entrada con dibujos. En el caso de San Martín, donde sólo se trabajó con el material inicial, la dificultad fue permanente.

b. Asistencia de las beneficiarias

La asistencia de las mujeres a la capacitación es masiva. Como lo expresan quienes estuvieron cerca: vienen porque quieren aprender, vienen porque les interesa el tema, vienen porque desean estar en grupo, porque buscan interactuar, asisten porque les dan un refrigerio, porque la organización está comprometida con el éxito del proyecto comunitario y garantiza la participación de las mujeres convocadas. Hay que considerar tanto el grado de aislamiento del campo como la situación de extrema pobreza donde se ha trabajado. Existen múltiples motivos por los que participan; al final lo que manifiestan es lo mucho que han aprendido y lo mucho que las ayuda. Las pruebas de Entrada y Salida que se traen del campo demuestran realmente lo que han aprendido. Eso demuestra que entre ambas pruebas hay un conocimiento mayor. Esos son los indicios en los que se han basado para continuar experimentando, probando, validando y/o modificando en la primera etapa.

«No se retiraban, eran los mismos, teníamos un cuaderno donde se anotaba la asistencia, cuando faltaba y asistía a la siguiente charla se informaba porque se hacía un recuento para que el nuevamente se entere. Las inasistencias no eran por falta de interés sino porque se les cruzaba con otra reunión, se preocupan por asistir. (Tarapoto)

Las pocas ausencias se debían a razones de trabajo, salud o imprevistos. Frente a esto la promotora tenía la responsabilidad de visitarlas para conocer las razones, entregarles el material respectivo y realizar una breve explicación del tema trabajado en la reunión. Para las promotoras el interés de las señoras se demostraba en su asistencia y participación; es más, señalan que existe en la actualidad una demanda permanente de las señoras para continuar con las actividades de capacitación y una exigencia para que ellas, las promotoras, transmitan esto al Equipo Regional. Y la demanda no se queda en repetir los temas ya tratados y profundizarlos, sino también en abordar nuevos temas sobre la problemática de salud reproductiva. Esta demanda es también de los varones beneficiarios que señalan que "nosotros creíamos saber todo, y mentira era, no sabíamos nada, es bueno aprender sobre uno y su pareja".

c. Cuáles son los temas más fáciles de tocar

De manera similar que a las promotoras comunales, para las beneficiarias los temas más fáciles fueron los referidos a los métodos de planificación familiar.

d. Cuáles son los temas más difíciles de tocar

Más que temas, señalan la dificultad que enfrentaban por las palabras que eran desconocidas.

e. Tiempo

Precisar la pertinencia del tiempo de las reuniones es complicado. Esta precisión a su juicio dependía del tipo y las características de las participantes. Siempre les pareció corto, cuando el nivel educativo de las participantes era bajo, cuando la participación a través de preguntas, la necesidad de entender y saber más, de buscar mayor participación, prolongaba el tiempo de las sesiones, aunque hacía rica y provechosa la interacción. Otras veces el tiempo era suficiente y permitía seguir la secuencia metodológica propuesta en las guías de capacitación. Algunas promotoras manifiestan que incluso se tuvo capacitación en menor tiempo, en tanto la participación e información era mayor y facilitaba el desarrollo de la sesión.

«A veces el tiempo queda corto cuando hay participación de los asistentes, se alarga porque quieren saber, a veces se sale del tema y quieren repetir lo tratado en la sesión anterior, a veces se alarga. Eso es muy bueno para los que están al frente, se nota que hay preocupación, que hay interés por saber.» (Tarapoto)

f. Cuál es el grado de participación en la dinámica pedagógica planteada para las reuniones

La participación es muy activa en todas estas dinámicas. Sin embargo el trabajo individual si presenta ciertas limitaciones en tanto no están acostumbradas a hablar y a expresarse en público y mucho menos sobre los temas materia de la capacitación. Obtenían mayores resultados en las actividades de trabajo grupal.

El espacio de los talleres favoreció la interacción entre personas de una misma comunidad que por el trabajo no se reunían con frecuencia; pudieron entonces socializar entre ellos la información que recibían e incluso han realizado reuniones entre señoras de diferentes grupos como forma de conocerse, han realizado actividades deportivas y de esparcimiento lo cual ha favorecido el conocimiento y fomentado la amistad.

"Nosotros hacíamos de que todos participen, más se daba participación por grupos, poco era individual. Pero nosotros hacíamos de que de cada punto una cosita, una cosita se manifiesten y al final perdieron el temor, porque es más que nada temor, pero al final han salido todos participando". (Promotor Tarapoto)

Las promotoras comunitarias no se sentían muy preparadas para hacer los trabajos de grupos con las señoras, "no es lo mismo estar cinco años preparándose para manejar grupos".

«Lo que he podido ver en algunas es que, el recojo del conocimiento lo hacen muy bien, ellas dominan los contenidos que tienen que dar, de repente alguna que otra fallaba en no hacer la reflexión sobre el recojo de conocimientos sobre todo de cosas inadecuadas, tal vez faltaba un poco más reflexionar, entonces muy débil la reflexión y de frente ya mandaba el nuevo conocimiento, eso es lo único que yo he percibido en algunas. Lo que yo percibí en algunos proyecto comunitarios, es que cuando se hacían las réplicas del tema de violencia, no podían, siempre tuvimos que apoyarlas»

4.3. Materiales

Los materiales se entregaban para que ellos los leyieran. En general consideran que es un material comprensible, sencillo, fácil de usar. Cuando no sabían leer las mujeres recurrián, según las promotoras, a las personas de su entorno familiar, para que les leyieran y así de paso socializaban la información.

Los materiales eran para ellas algo novedoso. Sin embargo para los esposos supuso adoptar una actitud de desconfianza y de rechazo, argumentando que "le estamos enseñando mal a las mujeres, a ser mañas". Criticaban a las promotoras porque estaban malogrando a sus mujeres. "Eran unas malcriadas".

Les pasaba incluso con las mujeres cuando eran enfrentadas al material de la prueba de entrada²⁰, lo miraban y con pretextos no regresaban. No era frecuente pero pasaba.

Luego, conforme se fue avanzando en las capacitaciones y abarcando a mayor cantidad de beneficiarias, esta situación se fue revirtiendo y ahora no representa mayor limitación. Esto lo pudimos verificar cuando entrevistamos a beneficiarios varones y jóvenes.

La reacción de los esposos frente al material y frente a los talleres en general fue superándose conforme fueron también ellos incorporados a las capacitaciones del proyecto comunitario. Es necesario remarcar que la capacitación a los varones se hacía siempre y cuando las mujeres que integraban las organizaciones del Proyecto así lo pidieran.

²⁰ Contenía dibujos del cuerpo de la mujer y de los órganos sexuales

4.4. Resultados

Cualitativos

Las participantes logran cambiar de manera paulatina sus hábitos o prácticas. No es inmediato. A veces dudaban de lo que les decían. Tendían a defender lo que ellas creían aduciendo "siempre lo he hecho así y me ha dado resultados". Para lograr la aceptación de los nuevos conocimientos que las llevara a nuevas prácticas, debían recurrir a ejemplos concretos y a demostrar que lo que se informaba y explicaba era válido. Se partía siempre de respetar lo que opinaban, decían o creían, para a partir de ello ir introduciendo y logrando la aceptación de los nuevos conocimientos.

"Se han llegado a entender que deben tratarse o estar prevenido, saber como protegerse y no contagiarse y no contagiar a su pareja"

Cuantitativos

Para la cuantificación de resultados nos remitimos, sin mayor cuestionamiento ni análisis, a los indicadores que maneja el equipo de ReproSalud; estos están referidos a los puntajes obtenidos por los beneficiarios de la capacitación en las Pruebas de entrada y de salida. Como se aprecia en la Tabla 11, en cualquiera de los temas tratados tanto las mujeres como los varones por lo menos duplicaron su nivel de conocimientos.

Tabla 11
LOGROS EDUCATIVOS * POR MÓDULO

Tema	Mujeres		Varones	
	Prueba de entrada	Prueba de salida	Prueba de entrada	Prueba de salida
Módulo Básico	37,0	85,9	40,60	86,20
Descensos	38,9	88,7	41,90	88,00
Embarazo y Parte Saludables	46,1	91,3	47,20	90,40
Muchos Hijos	39,9	88,5	43,50	88,10
E.T.S.	42,9	86,5	35,60	84,10

* Promedio de resultados obtenidos en todas las regiones

4.5. Balance para mejorar

A juicio de los promotores comunales el Programa Regional debería contar con un espacio de radio para llegar a los sectores donde se esté realizando el Proyecto; *"así el participante va a escuchar por la radio, va a mirar por la televisión y entonces cuando va a las charlas va a complementar, lo que ya sabe, de repente eso es lo que faltaría, difundir a través de la radio."*

Otros sugieren el uso de videos con la información para agilizar las capacitaciones.

Demandan también el disponer de mayor tiempo para sensibilizar a las señoras e introducir una reunión o sesión para introducir el tema antes de la reunión de capacitación directa.

PARTE III

LECCIONES APRENDIDAS

La intervención pedagógica de ReproSalud corresponde a un proceso de capacitación de adultos. En tanto tal, es claro que privilegia dos aspectos: la consideración de los participantes como centro del proceso y la utilidad de los nuevos conocimientos para la vida de los sujetos.

En consecuencia con estos aspectos, en la intervención pedagógica de ReproSalud:

- a. Se asume que los conocimientos, experiencias y prácticas de quienes participan de la capacitación tienen un valor fundamental;
- b. Se favorece la socialización de la información y la búsqueda de nuevas actitudes y comportamientos;
- c. Se estimula su interés por aprender;
- d. Se establece una relación de horizontalidad y equidad entre capacitandos y capacitadores;
- e. Se demuestra la utilidad y valor de la nueva información para su vida personal, de pareja, familiar y comunal y su aplicación inmediata con resultados observables a nivel de su salud, de sus relaciones familiares, y de la salud de la comunidad.

La ejecución de las actividades de capacitación, y por tanto el éxito de la estrategia educativa de ReproSalud, enfrentó algunos retos que requirieron ser superados en la práctica:

- El primero con relación a **la naturaleza del contenido**. Si bien en los autodiagnósticos se dio una primera aproximación al tema de salud reproductiva desde el cuerpo de la mujer y el varón, era preciso romper el tabú de silencio que pesaba sobre ellos y lograr que sean tocados y expuestos de manera natural y respetuosa. Esto demandó crear en el espacio pedagógico en primer lugar un clima afectivo en el que la horizontalidad, el lenguaje común y la confianza fueran los elementos fundamentales.
- El segundo con relación a **los participantes**. Cómo lograr resultados de aprendizaje que facilitaran el cambio de actitudes y de comportamientos. Para ello se había diseñado una secuencia metodológica que fluía con facilidad desde "sus conocimientos y experiencias", la comprobación de lo aprendido y los compromisos que se asumen para aplicar lo aprendido.

Para lograrlo, a nuestro juicio, se buscó crear una interacción con el nuevo conocimiento que privilegiaba fundamentalmente la sensibilización sobre los temas, la socialización de contenidos y experiencias, la información sencilla y concreta, la revaloración de sus prácticas, de modo que se validara la "utilidad y necesidad de la información que se proporcionaba" y se favoreciera el cambio de comportamientos a partir de "que tan útil es lo que sé".

- El tercero con relación a **los capacitadores locales**. En términos generales los adultos no suelen reconocer el conocimiento de sus pares para aceptarlos como capacitadores válidos.

Para salvar esta posible barrera, ReproSalud buscó identificar como capacitadores a líderes locales propuestos por sus organizaciones y formarlos tanto en los contenidos

dos a enseñar como en la metodología para comunicar la información de manera eficaz y eficiente. Esto suponía crear en la práctica un clima participativo y horizontal donde el capacitador era "uno más" que facilitaba la construcción de aprendizajes con prácticas de capacitación interactivas y a partir de lo que dice y sabe el capacitando.

No obstante los logros educativos, a nuestro juicio este sigue siendo un problema no superado de manera satisfactoria. El aspecto pedagógico adolece de una formación mínima en técnicas pedagógicas, de una secuencia de prácticas simuladas y de una metodología de "formación de formadores" que haga posible que las mismas capacitadoras en formación, logren ser espectadoras de su práctica²¹ y puedan por efecto-demostración valorar su desempeño favoreciendo lo positivo e inhibiendo/corrigiendo lo negativo.

. El cuarto con relación a **la asistencia de los capacitandos**. Un elemento que suele afectar el éxito de los programas de capacitación, es la asistencia de los beneficiarios, más aún cuando los talleres demandan una asistencia continua y regular a personas – mujeres o varones – con múltiples demandas de trabajo y atención al hogar, como es el caso de la población de zonas rurales.

Para superar esta posible limitación, ReproSalud consideró necesario comprometer la participación activa y vigilante de las organizaciones contraparte desde la elaboración de los proyecto comunitarios, pasando por la ejecución, el monitoreo y la evaluación. Para ello el Núcleo Responsable, en representación de la organización y las presidentas de las OCB asociadas, garantizaban la participación de los beneficiarios y la ejecución de las actividades. También se recurrió al compromiso de las capacitadoras para buscar de manera individual a quienes faltaban e informarles de lo tratado en la reunión perdida. Esto a juicio de todos los entrevistados favoreció el éxito de asistencia y resultados.

. El quinto con relación a **los materiales**. El lograr que personas mayoritariamente con bajos niveles educativos, en comunidades generalmente ágrafas, puedan leer y valorar la información impresa demandó una labor de adecuación y validación de los materiales, de búsqueda de dibujos, gráficos y esquemas simples y sencillos que ayudaran a la comprensión de las palabras impresas. A pesar de esos esfuerzos, el uso efectivo de los materiales es probablemente un punto que demanda ser evaluado. La escasa práctica de la lectura y la alta tasa de analfabetismo funcional prevalentes en el país pueden sembrar dudas sobre su logros, sin embargo, fueron las mujeres quienes solicitaron que los materiales tuvieran más texto porque ellas leían con sus hijos y con la pareja. A algunas les ha servido para ejercitarse lo que habían aprendido en escasos años de su vida escolar.

Por último, surgen algunas preguntas: ¿será posible aprender de la estrategia educativa de ReproSalud para universalizar el acceso a la información sobre salud reproductiva a todas aquellas mujeres y hombres de zonas rurales pobres del país que así lo requieran? ¿Qué deben, pueden y están dispuestas a hacer las instituciones del Estado?, ¿Qué función complementaria pueden cumplir los medios de comunicación?

ReproSalud culmina en el 2005, ¿cómo dejar la ruta trazada para que otros continúen?.

²¹ Esto hubiera sido posible adoptando las técnicas de microenseñanza en circuito cerrado de TV. Esta técnica permite grabar las prácticas simuladas y luego "mirar" el desempeño realizado. A partir de esa experiencia, resulta bastante fácil y útil identificar los aciertos y errores de modo tal que se mejoren tanto el desempeño del que "practica" como el de los demás participantes que miran y cumplen el rol de "capacitandos".

BIBLIOGRAFÍA

Documentos

- MOVIMIENTO MANUELA RAMOS / ReproSalud
- Planes Operativos²² 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001
- Informes Anuales²³ 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001
- Flujogramas del proceso de la primera etapa del Proyecto ReproSalud
- Flujograma del proceso integrado
- Guía de Elaboración del Autodiagnóstico
- Guía de Elaboración de Proyectos comunitarios
- Guía de Evaluación de Proyectos comunitarios

Materiales educativos del Proyecto ReproSalud

Publicaciones

- BANT, Astrid y Angélica MOTTA (2001)
Género y salud reproductiva. Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali. Lima, Movimiento Manuela Ramos.
- SHEPARD, Bonnie, Delicia FERRANDO y Arlette BELTRAN (2002)
Evaluación de Medio Término del Proyecto ReproSalud. Resumen Ejecutivo de Resultados. LTG Associates, INC. Y TvT Associates, INC.
- YON LEAU, Carmen (2000)
Preferencias reproductivas y anticoncepción. Hablan las mujeres andinas. Lima, Movimiento Manuela Ramos.

²² Citados en el texto como PO.

²³ Citados en el texto como IA.

